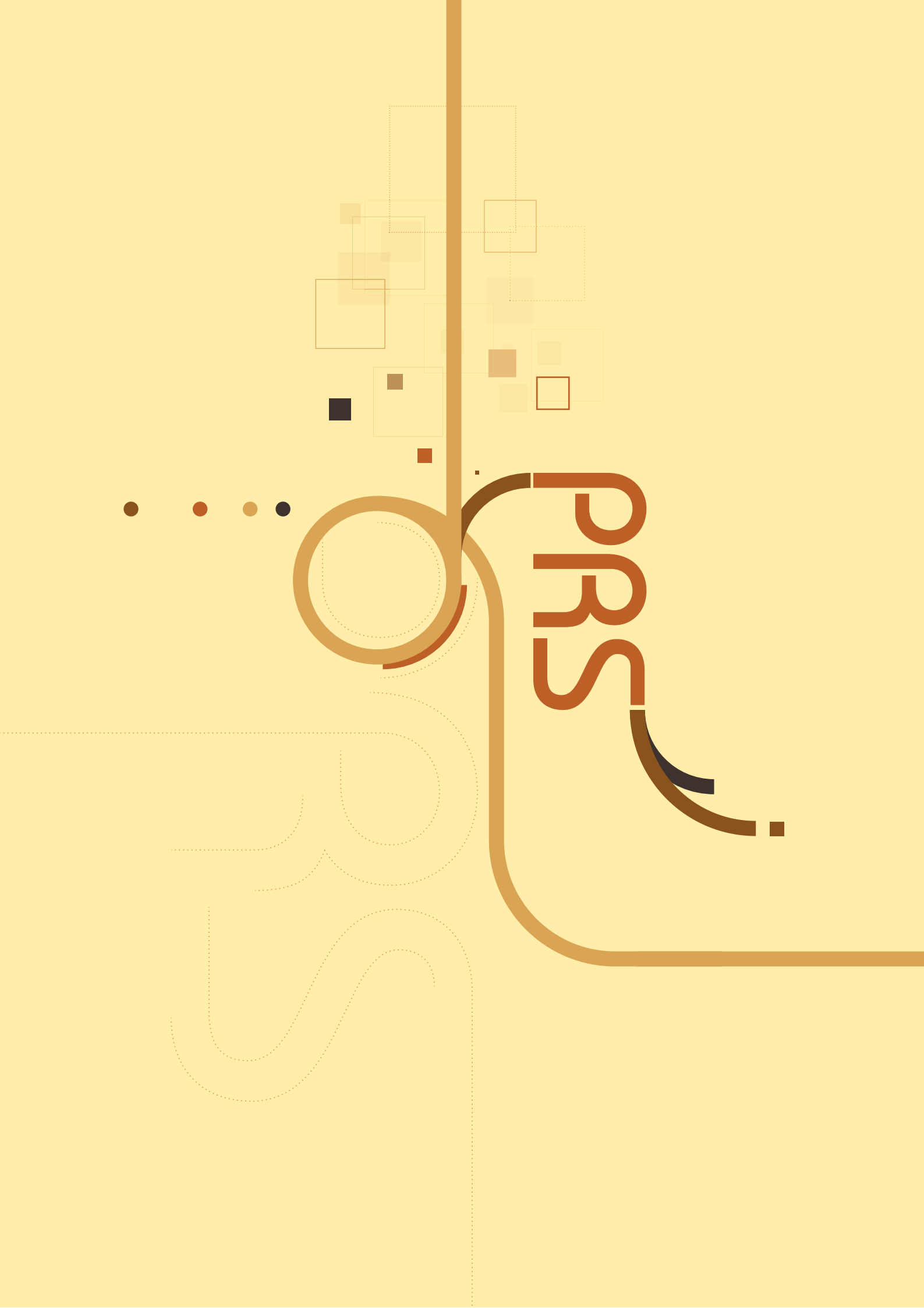


CAHIER 4

**Schéma Régional d'Organisation
des Soins de Bourgogne**







CAHIER 4

**Schéma régional d'organisation
des soins de Bourgogne**



/// Schéma régional d'organisation des soins de Bourgogne

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

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

■ **l'organisation de l'offre de soins de premier recours** : c'est l'objet même de la partie ambulatoire du SROS, à travers les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé, le développement des maisons de santé pluri professionnelles et la définition des zones fragiles, mais c'est également un objectif par le biais du système hospitalier, et notamment les centres hospitaliers de premier niveau. À noter que si la permanence des soins ambulatoires n'est pas incluse dans le SROS, il n'en reste pas moins que le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de Bourgogne a été élaboré en parfaite adéquation avec le SROS. Il en sera de même de la concordance du SROS avec les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACRT),

■ **le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou âgées** : bien que ce soit l'objet même du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), il n'en reste pas moins que dans une logique de parcours de santé et de parcours de vie, le système hospitalier et les professionnels de

santé libéraux, qui sont à la charnière des deux secteurs, contribuent à ce soutien à l'autonomie, lequel concerne également les personnes porteuses de maladies chroniques. Aussi, le SROS et le SROMS reprennent-ils chacun en parfaite complémentarité les orientations en matière de dépistage précoce des handicaps, de prise en charge du handicap psychique, d'organisation de la filière gériatrique et gérontologique, de la filière neurologique...

■ **la coordination de la prise en charge des maladies chroniques** : le SROS décline les parcours des personnes atteintes de cancer, de pathologies neurologiques, d'insuffisance cardiaque... dans une logique de coordination de l'ensemble des acteurs, qu'ils relèvent des secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social,

■ **le développement de l'éducation à la santé et de la prévention**, chez les adolescents et les jeunes adultes (cette dimension est reprise dans les objectifs du volet psychiatrie et santé mentale), mais plus globalement pour l'ensemble des pathologies ou des disciplines,

■ **la réduction des inégalités territoriales** : le SROS vise à mieux répartir sur le territoire bourguignon l'offre de soins hospitaliers et les professionnels de santé, afin de mieux répondre aux besoins de la population, dans une logique de complémentarité et parfois de subsidiarité entre le secteur public et le secteur libéral, mais également dans un souci de meilleure utilisation des ressources humaines et financières qui sont contraintes.

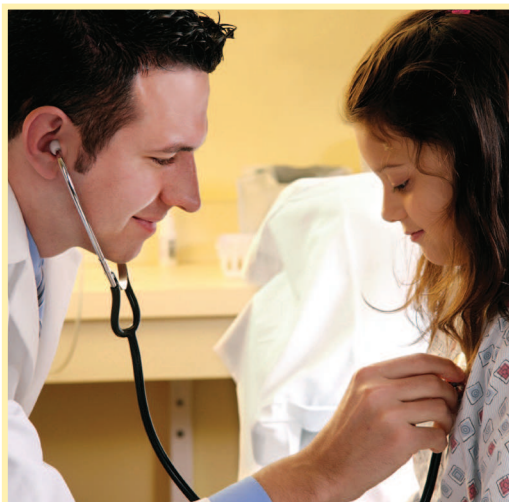
L'esprit de transversalité a présidé à l'élaboration du PRS de

Bourgogne, visant à décloisonner les secteurs de la santé, et ce malgré l'existence de trois schémas séparés. À ce titre, pour chaque activité de soins déclinée dans le SROS, figurent des objectifs de prévention, issus et repris dans le schéma régional de prévention, l'articulation entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, bien sûr plus ou moins développée en fonction des thématiques. L'élaboration du SROS s'est appuyée sur une logique de parcours,



qui a animé l'ensemble des réflexions menées par les différents groupes de travail, certes dans des délais resserrés, mais en ne perdant jamais de vue l'objectif premier : améliorer le service rendu à la population par le système de santé dans un contexte de ressources contraint. Que ce soient les professionnels de santé, les unions régionales des professionnels de santé, les ordres, les établissements de santé, les fédérations hospitalières, les représentants des usagers, tous ont contribué à l'élaboration de ce SROS et en sont vivement remerciés. Ils vont maintenant participer à sa mise en œuvre.

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



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

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

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

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

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

/// Schéma régional d'organisation des soins partie hospitalière

1 Contexte

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

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

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

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

Au plan financier, les perspectives d'évolution de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) hospitalier imposent un cadre économique contraint qui doit conduire à optimiser l'organisation des soins mise en place par le SROS et à contenir les volumes d'activité de ce secteur dans des limites budgétaires soutenables. Les redéploiements de

crédits entre enveloppes sanitaire et médico-sociale doivent aussi contribuer à répartir au mieux les moyens nécessaires à la mise en œuvre des priorités régionales.

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

1.1 Finalités du volet hospitalier du schéma d'organisation des soins

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 La gradation des soins hospitaliers en Bourgogne

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

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

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

Enfin, si le schéma interrégional d'organisation des soins existant n'est pas examiné dans le cadre du présent SROS, et ne sera pas révisé avant 2013, il faut toutefois rappeler que certaines activités non traitées dans le SIOS comme la génétique ou l'assistance

médicale à la procréation, peuvent néanmoins nécessiter la recherche d'une prise en charge au sein de l'interrégion Est.

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

■ **le premier niveau** concerne des activités de soins, exercées en établissement de santé, mais n'ayant pas d'obligation de permanence des soins en établissement de santé (PDSES). Pour autant, ce niveau peut disposer d'une structure des urgences ou d'une antenne de SMUR intégrée dans le réseau des urgences. Il est étroitement articulé avec l'offre ambulatoire qui repose sur les médecins généralistes et spécialistes, les réseaux, les centres, maisons et pôles de santé. Les établissements de santé de ce niveau sont constitués des ex-hôpitaux locaux mais également des établissements de santé polyvalents de taille limitée dont l'activité est concentrée le plus souvent sur la médecine. Ils participent à l'offre de soins de proximité (soins de premier recours) et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire et médico-sociale.

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

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

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

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

Les territoires de projet hospitalier reposent sur un projet médical commun que les établissements publics et privés déterminent entre eux. Doivent être notamment définies dans ce projet : l'organisation

des urgences et des urgences pré-hospitalières, la permanence des soins en établissements de santé (PDES) pour les disciplines concernées, la complémentarité entre établissements pour les activités de médecine et de chirurgie.

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

1.4 Synthèse des objectifs du schéma

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

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

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

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

Il faut préciser également que certaines préconisations du SROS précédent n'ayant pas encore été

menées à leur terme, comme l'activité de réanimation, il s'agit dans ce cas de terminer leur mise en œuvre dans le cadre du nouveau schéma.

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

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

1.5 Les missions de service public

Les missions de service public recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements de santé, qu'ils soient publics

ou privés. Le SROS définit les besoins à couvrir par territoire de santé, sur la base d'un diagnostic.

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

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

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

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

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

Enfin, les missions de recherche, d'enseignement universitaire et postuniversitaire, le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et



des sages-femmes, feront l'objet d'un avenant au SROS et seront inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

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

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

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

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



L'ordre de présentation des activités est le suivant :

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

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

The background features a light cream color with a series of overlapping squares in various shades of beige and light brown, some with dotted outlines. On the left side, there is a thick, yellow wavy line that curves upwards and then downwards.

Médecine d'urgence

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Médecine d'urgence

1	Champ et périmètre de l'activité	11
2	Analyse des besoins et de l'offre	11
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	11
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	12
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	12
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	12
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	12
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	12
2.3.2	Analyse qualitative de l'offre	14
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	15
3.1	Objectif général n° 1 : articuler la permanence des soins ambulatoires et la médecine d'urgence	15
3.2	Objectif général n° 2 : évaluer les pratiques en médecine d'urgence	15
3.3	Objectif général n° 3 : optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière	16
3.4	Objectif général n° 4 : optimiser le fonctionnement des services de médecine d'urgence	17
3.5	Objectif général n° 5 : Optimiser le fonctionnement des SMUR	18
4	Organisation de l'offre	18
4.1	Gradation des soins	18
4.2	Missions de service public	19
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	19
4.4	Coopérations	20
5	Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins	20
5.1	Implantations	20
5.2	Accessibilité	21
5.2.1	Accessibilité géographique	21
5.2.2	Accessibilité financière	21
5.3	Créations / suppressions / transformations / regroupements	21
6	Indicateurs d'évaluation	22

/// Médecine d'urgence

1 Champ et périmètre de l'activité

Les services de médecine d'urgence ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence ont déterminé d'une part le cadre réglementaire de l'organisation de la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé, et d'autre part ont défini un cadre territorial plus cohérent grâce au réseau de prise en charge coordonnée des urgences. C'est sur ces bases qu'a été révisé en 2008 le SROS 2006-2011 et qu'ont été délivrées les nouvelles autorisations de médecine d'urgence aux établissements de santé de la région Bourgogne (cf. partie 2.3)

L'organisation de la prise en charge des urgences doit poursuivre un triple objectif d'amélioration de l'accès aux soins, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de l'efficacité. L'organisation territoriale des urgences doit par ailleurs être articulée en amont de l'arrivée aux urgences, ce qui nécessite une coordination des prises en charge, dans la cadre de la permanence des soins ambulatoires et avec les transporteurs sanitaires et les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS). Cette coordination doit être favorisée par une régulation médicale qui, traitant des demandes de médecine d'urgence ou de médecine générale, est appelée à devenir le pivot du système. D'où la nécessaire cohérence entre le SROS et le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) d'une part, et entre le SROS et les Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture du Risque (SDACR) d'autre part.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Mutualiser et rationaliser les moyens des structures d'urgence : implication des praticiens de l'établissement, moyens humains SAMU/SMUR/SU, fédérations, maillage renforcé des SMUR, mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière des structures d'urgences dans chacun des territoires de santé	Objectif d'implantation d'activités respectées, mutualisations non effectives sur l'ensemble des sites, difficultés de mise aux normes de certains SMUR.
Améliorer la filière de prise en charge des urgences par la mise en place du réseau des urgences (organisation des filières, gradation des plateaux techniques)	Constitution du réseau des urgences en janvier 2011 ; absence de fédérations médicales dans chaque territoire
Mise en place d'un système d'information et de veille : répertoire opérationnel des ressources, fiches de dysfonctionnement...	Système d'information en cours, attente du ROR.
Articuler les urgences hospitalières avec la permanence des soins via les orientations portées par la mission régionale de santé.	Renforcement en moyens humains de la régulation, rationalisation effective du nombre de secteurs de PDS, amorce du développement de l'organisation de la médecine libérale avec le fonctionnement des maisons médicales de gardes (MMG), défaut de mise en cohérence des moyens des SDIS et des urgences définis dans le SROS et les 4 schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR)

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux pour l'activité médecine d'urgence	2011
Dotation régionale MIG SAMU	5 767 771 €
Dotation régionale MIG SMUR	25 910 575 €
Nombre de passage aux urgences donnant lieu à ATU	318 485
Valorisation forfaits ATU facturés	25 617 063 €
Montant des remboursements aux SDIS liés aux carences ambulancières, soit 4097 carences pour les 4 départements	430 190 € (données 2010)

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte d'Or	Maillage effectif en structures, activités spécialisées sur le site pivot, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
Nièvre	Difficultés de couverture géographique de la zone du Morvan et démographie médicale fragile
Saône-et-Loire	Maillage effectif en structures mais existence de sites fragiles en matière d'activité
Yonne	Fragilité des sites du sud 89 en matière d'activité, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
Total sur la Bourgogne	De nombreuses structures d'urgences + SMUR dont l'activité et les conditions techniques de fonctionnement ne sont pas partout optimales

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

L'activité des services d'urgences augmente régulièrement de + 4 % par an. La statistique SAE pour 2009 donnait un nombre de 487 771 passages aux urgences, dont 318 485 donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation). Cette croissance doit pouvoir être régulée par l'optimisation du dispositif de médecine ambulatoire et notamment de permanence des soins ambulatoires pour permettre une meilleure orientation du patient (régulation libérale, maisons médicales de garde, maisons de santé pluridisciplinaires). En effet un certain nombre de passages relèvent de la médecine ambulatoire et ne nécessitent pas un besoin de soin urgent ou immédiat. Ainsi, 14 % des patients accueillis dans les structures ou pris en charge par le SMUR sont codés en classification clinique des malades aux urgences (CCMU 1), soit en état clinique jugé stable appelant un examen clinique simple.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

L'offre régionale de médecine d'urgence actuellement issue des autorisations délivrées suite aux décrets du 22 mai 2006 est la suivante :

- **4 centres de régulation des appels adressés au SAMU** (Centre de Réception et de Régulation des Appels, appelés Centres 15) : CHU de Dijon (centre 15 + régulation libérale), CH de Chalon-sur-Saône (centre 15 + régulation libérale) CH d'Auxerre (centre 15 + régulation libérale), CH de Nevers (centre 15 + régulation libérale).
- **22 services de médecine d'urgence** : CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray-le-Monial, CH de Mâcon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, Polyclinique d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne sur Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, Clinique de Chenôve, CHIC de Châtillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.

Par ailleurs, ont été reconnus à la Clinique de Fontaine les Dijon, établissement non autorisé en médecine d'urgence, **un plateau technique spécialisé en chirurgie de la main et un plateau technique spécialisé en cardiologie interventionnelle.**

- **20 SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) :** CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray-le-Monial, CH de Mâcon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne sur Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, CHIC de Châtillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.

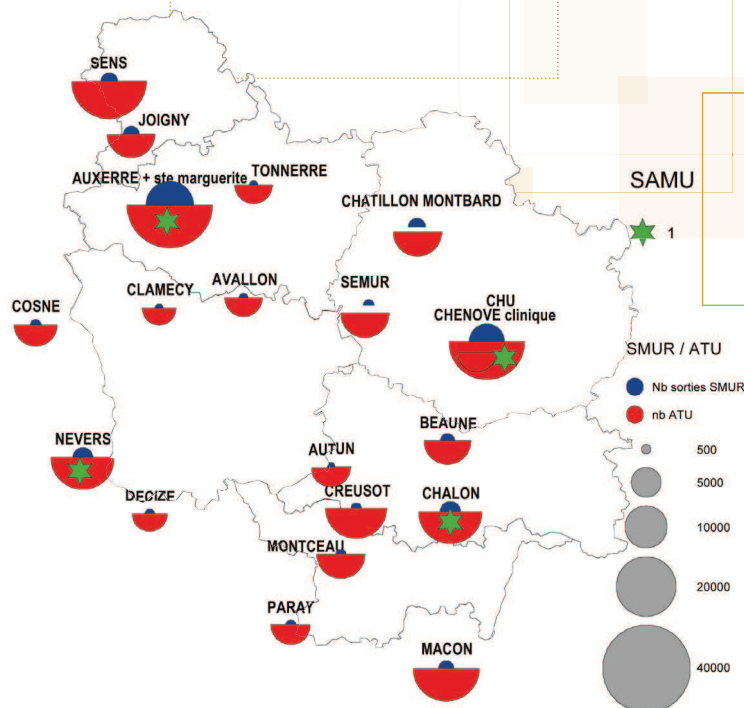
2 sites disposent d'un SMUR hélicoptéré : Dijon et Auxerre

1 site dispose d'un SMUR pédiatrique : Dijon

Territoires de santé	Nombre de structures d'accueil	Nombre de SMUR (dont hélicoptérés)	Nombre de sorties SMUR (primaires et secondaires)	Nombre de dossiers régulation traités Centre 15
Côte d'Or	6	5 (1)	9 624	81 559
Nièvre	4 (*)	4 (*)	3 822	51 548
Saône-et-Loire	6	6	6 970	88 504
Yonne	6	5 (1)	5 327	66 156
Total Bourgogne	22	20	25 743	287 767

(*) Concerne le CH de Clamecy intégré au GCS sur 89 mais relevant du département de la Nièvre

Source : données 2010 « réseau des urgences »



/// Concernant l'activité des SAMU/Centres de Réception et de Régulation des Appels

La Bourgogne compte 4 SAMU/Centres 15 assurant chacun la couverture de leur département. La démarche de modernisation et d'informatisation des SAMU est engagée, de même pour le déploiement des systèmes de radiocommunication numérique (ANTARES) permettant l'interopérabilité des radiocommunications entre SAMU et SDIS.

Chaque centre 15 dispose d'une ligne de régulation médicale hospitalière assurée par un médecin de statut hospitalier H24, à l'exception de celui de la Nièvre où une partie de la permanence est assurée exclusivement par l'association des médecins libéraux. Le nombre de dossiers de régulation varie de 88 500 (SAMU 71) et 81 500 (SAMU 21) à 51 500 (SAMU 58) et 66 000 (SAMU 89). La proportion d'appels régulés médicalement est très variable

département	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Nbre d'appels entrants centre 15	235 893	82 825	230 771	<i>inconnu</i>
Nbre de dossiers de régulation ouverts	81 559	51 548	88 504	66 156
Nbre de dossiers de régulation médicale (affaires traitées) par régulateur hospitalier	47 056	49 324	47 900	27 203
Nbre de dossiers de régulation médicale (affaires traitées) par régulateur libéral	25 576	2 224	40 604	12 174

Il existe une certaine hétérogénéité dans le fonctionnement des 4 centres 15 en matière d'activité, d'équipements utilisés et de ressources humaines affectées.

/// Concernant l'activité des SAMU/SMUR et des transports sanitaires

Les 20 SMUR terrestres qui maillent la Bourgogne assurent une couverture satisfaisante du territoire, complétés par les 2 SMUR hélicoptérés. L'organisation de l'urgence pré-hospitalière est par ailleurs assurée par l'intervention des SDIS et celles des entreprises de transports sanitaires, chacun participant à la mission d'aide médicale urgente (AMU) dans le respect des référentiels nationaux récents, dont la mise en œuvre se décline dans chaque département à travers des conventions bi ou tripartites.

Les SDIS, à l'appui du maillage constitué par leur réseau des centres d'intervention et par le biais de conventions permettant de doter les SMUR de moyens humains et techniques, notamment en Saône-et-Loire, contribuent ainsi fortement au fonctionnement et à l'organisation des urgences pré hospitalières.

De leur côté, les entreprises de transports sanitaires participent aux transports des malades en urgence à travers notamment la garde ambulancière. À souligner toutefois un nombre élevé de carences ambulancières qui mobilisent les moyens des SDIS et s'avèrent coûteuses pour les établissements de santé.

Le niveau d'activité est très hétérogène entre les différents SMUR. Ainsi, plusieurs sites ont une activité inférieure à 500 sorties par an.

/// Concernant l'activité des services de médecine d'urgence

Les 22 services de médecine d'urgence connaissent également un niveau d'activité très hétérogène, allant de plus de 30 000 passages par an à moins de 10 000. Certains de ces sites rencontrent par ailleurs des problèmes de démographie médicale, avec la particularité que ces problèmes ne concernent pas que les services à faible activité. L'état du plateau technique est variable d'un site à l'autre. Le pourcentage de patients hospitalisés après passage aux urgences, indicateur de gravité et d'adéquation du recours au service d'urgences varie considérablement de 10,2 % à 42 % selon les sites.

Dans certaines zones, le recours aux services d'urgences est induit par la carence de la permanence des soins ambulatoires.

2.3.2 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
Structures d'urgences et SMUR	Les orientations du SROS 2006-2011 en matière d'implantations ont été respectées. Les structures d'urgences et les SMUR sont encore nombreux au regard de leur activité et de la capacité de financement. Cette situation rend plus difficile : <ul style="list-style-type: none"> ■ le recrutement et le maintien des expertises médicales (dispersion, isolement, faible activité) ■ le respect des normes (notamment pour les équipes SMUR)
Réseau régional des urgences de Bourgogne	Le réseau régional des urgences a été constitué et mis en place en janvier 2011

Thématiques	Analyse qualitative
Mutualisation des ressources	La mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière des structures d'urgences dans chacun des territoires de santé n'est pas effective et les mutualisations SAMU/SMUR/SU ne sont pas effectives sur l'ensemble des sites et territoires.
Filières de prise en charge spécialisées (AVC, personnes âgées, cardiologie...)	Les filières spécialisées sont en cours d'élaboration et devront être déclinées de façon opérationnelle pour chaque territoire. Le réseau des urgences nouvellement constitué est missionné par l'ARS Bourgogne pour proposer en 2012 leur structuration et accompagner la mise en place effective de ces filières.
Systèmes d'informatisation	Les systèmes d'informatisation actuels des structures d'urgences ne permettent pas le déploiement du projet ROR (répertoire opérationnel des ressources), l'interopérabilité avec les SDIS et entre centres de régulation.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : articuler la permanence des soins ambulatoires et la médecine d'urgence

La synergie entre le dispositif de médecine ambulatoire et les services d'urgences doit être recherchée de manière à assurer aux patients le soin le plus adapté à leur état de santé dans des délais compatibles avec celui-ci.

Il convient de veiller à la coordination des prises en charge entre le dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les établissements de santé. L'adossement des points fixes de gardes à des structures de soins (MSP, ex hôpitaux locaux, services d'urgences) doit être recherché afin de donner une meilleure lisibilité de l'offre et renforcer la coopération entre professionnels.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Articuler les dispositifs de régulation libérale avec les centres 15	Mettre en œuvre le cahier des charges régional de la PDSA arrêté par l'ARS Bourgogne
Objectif spécifique n° 2 Assurer la cohérence entre les points fixes de garde de la PDSA et les services de médecine d'urgence	Mettre en œuvre le cahier des charges régional de la PDSA arrêté par l'ARS Bourgogne

3.2 Objectif général n° 2 : évaluer les pratiques en médecine d'urgence

Au sein du réseau régional des urgences de Bourgogne (RUB), l'observatoire régional des urgences de Bourgogne (ORUB) est missionné par l'ARS de Bourgogne pour évaluer le fonctionnement quantitatif et qualitatif des SAMU/centres 15, des services de médecine d'urgence et des SMUR. Dans ce cadre il est chargé d'exploiter les fiches de dysfonctionnement remplies par les services (telles que définies dans l'arrêté du 12 février 2007). Sur la base de ces évaluations, il proposera à l'ARS de Bourgogne les modifications à apporter en termes de fonctionnement et d'organisation pour optimiser le service rendu et le maillage territorial. C'est sur la base de ces évaluations que l'ARS Bourgogne procédera aux ajustements nécessaires en termes d'organisation de la médecine d'urgence en Bourgogne, en se réservant la possibilité de revoir les autorisations délivrées.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Installer et mettre en œuvre en 2012 l'observatoire régional des urgences de Bourgogne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en œuvre le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ■ Finaliser les outils favorisant l'opérationnalité et l'efficacité du dispositif régional des urgences

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 2 Évaluer le fonctionnement et les pratiques des services de médecine d'urgence, des SMUR et des centres 15.	Définir et suivre les indicateurs d'évaluation quantitative et qualitative au regard des normes et des conditions techniques définies réglementairement, des référentiels de la haute autorité en santé et des sociétés savantes Mettre en place d'une grille d'évaluation sur la base de ces indicateurs Exploitation des données et évaluation sur site par l'ORUB Proposer des évolutions et des améliorations pour optimiser le service rendu et le maillage territorial

3.3 Objectif général n° 3 : optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière

Les 4 centres 15 de la région Bourgogne existants sont maintenus dans le cadre du présent SROS.

Toutefois, afin d'optimiser leur fonctionnement et de garantir la qualité et la sécurité 24 h/24 h, les 4 centres 15 de la région Bourgogne doivent définir un fonctionnement régional mutualisé qui permettent l'interopérabilité technique et la possibilité de mutualiser les équipes, afin de pallier le cas échéant les problèmes de démographie médicale.

Le fonctionnement régional mutualisé, qu'il appartient aux 4 centres 15 de définir et de mettre en place dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, doit leur permettre à chacun de satisfaire les normes techniques de fonctionnement définies réglementairement, et de garantir ainsi leur maintien.

Quel que soit le schéma d'organisation retenu pour leur organisation, les 4 SAMU, outre leur mission de régulation, doivent assurer leurs autres missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente pour leur département : éducation sanitaire, prévention, recherche, participation à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours, astreinte de directeur des secours médicaux, formation...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Définir dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne un fonctionnement régional mutualisé des 4 centres 15 à partir d'une analyse basée sur des critères de qualité et sur le service rendu, pour pallier notamment les insuffisances de personnels médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyser le fonctionnement des 4 centres 15 par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment ■ Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue pour la PDSA. ■ Assurer l'opérationnalité du système d'information et de communication des 4 SAMU ■ Les centres 15 devront définir ce fonctionnement régional mutualisé entre eux dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne. Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement.
Objectif spécifique n° 2 Assurer, dans le cadre des CODAMUPTS (sous-comité des transports), la coordination entre les SAMU, les SDIS et les transporteurs sanitaires pour garantir au patient le mode de transport le mieux adapté	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer la cohérence entre le SROS et les SDACR (ARS/Préfets) ■ Harmoniser la déclinaison des référentiels SAMU/SDIS et SAMU/TS dans la convention bi ou tripartite départementale ■ Généraliser la mise en place des coordonnateurs ambulanciers et assurer une garde ambulancière H24 dans les territoires ■ Disposer des logiciels de géo localisation au sein des SAMU pour mieux identifier les moyens ambulanciers disponibles
Objectif spécifique n° 3 Finaliser les filières de prise en charge spécialisées	Missionner le RUB pour élaborer ces filières et accompagner leur mise en œuvre après validation par l'ARS Bourgogne

3.4 Objectif général n° 4 : optimiser le fonctionnement des services de médecine d'urgence

Les 22 services de médecine d'urgence existants en région Bourgogne sont maintenus dans le cadre du présent SROS, afin d'assurer un maillage territorial adapté.

Dans ce cadre chacun des 22 services doit respecter les conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement afin que la réponse apportée aux besoins de prise en charge soit de qualité et efficiente quel que soit le lieu où est implanté le service de médecine d'urgence. C'est la raison pour laquelle les services de médecine d'urgence, dans chacun des 6 territoires de projet hospitalier, disposent d'un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, pour définir un fonctionnement territorial mutualisé qui permette de garantir qualité et sécurité des soins sur chacun des sites et une équité des charges incombant à chacun.

Compte tenu des problèmes de démographie médicale rencontrés par les services de médecine d'urgence pour assurer un fonctionnement optimal 24 h/24 h, il est nécessaire que, sur chacun des territoires de projet hospitalier, les équipes des services de médecine d'urgence soient mutualisées, selon des modalités qu'il appartient aux établissements titulaires des autorisations de définir en lien avec les médecins urgentistes, afin de pallier aux problèmes quantitatifs d'effectifs médicaux et de modalités de recrutement par les établissements de santé. Les équipes des services de médecine d'urgence des territoires de projet hospitalier doivent être solidaires et complémentaires.

Enfin, la suppression de la PDSA pendant la nuit profonde (de minuit à 8 heures) justifie le maintien des 22 services d'urgences qui doivent assurer la PDSA sur cette période dès publication par l'ARS de Bourgogne du cahier des charges régional de la PDSA de Bourgogne.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 1 Définir dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, dans chacun des 6 territoires de projet hospitalier, un fonctionnement territorial mutualisé des services de médecine d'urgence, à partir d'une analyse basée sur des critères de qualité et sur le service rendu</p>	<ul style="list-style-type: none"> Analyser le fonctionnement des 22 services de médecine d'urgence par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue pour la PDSA. Les services de médecine d'urgence de chaque territoire de projet hospitalier devront définir ce fonctionnement territorial mutualisé entre eux dans un délai d'un an à compter de la date de publication du PRS de Bourgogne, selon des modalités qui devront être définies par les établissements titulaires des autorisations. À défaut les établissements seront dans l'obligation de constituer un groupement de coopération sanitaire par territoire de projet hospitalier pour mutualiser les moyens des services de médecine d'urgence et des SMUR. Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définis réglementairement.
<p>Objectif spécifique n° 2 Développer des organisations complémentaires de prise en charge dans le cadre de l'offre de premier recours.</p>	<p>Développer les maisons médicales de garde, privilégier les points fixes de gardes dans le cadre de la PDSA</p> <p>Mettre en œuvre les orientations du cahier des charges régional de la PDSA</p>
<p>Objectif spécifique n° 3 Assurer la PDSA pendant la période de nuit profonde de minuit à 8 heures</p>	<p>Le cahier des charges régional de la PDSA supprime la PDSA pendant la période de nuit profonde de minuit à 8 heures. Pendant cette période la PDSA doit être assurée par les services de médecine d'urgence</p>

3.5 Objectif général n° 5 : Optimiser le fonctionnement des SMUR

Les 20 SMUR existants qui maillent la région Bourgogne sont maintenus dans le présent SROS.

Néanmoins, comme pour les services de médecine d'urgence, les SMUR doivent respecter les conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement afin que la réponse apportée aux besoins de prise en charge soit de qualité et efficiente.

Concernant les SMUR hélicoptérés, il est nécessaire que leur régulation soit régionalisée afin de les utiliser de manière efficiente.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 (SMUR terrestres) : Maintenir les SMUR dans le respect des conditions techniques de fonctionnement et de l'efficacité de l'activité en cohérence avec l'organisation des services de médecine d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyser le fonctionnement des 20 services de médecine d'urgences par l'ORUB, missionné par l'ARS Bourgogne, sur la base des indicateurs définis précédemment ■ Veiller à la cohérence de cette organisation avec celle retenue dans les SDACR ■ Une évaluation sur site sera réalisée afin de vérifier le respect des normes et des conditions techniques de fonctionnement définies réglementairement.
Objectif spécifique n° 2 : Redéfinir l'organisation des transports secondaires dans le département la Saône-et-Loire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer le fonctionnement actuel ■ Axe stratégique du contrat de performance du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône auquel est rattaché à l'heure actuelle le centre 15 de Saône et Loire
Objectif spécifique n° 3 Mettre en place dans les zones éloignées d'un SMUR ou d'un service d'urgence des médecins correspondants de SAMU pour garantir une réponse de proximité dans les 30 minutes précédant l'arrivée du SMUR déclenché simultanément	Les SAMU doivent proposer un dispositif de formation commune avec les SDIS (CESU en particulier)
Objectif spécifique n° 4 (SMUR hélicoptérés) : Mettre en place une régulation régionalisée unique des deux hélicoptères sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'ORUB est missionné par l'ARS Bourgogne pour obtenir et analyser l'activité des 2 hélicoptères de la région Bourgogne ■ L'ORUB est missionné par l'ARS Bourgogne pour définir la régulation régionalisée des hélicoptères sanitaires de la région et accompagner sa mise en œuvre

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

Missionné par l'ARS Bourgogne, le réseau régional des urgences de Bourgogne (RUB) a pour objectif de redéfinir l'organisation des ressources de médecine d'urgence via :

- l'implication des établissements intervenant dans la prise en charge des soins non programmés en amont et en aval des structures d'urgence
- l'articulation des SMUR avec les médecins correspondants de SAMU dans les zones dites blanches (distantes de plus de 30 minutes d'un SMUR)
- l'implication dans la prise en charge des urgences des praticiens hospitaliers non urgentistes des établissements disposant d'un plateau technique hautement spécialisé et des établissements de recours pour certaines spécialités (soins intensifs, réanimation adulte, pédiatrique et néonatale, urgence mains, neurochirurgie)
- la mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR) en collaboration étroite avec le GCS e-santé

Ainsi, après validation par l'ARS Bourgogne, le RUB mettra en place les filières de prise en charge optimisant le parcours de soin du patient vers le plateau technique adéquat. Chaque territoire devra préciser les modalités de prise en charge et d'orientation des patients plus particulièrement lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé en :

- traumatologie grave
- neurologie
- pathologie cardiovasculaire
- pédiatrie
- obstétrique et néonatalogie
- gériatrie
- chirurgie de la main

Cette organisation mise en place dans le cadre des filières de prise en charge, en fonction de la gradation des soins, doit être définie en lien avec les établissements disposant d'un SAMU centre 15 et les spécialistes des plateaux techniques concernés. Elle sera validée par l'ARS Bourgogne avant déploiement et fera l'objet d'une évaluation régulière par l'observatoire régional des urgences de Bourgogne (ORUB).

4.2 Missions de service public

Au regard de l'article L 6111-1 du code de santé publique (CSP), les établissements de santé peuvent être appelés à assurer une mission de service public. Dans le cadre de la médecine d'urgence, deux missions sont identifiées : la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée à l'article R 6122-25 du CSP, doit cependant être autorisé selon une ou plusieurs modalités : centre de régulation des appels, structure d'accueil et SMUR.

La permanence des soins en médecine d'urgence doit par ailleurs être en cohérence avec le schéma-cible de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) défini dans le présent SROS.

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qu'il appartient au RUB de mettre en place doit prendre en compte l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

L'organisation des urgences doit être articulée avec les ressources en soins ambulatoires et le secteur médico-social pour garantir une meilleure organisation en amont de l'arrivée aux urgences ainsi qu'en aval de cette prise en charge.

Concernant le lien avec la médecine ambulatoire, il convient de veiller à la coordination des prises en charge dans le cadre de la PDSA entre les professionnels de santé assurant celle-ci et les établissements de santé disposant d'un service d'urgence. C'est la raison pour laquelle SROS et cahier des charges régional de la PDSA ont été élaborés conjointement.

Concernant le lien avec les laboratoires, l'organisation des services de médecine d'urgence devra être conforme aux objectifs et orientations du présent SROS en matière de biologie médicale.

La possibilité d'un accès direct aux structures de soins de suite et de réadaptation, court séjour gériatrie, dispositif d'urgence médico-sociale doit être favorisée pour offrir au patient concerné des soins adaptés à son état de santé dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles, tout en recentrant les services de médecine d'urgence sur la prise en charge de l'urgence vitale.

Ainsi, conformément au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), une attention particulière sera portée aux populations les plus fragiles : le RUB élaborera pour chaque territoire une filière spécifique « personnes âgées » dans le but d'éviter des points de rupture dans le parcours de vie de la personne âgée. A cet effet, il pourra s'appuyer sur les recommandations suivantes :

- favoriser la présence de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences
- favoriser les conventions entre les dispositifs de coordination et les services des urgences
- favoriser les structures d'hébergement temporaire au sein des EHPAD en procédure d'urgence

4.4 Coopérations

En matière de médecine d'urgence, plusieurs modalités/outils de coopération sont à la disposition des établissements et des professionnels, afin de définir notamment le fonctionnement régional mutualisé des centres 15 et le fonctionnement territorial mutualisé des services de médecine d'urgence :

- les Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS) destinés à la mutualisation de moyens
- la convention constitutive du Réseau régional des urgences
- les Fédérations médicales hospitalières
- les systèmes d'information en cohérence avec le programme Télésanté Bourgogne, schéma directeur et systèmes d'info : ROR et observatoire régional des urgences (ORU), interconnexion entre les SAMU, interconnexion SAMU SDIS, logiciels de coordination avec les transporteurs sanitaires
- les conventions SAMU/SDIS, SAMU transporteurs sanitaires
- les collaborations des médecins régulateurs libéraux et hospitaliers au sein des centres de régulation des appels.

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

5.1 Implantations

/// Centre de réception et de régulation des appels (Centre 15)

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	1	1
Nièvre	1	1 ou 0
Saône-et-Loire	1	1
Yonne	1	1 ou 0
Total sur la région Bourgogne	4	4 ou 2

/// Services de médecine d'urgence

Territoires de santé	Existant (autorisations/ implantations géographiques)	Cible SROS (autorisations/ implantations géographiques)
Côte d'Or	5/6	5/6
Nièvre	4/4	4/4
Saône-et-Loire	6/6	6/6
Yonne	6/6	6/6
Total sur la région Bourgogne	21/22	21/22

/// SMUR

Territoires de santé	Existant (autorisations/ implantations géographiques)	Cible SROS (autorisations/ implantations géographiques)
Côte d'Or	4/5	4/5
Nièvre	4/4	4/4
Saône et Loire	6/6	6/6
Yonne	5/5	5/5
Total sur la région Bourgogne	19/20	19/20

5.2 Accessibilité

5.2.1 Accessibilité géographique

L'accès aux soins (géographique) pour les soins non programmés et urgents est garanti d'une part par le maillage des services de médecine d'urgence et des SMUR et d'autre part par l'existence de filières de soins spécialisées.

Le maintien dans le présent SROS des 22 services de médecine d'urgence et des 20 SMUR (dont deux sont hélicoptérés à vocation régionale), complétés des structures ambulatoires de premier recours, des conventions avec les SDIS et des médecins correspondants de SAMU, permet d'assurer d'une manière générale un accès à un service de médecine d'urgence et/ou une intervention d'un SMUR dans un délai inférieur ou égal à 30 minutes.

La mise en cohérence du SROS et des SDACR permet de s'assurer de l'efficacité et de la disponibilité des ressources en matière d'aide médicale urgente sur les territoires.

5.2.2 Accessibilité financière

Non concerné.

5.3 Créations/suppressions/transformations/regroupements

/// Synthèse régionale :

📌 Les centres de réception et de régulation des appels (CRRA)

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0 ou 2	0	4 ou 2 sites de régulation

📌 Les structures d'urgences

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
néant	0	0	0

📌 Les SMUR terrestres

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0	0	0

📌 Les SMUR hélicoptérés

Il convient de finaliser les préconisations déjà annoncées par le SROS 2006-2011, à savoir :

- la mise en place d'une coordination du fonctionnement des deux hélicoptères dans le cadre d'une régulation unique régionale pour les deux appareils qui permettra une transparence accrue des disponibilités du matériel
- un reporting de l'activité qui sera réalisé par l'ORUB de Bourgogne, missionné par l'ARS de Bourgogne

Tout en sachant que le choix est fait de maintenir les 20 SMUR terrestres dans le cadre du présent SROS.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Médecine d'urgence	Articuler la permanence des soins ambulatoires et la médecine d'urgence	Nombre de passage aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation)
		Nombre d'appels téléphoniques reçus par les CRRRA
	Optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière	Taux de renseignement du ROR par les établissements de santé (MCO, SSR, CHS...)
		Nombre d'établissements de santé ayant accès aux données du ROR (MCO, SSR, CHS ...)
		Nombre d'ETP de PARM au sein des CRR
		Nombre de lignes de médecins régulateurs en fonction de la période du nycthémère et de la semaine pour chaque CRRRA
		Nombre de filières de prise en charge spécialisées effectives
		Nombre de filières « personnes âgées » mises en place (commun avec le SROMS)
		Analyse quantitative et qualitative des dysfonctionnements
	Optimiser le fonctionnement des SMUR	Nombre de médecins correspondants SAMU formés et ayant signé convention avec le SAMU
		Mise en place d'une régulation régionalisée unique des deux hélicoptères
	Optimiser le fonctionnement des services de médecine d'urgence	Nombre de passages dans les services d'urgence en fonction de la période (6 h/8 h, 8 h/20 h, 20 h/24 h, 24 h/6 h)
		Nombre de maisons médicales de garde (MMG)
		Nombre de consultations réalisées au sein des MMG, entre 20 h et 8 h
		Nombre de territoires de projet hospitalier avec une organisation mutualisée



Chirurgie

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire ...

/// Chirurgie

1	Champ et périmètre de la chirurgie	25
2	Analyse des besoins et de l'offre	25
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale.....	25
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	26
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	29
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge.....	31
3.1	Objectif général n°1 : optimiser les ressources en chirurgiens et en anesthésistes au niveau régional	31
3.2	Objectif général n°2 : développer la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire	31
3.3	Objectif général n°3 : organiser les filières spécialisées de chirurgie et la permanence des soins par territoire	31
3.4	Objectif général n°4 : améliorer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux	32
4	Organisation de l'offre.....	32
4.1	Gradation des soins.....	32
4.2	Missions de service public.....	33
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	34
4.4	Coopérations.....	35
5	Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins.....	35
5.1	Implantations	35
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	35
5.3	Accessibilité	35
5.4	Créations / suppressions / transformations / regroupements	36
6	Indicateurs d'évaluation	36

/// Chirurgie

1 Champ et périmètre de la chirurgie

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

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

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

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

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

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

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

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

Le développement de la chirurgie ambulatoire a été contractualisé dès 2007 avec les établissements dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) sur cinq gestes chirurgicaux traceurs : les amygdalotomies, les arthroscopies du genou, les extractions dentaires, la chirurgie de la cataracte et la chirurgie

des varices. Le taux cible global de réalisation de ces actes en ambulatoire a été fixé à 85% en 2011, sachant qu'il était de 47% fin 2006. Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en Bourgogne au cours de 1er trimestre 2010 pour les 5 gestes marqueurs était de 83,32%.

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

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

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

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

Source : SROS de Bourgogne 2006-2011

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

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

/// Chirurgie globale

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

/// Chirurgie ambulatoire

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

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

/// Taux de fuite et d'attractivité en Bourgogne

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

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

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte d'Or	<ul style="list-style-type: none"> ■ taux de fuite peu important < 10 % ■ taux de recours > taux national pour la chirurgie (HC et CA)
Nièvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ taux de recours faible par rapport aux taux régional et national ■ taux de fuite très important (34 %) ■ problème de couverture territoriale ■ problème de démographie médicale
Saône-et-Loire	<ul style="list-style-type: none"> ■ taux de fuite important (≈ 26 %) en raison de la configuration géographique (contiguïté au sud avec la région Rhône Alpes et proximité de Dijon pour le nord) ■ problème de démographie médicale
Yonne	<ul style="list-style-type: none"> ■ taux de fuite très important (31 %) contiguïté avec l'Île de France ■ problème de démographie médicale

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

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

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

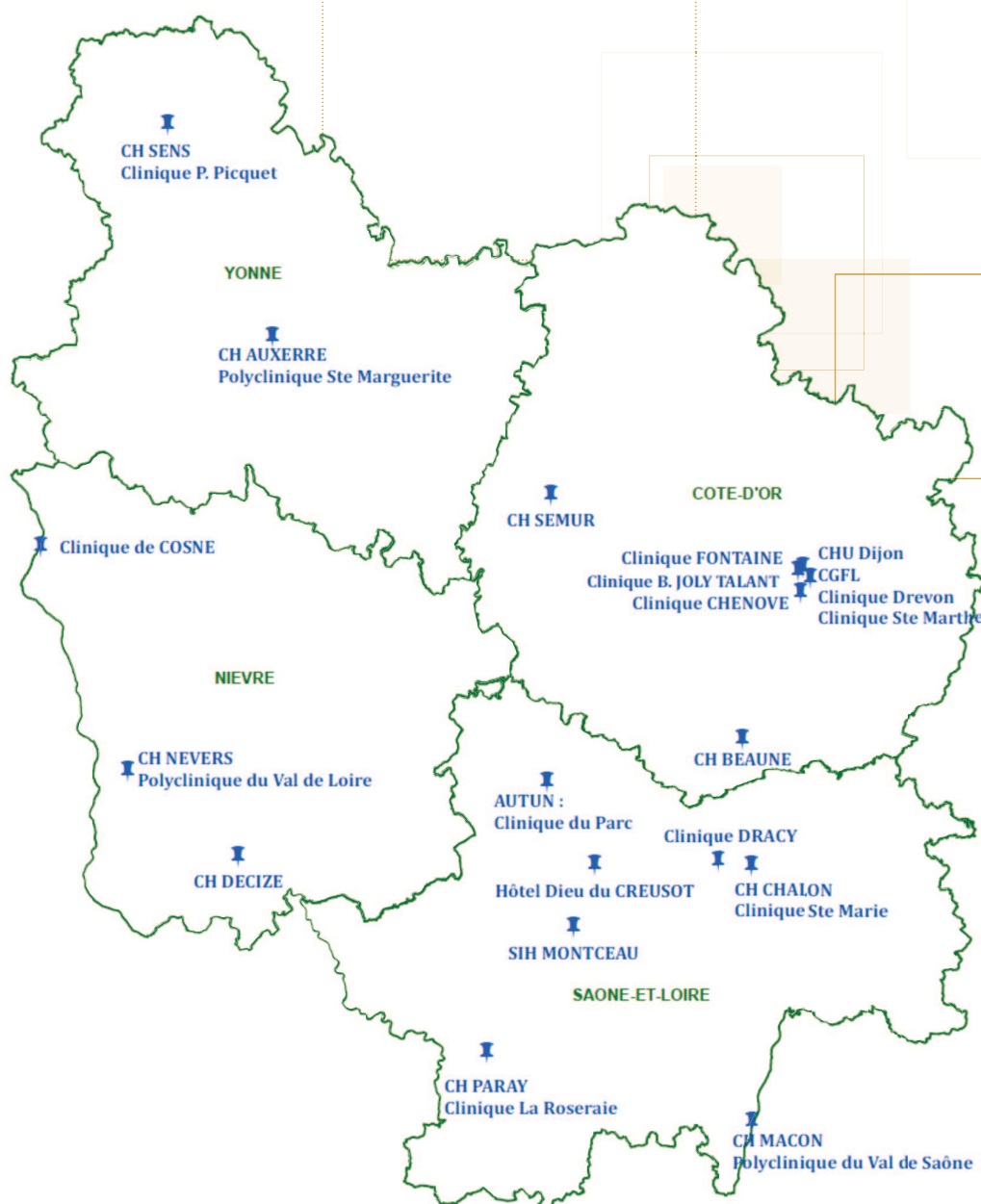
2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

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

L'ensemble des établissements hébergeant des blocs opératoires possède des services de chirurgie pour l'hospitalisation à temps complet et des unités individualisées pour la chirurgie ambulatoire.

Seul le site du Creusot ne possède pas d'unité de chirurgie ambulatoire.



2.3.2 Démographie des professionnels de santé

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

Source ADELI-STATISS au 1^{er} janvier 2010

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

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

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

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

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

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

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

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

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

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

3. 4 Objectif général n°4 : améliorer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux

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

4 Organisation de l'offre

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

Les objectifs d'organisation de la chirurgie sont :

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

4.1 Gradation des soins

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

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

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Niveau 2 : actes chirurgicaux courants et spécialités chirurgicales diversifiées	CH de Semur-en-Auxois CH de Beaune Clinique Drevon Clinique B Joly Clinique Ste Marthe Clinique de Fontaine Clinique de Chenôve	CH de Decize CH de Nevers Clinique du Val de Loire Clinique de Cosne	Clinique d'Autun CH de Chalon CH de Macon CH de Montceau CH de Paray Clinique Ste Marie Clinique du Val de Saône HD Le Creusot Clinique De Dracy Clinique La Roseraie	CH Auxerre CH de Sens Clinique Ste Marguerite Clinique Paul Picquet
Niveau 3	CHU, CGFL			

4.2 Missions de service public

Missions de service public	Spécialités chirurgicales	Départements			
		Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie orthopédique et traumatologique	4,5 astreintes dont 2,5 astreintes sur agglomération dijonnaise et 2 sur les sites de niveau 2	2,5 astreintes dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne et 0,5 astreinte sur Decize jusqu'à minuit, astreinte mutualisée après minuit	5 astreintes dont 3 sur le nord Saône-et-Loire et 2 sur le sud Saône-et-Loire	1 astreinte sur Sens et 1,5 astreinte sur Auxerre par mutualisation public/privé après minuit
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie viscérale et digestive	3,5 astreintes dont 1,5 sur l'agglomération dijonnaise et 2 sur les sites de niveau 2	2,5 astreintes dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne et 0,5 astreinte sur Decize jusqu'à minuit, mutualisée après minuit	5 astreintes dont 3 sur le nord Saône-et-Loire et 2 sur le sud Saône-et-Loire	1 astreinte sur Sens et 1,5 astreinte sur Auxerre par mutualisation public/privé après minuit
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie urologique	1 astreinte mutualisée public/privé sur l'agglomération dijonnaise	1 astreinte à organiser sur Nevers	1 astreinte sur Chalon et 1 astreinte sur Mâcon	1 astreinte mutualisée à organiser sur le territoire de santé

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

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

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

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

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

4.4 Coopérations

Dispositifs de coopérations	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
GCS ou autres modalités à promouvoir	CHU/CH Semur-en-Auxois CHU/CH Beaune	CH Nevers/ Polyclinique du Val de Loire	Clinique La Roseraie/CH de Paray-le-Monial Chalon/Autun/Creusot/ Dracy/Montceau	GCS Sud Yonne GCS CH Sens/ Clinique Paul Picquet

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

5.1 Implantations

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

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

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

Cf. le volet urgences du SROS

Au vu du constat suivant :

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

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

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

Source : enquête déclarative auprès des établissements juin 2011

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

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

De même, pour améliorer l'efficacité des établissements de la Communauté urbaine du Creusot / Montceau (CUCM), une complémentarité devra être effective entre les deux établissements de la CUCM.

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

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

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	3 ou 4		1

Détail par territoire de santé

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

6 Indicateurs d'évaluation

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

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



Traitement du cancer

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Traitement du cancer

1	Champ et périmètre de l'activité	41
2	Analyse des besoins et de l'offre	41
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	41
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	43
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	43
2.2.2	Caractéristiques territoriales	44
2.3	Principales caractéristiques de l'offre de soins	45
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée (SROS 2008 – 2011)	45
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	46
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	46
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	48
3.1	Objectif général n° 1 : développer les actions de prévention et de dépistage des cancers	48
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer l'accès aux soins de cancérologie, notamment de proximité	48
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie	49
3.4	Objectif général n° 4 : améliorer l'efficacité des prises en charge en cancérologie	50
4	Organisation de l'offre	50
4.1	Gradation des soins	50
4.2	Missions de service public	51
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	51
4.4	Coopérations	52
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	52
5.1	Implantations	52
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	53
5.3	Accessibilité (facultatif)	53
5.3.1	Accessibilité géographique	53
5.3.2	Accessibilité financière	53
5.4	Créations / suppressions / transformations / regroupements	53
6	Indicateurs d'évaluation	54

/// Traitement du cancer

1 Champ et périmètre de l'activité

/// Chirurgie des cancers

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

/// Chimiothérapie

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

/// Radiothérapie

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

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

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

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

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

Pour la chirurgie des cancers :

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

/// Traitement du cancer ● ● ● ●

Pour la radiothérapie externe :

600 patients

Chimiothérapie :

80 patients, dont 60 en hospitalisation de jour.

/// Rappel SROS 2006 – 2011 : volet traitement du cancer

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

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011 révisé en 2008	Bilan des actions réalisées
Nord Saône-et-Loire : Chirurgie des cancers : 3 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 1	Chirurgie des cancers : 3 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 1
Sud Saône-et-Loire Chirurgie des cancers : 3 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 1	Chirurgie des cancers : 4 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 0
Nièvre Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 1	Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie : 1 Curiethérapie : 1
Nord de l'Yonne Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2	Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2
Sud de l'Yonne Haut Nivernais Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie* : 1 Curiethérapie* : 1	Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie* : 1 Curiethérapie* : 1
Côte d'Or Chirurgie des cancers : 7 à 9 Chimiothérapie : 5 Radiothérapie : 2 Curiethérapie : 2	Chirurgie des cancers : 9 Chimiothérapie : 5 Radiothérapie : 2 Curiethérapie : 2

* à vocation départementale

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

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

Chimiothérapie :

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

Chirurgie des cancers :

Pathologies mammaires :

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

Pathologies digestives :

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

Pathologies urologiques :

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

Pathologies gynécologiques :

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

Pathologies O R L :

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

Pathologies thoraciques :

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

Radiothérapie :

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

En ce qui concerne la chirurgie des cancers, le SROS révisé en 2008 prévoyait un nombre d'autorisations de sites de chirurgie des cancers par territoire, sans préciser par avance le ou les organe(s) ou appareil(s) anatomique(s) concernés par ces autorisations. C'est après instruction des demandes présentées par les établissements que les notifications d'autorisation les mentionnaient.

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

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

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

/// Chirurgie des cancers, région Bourgogne :

Cancers du sein : 1920 actes

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

Cancers digestifs : 1590 actes

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

Cancers urologiques : 1156 actes

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

Cancers gynécologiques : 533 actes

56 actes encore faits dans 10 établissements non autorisés

Cancers O R L : 551 actes

4 établissements autorisés ont une activité inférieure au seuil minimum annuel d'activité
62 actes encore faits dans 12 établissements non autorisés

Cancers thoraciques : 387 actes

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

Remarque :

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

/// Chimiothérapie, région Bourgogne :

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

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

/// Radiothérapie :

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

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

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

Chimio	2006	2007	2008	2009	2010
	7987 patients dont 7028 HDJ	11 078 patients dont 9928 HDJ	9724 patients dont 7209 HDJ	10 069 patients dont 7437 HDJ	10 225 patients dont 7408 HDJ

2.3 Principales caractéristiques de l'offre de soins

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée (SROS 2008 – 2011)

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

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

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

ÉTABLISSEMENTS	CHIRURGIE DES CANCERS : pathologies prises en charge						CHIMIO THÉRAPIE	RADIO THÉRAPIE
	mammaires	digestives	thoraciques	urologiques	gynécologiques	ORL et maxillo-faciales		
C.H.U Dijon	–	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	–
C G F Leclerc Dijon	Accord	Accord	–	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord
Clinique BÉNIGNE JOLY	–	Accord	Accord	Accord	–	Accord	Accord	–
Clinique de CHENÔVE	Accord	Accord	–	Accord	Accord	Accord	–	–
Clinique de FONTAINE	–	Accord	–	Accord	–	–	–	–
Clinique SAINTE MARTHE	Accord	–	–	Accord	–	–	–	–
Clinique DREVON	Accord	Accord		Accord	Accord	–	Accord	–
CH SEMUR	–	Accord	–	–	–	–	–	–
CH BEAUNE	Accord	Accord	–	–	–	–	Accord	–
C.H NEVERS		Accord	–	–	–	Accord	Accord	–
Polyclinique VAL DE LOIRE	Accord	Accord	–	Accord	Accord	–	Accord	–
Clinique COSNE SUR LOIRE	–	–	–	–	Accord	–	–	–
CH AUXERRE	Accord	Accord	–	Accord	Accord	–	Accord	–
Polyclinique Ste Marguerite	Accord	Accord	–	Accord	–	Accord	Accord	–
C.H SENS	Accord	Accord	–	Accord	Accord	–	Accord	–
Clinique Paul PICQUET	Accord	Accord	–	–	–	–	Accord	–
CH CHALON	Accord	Accord		–	Accord	–	Accord	–
Clinique SAINTE MARIE	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	–
Hôtel Dieu CREUSOT	Accord	Accord	–	Accord	Accord	Accord	–	–
SIH MONTCEAU	–	–	–	–	–	–	Accord	–
CH PARAY-LE-MONIAL	–	Accord	–	–	–	–	Accord	–
Clinique PARAY	Refus	Accord	–	Accord	–	Accord	–	–
CH MÂCON	Accord	Accord	–	–	Accord	Accord	Accord	–
Polyclinique VAL DE SAÔNE	Accord	Accord	–	Accord	Accord	Accord	Accord	–

ÉTABLISSEMENTS	CHIRURGIE DES CANCERS : pathologies prises en charge						CHIMIO THÉRAPIE	RADIO THÉRAPIE
	mammaires	digestives	thoraciques	urologiques	gynécolo- giques	ORL et maxillo- faciales		
Centre radiothérapie DIJON	–	–	–	–	–	–	–	Accord
Centre radiothérapie CHALON	–	–	–	–	–	–	–	Accord
Centre radiothérapie AUXERRE	–	–	–	–	–	–	–	Accord
Centre radiothérapie MÂCON	–	–	–	–	–	–	–	Accord
Centre radiothérapie NEVERS	–	–	–	–	–	–	–	Accord

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

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

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

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

📌 Points forts du dispositif :

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

📌 Points restant à conforter :

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

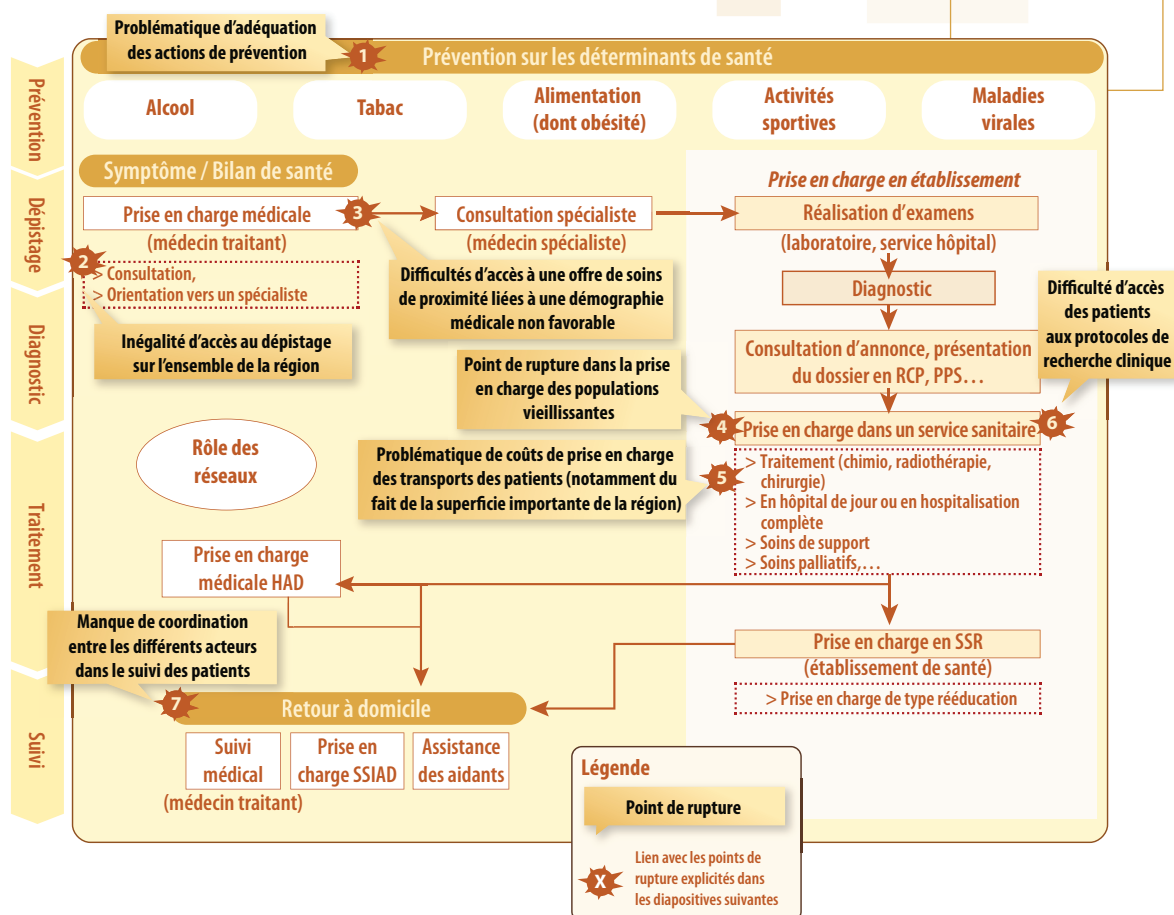
- l'accès des patients au secteur 1 est parfois impossible dans certains territoires pour les activités de cancérologie soumises à seuil
- le déploiement du logiciel Bonnes Pratiques en Chimiothérapie reste à poursuivre,
- imagerie médicale : délais d'attente de rendez-vous encore importants, équipement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

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

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

Ces points de rupture sont décrits dans le diagramme ci-dessous.

Parcours des personnes atteintes du cancer/Principaux points de rupture du parcours



3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : développer les actions de prévention et de dépistage des cancers

Les actions de prévention sont à articuler avec :

- le Schéma régional de prévention et notamment ses volets maladies chroniques (diminution de l'impact des maladies chroniques),
- le Plan régional santé environnement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en oeuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Conforter le fonctionnement des centres de coordination en cancérologie (3C)	Suite aux visites de conformité de 2011, veiller à la mise en conformité des 3C pour la fin du 1 ^{er} semestre 2012

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 2 Favoriser l'accès aux soins en conditionnant les nouvelles autorisations ou leurs renouvellements à la possibilité de prise en charge en secteur 1	Concrétisation dans le cadre des renouvellements d'autorisation ou de nouvelles autorisations
Objectif spécifique n° 3 Favoriser l'accès des patients aux protocoles de recherche clinique, en développant la présence des assistants de recherche clinique (ARC) sur les sites pivots	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développement en lien avec le réseau Onco-Bourgogne ■ Favoriser la participation des ARC aux RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire)
Objectif spécifique n° 4 Développer les consultations de spécialistes Développer le recours à la télé médecine (dont télé-radiologie) : <ul style="list-style-type: none"> ■ notamment pour pallier la démographie médicale non favorable (consultations à distance,...) ■ généralisation du logiciel Bonnes Pratiques de Chimiothérapie (BPC) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations en maisons médicales pluridisciplinaires ■ Mise en œuvre dans le cadre du programme télé médecine
Objectif spécifique n° 5 Réduire les coûts de transport liés à la délivrance des soins (ex. : chimiothérapie, radiothérapie)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Convention entre structures de soins et établissements hôteliers ■ Etudier la mise en place de structures d'hébergement de type maisons de parents
Objectif spécifique n° 6 Accueillir les patients en sortie de court séjour avec prise en charge en hospitalisation de jour	Inciter à la conclusion de conventions avec des SSR polyvalents

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Généraliser le dispositif d'annonce et améliorer l'accompagnement des patients dans le dispositif d'annonce suite au premier rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation des personnels ■ Réseau OncoBourgogne
Objectif spécifique n° 2 Développer l'approche gériatrique de l'oncologie	Développer la participation de gériatres aux réunions de concertation pluridisciplinaires (avec développement de la téléconférence)
Objectif spécifique n° 3 Améliorer l'orientation des patients vers les sites adéquats lors du diagnostic de tumeurs rares (tumeurs ovariennes, neuroendocriniennes) et pour les cas de cancer en cours de grossesse afin de prendre en compte leurs spécificités	Organisation des flux de patients vers le pôle de référence régional

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 4 Promouvoir la mise en place d'outils informatiques communs à la ville et aux établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> Programme Télémédecine GCS e-santé Mise en œuvre du DMP (dossier médical partagé)
Objectif spécifique n° 5 Consolider et formaliser les complémentarités entre les établissements autorisés à traiter le cancer et la filière d'aval (SSR, EHPAD) et articuler le dispositif de traitement du cancer avec les champs médico-social et social	Cf. SROMS et PRAPS

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Anticiper les besoins en professionnels médicaux intervenant dans la prise en charge des cancers et renforcer l'attractivité de la région afin de prévenir les effets de la baisse des ressources médicales	Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
Objectif spécifique n° 2 Réguler et optimiser les dépenses de molécules onéreuses dans le cadre de l'Observatoire du Médicament des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT)	Conforter le fonctionnement de l'OMEDIT
Objectif spécifique n° 3 Conforter l'oncopédiatrie au CHU de Dijon	Partenariat CHU Dijon – CHU Besançon
Objectif spécifique n° 4 Consolider l'oncogériatrie au sein du GCS institut régional du cancer	Réponse à l'appel d'offre de l'INCa et mise en œuvre
Objectif spécifique n° 5 Conforter le rôle de coordination du réseau régional OncoBourgogne	Renforcer l'action du réseau régional

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

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

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

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Établissements d'expertise et de recours régional	Pôle régional de cancérologie ■ CHU ■ CGFL	–	–	–
Établissements intermédiaires et centres de radiothérapie	■ 5 établissements de santé MCO de l'agglomération dijonnaise ■ Centre de radiothérapie de Dijon	■ 2 établissements de santé MCO de Nevers ■ Centre de radiothérapie de Nevers	■ 2 établissements de santé MCO de Chalon ■ 2 établissements de santé MCO de Mâcon ■ Centre de radiothérapie de Chalon ■ Centre de radiothérapie de Mâcon	■ 2 établissements de santé MCO d'Auxerre ■ 2 établissements de santé MCO de Sens ■ Centre de radiothérapie d'Auxerre
Établissements de proximité	■ CH Beaune ■ CH Semur-en-Auxois	■ Clinique de Cosne sur Loire	■ CH Montceau ■ HD Le Creusot ■ CH Paray-le-Monial ■ Clinique Paray-le-Monial	–
Autres établissements associés en chimiothérapie	■ CH Saulieu ■ CHIC Châtillon Montbard	■ CH Decize	■ CH Autun	–

4.2 Missions de service public

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

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

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

4.4 Coopérations

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

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

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

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

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

5.1 Implantations

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

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

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

/// Chimiothérapie

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

/// Chirurgie des cancers

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	9	7
Nièvre	3	3
Saône et Loire	7	6
Yonne	4	4
Total sur la région	23	20

/// Radiothérapie

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

/// Curiethérapie

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

/// Respect des seuils annuels d'activité :

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

En cas de constat du non respect du ou des seuils minimum annuels auxquels chaque établissement doit satisfaire, la procédure prévue à l'article L.6122-13 du CSP pourra être mise en œuvre.

Au terme cette procédure, et s'il s'avère que l'établissement concerné est dans l'impossibilité d'assurer une activité conforme aux seuils, il pourra être procédé soit à la modification partielle de l'autorisation, soit à son retrait.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Activité non concernée.

5.3 Accessibilité (facultatif)

5.3.1 Accessibilité géographique

5.3.2 Accessibilité financière

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

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	3	0	1 regroupement de 3 structures

/// Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte d'Or	0	2 sites de chirurgie de la Générale de Santé à Dijon	0	Regroupement des 3 cliniques de la Générale de Santé à Dijon
Nièvre	0	0	0	0
Saône et Loire	0	1 site de chirurgie des cancers à Paray-le-Monial	0	0
Yonne	0	0	0	0

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Traitement du cancer	Développer les actions de prévention et de dépistage permettant de diminuer les risques d'augmentation des cancers	Pourcentage de la population des 50-74ans incluse dans une démarche médicalisée du dépistage organisé du cancer du sein (CPOM ARS)		60%
		Pourcentage de la population des 50-74 ans incluse dans une démarche médicalisée de dépistage organisé du cancer colo rectal (CPOM ARS)		50%

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Traitement du cancer	Développer les actions de prévention et de dépistage permettant de diminuer les risques d'augmentation des cancers	Nombre d'actions de prévention organisées par département par thématique : tabac
		Taux de participation aux actions de dépistage du cancer du sein par département
	Améliorer l'accès aux soins de cancérologie, notamment de proximité	% de 3C (centres de coordination en cancérologie) conformes aux critères d'agrément de l'INCa
		Taux d'accès des patients aux protocoles de recherche clinique
		Nombre de conventions de partenariat mises en place entre les structures de soins et les établissements hôteliers
	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie	Taux de personnes ayant bénéficié d'une consultation d'annonce de la maladie
		Taux de patients ayant reçu un programme personnalisé de soins
		Nombre de conventions entre les SSR et les services de cancérologie afin d'organiser le parcours de soins des patients
		Nombre de professionnels de santé utilisant le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

The background features a light beige color with abstract yellow geometric shapes. On the left, there are thick, rounded yellow lines. On the right, there are several thin yellow squares and rectangles, some of which are outlined with dashed lines, creating a layered, architectural effect.

Réanimation, soins intensifs, surveillance continue

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Réanimation, soins intensifs, surveillance continue

1	Champ et périmètre de l'activité	57
2	Analyse des besoins et de l'offre	57
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	57
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	57
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	57
2.2.2	Caractéristiques territoriales	58
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	58
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	59
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	59
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	59
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	60
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	60
3.1	Objectif général n° 1 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en réanimation	60
3.2	Objectif général n° 2 : fluidifier la filière d'aval de la réanimation	61
3.3	Objectif général n° 3 : médicaliser la surveillance continue	61
4	Organisation de l'offre	62
4.1	Gradation des soins	62
4.2	Missions de service public	62
4.3	Coopérations	62
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	62
5.1	Implantations	62
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	63
5.3	Accessibilité	63
5.3.1	Accessibilité géographique	63
5.3.2	Accessibilité financière	63
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	63
6	Indicateurs d'évaluation	63

/// Réanimation, soins intensifs, surveillance continue

1 Champ et périmètre de l'activité

/// Réanimation, Soins intensifs, Surveillance Continue.

La prise en charge d'une défaillance pluri viscérale relève de la réanimation. Pour cela, les établissements de santé titulaires d'une autorisation de médecine ou de chirurgie doivent disposer d'un service de réanimation ou, en son absence, passer convention avec un établissement doté d'une telle unité. Le SROS 2006-2011 a acté la mise en place d'une unité de réanimation médico-chirurgicale sur chacun des 6 sites « pivot ». Seul le CHU dispose de plusieurs unités de réanimation dont une de réanimation médicale.

Afin de fluidifier la filière de prise en charge et de permettre le retour des patients dans un service de médecine ou de chirurgie, le service de réanimation doit être doté de lits de surveillance continue en nombre égal à la moitié des capacités de réanimation ; ces 2 types d'unités étant situées, de préférence, à proximité l'une de l'autre (article R-6123-38 précisé par la circulaire DHOS du 27 août 2003).

Une défaillance mono-organe relève de la prise en charge au sein d'une unité de soins intensifs. Ces unités sont présentes dans les établissements justifiant de la prise en charge de pathologies lourdes susceptibles de décompensation. La cardiologie est au premier rang de ces pathologies ce qui entraîne la nécessité de créer des unités de soins intensifs en cardiologie dans tous les établissements autorisés à la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, au premier rang desquelles l'infarctus du myocarde traité par angioplastie.

Les patients nécessitant, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique justifient leur placement dans des lits de surveillance continue. De telles unités sont créées dans des établissements titulaires de lits de réanimation mais aussi dans les établissements prenant en charge des patients relevant de ce type de surveillance.

Seule l'activité de réanimation est soumise à autorisation ; les lits de surveillance continue et de soins intensifs devant faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Autoriser une unité de réanimation médico-chirurgicale sur chaque site pivot et, pour la Côte d'Or, des unités médicales et chirurgicales.	Tous les territoires sont dotés d'unités médico-chirurgicales. Le CHU dispose d'unités de réanimation médicales et chirurgicales.
Autoriser une unité de soins intensifs cardiologiques dans chaque site pivot et dans chaque site autorisé à pratiquer la cardiologie interventionnelle.	9USIC autorisées : tous les sites concernés sont donc pourvus.
Autoriser des unités de surveillance continue dans les établissements dotés de réanimation et dans d'autres établissements selon leur activité	Création de lits sur le territoire de Côte-d'Or de Saône-et-Loire et de l'Yonne.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux	2008	2009	2010	2012
Nombre de structures de réanimation	10	6	7	7
Nombre d'unités de soins intensifs cardiologiques	8	8	9	9
Nombre d'unités de soins intensifs	6	6	7	7
Nombre d'unités de surveillance continue	28	28	29	29

Établissements	Séjours produits par les sites pivots avec au moins 1 supplément REA (PMSI 2009)	Durée moyenne de séjour 2010	Taux d'occupation
C.H.U. DIJON	1550	Réa. méd : 6,2 Réa. chir : 9	Réa med : 95 % Réa chir : +100 %
C.H. WILLIAM MOREY A CHALON S/SAÔNE	317	9,5	95 %
CENTRE HOSPITALIER MÂCON	360	8,8	82 %
CENTRE HOSPITALIER NEVERS	298	8,3	93 %
CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE	240	13,9	97 %
CENTRE HOSPITALIER DE SENS	216	5,5	80 %
Totaux	2981	8,7	92 %

Le CHU produit plus de la moitié des séjours de réanimation de la région.

En 2009, 3 631 séjours pour un patient bourguignon, comprenant au moins 1 jour en réanimation, effectués en région ou hors région ont été enregistrés dans la base PMSI.

Si l'on ne prend en compte que les établissements ayant facturé au moins 5 séjours, indiquant une prise en charge régulière de patients bourguignons, on note que 32 établissements, situés en Bourgogne ou hors région, totalisent 3 514 séjours.

Selon les professionnels et sur la base de la circulaire du 27 août 2003 DHOS citée plus haut, une unité de réanimation devrait avoir une durée moyenne de séjour de 7 jours environ et un taux d'occupation moyen de 80 %.

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Unité de réanimation	USIC	SI	Surveillance continue
Côte d'Or	5*	3	7	8
Nièvre	1	1	0	5
Saône-et-Loire	2	3	0	9
Yonne	2	2	0	7
Bourgogne	10	9	7	29

* Le CHU dispose de 5 unités de réanimation : pédiatrique, médicale, traumatologique et neurologique, chirurgicale polyvalente et cœur-poumon.

La situation des sites pivots aux quatre extrémités de la région entraîne des difficultés de transfert. Cette situation est aggravée pour le centre hospitalier de Nevers, ce dernier étant le plus excentré.

Si le CHU occupe une place de référence, le soutien aux autres structures de réanimation est indispensable.

Dans le SROS 2006-2011, il était prévu une individualisation de lits de surveillance continue en nombre égal à la moitié des capacités de réanimation à proximité de ces unités afin de fluidifier le fonctionnement des lits de réanimation : cet objectif reste à réaliser.

Il était également donné la possibilité aux établissements ne disposant pas d'unité de réanimation ni de soins intensifs (SI) de faire fonctionner une unité de surveillance continue afin de prendre en charge des patients soit dans le cadre d'une défaillance viscérale aiguë unique pour laquelle une suppléance peut être mise en œuvre, soit à l'inverse avant transfert vers une unité de réanimation.

Le nombre de lits de surveillance continue est inégal selon les établissements, allant de 2 à 42 pour le CHU. Pour certains établissements ces lits sont identifiés dans des services bien définis.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Dans la situation actuelle, le nombre de structures de réanimation, d'USIC et de soins intensifs, de surveillance continue autorisées et reconnues semble suffisant pour la région. Néanmoins, tous les lits prévus dans le cadre du SROS précédent ne sont pas installés.

Actuellement, les services de réanimation de Bourgogne sont en difficulté du fait :

- d'une démographie médicale très déficitaire,
- de filières d'aval peu fonctionnelles ;
- du manque de personnel infirmier,
- de l'absence d'installation de lits suffisants sur certains sites en dépit des autorisations.

Ces difficultés entraînent des refus de prise en charge de patients qui doivent être transférés sur d'autres sites, en région et hors région.

Ainsi, 977 séjours de patients bourguignons ont été facturés par des établissements hors région en 2009, et 191 d'entre eux correspondaient à un transfert à partir d'un établissement de Bourgogne (dont 139 en provenance des sites pivots titulaires de lits de réanimation). Les transferts ont lieu principalement vers les régions limitrophes de Rhône-Alpes, Ile de France et Franche-Comté.

Le déficit théorique en lits peut être approché à partir des 191 patients transférés à la demande d'un établissement de Bourgogne, ce qui correspond à un manque de 10 lits.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Population par territoire 2007	Nombre de lits de réanimation autorisés 2012	Nombre de lits/10 000 habitant	Nombre de lits de réanimation installés	Nombre de lits de SI autorisés	Nombre de lits de SI installés	Nombre de lits de SC validés	Nombre de lits de SC installés
Côte d'Or	518 000	32 (11 méd. 15 chir.)	0,62	30 (15+15)	32	29	72	73
Nièvre	221 500	15	0,68	12	12	12	28	28
Saône-et-Loire	549 500	30	0,55	24	22	22	61	54
Yonne	341 000	21	0,62	18	14	14	32	26
Bourgogne	1 630 000	98	0,600	84	80	77	193	181

Source : questionnaires établissements

Les sites pivots disposent de lits de surveillance continue mais non adossés au service de réanimation. C'est le cas notamment du CHU qui comprend 42 lits de surveillance continue. Or la fluidité des services de réanimation rend particulièrement souhaitable une configuration d'unité de surveillance continue liée à l'unité de réanimation comme rappelé plus haut.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Territoires de santé	Nombre de médecins-anesthésistes-réanimateurs en poste tous services confondus	Postes de médecins réanimateurs vacants/postes médecins pourvus	Départs en retraite des médecins réanimateurs d'ici 2015
Côte d'Or	61,8	1/12	2
Nièvre	11	4/2,6	1
Saône-et-Loire	22,5	5/8	2
Yonne	17	1/9,5	1
Bourgogne	112,30 *	11 vacants/32 postes pourvus	6/30

*Médecins anesthésistes réanimateurs postes de PH ou contractuels de type 4 tous services confondus en établissement. Les effectifs pour les services de surveillance continue ou même de soins intensifs sont communs à plusieurs services, aussi le déficit mentionné ne concerne que les services de réanimation.

On constate aussi une forte disparité au profit de la Côte d'Or.

Le manque de médecins réanimateurs et d'infirmières, ainsi que le vieillissement de ces professionnels constitue un véritable défi pour les années à venir.

La situation démographique est très préoccupante pour les services de réanimation de la Nièvre et de la Saône-et-Loire : dans la Nièvre, après le départ du médecin chef de service en cours d'année 2011, le service ne comptera plus que 1,6 PH titulaires, alors que le fonctionnement normal nécessiterait au moins 5,6 ETP. Le recours à des médecins intérimaires n'est qu'une solution transitoire. Cette situation menace la survie même du service.

Dans cette optique, le renfort par des médecins en poste partagé, notamment dans le cadre de l'assistantat, est à encourager et permettrait de pérenniser les équipes.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

L'offre théorique apparaît suffisante (cf. données quantitatives). Tous les services de réanimation sont situés dans les établissements publics, il existe un seul service de soins intensifs à la clinique Sainte Marthe et un service d'USIC à la clinique de Fontaine en Côte d'Or. En revanche les unités de surveillance continue sont réparties parmi toutes les catégories d'établissements en fonction de leur activité.

Une des modalités pour optimiser les capacités de réanimation est de développer la complémentarité entre les établissements de santé d'un même territoire afin de favoriser la rotation des patients dans les lits de réanimation.

Actuellement une coopération existe entre établissements de santé de manière informelle.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

Les cinq objectifs retenus sont orientés vers une amélioration du fonctionnement des services existants : amélioration de l'organisation, renforcement de certains sites, qualité et sécurité à privilégier.

3.1 Objectif général n° 1 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en réanimation.

Le nombre d'autorisations en réanimation est suffisant, en revanche tous les lits ne sont pas installés. Le déficit en lits correspond au nombre de patients devant être pris en charge hors région à la demande d'établissements de Bourgogne.

Pour les lits de soins intensifs, le nombre actuel est satisfaisant. Cependant dans le cadre du déploiement des Unités NeuroVasculaires (UNV), l'ouverture de lits supplémentaires en soins intensifs de neurologie s'imposera.

Pour ce qui concerne la reconnaissance des USIC, la contrainte réglementaire imposant la présence permanente sur place d'un cardiologue ne permet pas de maintenir l'ensemble des unités existantes.

Pour les lits de surveillance continue, des reconnaissances contractuelles supplémentaires seront nécessaires pour combler le déficit de lits post-réanimation. Parallèlement la modification de l'activité de certains établissements pourra entraîner la fermeture de certains lits de surveillance continue.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Mettre en œuvre les autorisations existantes de réanimation adulte et pédiatrique, pour les capacités restant à installer.	CPOM
Objectif spécifique n° 2 Conforter les effectifs de réanimateurs médicaux, notamment dans les zones dont la démographie médicale est défavorable.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postes partagés ▪ Recrutement de médecins en fonction des nouvelles possibilités réglementaires ▪ Conventions CHU/sites de recours infrarégional disposant de réanimation

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 3 Anticiper le besoin d'infirmier(ère)s au sein des établissements de santé, notamment afin de permettre la formation des IDE nouvellement affectées en réanimation.	Gestion des ressources humaines des établissements
Objectif spécifique n° 4 Ouvrir des lits de surveillance continue, spécifiques à la post-réanimation et sous responsabilité médicale des réanimateurs, dans chaque structure titulaire de lits de réanimation.	<ul style="list-style-type: none"> ■ CPOM ■ Organisation interne des établissements

Il convient de réserver dans les établissements détenteurs d'une autorisation de réanimation, des lits de surveillance continue dont le fonctionnement est lié à celui des lits de réanimation (si nécessaire, par transfert de lits de surveillance continue).

3.2 Objectif général n° 2 : fluidifier la filière d'aval de la réanimation

Le parcours habituel du patient en réanimation est, après hospitalisation dans ce service, d'être transféré soit dans un lit de surveillance continue, soit dans un lit de médecine ou chirurgie. Trop souvent ce parcours est difficilement réalisable par manque de lits de surveillance continue de post-réanimation (sous la responsabilité médicale de réanimateurs) et/ou de lits dans le service de médecine ou de chirurgie concerné par la pathologie du patient. Ce problème est amplifié si, à l'origine, le patient avait été transféré depuis un établissement n'ayant pas de service de réanimation.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Faciliter, au sein d'un établissement, le transfert interne des patients, ne relevant plus de la réanimation, vers les services adéquats.	<ul style="list-style-type: none"> ■ CPOM ■ Procédures internes ■ Organisation des pôles médico-techniques de l'établissement
Objectif spécifique n° 2 Rendre effectifs les protocoles existants entre les centres hospitaliers et les services de réanimation de leur territoire, notamment pour organiser le retour des patients adressés en réanimation.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conventions entre établissements ■ Suivi de ces conventions

3.3 Objectif général n° 3 : médicaliser la surveillance continue.

Sur le plan réglementaire, il n'existe pas de norme de personnel ni d'équipement pour la surveillance continue. Cependant, cette modalité de soins implique une charge de travail médical et paramédical importante qui ne peut être assumée, en toute sécurité, par l'effectif habituel d'un service. La charge de travail est encore accrue pour les lits de surveillance continue post-réanimation afin que les lits de réanimation soient réellement utilisés selon leur objet premier. Dans ce cas de figure, on peut considérer que les contraintes se rapprochent de celles des lits de soins intensifs.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Assurer la présence d'un personnel qualifié et adapté à la charge en soin pour le fonctionnement des lits de surveillance continue, afin de permettre la prise en charge adéquate.	Dossier de demande
Objectif spécifique n° 2 S'assurer que la responsabilité médicale de la prise en charge des patients dans les lits de surveillance continue, hors lits de post-réanimation, est clairement identifiée avant leur mise en place.	Charte de fonctionnement dans laquelle sera identifiée la responsabilité médicale.

4 Organisation de l'offre

Le CHU est le seul établissement de la région à exercer une activité de réanimation médicale. Il est donc le centre de recours régional.

Pour la réanimation chirurgicale, il est aussi le centre de recours du fait de ses possibilités tant techniques que médicales.

4.1 Gradation des soins

Le maillage des territoires en services de réanimation, soins intensifs, soins intensifs de cardiologie et lits de surveillance continue fait qu'il n'existe pas de gradation des soins à identifier, mis à part la reconnaissance du CHU comme centre de recours régional.

4.2 Missions de service public

Les contraintes de fonctionnement des structures de réanimation et de soins intensifs, y compris celles de cardiologie, qui doivent accueillir les patients en urgence, entraînent l'obligation d'une permanence médicale.

Missions de service public	Dispositifs	Territoires de santé			
		Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
	Lignes de gardes en Réa. Médicale et chirurgicale	3	1	2	2
	Lignes de garde en USIC	3	1	2	2

Articulation ville – établissement de santé – médico-social.

Non concerné.

4.3 Coopérations

Mise en place de conventions entre établissements, notamment pour faciliter le retour des patients dans l'établissement d'origine.

Note :

Les services de réanimation rencontrent régulièrement des difficultés pour faire sortir les patients (cf. supra) faute de lits d'aval pour ce type de malade. Des coopérations inter-établissements existent déjà notamment dans le cadre des GCS existants ou dans l'application de bonnes pratiques non formalisées. La signature de conventions inter-établissements permettrait probablement de renforcer ces coopérations essentielles à la fluidité des prises en charge.

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

5.1 Implantations.

- Les implantations actuelles de réanimation ne sont pas remises en cause.
- Le présent SROS ne prévoit aucune nouvelle implantation.

Territoires de santé	Existant : nombre d'unités de réanimation	Cible SROS
Côte d'Or	5*	4
Nièvre	1	1
Saône-et-Loire	2	2
Yonne	2	2
Total sur la région	10	9

* les 5 sites correspondent aux services du CHU (Réa. pédiatrique, Réa. médicale, Réa. traumatologie et neurologie, Réa. chirurgicale polyvalente, Réa. cœur-poumon). Le passage à 4 sites est lié au transfert sur le site du Bocage et à une mutualisation.

Il est rappelé que les unités de surveillance continue et de soins intensifs ne font pas l'objet d'autorisation mais de reconnaissance contractuelle dans les CPOM. Les unités de surveillance continue liées à la réanimation, devront être positionnées comme les services de réanimation pour un total régional de 9 unités.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

L'accessibilité à des lits de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue n'est pas une difficulté géographique.

Les problèmes éventuels existants sont dus à la non installation de lits autorisés ou à une embolisation temporaire de ceux-ci du fait d'un surcroît d'activité.

Seule, l'absence de lits de surveillance continue reliés à la sortie de réanimation est un facteur défavorable que le SROS devra s'attacher à résoudre. L'ouverture de tels lits devrait permettre de dégager plus rapidement les services de réanimation et donc de fluidifier la filière.

5.3.1 Accessibilité géographique

Sans objet

5.3.2 Accessibilité financière

Dans le cadre du fonctionnement actuel de ces lits en Bourgogne, tous sont en secteur 1 donc non soumis à majoration.

De plus aucune majoration pour séjour en chambre individuelle ne peut être réglementairement demandée.

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

Le diagnostic préalable au SROS a montré que certains objectifs du SROS précédent n'avaient pas été atteints. L'état actuel de la demande correspond, en période normale, au nombre de lits autorisés. Le but du SROS est donc d'aboutir à l'ouverture de ceux-ci. Toutefois, la possibilité d'augmenter les capacités dans l'une ou l'autre des structures actuellement autorisées devra être conservée. En tout état de cause, elle ne pourra l'être qu'en présence d'une équipe médicale et paramédicale complète permettant de répondre à de nouveaux besoins qui seraient identifiés.

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0	0	0

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en réanimation	Nombre de lits de surveillance continue spécifiques pour les sorties de réanimation		
	Fluidifier la filière d'aval de la réanimation	Nombre de conventions interétablissements signées pour organiser le retour des patients adressés en réanimation	0	5
	Médicaliser la surveillance continue	Nombre de chartes médicales identifiant la responsabilité médicale	0	29

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en réanimation	Taux d'installation de lits de réanimation (adulte et pédiatrique)/lits autorisés
		Nombre de conventions de mise à disposition de temps de réanimateurs entre le CHU et les sites de recours infra régional
	Fluidifier la filière d'aval de la réanimation	Nombre de séjours de réanimation effectués dans des établissements hors région pour des patients bourguignons
		Nombre de séjours de réanimation effectués dans des établissements hors région et correspondant à un transfert d'un établissement bourguignon titulaire de lits de réanimation
		% de patients sortant d'un service de réanimation ayant été re-transférés vers l'établissement adresseur
	Médicaliser la surveillance continue	Nombre d'ETP de personnel médical par lit de surveillance continue
		Nombre d'ETP de personnel paramédical par lit de surveillance continue



Imagerie

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Imagerie

1	Champ et périmètre de l'imagerie	67
2	Analyse des besoins et de l'offre	67
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	68
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	70
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	74
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	75
3.1	Objectif général n° 1 : améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	75
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	76
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds.	76
4	Organisation de l'offre	77
4.1	Gradation des plateaux techniques d'imagerie	77
4.2	Missions de service public	79
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	79
4.4	Coopérations	79
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	80
5.1	Implantations	80
5.2	Accessibilité	81
5.3	Créations/suppressions/transformations/regroupements	81
6	Indicateurs d'évaluation	82

/// Imagerie

1 Champ et périmètre de l'imagerie

Le développement de l'imagerie médicale en coupe (scanographe, IRM, caméra TEP) a bouleversé l'organisation de la radiologie, ses procédés d'interprétation et la place de chacune des modalités de prise en charge des patients. Ces équipements ont pris une place croissante tant dans le diagnostic de nombreuses pathologies et en particulier dans le dépistage des cancers, les bilans d'extension en oncologie, le guidage thérapeutique accompagnant l'imagerie interventionnelle que dans le contrôle de l'efficacité des traitements.

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

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

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

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

Débuté dans les 4 h 30 suivant l'apparition des premiers symptômes, ce traitement permet d'éviter un déficit ou un décès pour dix patients traités ».

2 Analyse des besoins et de l'offre

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

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

👉 Scanners

Le taux d'équipement en scanographes montre une progression de plus de 30 % sur la période 2006-2011. L'ensemble des autorisations, soit 30 appareils (1 n'est pas encore installé à ce jour), répondent aux besoins de la population régionale (y compris au titre des besoins exceptionnels).

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

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

👉 IRM

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

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

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

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

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

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

➤ Les centres de médecine nucléaire

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

➤ TEP

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

/// La problématique régionale :

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

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

➤ SCANNERS

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN
Territoire de Côte d'Or	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 implantations avec 7 appareils dont 5 sur le site pivot ■ <i>autorisation de 2 appareils supplémentaires à utilisation médicale sur le site pivot.</i> ■ <i>autorisation d'un appareil supplémentaire sur un site périphérique.</i> 	10 appareils autorisés installés

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN
Territoire de Nord Saône-et-Loire	■ 5 implantations avec 5 appareils	5 implantations avec 5 appareils autorisés installés
Territoire du Sud Saône-et-Loire	■ 2 implantations avec 3 appareils dont 2 sur le site pivot	3 appareils autorisés installés
Territoire de la Nièvre	■ 4 implantations avec 4 appareils dont 2 sur le site pivot ■ 1 autorisation à titre dérogatoire	5 appareils autorisés dont 4 installés <i>(l'appareil autorisé sur le site de Clamecy n'est pas encore installé)</i>
Territoire du Nord de l'Yonne	■ 3 implantations avec 2 appareils sur le site pivot	3 appareils autorisés installés
Territoire du Sud de l'Yonne	■ 3 implantations avec 2 appareils sur le site pivot ■ 1 autorisation supplémentaire à titre dérogatoire	4 appareils autorisés installés

2 appareils accordés à titre dérogatoire : CH de Clamecy et CH de Tonnerre

Au total 30 scanners autorisés et 29 installés à ce jour.

➤ I.R.M.

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

Au total 11 IRM autorisés, 11 appareils installés.

➤ Gamma caméras

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

14 gamma caméras installées (potentiel de 17 appareils).

À noter le transfert d'autorisation du service de médecine nucléaire du CH Auxerre à la SELARL CMNP.

➤ TEP

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

4 caméras TEP autorisées, 3 caméras TEP installées.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Nombre d'équipements/million d'habitants

Nombre d'examens scanner, IRM, scintigraphie, TEP/équipement

Délais de rendez-vous.

➤ Activité et amplitude horaire

- **Les scanographes** comptabilisent en moyenne 9500 examens par équipement, avec une amplitude d'ouverture moyenne hebdomadaire avec secrétariat de 44 heures et une utilisation de la machine de 53 heures en moyenne par semaine dont 52 % utilisés pour une activité privée en secteur I (une plage de 3 heures en secteur II au CH de Beaune).
- **Les IRM** comptabilisent en moyenne 6700 examens par équipement avec une utilisation moyenne de la machine de 59 h 30 hebdomadaires dont 60 % sont utilisés pour une activité privée en secteur I (1 plage de 6 heures en secteur II au CH de Mâcon). À noter que l'IRM du Creusot/Montceau n'est accessible que 9 demi-journées par semaine.
- **Les Gamma caméras** comptabilisent en moyenne 3466 examens par gamma caméra et 2138 examens au centre de Sens doté d'une seule gamma caméra.
- **Les caméras TEP** comptabilisent en moyenne 2039 examens par équipement (avec 1229 examens sur la caméra TEP de Nevers). La durée moyenne de disponibilité de la machine est de 46 heures par semaine.

📌 Délais de rendez-vous

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

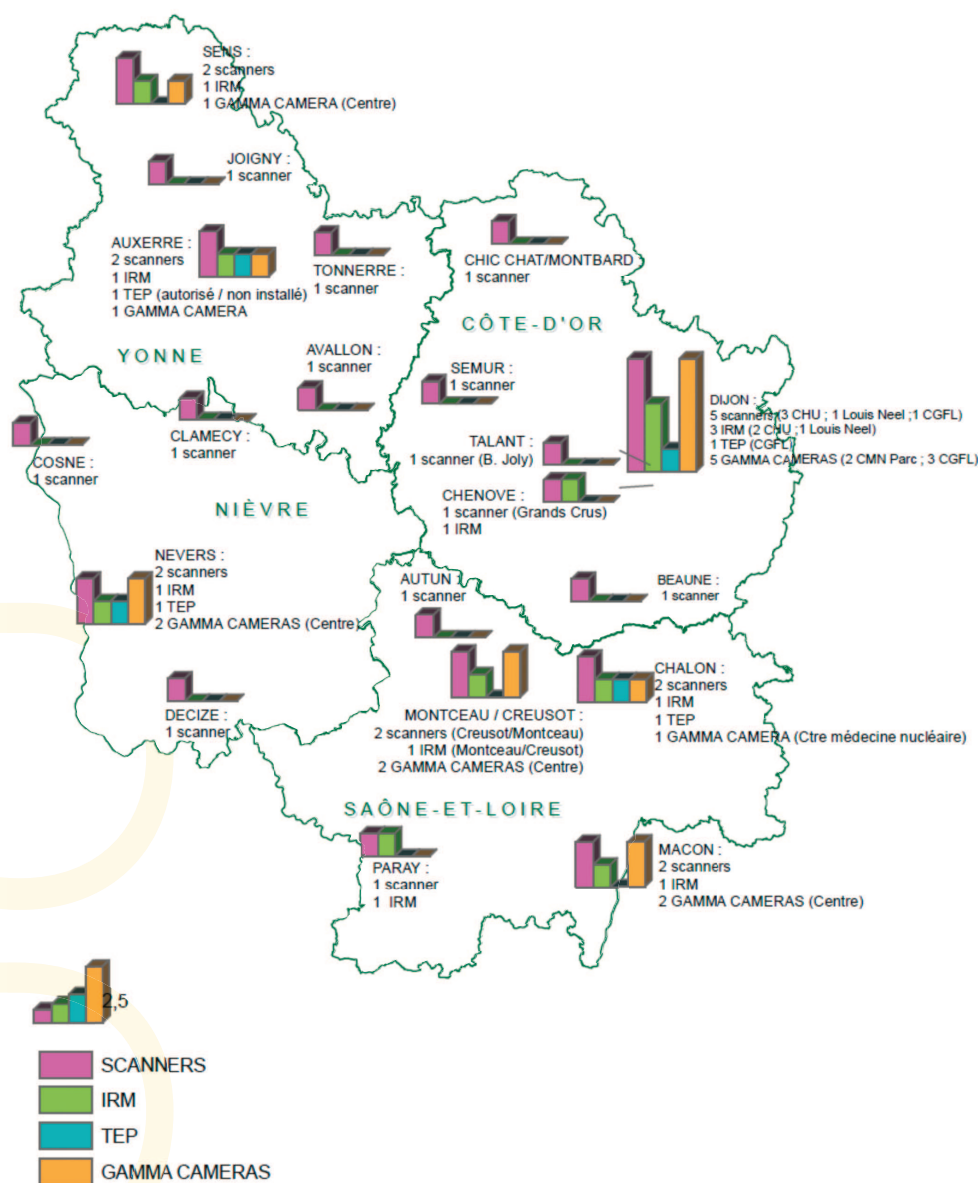
2.2.2 Caractéristiques territoriales

Activité 2010												
Territoires de santé	Nombre d'examens par habitant du territoire				Nombre d'examens Scanners, IRM, gamma caméras, TEP par équipement				Nombre total d'examens			
	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP
Côte d'Or	0,14	0,065	0,029	0,004	11 255	8773	3171	2139	78 789	35 092	15 859	2139
Nièvre	0,15	0,028	0,016	0,005	8491	6235	3712	1229	33 966	6235	7424	1229
Saône-et-Loire	0,12	0,030	0,036	0,005	8540	5719	4019	2749	68 321	17 157	20 093	2749
Yonne	0,10	0,031	0,015	0	8617	5348	2579	0	34 471	10 697	5158	0

Source : enquête SROS 2011

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

Les équipements lourds autorisés en Bourgogne



Pôle Pilotage - ArcView (Septembre 2011)

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

➤ Taux d'équipement et accessibilité

- La région est marquée par un taux d'équipement présentant, comme l'ensemble des régions de France, un retard important au regard du taux d'équipement constaté dans les autres pays européens pour l'IRM. Les délais de rendez-vous sont en moyenne de 35 jours avec un nombre d'examens par IRM variant de 5 348 (pour le département de l'Yonne) à 8 773 (pour la Côte d'Or).
- Au regard des besoins des patients, de la mise en œuvre des plans nationaux cancer et AVC et de l'exigence de substituer certains examens scanographiques par des examens d'IRM, conformément aux recommandations de la HAS, la région Bourgogne apparaît sous équipée et devra renforcer son parc d'IRM en tenant compte de la démographie médicale.
- Il n'existe pas d'équipement d'IRM spécifique en Bourgogne permettant l'accessibilité de certaines populations (enfants, personnes de forte corpulence, patients atteints du cancer) à l'appareil d'IRM. Il est recommandé de favoriser l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers par la mise à disposition d'appareils dédiés à la cancérologie.

- Les examens radiologiques pédiatriques (nécessitant le plus souvent l'intervention d'un anesthésiste) ne sont pratiqués qu'au CHU à hauteur d'une vacation par semaine (l'articulation devra se faire avec le volet pédiatrique du SROS).
- Le taux d'équipement en caméras à scintillation est satisfaisant au regard des besoins de la population.
- 4 caméras TEP (1 par département) ont été autorisées, 3 sont actuellement installées.
Ce niveau d'équipement apparaît supérieur au niveau national mais si on tient compte d'une mortalité par cancers des hommes en Bourgogne supérieure à la moyenne nationale (et en particulier dans la Nièvre et l'Yonne) et d'un élargissement des indications des examens TEP à d'autres pathologies, un nouvel équipement TEP implanté dans l'un des établissements de recours régional pourrait être envisagé après la mise en service de l'équipement TEP d'Auxerre et l'évaluation précise des besoins de la population bourguignonne.

✎ Équipements matériels lourds et urgences

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

✎ Équipements matériels lourds et démographie médicale

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

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

Il est donc important :

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

✎ Téléradiologie

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

À cette fin, un cahier des charges sera rédigé, intégrant :

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

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

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

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Scanners Autorisés/installés	IRM Autorisés/installés	Gamma caméras Autorisés/installés	TEP Autorisés/installés
Côte-d'Or	10/10	4/4	5/5	1/1
Nièvre	5/4	1/1	2/2	1/1
Saône-et-Loire	8/8	4/4	6/5	1/1
Yonne	7/7	2/2	4/2	1/0
Bourgogne	30/29	11/11	17/14	4/3

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

/// Démographie des professionnels de santé

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

Source : enquête SROS 2011

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

2.3.2 Analyse qualitative de l'offre

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Développer la télé-radiologie en respectant le cahier des charges technique et organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place un groupe technique régional intégrant les professionnels médicaux et paramédicaux afin de valider une charte « téléradiologie » dans le respect du décret télémédecine ■ Mise en place d'un PACS régional en cohérence avec le programme Télémédecine
Objectif spécifique n° 2 Augmenter les équipements IRM sur les sites mentionnés ci-dessus, notamment par substitution des appareils de scanographie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer le parc d'IRM sur les plateaux existants. ■ Assurer de façon prioritaire l'accès H24 à l'IRM pour les sites prenant en charge les urgences pédiatriques, les AVC dans leur phase aiguë et disposant d'une UNV. ■ Les titulaires de ces autorisations devront s'engager (à travers les CPOM) à suivre les recommandations de l'HAS et à objectiver la substitution à travers des indicateurs précis.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 3 Favoriser les autorisations d'équipements lourds prévoyant une amplitude horaire minimale d'ouverture	Les autorisations <ul style="list-style-type: none"> ■ de scanners et d'IRM seront accordées au regard d'un accès minimal à la machine de 53 heures hebdomadaires ■ de gamma caméras seront accordées au regard d'un accès minimal à la machine de 50 heures hebdomadaires ■ de caméras TEP au regard d'un accès 5 jours par semaine
Objectif spécifique n° 4 Mettre en place une permanence d'accès 24 h/24 h mutualisée public/privé aux équipements lourds sur les sites mentionnés ci-dessus	Tout radiologue travaillant au fonctionnement d'un équipement lourd devra s'engager à participer à la PDES des équipements d'imagerie en coupes

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Garantir des délais d'accès adéquats aux équipements pour les cas d'urgences (AVC, cancérologie...)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer en équipement IRM les structures disposant d'une UNV avec accès H24 ■ Renforcer l'un des établissements du site de recours régional par une IRM spécialisée en cancérologie
Objectif spécifique n° 2 Favoriser les substitutions aux techniques irradiantes	Renforcer le parc IRM de 7 à 9 appareils
Objectif spécifique n° 3 Organiser l'accès aux équipements permettant de répondre de manière spécifique à la prise en charge des enfants, des femmes enceintes, des personnes à forte corpulence et des personnes handicapées...	Prévoir un équipement IRM régional (IRM large bord) destiné à accueillir certaines populations : personnes à forte corpulence

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Adapter le plateau technique d'imagerie à l'activité de soins	Délivrer prioritairement les autorisations d'équipements lourds à des structures d'imagerie implantées sur le site d'un établissement de santé
Objectif spécifique n° 2 Evaluer qualitativement et quantitativement les actes d'imagerie médicale	Le comité régional de l'imagerie définira en 2012 les indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui devront figurer dans les CPOM signés entre les détenteurs d'autorisation et l'ARS.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 3 Conditionner les autorisations d'équipements lourds à la participation de leurs détenteurs à au moins 2 études « benchmark »	Les détenteurs d'autorisation d'équipements lourds (scanners, IRM, Caméra TEP) devront s'engager : <ul style="list-style-type: none"> ■ à participer à 2 audits de fonctionnement type benchmark (méthodologie ANAP) organisés par l'ARS sur la durée de l'autorisation. ■ à suivre les délais de rendez-vous

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des plateaux techniques d'imagerie

La gradation des plateaux techniques est la suivante :

/// Plateaux techniques complets

✎ Environnement

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

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

✎ Composition :

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

/// Plateau technique étendu

✎ Environnement :

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

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

✎ Composition :

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

/// Plateau technique de proximité

📌 Environnement :

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

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

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

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

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Plateau technique de proximité	CH Saulieu, CHIC Châtillon/Montbard	CH Clamecy	Clinique Autun Clinique de la Roseraie	CH Avallon, CH Joigny, CH Tonnerre
Plateau technique étendu	CH Beaune, CH Semur Cliniques de la Générale de Santé, clinique de Talant, le Centre Louis Néel (actuellement non adossé à un établissement de santé).	CH Decize, Clinique de Cosne-sur-Loire, CH et Clinique de Nevers	CH Paray et Montceau-les-Mines, HD Le Creusot CH Chalon et Mâcon, Cliniques de Chalon et Mâcon	CH Sens et Auxerre et polyclinique Auxerre
Plateau technique complet	CHU, CGFL			



4.2 Missions de service public

Missions de service public	Dispositifs	Territoires de santé			
		Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Permanence des soins des plateaux d'imagerie	Lignes d'astreintes	<p>4 astreintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 sur l'agglomération dijonnaise ■ 1 pour le nord Côte d'Or (Semur) ■ 1 pour le sud Côte d'Or (Beaune) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 astreinte public/privé sur le site de Nevers ■ 2 demi – astreintes jusqu'à minuit : 1 sur le site de Cosne sur Loire et 1 sur le site de Decize (mutualisation après minuit sur le département) 	<p>4 astreintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 3 astreintes communes public/privé sur les sites de Mâcon, Chalon, Paray-le-Monial ■ 1 astreinte commune public/privé pour les établissements de la CUCM et intégrant la permanence d'Autun par téléradiologie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 astreinte commune public/privé sur le site d'Auxerre intégrant la permanence d'Avallon et Tonnerre par téléradiologie ■ 1 astreinte commune public/privé sur le site de Sens, ■ 1 demi – astreinte sur le CH de Joigny jusqu'à minuit, mutualisée après minuit avec Sens

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

4.4 Coopérations

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

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

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

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

5.1 Implantations

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

- le maintien de 30 scanographes avec la possibilité de remplacer un des 3 scanners du CHU par une IRM, ce qui ramènerait le nombre d'autorisations à 29
- le maintien du parc de gamma caméras avec la possibilité pour chaque service de médecine nucléaire d'être équipé de 2 appareils,
- la possibilité d'implanter une 5^e camera TEP dans l'un des établissements de recours régional, après une étude précise des besoins une fois la caméra TEP d'Auxerre installée et après son fonctionnement d'une année minimum.
- Cet équipement supplémentaire sera autorisé sous forme d'un GIE ou GCS afin d'assurer l'égal accès des professionnels médicaux qui le solliciteront. L'accès à toutes les caméras TEP sur 10 demi-journées par semaine devra être effective.
- Le renforcement du parc d'appareils IRM par de nouvelles autorisations selon le cahier des charges suivant :
 - implantation des nouveaux appareils sur les sites où des IRM sont déjà installées,
 - implantation de ces appareils dans les établissements de santé,
 - optimisation des équipes de radiologues et de manipulateurs en électroradiologie,
 - obligation de permettre l'égal accès aux IRM des professionnels qui en feraient la demande.
 - Les coopérations devront être déclinées sous une forme juridique de type GIE ou GCS,
 - l'accessibilité-machine des scanners ou des IRM devra être d'au moins 53 heures hebdomadaires, hors PDSES
 - la permanence d'accès H 24 scanner et IRM devra être assurée sur les sites de Dijon, Nevers, Chalon, Mâcon, Auxerre et Sens dans le cadre d'une coopération public/privé. Tout professionnel médical libéral intervenant dans le fonctionnement des équipements lourds devra s'engager dans cette permanence des soins,
 - les détenteurs d'une autorisation nouvelle d'IRM devront s'engager à respecter la substitution des examens d'imagerie irradiante,
 - la priorité donnée à l'implantation d'une IRM dans les établissements disposant d'une UNV,
 - l'implantation d'une IRM spécialisée pour les examens carcinologiques en fonctionnement partagé est retenue sur l'un des établissements de recours régional,
 - l'implantation d'une IRM spécialisée aux urgences et aux examens neurologiques est prévue dans l'un des établissements de recours régional.

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

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Nièvre	Scanner = 5	4
	IRM = 1	2
	Gamma caméras = 2	2
	TEP = 1	1
Saône-et-Loire	Scanner = 8	8
	IRM = 4	6
	Gamma caméras = 5	6
	TEP = 1	1
Yonne	Scanner = 7	7
	IRM = 2	4
	Gamma caméras = 2	4
	TEP = 1	1

5.2 Accessibilité

Accessibilité financière

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

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

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

5.3 Créations/suppressions/transformations/regroupements

Détail par territoire de santé :

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

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Imagerie	Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	Nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM (commun avec le volet neurologie)	1	6
	Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies (crâne, Abdomen sans préparation ou ASP, thorax) sur les actes réalisés en consultations externes (commun avec le PPRGDR)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre de radios du crâne : 4 534 ■ Nombre de radios du thorax : 26 008 ■ Nombre ASP : 4 130 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre de radios du crâne : \nearrow de 71 % ■ Nombre de radios du thorax : \nearrow de 32 % ■ Nombre ASP : \nearrow de 30 %
	Améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds	Délais de rendez-vous IRM programmés hospitalisés et externes et selon la méthodologie ANAP	35 jours	Diminution de 15 jours

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Imagerie	Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	Mise en place d'un groupe technique régional
		Élaboration d'une charte téléradiologie
		Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale se conformant au cahier des charges régional
		Mise en place d'un PACS régional (Picture Archiving and Communication System)
		% d'établissements de santé ayant inscrit un objectif, dans leur CPOM, de suivi des recommandations de la HAS pour la substitution des appareils de scanographie
		Nombre d'établissements de santé proposant un accès machine minimal de 53 heures hebdomadaires aux scanners et IRM/territoire de santé
		Nombre d'établissements de santé proposant un accès machine minimal de 50 hebdomadaires aux gammas caméras/territoire de santé

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Imagerie	Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Délai d'attente pour un examen IRM
		Nombre de structures disposant d'une UNV ayant un équipement IRM avec accès H24/territoire de santé
		Nombre de scanners remplacés par une IRM
	Améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds	Nombre d'autorisations d'équipements partagés entre établissements de santé et radiologues libéraux
		% de détenteurs d'autorisations d'équipements lourds participant à 2 audits de fonctionnement organisés par l'ARS sur la durée de leur autorisation



Périnatalité

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Périnatalité

1	Champ et périmètre de la périnatalité :	87
2	Analyse des besoins et de l'offre	87
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	87
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	88
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	88
2.2.2	Caractéristiques territoriales	89
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	90
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	91
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	91
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	93
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	93
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	94
3.1	Objectif général n° 1 : conforter l'organisation de la prise en charge des mères et des nouveau-nés, en adéquation avec le niveau de risque.	95
3.2	Objectif général n° 2 : assurer l'accès à un suivi pré et postnatal de qualité.	95
3.3	Objectif général n° 3 : développer des actions de prévention en matière de contraception et d'infections sexuellement transmissibles (IST).	96
3.4	Objectif général n° 4 : assurer l'égalité d'accès aux différentes modalités d'IVG	96
3.5	Objectif général n° 5 : assurer l'accès à l'assistance médicale à la procréation dans le respect des référentiels professionnels et des conditions techniques de fonctionnement	96
3.6	Objectif général n° 6 : assurer l'accès au diagnostic prénatal et au conseil pluridisciplinaire prénatal	97
4	Organisation de l'offre	97
4.1	Gradation des soins	97
4.2	Missions de service public	98
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	98
4.4	Coopérations	98
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	99
5.1	Implantations	99
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	99
5.3	Accessibilité	99
5.3.1	Accessibilité géographique	99
5.3.2	Accessibilité financière	99
6	Indicateurs d'évaluation	100

/// Périnatalité

1 Champ et périmètre de la périnatalité :

La périnatalité concerne la période qui précède et suit la naissance, de la 22^e semaine d'aménorrhée au 28^e jour de vie et/ou à la sortie d'hospitalisation même si l'activité des professionnels intervenant auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés déborde cette période. Elle englobe l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés

La France a mis en place depuis les années 1970 une politique structurante et volontariste en matière de périnatalité se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975, puis 1995-2000 et enfin 2005-2007.

Ces différents plans marquent l'évolution progressive de la stratégie nationale en matière de périnatalité, du renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine, en réponse à un besoin d'écoute d'une part, et de diversification de l'offre de soins d'autre part.

Dans le cadre du schéma, selon le guide méthodologique de la Direction générale de l'organisation des soins du ministère, outre les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, la périnatalité recouvre également les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP), de diagnostic prénatal (DPN) et l'interruption volontaire ou médicale de grossesse (IVG/IMG). Son organisation est en lien direct avec celle de la gynécologie médicale et chirurgicale, les urgences gynécologiques et obstétricales.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

L'organisation régionale préconisée par le SROS 2006-2011 repose sur la gradation des soins définie par les décrets du 09 octobre 1998 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, à savoir : 1 maternité de type III, 1 maternité de type II sur chacun des 6 territoires de santé et des maternités de type I associées ou non à un service de pédiatrie ainsi que sur une mise en réseau de ces maternités.

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Renforcer la sécurité et mettre aux normes les plateaux techniques d'obstétrique	Financement des mises aux normes dans le cadre du plan périnatalité Fermeture des maternités des CH de Châtillon/ Montbard (2008) et de Clamecy (2008)
Organiser les prises en charge selon les niveaux de risques	Délivrance des autorisations d'activité de gynéco-obstétrique selon les décrets de 1998 Financement du réseau périnatal de Bourgogne
Favoriser l'accès à un suivi pré et post-natal de qualité	Financement des réseaux de proximité Installation de Centres Périnataux de Proximité (CPP) sur les sites n'ayant plus de maternité Renforcement des effectifs de sages-femmes pour l'entretien prénatal précoce (EPP) Création de postes de psychologue dans le cadre des plans de périnatalité

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Prendre en compte et développer les activités référentes :	<p>Organisation régionale de l'orientation des transferts maternels : non mise en place</p> <p>Conforter les missions de références régionales du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal : agrément du réseau régional périnatal pour l'attribution du numéro d'agrément des échographistes en vue du dépistage de la trisomie 21 par le calcul du risque intégré au 1^{er} trimestre de la grossesse, et le suivi des médianes de chacun de ces opérateurs agréés.</p> <p>Étendre l'activité du SMUR néonatal régional à la prise en charge des transports secondaires des nouveau-nés et nourrissons jusqu'à 2 ans : réalisé</p>

Source : SROS de Bourgogne 2006-2011

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Le nombre de naissances enregistrées dans les établissements bourguignons reste stable depuis 2005, autour de 18 000. Il est supérieur au nombre de naissances domiciliées en Bourgogne qui était de 17 667 en 2009. L'évolution du nombre de naissances est très inégale d'un territoire à l'autre : tendance à la diminution dans la Nièvre, la Côte-d'Or, stabilisation dans la Saône-et-Loire, augmentation dans l'Yonne

Naissances enregistrées	2005	2006	2007	2008	2009
Côte-d'Or	6 486	6 669	6 662	6 532	6 350
Nièvre	2 285	2 296	2 368	2 170	2 012
Saône-et-Loire	5 857	5 964	5 711	5 825	5 835
Yonne	3 371	3 506	3 518	3 727	3 726
Bourgogne	17 999	18 435	18 259	18 254	17 923

Source : ORS Bourgogne (SCORE Santé)

Le volume d'accouchements est d'environ 18 000. Les césariennes représentent 17 % des accouchements

Accouchements/ Pourcentage de césariennes	2005	2006	2007	2008	2009
Côte-d'Or	6 398 /20 %	6 615 /21 %	6 570 /20 %	6 519 /21 %	6 322 /19 %
Nièvre	2 253 /22 %	2 275 /23 %	2 344 /22 %	2 153 /19 %	2 001 /19 %
Saône-et-Loire	5 823 /18 %	5 898 /18 %	5 667 /18 %	5 764 /18 %	5 786 /18 %
Yonne	3 359 /13 %	3 482 /14 %	3 517 /14 %	3 513 /13 %	3 700 /13 %
Bourgogne	17 833 /18 %	18 270 /19 %	18 098 /19 %	17 949 /18 %	17 809 /17 %

Source : source SAE

2005	Hospitalisation prénatale	Naissance pré-maturée	Poids < 2 500 g	Dont poids < 1 000 g	Dont poids entre 1 000 et 1 999 g	Dont poids entre 2 000 et 2 499 g
Côte-d'Or	11,7	6,5	7,4	0,2	2	5,2
Nièvre	21	6,4	7,7	0,1	2,2	5,4
Saône-et-Loire	10,1	6,2	6,5	0,3	1,5	4,7
Yonne	14,6	5	6,3	0,1	1,5	4,7
Bourgogne	12,9	6,1	6,9	0,2	1,8	4,9

Part de l'hospitalisation prénatale, des naissances prématurées et des nouveau-nés pesant moins de 2500 g

Source : ORS Bourgogne

2.2.2 Caractéristiques territoriales

La population de Bourgogne est de 1 642 799 habitants en 2009 (INSEE). Les femmes représentent 51,6 % de la population bourguignonne et 41,2 % d'entre elles (349 143) appartiennent à la classe d'âge 15-49 ans.

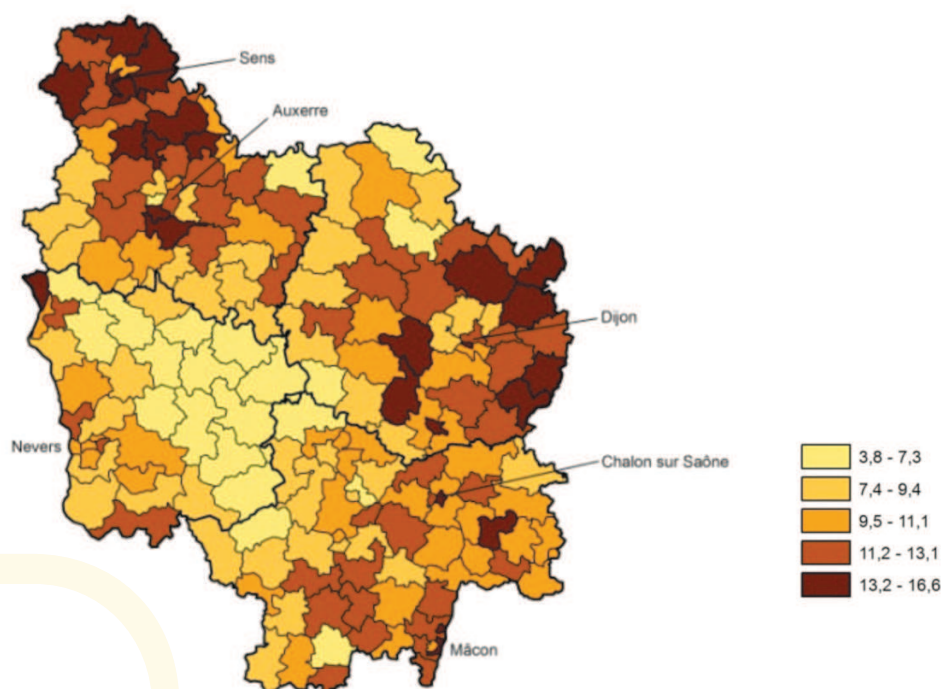
Les projections pour 2016 laissent à penser que, même si globalement la population bourguignonne va s'accroître de 1,5 % pour atteindre 1 667 328 habitants, la part des femmes de la classe d'âge 15-49 ans va diminuer de 5 % (331 460). Cette diminution du nombre de femmes en âge de procréer est plus marquée sur les territoires de la Nièvre (-9,3 %) et de la Saône-et-Loire (-6,3 %) que sur les territoires de l'Yonne (-4 %) et de la Côte-d'Or (-3,1 %). Près de 2/3 des mères bourguignonnes d'enfants nés en 2008 ont entre 25 et 34 ans (64 %). Les projections pour 2016 prévoient une augmentation (+1,7 %) du nombre de femmes dans cette classe d'âge. La proportion d'enfants nés de mères mineures est identique au niveau national (1 %). Le nombre de femmes enceintes après 35 ans et 40 ans augmente de façon très significative depuis 30 ans. Ceci explique l'augmentation importante des pathologies médicales maternelles, obstétricales et périnatales rencontrées en Bourgogne comme partout en France.

Évolution prévisionnelle de la population féminine des 15-49 ans (25-34ans)		
Période 2009 – 2016		
	2009	2016
Côte-d'Or	124 404 (31 539)	120 511 (34 038)
Nièvre	41 994 (10 438)	38 095 (9 942)
Saône-et-Loire	111 601 (28 173)	104 536 (27 690)
Yonne	71 144 (18 698)	68 318 (18 658)
Bourgogne	349 143 (88 848)	331 460 (90 328)

Source : INSEE

Territoires de santé	Taux de natalité 2007 pour 1 000 habitants	Taux de natalité 2008 pour 1 000 habitants
Côte-d'Or	11,6	11,5
Nièvre	9,7	9,3
Saône-et-Loire	10,4	10,6
Yonne	11,5	11,8
Bourgogne	10,9	10,9
France	12,7	12,9

Taux de natalité dans les cantons de Bourgogne en 2008 /// pour 1 000 habitants



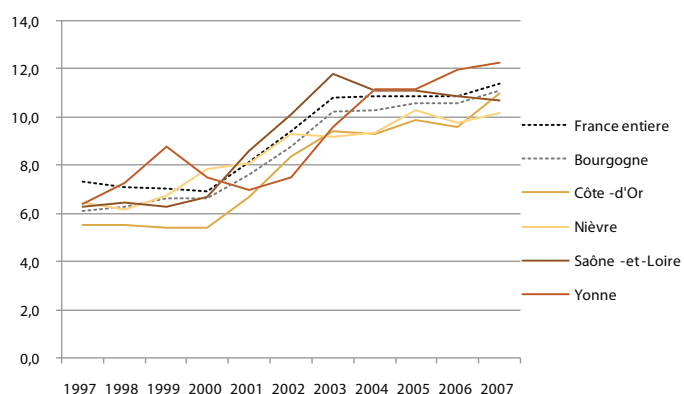
2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Le taux de natalité, stable à 10,9 pour 1000, reste inférieur au taux national. Au sein de la région, la natalité est marquée par de fortes disparités entre les cantons. Le taux de natalité est particulièrement élevé en milieu urbain et périurbain où il varie de 11,5 à 16,6 pour 1 000 personnes. L'axe Sénonais-Auxerrois, l'est Côte-d'Or et le sud de la Saône-et-Loire se caractérisent par des zones à fort taux de natalité variant de 11,2 à 16,6. En revanche, la part des naissances est plutôt faible dans les cantons du centre de la Nièvre, de l'Autunois Morvan ainsi que du Châtillonnais, zones plus vieillissantes.

Au cours des 20 dernières années, le nombre de naissances a fortement diminué dans la région jusqu'en 1993 où il a été le plus bas (17 461). Après un pic en 2000 à 18 579, le nombre de naissances reste stable autour de 18 000. Le taux de césarienne en Bourgogne, qui est de 17,54 % (3 080 césariennes pour 17 563 accouchements/PMSI 2009), se situe sous la moyenne nationale de 20 % et varie selon les établissements de 9,2 % à 23 %. Le CHU a un taux de 18,7 %, en lien avec son rôle de maternité de type III prenant en charge des grossesses à risques maternel et périnatal.

Le taux de mortalité maternelle en Bourgogne est de 8,3/100 000 accouchements (2001-2006), équivalente aux données nationales (8,7/100 000) et très inférieure à l'Île de France et aux DOM-TOM.

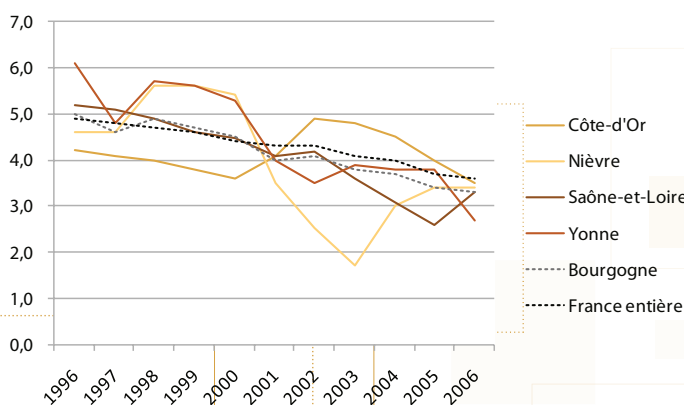
Le taux de mortalité périnatale s'élève à 10,6 /1 000 comme en France. Il varie selon les départements de 9,6 /1 000 en Côte-d'Or à 12 /1 000 dans l'Yonne. Ce taux augmente dans la région, tout comme au plan national, et de façon plus marquée dans les territoires de l'Yonne et de la Côte-d'Or.



Taux de mortalité périnatale de 1996-98 à 2006-2008
(Source INSEE / exploitation FNORS)

En revanche, le taux de mortalité infantile a continué de baisser au cours des dix dernières années en Bourgogne comme en France. En fin de période il s'élève à 3,3 / 1 000 naissances vivantes en Bourgogne, et varie, selon les départements : 2,7 dans l'Yonne, 3,3 en Saône-et-Loire, 3,4 dans la Nièvre, et 3,5 en Côte-d'Or (identique au taux national).

L'activité d'AMP reste globalement stable sur les années 2007-2008 (respectivement 1921 et 1910 actes). Une diminution des actes d'insémination à la faveur des fécondations in vitro (FIV) est observée par l'agence de biomédecine sur la période 2007-2008.



Taux de mortalité infantile de 1995-97 à 2005-2007
(Source INSEE / exploitation FNORS)

L'AMP Bourguignonne représente 1,6 % de l'activité France entière ; cette activité est donc supérieure à la part de la population bourguignonne dans la population française.

L'analyse de la base PMSI 2009 a permis de repérer 786 personnes bourguignonnes ayant bénéficié d'un acte d'AMP, 486 ont été prises en charge au CHU de Dijon (dont 100 sont originaires de Saône-et-Loire). Les autres prises en charges ont été réalisées dans des établissements hors région (Rhône-Alpes 142 / Ile-de-France 82 / Auvergne 53 / Franche-Comté 12).

Il est important de noter que seulement une quinzaine de personnes domiciliées en Côte-d'Or est prise en charge hors région (diagnostic pré implantatoire, VIH). Cela montre que le centre dijonnais répond aux besoins du territoire. Les lieux de prise en charge hors région répondent à une logique de proximité : Rhône-Alpes pour le sud Saône-et-Loire, Auvergne pour le sud-ouest Saône-et-Loire et pour la Nièvre, Ile de France pour le nord de l'Yonne.

L'activité d'IVG peut être réalisée soit en établissement de santé (public ou privé), soit, pour les IVG médicamenteuses, dans le cadre des centres de planifications, des centres de santé, ou par les médecins de ville. Selon les données du PMSI 2009, 19 établissements (dont 14 disposent d'une maternité) répartis sur les 4 territoires pratiquent des IVG. D'après la base SAE, 3 908 IVG ont été réalisées en 2009, réparties en 2 361 instrumentales et 1 547 médicamenteuses. Le taux de recours à l'IVG en Bourgogne est inférieur à la moyenne nationale (11,7 % contre 14,7 %), tendance qui se retrouve également chez les mineures (10,2 % contre 11,6 % en 2007). Enfin, le nombre d'IVG est relativement stable en Bourgogne comme en France.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Maternité de type I		Maternité de type II		Maternité de type III	
	Établissement	Nombre d'accouchements 2010	Établissement	Nombre d'accouchements 2010	Établissement	Nombre d'accouchements 2010
Côte-d'Or	CH Beaune	793	Clinique Sainte Marthe (II B)	2253	CHU Dijon	2880
	CH Semur-en-Auxois	521				
Nièvre	Clinique Cosne sur Loire	408	CH Nevers (II B)	1357		
	CH Decize	57*				

*L'activité du CH de Decize est suspendue depuis février 2010 en raison d'un effectif insuffisant de professionnels qualifiés, qui ne permet pas de garantir la sécurité des parturientes.

Territoires de santé	Maternité de type I		Maternité de type II		Maternité de type III	
	Établissement	Nombre d'accouchements 2010	Établissement	Nombre d'accouchements 2010	Établissement	Nombre d'accouchements 2010
Saône-et-Loire	Hôtel Dieu Le Creusot	1048	CH Mâcon (II B)	1816		
	CH Paray-le-Monial	662	CH Chalon-sur-Saône (II B)	1937		
	CH Autun	328				
Yonne			CH Auxerre (II B)	2140		
			CH Sens (II A)	1420		
Bourgogne	7	3817	6	10 923	1	2880

Source : PMSI 2010

Depuis la parution du SROS 2006-2011 le nombre de maternités est passé de 17 à 14 maternités.

La région est dotée d'une seule maternité de type III et chaque territoire d'au moins une maternité de type II à l'exception du département de l'Yonne qui ne dispose pas de maternité de type I.

Lors de la fermeture des maternités, des centres périnataux de proximité ont été mis en place pour assurer des suivis de proximité.

Territoires de santé	Centre Périnatal de Proximité (CPP)	Réseaux périnataux de proximité	Réseau régional
Côte-d'Or	CH Châtillon-sur-Seine	Haute Côte-d'Or (Châtillon-sur-Seine)	Réseau Périnatal de Bourgogne
Nièvre	CH Clamecy (GCS avec le CH d'Auxerre)	Haut Nivernais (Clamecy) Sud Nivernais (Decize)	
Saône-et-Loire	CH Montceau-les-Mines	CéleST (Tournus) Autunois Morvan (Autun)	
Yonne	CH Avallon /Joigny/Tonnerre	Sud de l'Yonne (Avallon)	
Bourgogne	6	6	1

AMP Territoires de santé	Centre clinico-biologique	Laboratoires autorisés pour la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
Côte-d'Or	CHU Dijon	3 (dont celui du CHU)
Nièvre	0	1
Saône-et-Loire	0	2
Yonne	0	2
Bourgogne	1	8

La région Bourgogne dispose aussi d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) au CHU qui répond aux demandes de toutes les maternités de la région pour apporter une expertise, notamment en utilisant la télémedecine (visioconférence hebdomadaire).

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Densité de salariés et libéraux pour 100 000 habitants					
Territoires de santé	Médecin généraliste	Pédiatre *	Anesthésiste Réanimateur	Gynécologue Obstétricien **	Sages Femmes **
Côte-d'Or	174,01	59,10	20,65	36,53	155,05
Nièvre	129,65	25,76	10,01	50,48	161,07
Saône-et-Loire	133,01	33,06	12,08	36,60	152,65
Yonne	132,03	27,31	9,33	26,75	122,46
Bourgogne	145,42	39,26	13,96	36,22	148,34
France	161,37	54,03	16,26	37,67	133,34

Source : ADELI au 1er janvier 2010

* Densité pour 100 000 enfants âgés de 0 à 16 ans

** Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

- **Les gynécologues obstétriciens** : la densité régionale de ces professionnels est inférieure à la densité nationale, en particulier dans l'Yonne. A contrario, dans la Nièvre, il est observé une densité largement supérieure à la densité nationale. Cependant, sur ce territoire, il est constaté d'une part, un vieillissement des professionnels dont l'âge varie de 53 à 64 ans (pour un âge moyen de 57,5 ans), et d'autre part, des difficultés de recrutement de ces professionnels. De plus, tous les gynécologues-obstétriciens n'exercent pas forcément une activité d'obstétrique.
- **Les pédiatres** : ils sont installés dans les zones très urbanisées et en particulier sur l'axe Dijon – Chalon – Mâcon, et sont rares dans l'ouest de la région, notamment dans la Nièvre. Il est noté un vieillissement des professionnels avec des départs à la retraite dans les 5 ans à venir, situation qui est aggravée par des mutations vers d'autres régions (3 pédiatres réanimateurs du CHU ont quitté la région en 2011).
- **Les sages femmes** : le nombre de sages femmes est en augmentation depuis plusieurs années et on constate une densité largement supérieure à la moyenne nationale.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Un réseau périnatal régional, le « Réseau périnatal de Bourgogne », a été mis en place en 1993. Il a pour objectif d'organiser l'orientation des femmes et des nouveau-nés vers les structures permettant d'assurer la prise en charge adaptée aux risques maternels et périnataux, les rencontres entre professionnels de la périnatalité, afin d'analyser leur pratique et d'élaborer des protocoles de prise en charge médicale et organisationnelle et pour améliorer le suivi des enfants vulnérables. Il doit permettre :

- l'orientation des femmes et nouveau-nés vers l'établissement le plus adapté au niveau de risque. Ainsi, en 2008, 349 transferts in utero ont été effectués, 280 vers la maternité de type III, 66 vers une maternité de type II. Cependant, le déplacement des femmes entre maternité de type I et type II, et maternités de type II et type III pour bénéficier d'actes diagnostics (échographies) n'est pas pris en charge par les caisses d'assurance maladie. De ce fait, certaines femmes renoncent à ces actes.
- la rencontre des professionnels de la périnatalité pour analyser leur pratique et élaborer des protocoles de prise en charge. À ce titre, un recensement exhaustif des données transmises par les maternités a permis au réseau de conduire des études sur l'évolution de l'état de santé des femmes enceintes, les indications des césariennes, l'utilisation de la corticothérapie anténatale, ... et ont permis la rédaction de protocoles de prévention des infections néonatales dans le cadre de rupture prématurée de membrane, etc.

Le réseau régional a mis en place un portail Internet comportant un espace dédié aux usagers, un autre réservé aux professionnels.

Il existe également 6 réseaux de proximité qui couvrent une aire géographique représentant les 2/3 de la région mais concernent seulement 6,5 % des femmes ayant accouché. Ils sont répartis sur la région de la façon suivante :

- réseau périnatal de Haute Côte-d'Or à Châtillon-sur-Seine, territoire de santé Côte-d'Or,
- réseau périnatal du sud de l'Yonne à Avallon, territoire de l'Yonne,
- réseau périnatal du Haut Nivernais à Clamecy, territoire de la Nièvre,
- réseau de périnatalité sud nNivernais Morvan à Decize, territoire de la Nièvre,
- réseau de santé de périnatalité de l'Autunois-Morvan à Autun, territoires de Saône-et-Loire, Nièvre et Côte-d'Or
- réseau CéLeST à Tournus, territoire de Saône-et-Loire.

Les 6 réseaux périnataux de proximité sont chargés d'organiser le dépistage des risques médicaux, sociaux et psychologiques ainsi que la coordination de la prise en charge au cours de la période périnatale sur un territoire défini. Le réseau régional doit accompagner les réseaux de proximité dans leur autoévaluation et l'harmonisation des pratiques (formation, information, protocoles, évaluation).

Dans le cadre de la commission régionale de la naissance, des études ont été réalisées par les professionnels en collaboration avec les usagers et ont permis de faire des propositions visant à améliorer la prise en charge de toutes les grossesses.

Concernant l'activité d'AMP, le CHU de Dijon a des taux de réussite des FIV avec ou sans ICSI (nombre d'enfant nés vivants après FIV sur le nombre de tentatives) qui sont supérieurs au taux national, respectivement 23,3 et 25,6 à Dijon pour 21,5 et 23,8 au niveau national, en 2009.

Concernant les IVG, par rapport à l'année 2007, le délai moyen de prise en charge s'est amélioré, les différences existantes entre territoires diminuent. En 2007, les délais moyens de prise en charge étaient d'environ 10 jours en Saône-et-Loire et dans l'Yonne. En 2009, ils étaient respectivement de 5,58 jours et 6,86 jours. Les délais sont de 6 jours en Côte-d'Or et 4 jours dans la Nièvre. À noter que le délai préconisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) est de 5 jours.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

En préambule, l'ARS souhaite mettre en place un groupe de travail permanent pour accompagner la mise en œuvre et l'évaluation du volet périnatalité – petite enfance du SROS. Ce groupe reprendra les activités engagées dans le cadre de la commission régionale de la naissance.

L'organisation actuelle basée sur une offre de soins graduée (professionnels libéraux, services des conseils généraux, réseaux de proximité et réseau régional, établissements de santé) permet de répondre globalement aux besoins de la population bourguignonne.

L'offre de soins doit permettre, d'une part, d'assurer une prise en charge et un suivi précoces de proximité, d'identifier les risques nécessitant un suivi particulier de la femme et/ou de l'enfant et d'orienter les mères et les nouveau-nés dans les établissements disposant des moyens permettant une prise en charge adaptée.

L'évolution de la démographie médicale pourrait entraîner une diminution de l'offre de soins et notamment des maternités, et à ce titre, pourrait amener à reconsidérer l'organisation existante.

Il convient donc de :

- conforter l'organisation graduée de la prise en charge des mères et des nouveau-nés,
- assurer l'accès à un suivi pré et postnatal de qualité de proximité,
- assurer l'égalité d'accès aux différentes modalités d'IVG,
- organiser l'accès à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal dans le respect des référentiels professionnels et des conditions techniques de fonctionnement.

3.1 Objectif général n° 1 : conforter l'organisation de la prise en charge des mères et des nouveau-nés, en adéquation avec le niveau de risque.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Identifier les femmes enceintes présentant un risque de complication de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir et développer une offre de 1^{er} recours (libéraux, CPP, établissements de santé, PMI, réseaux de proximité, etc.) dans chaque territoire de santé. ▪ Clarifier le rôle de chaque structure et service (PMI/CPP/ réseaux de proximité/maternités...) intervenant dans les différents modes de prise en charge périnatale. ▪ Mutualiser les ressources, notamment entre CPP, réseaux et maternités. ▪ S'appuyer sur le réseau régional de périnatalité et le groupe de travail permanent périnatalité-petite enfance.
Objectif spécifique n° 2 Orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées au niveau de risque.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Généraliser des réunions périodiques entre les professionnels de santé autour des maternités. ▪ Renforcer la coordination des professionnels (publics, privés, libéraux, PMI, etc.) autour des maternités. ▪ Généraliser l'utilisation du dossier commun informatisé porté par le réseau.
Objectif spécifique n° 3 Améliorer la régulation et l'organisation des transferts maternels et des transferts de nouveau-nés entre les établissements de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualiser et évaluer les procédures et protocoles réalisés par le réseau régional de périnatalité ▪ Poursuivre le rôle d'observatoire de la périnatalité du réseau régional de périnatalité.

3.2 Objectif général n° 2 : assurer l'accès à un suivi pré et postnatal de qualité.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Développer des actions de prévention auprès des futurs parents (tabac, alcool, substances psycho-actives,...).	Mobiliser de façon concertée les acteurs de la prévention, les établissements de santé, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et les professionnels libéraux.
Objectif spécifique n° 2 Favoriser l'accès à l'entretien prénatal précoce (EPP), en début de grossesse afin de repérer le risque social et médical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Généraliser les EPP dans l'ensemble des maternités et des CPP ▪ Faire en sorte que toutes les femmes à risque social et médical bénéficient de cet entretien et d'actions de suivi personnalisées précoces
Objectif spécifique n° 3 Anticiper la sortie de maternité afin d'organiser le suivi postnatal coordonné si besoin.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les relations entre les établissements, les CPP et la PMI ▪ S'appuyer sur le service social des établissements de santé ▪ Maintenir les visites de sages-femmes à domicile
Objectif spécifique n° 4 Favoriser le développement précoce du lien mère-enfant et promouvoir le suivi des enfants vulnérables pour une orientation précoce sous forme de prises en charge médico-sociales adaptées si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérimenter une structure d'HAD comme alternative à l'hospitalisation dans les unités néonatales de la maternité de type 3 ▪ Établir des protocoles dans le cadre du réseau périnatal régional pour le repérage et le suivi précoce ▪ Développer les liens avec les structures médico-sociales d'accompagnement précoce, de type CAMSP...

3.6 Objectif général n° 6 : assurer l'accès au diagnostic prénatal et au conseil pluridisciplinaire prénatal

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Assurer le dépistage combiné du premier semestre dans le respect des bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir les autorisations des 2 laboratoires existants pour le dosage des marqueurs sériques, en fonction de l'agrément des praticiens et du résultat de la procédure de certification ▪ Faciliter le transport des prélèvements et les collaborations entre laboratoires de la région
Objectif spécifique n° 2 Étendre l'offre de diagnostic prénatal au sein de la région	Autoriser le diagnostic prénatal génétique moléculaire au CHU, en lien avec le centre de référence génétique
Objectif spécifique n° 3 Conforter le rôle du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) régional	Faciliter la prise en charge financière des transports pour les femmes devant bénéficier d'une consultation spécialisée au CPDPN de Dijon

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

La gradation des soins retenue est définie à partir des textes relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de gynéco-obstétrique publiés en 1998 et déjà mise en place lors du SROS précédent. D'autre part, quel que soit le niveau de la maternité, les urgences de gynécologie-obstétrique sont une des missions relevant des structures autorisées pour cette activité de soins.

Les **maternités de type I** ou unités d'obstétrique ont vocation à prendre en charge des grossesses à faible risque attendu. Elles assurent la surveillance des enfants eutrophiques, nés de grossesse unique, à partir de 36 semaines d'aménorrhée et la mise en condition des nouveau-nés qui nécessitent un transfert en néonatalogie ou réanimation néonatale.

Elles constituent le pivot des réseaux de proximité, associant l'établissement d'hospitalisation et d'accouchement, les centres périnataux de proximité, la médecine libérale, la Protection Maternelle Infantile (PMI) et les unités de consultations avancées et d'accompagnement à domicile des mères et des nouveau-nés, ainsi que les associations d'usagers.

Les **maternités de type II** ont, de plus, vocation à prendre en charge les grossesses à risque faible ou intermédiaire (risque de naissance prématurée entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée, ou d'un nouveau-né hypotrophique de 1500 à 2500 g).

Elles sont associées à une unité de néonatalogie assurant la surveillance et les soins aux enfants hypotrophes à terme, prématurés, suspects d'infection, ou nécessitant des examens complémentaires pour confirmer un diagnostic ou évaluer une situation à risque.

La charte du réseau périnatal précise le niveau de prise en charge des enfants en fonction des moyens techniques nécessaires.

La **maternité de type III a**, de plus, vocation à réaliser les hospitalisations anténatales des grossesses à haut risque de naissance très prématurée (avant 32 semaines), ou de nouveau-nés grands hypotrophes (poids inférieur à 1500 g) et à prendre en charge les patientes à très haut risque médical pour la mère ou l'enfant à naître.

Elle comporte une unité de réanimation néonatale, de chirurgie néonatale, de réanimation et de soins intensifs adultes et de radiologie interventionnelle.

Elle comprend également le centre régional pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, le centre régional de traitement de la stérilité par fécondation in vitro et dons de gamètes et embryons.

4.2 Missions de service public

/// La permanence des soins en établissement de santé

L'autorisation de pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale implique d'organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins 24 h/24 tous les jours de l'année, ce qui nécessite la mise en place de gardes ou astreintes pour les professionnels suivants : gynéco-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres. Les modalités dépendent du nombre d'accouchements et amènent à distinguer diverses situations :

- nombre d'accouchements inférieur à 1500 : astreinte opérationnelle pour le gynéco obstétricien, l'anesthésiste réanimateur et le pédiatre,
- nombre d'accouchements supérieur à 1500 : garde sur place pour le gynéco-obstétricien, astreinte opérationnelle du pédiatre et garde de l'anesthésiste réanimateur sur l'établissement, si le nombre d'accouchements est compris entre 1500 et 2000, et garde spécifique à l'unité d'obstétrique au-delà de 2000,
- l'établissement (maternité de type IIA) dispose d'une autorisation de néonatalogie : le pédiatre doit être présent le jour sur le site et d'astreinte la nuit. Une garde est organisée dans le service de néonatalogie disposant de lits de soins intensifs (maternité de type IIB). Le pédiatre doit alors, justifier d'une expérience en néonatalogie.

Lorsque l'établissement dispose d'un service de réanimation néonatale, la garde est assurée par un pédiatre ayant une expérience attestée en réanimation néonatale (maternité de type III).

Ainsi, en Bourgogne :

- 3 maternités réalisent plus de 2000 accouchements : le CHU (type III), la clinique Sainte Marthe et le CH Auxerre (type IIB) nécessitent une garde pour les 3 spécialités au sein de l'unité d'obstétrique et/ou de néonatalogie,
- 2 maternités réalisent entre 1500 et 2000 accouchements : les CH de Mâcon et Chalon-sur-Saône (type IIB) nécessitent une garde des 3 spécialités. L'anesthésiste peut être de garde sur l'établissement, mais « doit être en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité »,
- 8 établissements ont une activité inférieure à 1500 accouchement, 2 d'entre eux ont un service de néonatalogie, dont un avec une unité de soins intensifs de néonatalogie ; ils doivent organiser des astreintes opérationnelles pour les 3 spécialités.

Des difficultés peuvent être rencontrées dans les établissements à faible activité, d'autant plus s'ils sont situés dans des villes de taille moyenne.



4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Comme expliqué précédemment (cf. 2.3.3. Analyse qualitative de l'offre), l'organisation de la périnatalité en Bourgogne s'appuie sur le réseau périnatal régional et sur 6 réseaux de proximité. Ces réseaux ont des organisations très différentes et permettent l'articulation ville – hôpital – PMI.

Les relations avec les structures médico-sociales sont développées de façon inégale d'un territoire à l'autre.

4.4 Coopérations

- conventions inter-établissements établies dans le cadre du réseau périnatal de Bourgogne
- prévoir un volet spécifique périnatal dans les groupements de coopération sanitaire (GCS) en Nord Côte-d'Or, en Sud Yonne, et dans les GCS à venir incluant des établissements ayant une activité périnatale

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

5.1 Implantations

Territoires de santé	Maternités existantes	Cible SROS
Côte-d'Or	4	4 (dont 2 de type 1, 1 de type 2B et 1 de type 3)
Nièvre	3	2 ou 3* (dont 1 ou 2 de type 1 et 1 de type 2B)
Saône-et-Loire	5	5 (dont 3 de type 1 et 2 de type 2B)
Yonne	2	2 (dont 1 de type 2 B et 1 de type 2A)
Bourgogne	14	13 ou 14

Territoires de santé	CPP existants	Cible SROS
Côte-d'Or	1	1
Nièvre	1	1 ou 2*
Saône-et-Loire	1	1
Yonne	3	3
Bourgogne	6	6 ou 7

* La possibilité de maintien d'une maternité à Decize est conditionnée par le recrutement effectif des professionnels de santé (gynécologue, sage-femme, anesthésiste, pédiatre) afin de répondre aux normes de sécurité en vigueur. Le centre hospitalier dispose d'un délai de 6 mois à compter de la publication du SROS/PRS pour procéder à leur remplacement. Dans le cas contraire, un centre périnatal de proximité sera installé.

Assistance Médicale à la Procréation				
Territoires de santé	Centre clinico-biologique	Cible SROS	Laboratoires autorisés *	Cible SROS
Côte-d'Or	1	1	3	2
Nièvre	0	0	1	1
Saône-et-Loire	0	0	2	2
Yonne	0	0	2	2
Total sur la région	1	1	8	7

* Pour la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Activité non concernée.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

Dans la mesure du possible (notamment eu égard à l'évolution de la démographie des professionnels de santé), l'objectif est de maintenir les implantations actuelles des sites d'accouchement pour garantir un accès à une prise en charge dans des délais raisonnables et compatibles avec les normes de sécurité. En alternative, cette prise en charge peut être effectuée dans les CPP ou par des professionnels libéraux.

5.3.2 Accessibilité financière

Améliorer la prise en charge des transports pour les examens spécialisés et les consultations en début de grossesse (cf. 2.3.3. Analyse qualitative de l'offre).

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Périnatalité	Conforter l'organisation de la prise en charge des mères et des nouveau-nés, en adéquation avec le niveau de risque.	Nombre de maternités de niveau II/territoire de santé	6	6
	Assurer l'accès à un suivi pré et postnatal de qualité	% d'EPP annuel par maternité et par CPP		
	Développer des actions de prévention en matière de contraception et d'infections sexuellement transmissibles (IST)	Taux d'IVG chez les mineures (commun avec le SRP)	10,2 %	
	Assurer l'égalité d'accès aux différentes modalités d'IVG	Taux de recours à l'IVG/territoires de santé		
	Assurer l'accès à l'assistance médicale à la procréation dans le respect des référentiels professionnels et des conditions techniques de fonctionnement	Nombre de laboratoires autorisés à pratiquer la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle en Bourgogne	8	7
	Assurer l'accès au diagnostic prénatal et au conseil pluridisciplinaire prénatal	Nombre de laboratoires autorisés à pratiquer le dosage des marqueurs sériques en Bourgogne	2	2

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Périnatalité	Conforter l'organisation de la prise en charge des mères et des nouveau-nés, en adéquation avec le niveau de risque.	% de structures et services (CPP/réseaux de proximité/maternités...) utilisant le dossier commun porté par le Réseau Régional de Périnatalité
		Suivi du nombre d'accouchements par maternité
		% de transferts in utéro vers les maternités de niveau II à partir des maternités de niveau 1
		% de transferts in utéro vers la maternité de niveau III à partir des maternités de niveau 1 et de niveau 2
		Nombre de cas sévères pris en charge par la maternité de niveau III
		Nombre de femmes n'ayant pas eu la visite du 8 ^e mois dans la maternité où elles accouchent (hors accouchements prématurés)
		Taux de césariennes pour les maternités de niveau I

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Périnatalité	Assurer l'accès à un suivi pré et postnatal de qualité	Nombre d'actions de prévention auprès des futurs parents organisées par département
		% d'établissements de santé ayant développé un partenariat avec la PMI
		% de déclarations tardives de grossesse (après la fin de la 14e semaine de grossesse)
	Développer des actions de prévention en matière de contraception et d'infections sexuellement transmissibles (IST)	% de collègues ayant mis en œuvre l'éducation à la sexualité
		Nombre de dépistages réalisés dans les centres spécialisés (CIDDIST...)
		Part des IVG réalisées chez les moins de 18 ans
	Assurer l'égalité d'accès aux différentes modalités d'IVG	% d'IVG médicamenteuses/territoire de santé
		% d'IVG instrumentales/territoire de santé
		Nombre de centres de santé, de centres de planning familial réalisant des IVG médicamenteuses/territoire de santé
		Nombre de médecins libéraux ayant passé convention pour réaliser des IVG médicamenteuses/territoire de santé
		Nombre d'établissements de santé réalisant une prise en charge des IVG entre 12 et 14 semaines/territoire de santé
	Assurer l'accès à l'assistance médicale à la procréation dans le respect des référentiels professionnels et des conditions techniques de fonctionnement	Nombre d'inséminations artificielles en Bourgogne
		Nombre de consultations avancées de traitement de l'infertilité au CH de Chalon-sur-Saône en vue d'une fécondation in vitro
		Mise en place du diagnostic prénatal moléculaire au CHU



Psychiatrie santé mentale

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Psychiatrie santé mentale

1	Champ et périmètre de l'activité	105
2	Analyse des besoins et de l'offre	105
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	105
2.1.1	Objectifs généraux du SROS 2006-2011	105
2.1.2	Réalisations sur la période du SROS 2006-2011	106
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	109
2.2.1	Taux de fuite et d'attractivité	109
2.2.2	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	110
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	111
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	111
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	111
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	113
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	113
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	114
3.1	Objectif général n° 1 : fluidifier le parcours des patients atteints de maladie mentale entre intra et extra-hospitalier et entre établissements publics et privés ..	114
3.2	Objectif général n° 2 : adapter l'organisation régionale entre établissements de santé pour répondre à la prise en charge des personnes relevant de soins sans consentement ..	115
3.3	Objectif général n° 3 : résoudre le problème de la sur-occupation régulière des lits de psychiatrie, notamment en Saône-et-Loire	115
3.4	Objectif général n° 4 : finaliser l'organisation de la prise en charge pédopsychiatrique, notamment sur deux territoires	115
3.5	Objectif général n° 5 : consolider et adapter les prises en charge spécifiques ou pour certaines populations	116
3.6	Objectif général n° 6 : mettre en place une dynamique régionale destinée à encourager le partage des professionnels, des compétences, des bonnes pratiques et des moyens	116
3.7	Objectif général n° 7 : prévenir et prendre en charge le risque suicidaire au sein de la population bourguignonne	117
4	Organisation de l'offre	118
4.1	Organisation des soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile	118
4.1.1	Organisation des soins en psychiatrie générale	118
4.1.2	Prises en charge spécifiques pour certaines populations	118
4.1.3	Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile	120
4.2	Missions de service public	121
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social – social	121
4.4	Coopérations	122
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	123
5.1	Implantations	123
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	124
5.3	Accessibilité	124
5.4	Créations/suppressions/transformations/regroupements	124
6	Indicateurs d'évaluation	124

/// Psychiatrie santé mentale

1 Champ et périmètre de l'activité

La prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques repose sur des médecins libéraux, psychiatres ou médecins généralistes, et des établissements de santé publics ou privés.

Pour les établissements publics de santé, l'activité de psychiatrie se développe dans le cadre de la sectorisation où une même équipe pluridisciplinaire assure des soins de prévention, de diagnostic, de traitement et de postcure pour les malades atteints de troubles psychiatriques. La psychiatrie infanto-juvénile est assurée généralement dans un cadre intersectoriel.

Les modalités de prise en charge vont des soins ambulatoires à l'hospitalisation complète, en passant par différentes modalités à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, accueil familial thérapeutique).

Cette activité de soins se caractérise aussi par le fait que les patients peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement (en hospitalisation complète ou bien en ambulatoire), en application de la loi du 5 juillet 2011. Les établissements chargés de cette mission de service public seront désignés par l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre du présent schéma. L'organisation de la prise en charge des patients accueillis pour une urgence psychiatrique et de leur transfert éventuel dans une structure habilitée doit être également précisée.

Enfin, il faut noter que cette activité s'inscrit dans un champ plus large qui est celui de la santé mentale, ce qui impose son articulation avec les domaines médico-social et social, notamment pour la prise en compte du handicap psychique. Il est donc essentiel de penser l'organisation de la psychiatrie de manière large en lien avec le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, et les schémas départementaux, afin d'orienter au mieux les malades atteints de troubles mentaux et psychiques.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

2.1.1 Objectifs généraux du SROS 2006-2011

- améliorer la démographie médicale et paramédicale
- renforcer le rôle du CMP,
- mettre en place dans chaque territoire ou département un réseau de santé mentale
- développer la recherche en psychiatrie et les neurosciences,

/// Pour la psychiatrie générale

- développer les structures adaptées aux patients nécessitant des prises en charges prolongées
- améliorer la prise en charge psychogériatrique par la création d'unités spécialisées et d'équipes mobiles
- améliorer la prise en charge psychiatrique en milieu carcéral
- renforcer les liens avec les institutions et structures sociales et médico-sociales pour proposer des prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins et parcours de soins des patients.

/// Pour la psychiatrie infanto-juvénile

- développer les soins précoces (petite enfance et relation mère-enfant)
- mettre en œuvre le réseau régional sur l'autisme
- améliorer la prise en charge des adolescents en crise.

Pour les adultes comme pour les enfants, les recommandations du SROS mentionnent la nécessité de renforcer les liens avec les institutions et structures sociales et médico-sociales pour proposer des prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins et parcours de soins des patients.

2.1.2 Réalisations sur la période du SROS 2006-2011

2.1.2.1 Par rapport aux objectifs généraux

- augmentation du nombre d'internes affectés en psychiatrie : de 8 à 14 par an entre 2005 et 2009 ; les services formateurs sont agréés dans tous les établissements publics ayant cette activité, CHS et centres hospitaliers et les internes sont affectés sur l'ensemble de ces services.
- Appui à l'exercice des professionnels : des actions pour favoriser la consolidation des savoirs et le tutorat psychiatrique auprès des infirmiers, notamment à l'occasion d'une première affectation en psychiatrie, ont été réalisées dans les établissements privés et publics avec le soutien financier de crédits du FMESPP attribués depuis 2006 : 531 infirmiers ont été formés entre 2005 et 2008, dont 222 au titre du tutorat et 309 pour la consolidation des savoirs.
- L'organisation des soins à partir du CMP relève de l'initiative des établissements. On peut signaler dans ce cadre, la réflexion conduite notamment par le CHS de Sevrey, sur l'organisation autour d'un CMP « pivot » pour les secteurs de l'agglomération chalonnaise et le regroupement en un seul lieu des structures de jour et ambulatoires (CMP, CATTP, HJ) implantées à Is/Tille, dans le cadre du secteur G01 rattaché au CHU. De même, dans la Nièvre, le CMP de Nevers fonctionne 6 jours sur 7 et l'hôpital de jour est ouvert 7 jours sur 7.
- réseaux de santé mentale :
 - Création d'un **réseau santé mentale dans l'Yonne** en 2006 avec recrutement de personnel en 2007 : il fonctionne sur la base de 4 grandes orientations : groupes de réflexion et de concertation (Enfants/Adolescents-Adultes-Personnes âgées), prise en charge pluri-professionnelle, actions de formation et de réflexion sur les pratiques professionnelles et les partenariats, création d'un site internet.
 - Création du **réseau régional des psychologues en Missions Locales** : ce réseau s'inscrit en continuité de la prise en compte de la dimension santé par les Missions Locales avec des psychologues, rattachés aux structures hospitalières sur chacune des 15 Missions Locales de la région (cofinancement par le FIQCS 2008-2010 et le Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Jeunes).
 - Création du **réseau santé mentale Arc-en-ciel**, réseau de proximité en Saône-et-Loire en 2005 : Ce réseau n'est plus opérant à ce jour.
- Actions en faveur de la recherche : le CHRU et le CHS de la Chartreuse ont conclu une convention le 9 décembre 2009 pour améliorer les synergies et les complémentarités entre les deux établissements : la recherche clinique sera développée dans ce cadre

2.1.2.2 Par rapport aux objectifs en psychiatrie générale :

1) Autorisations nouvelles accordées sur la période

3 territoires sont concernés :

■ territoire 1 : Nord Saône-et-Loire

Hospitalisation à temps partiel de jour, à orientation de psychogériatrie – Clinique Saint Rémy (St Rémy)

■ territoire 4 : Nord Yonne

Hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit – Clinique Ker Yonnec (Champigny-sur-Yonne)

■ territoire 5 : Sud Yonne

Autorisation nouvelle, en 2010, pour une activité d'hospitalisation à temps complet de 25 lits de postcure à vocation de réhabilitation psychosociale – Foyer Les Boisseaux –

2) Mise en œuvre d'autorisations et adaptation des structures existantes

■ territoire 2 : Sud Saône-et-Loire

Renforcement de moyens des structures ambulatoires et d'hospitalisation complète pour permettre une meilleure organisation du secteur G08, rapatrié en 2006 depuis l'Ain et améliorer l'offre d'hospitalisation sur ce territoire très déficitaire. Le CH de Mâcon a achevé la construction de la structure extra-hospitalière à Paray-le-Monial, alors que le regroupement des structures extra-hospitalières de Mâcon s'est fait dans des locaux plus adaptés ; en intra-hospitalier, organisation d'une unité d'hospitalisation psychiatrique de courte durée (72 h) dont le fonctionnement correspond notamment aux objectifs du plan national de prévention du suicide.

■ territoire 3 : Nièvre

transfert par le CHS de la Charité des lits d'hospitalisation complète des secteurs de Nevers et du sud Nièvre dans un nouveau bâtiment, à proximité du CH de Nevers, pour rapprocher le lieu d'hospitalisation du lieu d'habitation des patients de ces 2 secteurs de psychiatrie générale. Ces nouveaux services, d'une capacité de 50 lits au total, ont ouvert en juillet 2010.

■ territoire 4 : Nord Yonne

Implantation par le CHS de l'Yonne de l'unité d'hospitalisation complète du secteur 1 (nord du département) à Sens : l'ouverture de cette unité a été réalisée en septembre 2008

Le développement de structures ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète pour la prise en charge infanto-juvénile est décrit à « enfants et adolescents » ci-dessous.

3) Développement d'une offre médico-sociale adaptée

Elle doit permettre de proposer des prises en charge adaptées aux besoins des patients et de réduire le nombre d'hospitalisations au long cours inappropriées dans les services d'hospitalisation complète. La création de ces structures a donc pu être réalisée :

- par redéploiement, pour partie, de moyens des structures sanitaires vers le médico-social :
 - MAS de la Charité/Loire dans la Nièvre : 60 places créées par redéploiement pour partie de crédits sanitaires du CHS.
 - MAS/FAM de Vitteaux en Côte d'Or : d'une capacité de 26 places en FAM, dont le financement a été opéré dans le cadre du PRIAC et pour les 40 places de la Maison d'accueil spécialisée pour partie par redéploiement de crédits sanitaires. L'ouverture complète de la structure a été réalisée fin en septembre 2010.
- par moyens nouveaux au titre des crédits médico-sociaux :
 - FAM de Bonnay, en Saône-et-Loire : d'une capacité de 21 places, le financement de la médicalisation d'une première tranche de 10 places a eu lieu en 2010
 - structure de travail adapté (ESAT) dédiée au handicap psychique en Saône-et-Loire d'une capacité de 34 places réparties en 4 antennes
 - FAM rattaché au CHS de la Chartreuse : ce projet est autorisé pour une capacité de 12 places et fonctionne depuis juillet 2011. Son extension progressive à hauteur de 42 places est envisagée. De façon transitoire, le CHS a ouvert une unité de 20 lits, implantée dans des locaux libérés par le transfert de patients vers la MAS de Vitteaux. Cette unité est financée par redéploiement de crédits en interne.

En complément de structures médico-sociales, ont été créées dans le cadre du plan santé mentale des structures et services d'accompagnement comme : des groupes d'entraide mutuelle (11 GEM en Bourgogne), des places dédiées au handicap psychique en SAMSAH et enfin des maisons relais et résidence d'accueil (respectivement 291 places et 32 places)

4) Psychogériatrie et équipes mobiles de gériopsychiatrie

Individualisation d'une unité de psychogériatrie au sein de chaque centre hospitalier spécialisé, ainsi qu'au CH de Mâcon ; ces unités sont intersectorielles.

Création d'une équipe mobile de gériopsychiatrie au CH de Mâcon fin 2007.

5) Équipes mobiles santé précarité (EMSP)

Deux équipes mobiles psychiatrie/précarité ont été créées l'une en Saône-et-Loire, l'autre en Côte d'Or suite à appel à projets sur financement national. La première a été mise en place au CHS de Sevrey pour couvrir le territoire nord, avec deux infirmières mais le temps de psychiatre reste non pourvu en raison des problèmes de démographie médicale. Dans l'Yonne une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) psychiatrique a été créée en 2003 ; elle s'est étoffée d'une équipe mobile sur le Tonnerrois en 2006. Dans la Nièvre, une EMSP a été mise en place par redéploiement de moyens au CHS de la Charité-sur-Loire.

6) Amélioration de la prise en charge psychiatrique en milieu carcéral

Création d'une équipe mobile permettant notamment de prendre en charge au plan psychiatrique les détenus du centre de détention de Joux-la-Ville, spécialisé dans l'accueil des détenus auteurs de délits sexuels, qui est implanté à distance d'un centre hospitalier spécialisé, et dont les besoins sont difficilement couverts dans la situation actuelle. Cette équipe fait l'objet d'une collaboration entre les CHS de la Chartreuse et de l'Yonne afin de faciliter les recrutements de professionnels et notamment d'un psychiatre. À ce jour cependant, si le renfort en temps infirmiers et de psychologues est opérant, le recrutement médical n'a pas pu se faire.

Par ailleurs, la mise en place d'un centre régional de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), auparavant interrégional, est devenu obligatoire dans chaque région. Le projet du CHS de la Chartreuse a été retenu lors de l'appel à projet national et le centre est opérationnel depuis début 2011 après constitution de l'équipe en fin 2010. Ce centre a vocation à être un recours pour l'ensemble des établissements et professionnels prenant en charge ce type de patients en organisant notamment des formations et en animant un réseau régional, et à répondre aux demandes de prise en charge complexe.

2.1.2.3 Par rapport aux objectifs en psychiatrie infanto-juvénile

7) Soins précoces (petite enfance et relation mère-enfant)

Création de postes de psychologues en maternité et service de néonatalogie dans le cadre du plan périnatal.

8) Mettre en œuvre le réseau régional sur l'autisme

Développement à partir de 2005 des activités du Centre Ressource Autisme autorisé en 2004, structure régionale implantée au CHU et appuyée sur le fonctionnement en réseau avec 4 antennes départementales.

Le bilan des 3 premières années d'activité (2006 à 2008) a conduit à une proposition de restructuration du CRA et du réseau, présentée au comité technique régional autisme en octobre 2009 et validée par l'ARH en janvier 2010.

9) Améliorer la prise en charge des adolescents

L'ouverture d'un hôpital de jour pour adolescents au CHS d'Auxerre a été réalisée fin 2007, elle doit être complétée par une unité d'hospitalisation complète au sein du même établissement.

L'ouverture de l'unité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour adolescents dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) – CHS La Chartreuse (Dijon) a été réalisée en octobre 2010. Cet hôpital de jour/CATTP est à vocation intersectorielle commune au CHS de la Chartreuse et au CHU pour la prise en charge d'adolescents en prévention ou à l'issue d'une hospitalisation complète dans le centre de crise du CHU.

Les difficultés de recrutement de psychiatres par le CH de Nevers, gestionnaire du secteur de pédopsychiatrie, n'ont pas permis la création du centre de crise pour adolescents avec lits d'hospitalisation complète. Ce projet qui avait fait l'objet d'un financement pluriannuel 2006/2009 est donc abandonné.

Afin de répondre aux besoins du département de la Nièvre, la clinique du Tremblay a présenté un projet d'unité de 14 lits pour l'hospitalisation à temps complet d'adolescents de 12/18 ans. La création de cette unité a été actée par l'ARH et inscrite au CPOM de l'établissement. Sous l'égide de l'ARS, une organisation de la prise en charge des patients relevant de pédopsychiatrie pour le département, positionnant les trois structures concernées – CH de Nevers, CHS de la Charité-sur-Loire et clinique du Tremblay – a fait l'objet d'un document cadre validé en juin 2010. L'ouverture de l'unité de 14 lits à la clinique du Tremblay a eu lieu en août 2010.

Création de 3 maisons des adolescents : financées sur la durée du Plan psychiatrie santé mentale, la première a ouvert à Dijon en juin 2008, la seconde a été ouverte en septembre 2008 à Auxerre et comporte une antenne à Sens.

Le projet de maison des adolescents en Saône-et-Loire a été retenu suite à l'appel à projet national pour l'année 2010 et a fait l'objet d'un financement à partir de cette même année. Le projet est porté par le CHS de Sevrey et fait l'objet d'un partenariat avec le Conseil Général et l'État (DDCS et ARS). Depuis mai 2010, les

bases juridiques de ce partenariat et le projet de fonctionnement reposant sur une équipe mobile et deux points d'accueil situés à Mâcon et au CHS de Sevrey pour l'agglomération de Chalon/Saône ont été étudiés sous l'égide d'un comité de pilotage associant les partenaires.

L'ouverture est programmée d'ici la fin 2011.

Enfin, il faut noter la pérennisation d'une petite structure accueillant les jeunes en difficultés socio-éducatives et judiciaires, pouvant présenter des troubles psychiques (Unité Éducative et Thérapeutique de Fleurey/Ouche) en Côte d'Or.

2.1.2.4 Réalisation des objectifs

- Unités de psychogériatrie : OUI, 6 unités existantes
- Maisons des adolescents : OUI en grande partie. L'objectif initial d'une structure par secteur a été revu à une structure par département, conformément aux objectifs du plan psychiatrie santé mentale. Cependant, 3 départements sur 4 sont pourvus ou en voie de l'être, il n'y a pas de projet actuellement pour la Nièvre.
- Unité pour patients psychiatriques lourds : NON, les équipes des établissements ont été fortement mobilisées pour conduire les projets décrits, mais dans un contexte de démographie des professionnels de santé et de moyens financiers préoccupants, elles n'ont pas pu se mobiliser sur cette réflexion qui doit être inter établissements.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Taux de fuite et d'attractivité

Taux de fuite 2009 Patients résidents	Nombre de patients résidents	Taux de fuite intra régional	Taux de fuite hors région
Côte d'Or	4 001	4,1 %	4,7 %
Nièvre	530	15,6 %	28,7 %
Saône-et-Loire	4 432	2,3 %	15,7 %
Yonne	2 983	1,1 %	4,3 %
BOURGOGNE	11 946		9,7 %

Ce premier tableau analyse les taux de fuite des patients hospitalisés en psychiatrie, selon leur département de résidence, d'une part au sein de la région Bourgogne, d'autre part à l'extérieur de la région : globalement, 9,7 % des patients résidant en Bourgogne se font hospitaliser en dehors de la région, le plus souvent dans les régions limitrophes. La Côte d'Or et l'Yonne ont des taux relativement faibles (inférieurs à 5 %). En revanche, la Nièvre et la Saône-et-Loire ont des taux de fuite importants des patients vers les régions limitrophes.

Taux d'attractivité 2009 Patients hospitalisés	Nombre de patients hospitalisés	Taux d'attractivité intra régional	Taux d'attractivité hors région
Côte d'Or	4 112	2,4 %	5,2 %
Nièvre	747	7,3 %	53,9 %
Saône-et-Loire	3 828	1,7 %	3,0 %
Yonne	4 327	5,3 %	31,1 %
BOURGOGNE	13 014		15,6 %

Sources : données RIMpsy

Ce deuxième tableau indique l'attractivité des établissements psychiatriques de la région, d'une part à l'intérieur de la région, d'autre part à l'égard des patients originaires d'autres régions qui viennent se faire hospitaliser en Bourgogne : ainsi, 15,6 % des patients hospitalisés en Bourgogne sont originaires d'autres régions. Le département de l'Yonne attire un grand nombre de patients originaires du sud de la région parisienne et de Champagne-Ardenne. Mais pour la Nièvre, on constate une forte attractivité du sud de la région parisienne, des régions Champagne-Ardenne et Centre, qui est cependant à relativiser eu égard au nombre de patients concernés.

En examinant en parallèle ces deux tableaux, on constate que globalement, la région Bourgogne attire davantage de patients qu'elle n'en envoie dans les établissements implantés hors région.

2.2.2 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

L'examen des files actives (ensemble des patients vu au moins une fois pendant l'année, que ce soit en hospitalisation ou en consultation) des établissements psychiatriques constitue une donnée représentative du recours à la psychiatrie.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE files actives par territoire	2006 *	2008	2010
Côte d'Or	15 275	13 306	14 132
Nièvre	7 736	7 999	8 897
Saône-et-Loire	12 087	13 123	11 919
Yonne	7 603	10 443	11 177
BOURGOGNE	42 701	44 871	46 125

Source : données établissements

* En 2006, les données ne concernaient que les établissements publics

** En 2008 et 2010, un centre hospitalier n'a pas répondu

En psychiatrie générale, si l'on s'en tient à la variation entre 2008 et 2010 pour lesquelles les données sont plus complètes, on relève une légère augmentation de la file active dans tous les départements sauf la Saône-et-Loire : en Côte d'Or de l'ordre de 6 %, dans la Nièvre de 11 % et de 7 % dans l'Yonne. En Saône-et-Loire, on constate en revanche une baisse de 9 % sur la même période.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE files actives par territoire	2006 *	2008 **	2010 **
Côte d'Or	3 212	3 063	3 365
Nièvre	1 366	381	334
Saône-et-Loire	5 498	5 904	5 373
Yonne	2 618	2 950	2 785
BOURGOGNE	12 694	12 298	11 857

Source : données établissements

* En 2006, les données ne concernaient que les établissements publics

** En 2008 et 2010, un centre hospitalier n'a pas répondu

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, on note une baisse globale de 5,6 % des files actives entre 2008 et 2010 pour la Bourgogne. Seule la Côte d'Or connaît une augmentation (près de 10 %), les autres départements affichant des baisses entre 12 % et 5,6 %.

Il faut noter que depuis la mise en œuvre progressive, à partir de 2007, du recueil informatisé de l'activité psychiatrique (RIMpsy) dans les établissements de santé, les modalités de comptage de l'activité ont été revues pour éviter des doubles comptes, ce qui rend difficiles les comparaisons d'une année sur l'autre.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

- apparition de besoins de prise en charge spécifiques à certaines populations : personnes âgées (avec l'impact particulier du vieillissement en Bourgogne), personnes détenues (nombre d'établissements pénitentiaires implantés en région), personnes en situation de précarité, adolescents (cas à la frontière de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte),
- la prise en compte de ces besoins requiert une adaptation (bien que déjà engagée) des structures de soins vers des modalités de prise en charge spécialisées, et des structures médico-sociales, avec une coordination renforcée de leurs interventions respectives.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Le premier tableau récapitule le nombre de secteurs et d'établissements de santé par territoire de santé.

Territoires de santé	PSYCHIATRIE GÉNÉRALE		PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	
	Établissements publics	Établissements privés	Établissements publics	Établissements privés
Côte d'Or	7 secteurs		3 secteurs	
	3	0	3	1 HJ
Nièvre	3 secteurs		1 secteur	
	1	1	1	0
Saône-et-Loire Nord	5 secteurs		2 secteurs	
	1	1	1	0
Saône-et-Loire Sud	3 secteurs		1 secteur	
	1	0	1	0
Saône-et-Loire	8 secteurs		3 secteurs	
	2	1	2	0
Yonne	4 secteurs		2 secteurs	
	1	3	1	0
BOURGOGNE	22 secteurs		9 secteurs	
	7	5	7	1 HJ

Les deux tableaux suivants synthétisent l'offre en psychiatrie générale par département (= territoire sanitaire), en indiquant la densité globale en lits et places :

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE			
Territoires de santé	Nombre de lits	Nombre de lits et places	% d'évolution du nombre de lits 2011/2006
Côte d'Or	406	575	1,11
Nièvre	283 (dont 14) *	363	1,69
Saône-et-Loire	536	630	1,14
Yonne	492	562	1,65
BOURGOGNE	1717	2130	1,31

* dont 14 lits pour adolescent

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE (public + privé)						
	2006		2011		2011/2006	
Territoires de santé	Nombre de lits	Densité en lits/1000 hab.	Nombre de lits	Densité en lits/1000 hab.	Nombre de lits	% d'évolution du nombre de lits
Côte d'Or	417	0,81	406	0,78	-11	-2,6
Nièvre	264	1,19	283	1,28	19	7,2
Saône-et-Loire Nord	396	1,08	456	1,26	60	15,2
Saône-et-Loire Sud	80	0,45	80	0,41	0	0,0
Saône-et-Loire	476	0,87	536	0,97	60	12,6
Yonne	410	1,20	492	1,44	82	20
BOURGOGNE	1567	0,97	1717	1,05	150	9,6

Le ratio du nombre de lits par habitant pour l'hospitalisation complète doit être analysé au regard des créations de structures médico-sociales pour handicapés psychiques (MAS-FAM) qui ont pu intervenir et qui, dans certains cas, ont permis de recentrer l'hospitalisation complète sur les soins psychiatriques. De plus, la création de structures extra-hospitalières permet notamment d'apporter une réponse en amont et en aval de l'hospitalisation, ce qui tend à réduire les temps d'occupation des lits.

Ainsi, en Côte d'Or, la densité en lits apparaît plus faible mais les réorganisations intervenues entre le CHS de la Chartreuse et le CH de Semur-en-Auxois, avec la création de MAS/FAM à Alise-Ste-Reyne et Vitteaux, ont été de nature à réduire le nombre de patients hospitalisés pour une longue durée.

Par ailleurs, eu égard à la densité globale en lits et places relativement importante sur l'Yonne et la Nièvre, il ne paraît plus utile de créer des lits d'hospitalisation mais plutôt de développer le soutien à l'extrahospitalier et aux structures médico-sociales pour améliorer les prises en charge et la fluidité des parcours entre institutions.

Enfin, la situation de la Saône est Loire est différente : avec une population similaire à celle de la Côte d'Or, ce territoire bénéficiera, avec l'installation complète des lits autorisés à la clinique Saint Rémy, d'une densité supérieure à la Côte d'Or en termes de lits. Il subsiste cependant un fort déséquilibre entre le nord et le sud du territoire. Ainsi, il convient de travailler à une organisation qui permette d'utiliser au mieux l'ensemble des lits d'hospitalisation et des places de ce département.

Le dernier tableau indique l'offre en psychiatrie infanto-juvénile :

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE		
Territoires de santé	Nombre de lits en 2010	Nombre de lits et places en 2010
Côte d'Or	16	140
Nièvre	14	26
Saône-et-Loire	10	90
Yonne	10	75
BOURGOGNE	50	331

Chaque territoire de santé dispose d'une unité pour enfants et adolescents, le CHS de l'Yonne venant d'ouvrir début 2011 une unité d'hospitalisation complète de 10 lits pour adolescents. À ce jour, les capacités paraissent suffisantes si l'on considère que pour cette population, les soins sont à dispenser plutôt en hôpital de jour ou en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Toutefois, en Côte d'Or, une amélioration de la prise en charge des adolescents doit être recherchée entre les trois établissements à activité psychiatrique pour répondre en particulier aux besoins du nord Côte d'Or.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Territoires de santé	Nombre total de psychiatres	Taux/100 000 hab.
Côte d'Or	99	19,0
Nièvre	25	11,3
Saône-et-Loire	76	13,8
Yonne	54	15,8
Bourgogne	254	15,5
France	13 654	22,0

Source : fichier ADELI

Pour atteindre la même densité que celle observée France entière, il manque environ 90 psychiatres dans la région.

En outre, au 1er janvier 2010, 138 psychiatres sont âgés de 55 ans et plus, donc susceptibles de cesser leur activité dans les 10 ans, sur un total de 247 psychiatres exerçant à cette même date.

Ceci justifie pleinement, l'effort de formation important et continu depuis l'année universitaire 2007-2008 :

Le nombre de postes offerts aux E.C.N. (Examen Classant National) est passé de 9 en 2007-2008 à 15 en 2010-2011 soit 75 internes sur les 5 ans à venir.

Actuellement 49 internes sont en formation dans la spécialité psychiatrie sur la région.

La principale problématique de ce champ d'activité reste donc la pauvreté de la ressource médicale, même si peuvent apparaître des problèmes ponctuels en recrutement infirmier. Pour cette dernière profession, une réévaluation des besoins devra néanmoins être menée dès que seront mieux connues les conséquences de la réforme (droit d'option) permettant aux infirmiers de reculer l'âge de départ à la retraite en échange d'une amélioration de leurs conditions statutaires. Quant à la profession de psychologue, elle ne pose pas de difficultés de recrutement.

On note que la densité médicale est très variable selon les départements, avec un taux deux fois inférieur au taux national en Nièvre et un taux très bas en Saône et Loire également. Même si le nombre d'internes affectés en psychiatrie a pu être augmenté durant la mise en œuvre du SROS 2006-2011, le maintien de ces spécialistes dans la région reste problématique et dans un futur proche, les départs en retraite des psychiatres vont aggraver les difficultés.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
■ Structures intersectorielles	Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, les établissements ont intensifié la mise en place d'organisations intersectorielles, notamment pour les structures d'hospitalisation complète et de jour, en recourant au dispositif des pôles. Ce choix d'organisation se traduit par une spécialisation des unités pour améliorer la qualité de prise en charge des patients : réadaptation et réinsertion, hospitalisations de courte durée, addictions, unités fermées, long séjour...
■ Réseaux	Le réseau de santé mentale de l'Yonne mis en place en 2006 fonctionne sur la base de quatre orientations : constitution de groupes de réflexion et de concertation, prise en charge pluriprofessionnelle, actions de formation, pratiques professionnelles. Un réseau des psychologues en missions locales, adossé à une structure hospitalière, permet de faciliter l'insertion des jeunes en difficultés.

Thématiques	Analyse qualitative
<ul style="list-style-type: none"> Coordination ville-établissements de santé – structures médico-sociales et sociales 	<p>Le développement de structures médico-sociales d'aval permet de réduire la suroccupation hospitalière et les hospitalisations au long cours en offrant des places adaptées aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques : création de places de foyer d'accueil médicalisé (FAM) et de maison d'accueil spécialisée (MAS) par redéploiement de moyens sanitaires en Côte d'Or et dans la Nièvre. Des places en groupes d'entraide mutuelle (GEM), en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et en maisons relais ont permis le maintien dans la communauté, de handicapés psychiques et de personnes souffrant de troubles mentaux plus légers. Les redéploiements entre structures sont à poursuivre de même que l'adaptation de la prise en charge aux besoins. Il faut noter que le manque de psychiatres pèse aussi sur l'organisation du parcours de soins dans les établissements médico-sociaux. Par ailleurs, il apparaît indispensable de renforcer les liaisons avec les équipes médicales et soignantes, publiques et privées, par le biais de protocoles ou de conventions pour faciliter le passage d'une structure à l'autre (sanitaire/ médico-social/social/public/privé).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Télémédecine 	<p>Le recours à la visioconférence est peu développé dans le domaine de la psychiatrie mais doit être davantage encouragé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Recherche 	<p>La recherche clinique est organisée dans le cadre d'une convention passée entre le CHS 21 et le CHRU mais il convient d'impliquer davantage les autres établissements psychiatriques de la région.</p>

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : fluidifier le parcours des patients atteints de maladie mentale entre intra et extra-hospitalier et entre établissements publics et privés

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 1 Consolider le rôle des CMP en positionnant des « CMP renforcés » sectoriels ou intersectoriels</p>	Cf. 4.1. Organisation des soins
<p>Objectif spécifique n° 2 Poursuivre la mise en place de structures intersectorielles dans un établissement, ou partagées avec d'autres établissements</p>	Cf. 4.1. Organisation des soins
<p>Objectif spécifique n° 3 Adapter les structures et coordonner les interventions pour soutenir la réponse médico-sociale en pédopsychiatrie et en psychiatrie</p>	Cf. 4.3. Articulation ville – établissement de santé – médico-social
<p>Objectif spécifique n° 4 Articuler les dispositifs de maintien dans la cité des personnes atteintes de troubles psychiques en termes de participation à la vie sociale et d'accompagnement vers le logement</p>	Cf. 4.3. Articulation ville – établissement de santé – médico-social

3.2 Objectif général n° 2 : adapter l'organisation régionale entre établissements de santé pour répondre à la prise en charge des personnes relevant de soins sans consentement

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 S'assurer que la prise en charge des urgences psychiatriques actuelle est conforme à la loi de juillet 2011	Bilan régional, concertation avec les établissements, organisation des circuits
Objectif spécifique n° 2 Organiser la prise en charge des soins sans consentement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les critères d'organisation des établissements pour accueillir des patients en soins psychiatriques sans consentement, selon les différentes modalités existantes ▪ Désigner les établissements chargés de cette mission de service public

3.3 Objectif général n° 3 : résoudre le problème de la sur-occupation régulière des lits de psychiatrie, notamment en Saône-et-Loire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Organiser la complémentarité entre établissements du Nord et Sud Saône-et-Loire	Cf. 4.4. Coopérations
Objectif spécifique n° 2 Développer les coopérations entre établissements privés et publics	Cf. 4.4. Coopérations
Objectif spécifique n° 3 Assurer une réponse diversifiée en extra-hospitalier sur le site de Paray-le-Monial	Cf. 4.1. Organisation des soins

3.4 Objectif général n° 4 : finaliser l'organisation de la prise en charge pédopsychiatrique, notamment sur deux territoires

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Stabiliser les modalités de prise en charge des enfants et adolescents entre les établissements psychiatriques de la Nièvre	Cf. 4.1.3. Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile
Objectif spécifique n° 2 Développer l'intersectorialité avec le Nord Côte d'Or et au sein de l'agglomération dijonnaise en diversifiant les modalités d'intervention	Cf. 4.1.3. Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile
Objectif spécifique n° 3 Définir, en fonction du besoin, une organisation adéquate au niveau régional, permettant d'assurer la prise en charge des enfants et adolescents difficiles	Cf. 4.1.3. Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile

3.5 Objectif général n° 5 : consolider et adapter les prises en charge spécifiques ou pour certaines populations

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Tout mettre en œuvre pour que les personnes détenues en Bourgogne aient accès aux soins psychiatriques	Cf. 4.1.2. Prises en charge spécifiques pour certaines populations
Objectif spécifique n° 2 Étendre les interventions spécialisées pour soutenir la relation précoce mère/enfant	Cf. 4.1.3. Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile
Objectif spécifique n° 3 Mieux inscrire les équipes mobiles psychiatrie-précarité dans le dispositif de santé mentale	Cf. 4.1.1. Organisation des soins en psychiatrie générale
Objectif spécifique n° 4 Évaluer et adapter la réponse du dispositif des maisons des adolescents	Cf. 4.1.3. Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile
Objectif spécifique n° 5 Adapter l'offre de soins spécialisés pour les personnes âgées en l'articulant avec les autres dispositifs de prise en charge de cette population	Cf. 4.1.2. Prises en charge spécifiques pour certaines populations

3.6 Objectif général n° 6 : mettre en place une dynamique régionale destinée à encourager le partage des professionnels, des compétences, des bonnes pratiques et des moyens

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Rationnaliser et accompagner l'affectation des professionnels en établissements psychiatriques, notamment pour fidéliser les internes formés sur la région	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser une réunion régulière des huit établissements publics (CH et CHS) pour faire un point régulier sur les départs et perspectives de recrutement de praticiens au regard de la nécessité de préserver des équipes médicales suffisantes dans les différents établissements ▪ Développer les postes d'assistants spécialistes et de médecins hospitaliers partagés entre établissements publics pour augmenter les possibilités de recrutement et favoriser les coopérations ▪ Utiliser les nouveaux dispositifs d'intervention de médecins libéraux en établissement public ▪ Développer les protocoles de coopération ▪ entre professionnels de santé soumis à validation de l'HAS sur des thématiques précises

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 2 Affirmer le rôle régional des centres de ressources spécialisées en assurant des interventions sur les quatre départements	<ul style="list-style-type: none"> Le CRIAVS fera l'objet d'un suivi de la montée en charge de ses activités, via son rapport d'activité Des organisations régionales permettant de positionner les centres référents en électroconvulsivothérapie devront être mises en place pour répondre, et assurer la couverture régionale en s'appuyant sur ceux exerçant déjà cette activité dont notamment la Clinique KerYonnec et le CHS 21 Une réflexion identique devra être menée concernant les troubles du sommeil
Objectif spécifique n° 3 Élargir la recherche en psychiatrie en associant l'ensemble des équipes professionnelles de la région	<ul style="list-style-type: none"> Comptabiliser le nombre de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), et en identifier un pour représenter la région Mettre en place une réunion annuelle à l'initiative du CHU autour d'un PHRC régional
Objectif spécifique n° 4 Encourager l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) appliquées aux besoins de la psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Équiper les établissements en matériel de visioconférence

3.7 Objectif général n° 7 : prévenir et prendre en charge le risque suicidaire au sein de la population bourguignonne

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Développer la formation au repérage de la crise suicidaire en direction des professionnels de terrain	<ul style="list-style-type: none"> Développer la contractualisation avec les organismes de formation (CNFPT, FNH ...) Développer les formations en direction des professionnels en charge de publics spécifiques (personnes âgées, population carcérale) Renforcer le rôle de la médecine de 1^{er} recours dans la prise en charge de la dépression et le repérage de la crise suicidaire Porter une vigilance particulière aux territoires concernés par un taux de mortalité par suicide supérieur au taux régional
Objectif spécifique n° 2 Renforcer les dispositifs de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer et adapter les réponses des dispositifs maisons des adolescents et centres médico-psychologiques Etudier la faisabilité de la création d'unités de crise pour une prise en charge provisoire des personnes ayant tenté de se suicider Porter une vigilance particulière aux territoires concernés par un taux de mortalité par suicide supérieur au taux régional

4 Organisation de l'offre

4.1 Organisation des soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile

Le schéma confirme le rôle du secteur en tant qu'unité géographique d'organisation des soins de proximité au plus près du lieu de vie des patients, et préconise la poursuite des mutualisations et le développement des structures intersectorielles, au sein d'un même établissement ou entre établissements.

Dans le cadre du secteur, l'offre doit être diversifiée. Les structures intersectorielles peuvent concerner l'ensemble des modalités suivantes : l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle de jour et de nuit, les CATTP, les CMP...

4.1.1 Organisation des soins en psychiatrie générale

/// Soins ambulatoires

Le développement ou le renforcement des soins ambulatoires constitue une priorité du schéma, notamment dans les secteurs où ils sont incomplets ou insuffisants.

L'offre peut être assurée par des structures intersectorielles mises en commun au sein d'un même établissement ou entre établissements, notamment pour développer des prises en charge spécifiques.

Afin d'élargir l'offre de soins, la mise en place d'un CMP renforcé par secteur (ou intersectoriel) doit permettre le développement des visites à domicile, ainsi qu'une amplitude plus large des horaires d'ouverture (accueil en soirée jusqu'à 20 h, et en week-end le samedi matin), en s'appuyant notamment sur l'accueil infirmier comme « accueil de première intention ». Concrètement, cet objectif se traduit par la mise en place d'au moins un CMP renforcé par territoire de santé (soit au moins 6 CMP pour la région Bourgogne) avec mutualisation des moyens intersectoriels, avant le terme du SROS, sans pour autant remettre en cause le rôle des CMP existants. L'expérience du CMP de Nevers, qui fonctionne 6 jours sur 7, correspond à ce mode de fonctionnement.

En appui à cet objectif, une évaluation coordonnée au niveau régional pourrait être menée sur l'organisation des CMP, sur la base du guide MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers), dans le but d'établir un bilan de leur fonctionnement.

Afin de faciliter la continuité de la prise en charge des patients, et pour soutenir les aidants familiaux, une réponse téléphonique professionnelle (par un infirmier) doit être organisée la nuit et le week-end, sur un site hospitalier par territoire. Cela devra se faire en lien avec le CMP renforcé, les structures d'hospitalisation publiques et privées, et les psychiatres libéraux.

Par ailleurs, les professionnels libéraux (psychiatres) seront incités à participer à la réponse non programmée (réponse téléphonique, consultations), en lien avec le CMP renforcé.

/// Structures complémentaires à l'hospitalisation

Dans le parcours de soins du patient, l'hospitalisation complète n'est qu'une modalité répondant à des indications spécifiques qui doit trouver des relais pré ou post-hospitalisation dans des structures alternatives, comme l'hospitalisation de jour ou les CATTP.

Ces modalités doivent être accessibles dans chaque secteur ou inter-secteur. L'objectif du SROS est l'ouverture des structures extrahospitalières à Paray-le-Monial (HDJ, CATTP), dont le secteur est actuellement dépourvu.

4.1.2 Prises en charge spécifiques pour certaines populations

/// Prise en charge des détenus

Pour répondre aux besoins de prise en charge psychiatrique des détenus de l'Yonne, en particulier au centre de détention de Joux-la-Ville qui accueille un grand nombre de détenus auteurs d'infractions sexuelles, le renforcement du temps de psychiatre est nécessaire. Un recrutement direct par le CHS de l'Yonne étant difficile pour des raisons de démographie médicale sur ce territoire, la solution peut être d'organiser ce recrutement à partir du CHS de la Chartreuse, sous la forme d'un poste de praticien hospitalier partagé dont une

partie du temps de travail consisterait à intervenir auprès des détenus du centre de détention de Joux-la-Ville. L'établissement psychiatrique de Dijon doit proposer ce type de recrutement.

La prise en charge des détenus fait l'objet d'un traitement spécifique plus détaillé dans la fiche traitant de l'activité « soins aux détenus », abordée par ailleurs.

/// Prise en charge des populations en situation précaire

Des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont été mises en place progressivement auprès de chacun des CHS depuis 5 ans, suite à des appels à projet annuels, et fonctionnent maintenant sur les quatre départements. Elles doivent apporter une réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion. Leur organisation doit satisfaire aux exigences d'un cahier des charges national et s'adapter aux situations locales. Il convient donc de dresser un bilan du fonctionnement de ces équipes mobiles afin de s'assurer qu'elles remplissent leur rôle et interviennent notamment en coopération avec les équipes de secteur. À l'issue de cette évaluation, des ajustements ou des renforcements de leurs moyens de fonctionnement pourront être apportés. Pour pallier l'absence des EMPP sur certains territoires, des temps de concertation, ou des partenariats spécifiques entre les secteurs peuvent être envisagés, via les Conseil locaux de santé mentale (CLSM), les réseaux existants, ou des temps de concertation partagés.

/// Prise en charge des personnes âgées

Le vieillissement général de la population concerne également les malades mentaux dont la prise en charge va nécessiter de :

- mettre en place des équipes mobiles de gériopsychiatrie (sur la base de celles déjà existantes) pour favoriser le maintien à domicile ou en EHPAD des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ces équipes contribueront à l'organisation des soins (filiales de soins, réseaux) et formeront les équipes professionnelles, en particulier des EHPAD. Le maintien à domicile des patients peut aussi être favorisé par des dispositifs d'accompagnement spécifiques (VAD, HJ, CATTP, CMP...),
- développer le partenariat secteurs psychiatriques/équipes mobiles de gériopsychiatrie/EHPAD et réserver du temps d'hôpital de jour pour l'accueil des personnes âgées,
- définir des unités spécifiques dans les structures d'accueil de longue durée existantes (psychiatrie ou gériatrie) ou des EHPAD spécifiques pour les patients vieillissant souffrant de troubles psychiatriques anciens (résidents souvent plus jeunes, plus autonomes, aux troubles psychomoteurs différents),
- définir des organisations spécialisées pour l'accueil en urgence des patients dans les unités de gériopsychiatrie existantes, permettant la réalisation de soins de gériopsychiatrie aigus,
- s'appuyer sur les structures institutionnelles gériatriques actuelles ou à venir pour les patients souffrant de démences : UCC (unités cognitivo-comportementales) et UHR (unités d'hébergement renforcé),
- poursuivre la formation des personnels médicaux et paramédicaux (diplôme interuniversitaires – DIU de gériopsychiatrie).

/// Prise en charge des personnes ayant une conduite addictive

Au-delà des thérapies bifocales, psychiatrique et addictologique pour les patients ayant des soins psychiatriques, certains établissements de santé spécialisés en psychiatrie ont une compétence spécifique en addictologie avec des consultations et de l'hospitalisation complète.

Or le schéma régional d'addictologie a retenu l'implantation de soins complexes dans chacun des territoires de santé actuels dans le cadre d'un niveau 2. Ce niveau 2 peut être assuré sur un site par coopération entre plusieurs établissements de santé, de psychiatrie, MCO et SSR ayant la mention « conduites addictives ». Le niveau 2 comporte en effet des activités de niveau 1 (consultations, sevrages, équipe de liaison) et des activités de recours : soins résidentiels complexes, hôpital de jour et soins de suite et de réadaptation.

C'est pourquoi les établissements de santé spécialisés en psychiatrie ayant une activité en soins complexes (résidentiels et en hôpital de jour) ou pouvant la développer, devront demander à l'ARS la reconnaissance de cette activité dans le cadre de leur CPOM, en référence au cahier des charges qui leur a été adressé et dans le cadre des coopérations évoquées ci-dessus. Sont concernés deux territoires : celui de l'Yonne (CHSY) et celui de la Nièvre (coopération entre le CHAN et la clinique du Château de Tremblay).

4.1.3 Organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile

Pour améliorer l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile, l'accueil en CMP renforcé doit être étendu à tous les territoires de santé de la région, sachant qu'une telle structure a déjà été mise en place à Chalon dans le cadre d'une organisation en pôles du CHS de Sevrey. L'ouverture d'un CMP commun sur l'agglomération dijonnaise pourrait également répondre à cet objectif.

/// Prise en charge des adolescents

Un consensus est établi pour fixer raisonnablement à 18 ans la limite supérieure d'âge d'accueil dans les structures infanto-juvéniles dédiées aux adolescents.

Afin de résoudre les difficultés d'hospitalisation des adolescents en crise du Nord de la Côte d'Or, le rôle de la structure d'hospitalisation complète implantée au CHU doit être affirmé comme étant intersectoriel, en établissant, dans cette perspective, une convention entre les trois établissements. Pour faire face à des incapacités ponctuelles d'accueil par cette structure (résultant notamment de l'absence de places disponibles), le recours aux unités d'hospitalisation complète du CHS d'Auxerre (voire de la Clinique du Tremblay) peut être envisagé.

Par ailleurs, le schéma prévoit d'individualiser le fonctionnement de l'hôpital de jour pour adolescents dans les 25 places existantes sur le secteur de Semur-en-Auxois, en renforçant le personnel infirmier dédié ; cela se traduit concrètement par la création d'un poste d'infirmière. Cette reconnaissance doit permettre d'assurer dans de bonnes conditions le suivi post-hospitalisation de l'adolescent.

La prise en charge étendue à des enfants plus âgés (4 places pour jeunes de 14 à 18 ans) en hôpital de jour par la structure spécialisée des Cigognes à Chenôve (21) répond à cette même ambition. Elle aura une vocation intersectorielle, ce qui nécessite l'établissement d'une convention entre les trois inter-secteurs de Côte d'Or.

Dans la Nièvre, pour les adolescents, il convient de stabiliser l'organisation actuelle en mettant en œuvre les actions suivantes :

- finaliser et sécuriser la prise en charge des adolescents par des conventions, principalement entre le CH de Nevers, porteur du secteur de pédopsychiatrie et la clinique du Tremblay. Cette organisation permettrait de faciliter l'hospitalisation après l'accueil en crise aux urgences et d'articuler cet accueil avec la permanence des soins, en associant le CHS de la Charité-sur-Loire (dispositif datant de juillet 2011).
- Étendre la possibilité de consultations non programmées au-delà de celles effectuées par les psychiatres du CH et du CHS en s'appuyant sur les praticiens de l'unité pour adolescents de la clinique du Tremblay,
- articuler le dispositif pour adolescents avec les prises en charge de jeunes adultes au CHS de la Charité-sur-Loire.

Il convient également de garantir le fonctionnement des structures ambulatoires, notamment CMP et ses antennes, fortement compromis par les difficultés de recrutement en médecins et personnels soignants, pour répondre aux besoins de prise en charge des enfants exprimés par les professionnels de santé et institutions concernées.

En l'absence de solution rapide pour un dispositif pérenne et fiable, et eu égard à la difficulté récurrente de recrutement de pédopsychiatres au CH de Nevers, il conviendra de reconsidérer les structures publiques gestionnaires de cette activité.

Le dispositif des maisons des adolescents, adossées aux CHS, a été créé pour faciliter le développement de la prévention, proposer une offre diversifiée de prise en charge par des professionnels de santé et organiser au mieux l'articulation avec les différents services destinés aux jeunes et adolescents (aspects sociaux, éducatifs, culturels, juridiques), tout cela en un lieu unique.

Deux MDA fonctionnent dans l'Yonne et en Côte d'Or et la 3^e vient d'ouvrir en Saône et Loire : à ce stade, il est important de pouvoir évaluer le fonctionnement de ce dispositif au regard du cahier des charges national afin d'envisager les adaptations nécessaires, le cas échéant, et son implantation éventuelle dans le département de la Nièvre qui en est dépourvu.

Par ailleurs, le soutien en soins psychiatriques à des structures expérimentales pour des jeunes en grandes difficultés socio-éducatives et présentant des troubles psychiques importants, pourrait être envisagé dans les départements de Saône-et-Loire et de l'Yonne.

Enfin, il existe une période charnière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte dont les pathologies spécifiques nécessitent une réponse adaptée. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une structure intersectorielle de quelques lits pour accueillir les jeunes adultes dans chaque département.

/// Soutien de la relation précoce mère/enfant

Des interventions spécialisées sont à développer dans les établissements de santé dotés d'une maternité et d'un service de psychiatrie. Il s'agira ainsi :

- d'accompagner le développement de la structure mère/enfant portée par le CHS de Sevrey, lors de son implantation dans le nouvel hôpital de Chalon avec augmentation du nombre de journées hebdomadaires consacrées aux consultations et HDJ mère/enfant,
- d'engager la mise en place d'une équipe de psychiatrie périnatale rattachée au service de psychiatrie adultes du CHU. Cette équipe sera mobile et pourra intervenir à la demande des structures concernées (maternités et psychiatriques) de l'agglomération dijonnaise, voire du département, pour coordonner les prises en charge. Des missions régionales devront être développées en s'appuyant sur les expériences existantes, notamment celle du CHS de Sevrey (ex. : soutien aux psychologues intervenant dans les maternités). Une unité d'hospitalisation complète mère/enfant de quelques lits à vocation régionale pourrait étoffer ce dispositif.

4.2 Missions de service public

En ce qui concerne les missions de service public, le schéma se concentrera sur les mesures suivantes :

- confirmer les missions de service public existantes pour les soins sans consentement dans les établissements autorisés en psychiatrie
- envisager une extension de cette mission aux cliniques privées titulaires d'une autorisation psychiatrique, à l'exception des soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet.

Concernant la médecine d'urgence, la permanence des soins permettant de mobiliser un psychiatre dans les sites d'accueil des urgences doit être effective pour les services ayant une forte activité d'urgence et organisée en lien avec les établissements de psychiatrie assumant les soins sans consentement.

Missions de service public	Dispositifs	Territoires de santé			
		Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Permanence des soins psychiatrique en établissement de santé (urgences psychiatriques)	Lignes d'astreintes	3	1 ou 2	3	2 ou 3
Soins sans consentement	Tous les soins sans consentement	3	1 ou 2	3	1 ou 2

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

Les actions proposées ont pour but d'apporter des réponses aux points de rupture identifiés par l'étude du parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique.

Établissements de santé spécialisés en psychiatrie et établissements médico-sociaux ont souvent à prendre en charge, à des temps différents du parcours de vie, la personne souffrant d'un handicap psychique.

Les actions doivent permettre de mieux coordonner les équipes respectives voire de développer des structures ou services spécifiques.

Les actions suivantes seront mises en place ou accentuées :

- conventions à établir entre établissements de santé de psychiatrie, publics et privés, avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et des associations du secteur social de leur ressort géographique pour apporter un soutien par des professionnels de psychiatrie aux équipes médico-sociales et/ou un suivi des patients
- ces conventions définiront des protocoles de prise en charge facilitant l'accueil en hospitalisation si nécessaire et le retour dans la structure d'origine après la phase aiguë
- inscription dans les CPOM des établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie de plans d'actions, tels que des formations conjointes des équipes sanitaires, médico-sociales et sociales,
- la mise en place des conventions et protocoles cités ci-dessus fera l'objet d'une inscription dans le CPOM des établissements,
- la problématique de l'hospitalisation prolongée de façon inadéquate en psychiatrie sera spécialement examinée pour garantir aux patients une prise en charge dans la structure la plus adaptée, en fonction de leurs projets de vie et de soins

Pour le soutien de l'autonomie des personnes vivant à domicile :

- appui des établissements sanitaires aux équipes intervenants à domicile : SAVS notamment,
- développement des SAMSAH accueillant spécifiquement des personnes présentant un handicap psychiques, associant personnels éducatifs et sanitaires, avec pour objectif un SAMSAH de ce type par département,
- accès à des activités sociales via les GEM et les accueils de jour
- poursuite du soutien aux aidants de proximité via les associations d'usagers.
- accès à un logement adapté en résidence d'accueil

Les actions permettant d'améliorer la coordination des acteurs et partenaires de psychiatrie sont à développer. Elles peuvent prendre la forme de réseaux (pérennisation du réseau santé mentale dans l'Yonne et nouveaux réseaux), de conseils locaux de santé mentale (CLSM), et d'actions découlant de l'expérimentation nationale « Galaxie ».

De même, une attention particulière sera portée à la coordination entre secteurs de santé mentale et médecins traitants, en s'appuyant sur les données de la recherche-action coordonnée par le centre collaborateur de l'OMS Europe, à laquelle participe le CHS de la Chartreuse.

Enfin, une articulation étroite entre la psychiatrie et le secteur médico-social devra être recherchée, notamment pour ce qui concerne la création des places de MAS prévues dans le SROMS. Ces places devront être financées en partie par redéploiement des moyens du champ sanitaire.

Dispositifs d'articulation	Territoires de santé				Bourgogne
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	
Réseaux	CLSM de Longvic + autres à promouvoir	À promouvoir	À promouvoir	Réseau de santé mentale de l'Yonne + autres à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réseau de psychiatrie et mission locale ■ Suite de l'expérimentation nationale « GALAXIE »

4.4 Coopérations

/// Coopération entre les établissements du Nord et du Sud Saône-et-Loire

Pour répondre aux problèmes de suroccupation des lits du sud du département, le schéma prévoit de développer les complémentarités entre les établissements du Nord et du Sud Saône-et-Loire : entre le CH de Mâcon (qui constitue l'établissement de rattachement des trois secteurs de psychiatrie adultes du Sud Saône et Loire) et les deux établissements implantés dans le Nord du département (le CHS de Sevrey et la Clinique Saint Rémy).

📌 Coopération entre le CH de Mâcon et le CHS de Sevrey

Dans le cadre de cette coopération, il est prévu à l'horizon 2013, l'ouverture d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) en psychiatrie, à vocation départementale. Cette structure aura une capacité de 60 lits. Au-delà de ce projet, d'autres modalités de coopération sont à envisager. En pédopsychiatrie, un projet pourrait associer le service du CH de Mâcon au pôle de psychiatrie infanto-juvénile de Sevrey, dans l'optique de répartir des prises en charge spécifiques.

📌 Coopération entre le CH de Mâcon et la Clinique Saint Rémy

Cette coopération devra concerner les patients relevant du secteur du CH de Mâcon pouvant bénéficier des prises en charge développées ou à développer prochainement dans cet établissement (en psychogériatrie, HDJ ou hospitalisation complète en unité ouverte). La clinique sera également amenée à prendre en charge les malades hospitalisés sous contrainte issus des secteurs du sud du département. Le but est de mieux réguler l'occupation des lits implantés au CH de Mâcon en organisant le retour de ces patients pour un suivi en ambulatoire sur leur secteur d'origine. Cette coopération se traduit a minima par des conventions entre ces établissements, dont les modalités auront été discutées avec les équipes médicales.

La mise en œuvre de tout autre dispositif de coopération (par exemple GCS) est laissée à l'initiative des trois établissements concernés.

/// Coopération entre les établissements de Côte d'Or

Plusieurs actions de coopération ont d'ores et déjà été engagées entre le CHS de la Chartreuse et le CHU. Elles devront être renforcées pour répondre aux besoins de l'agglomération et du territoire.

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

5.1 Implantations

Au regard du bilan, le nombre d'implantations existantes couvrent les besoins en termes de capacités. Aucune implantation nouvelle en psychiatrie n'est prévue à l'échéance du SROS.

PYSCHIATRIE GÉNÉRALE				
Territoires de santé	Existant (nombre de sites)		Cible SROS	
	Hospitalisation complète	Hôpital de jour	HC	HJ
Côte d'Or	3	10 + 1 SMPR	Maintien	Maintien
Nièvre	2 ou 3 *	4	Maintien	Maintien
Saône-et-Loire	3	6	Maintien	9
Yonne	4 ou 5 *	3 + 1 hôpital de nuit	Maintien	Maintien
Bourgogne	12 ou 14 *	23 + 1 SMPR + 1 HN	Maintien	+ 3 HJ

* selon que l'on considère les entités juridiques ou les implantations

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE				
Territoires de santé	Existant (nombre de sites)		Cible SROS	
	HC	HJ	HC	HJ
Côte d'Or	1	5	Maintien	Maintien
Nièvre	1	1	Maintien	Maintien
Saône-et-Loire	1	5	Maintien	Maintien
Yonne	1	3	Maintien	Maintien
Bourgogne	4	14	Maintien	Maintien

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Activité non concernée

5.3 Accessibilité

Activité non concernée

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

📌 Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0	0	1 potentiel dans la Nièvre

📌 Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
58	–	–	–	Secteur pédopsychiatrie du CHAN et du CHS de Nevers

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Psychiatrie, santé mentale	Fluidifier le parcours des patients atteints de maladie mentale entre intra et extra-hospitalier et entre établissements publics et privés	% d'établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant inscrit des objectifs de coopération avec des ESMS dans leurs CPOM		
	Adapter l'organisation régionale entre établissements de santé pour répondre à la prise en charge des personnes relevant de soins sans consentement			
	Résoudre le problème de la suroccupation régulière des lits de psychiatrie, notamment en Saône-et-Loire	Taux d'occupation des lits des CH de Mâcon et de Sevrey		
	Finaliser l'organisation de la prise en charge pédopsychiatrique, notamment sur deux territoires	Stabilisation de l'organisation de la prise en charge pédopsychiatrique en Côte d'Or et dans la Nièvre (Oui/en grande partie/partiellement/non)		Oui

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Psychiatrie, santé mentale	Consolider et adapter les prises en charge spécifiques ou pour certaines populations	-	-	-
	Mettre en place une dynamique régionale destinée à encourager le partage des professionnels, des compétences, des bonnes pratiques et des moyens	Nombre de programmes de recherche clinique associant plus de 2 établissements à activité psychiatrique de la région		
	Prévenir et prendre en charge le risque suicidaire au sein de la population bourguignonne	Taux de mortalité par suicide/territoire de santé		

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Psychiatrie santé mentale	Fluidifier le parcours des patients entre intra et extra-hospitalier et entre établissements publics et privés	% d'établissements spécialisés en psychiatrie ayant organisé une réponse téléphonique la nuit et le week-end
		Nombre de structures intersectorielles, dont HDJ et CATTP
		Nombre de places dédiées au handicap psychique dans les structures médico-sociales (MAS, FAM, SAMSAH...)
	Finaliser l'organisation de la prise en charge pédopsychiatrique, notamment sur deux territoires	Nombre de venues en hôpital de jour pour adolescents à Semur-en-Auxois
	Consolider et adapter les prises en charge spécifiques ou pour certaines populations	Nombre de journées hebdomadaires consacrées aux consultations et HDJ mère/enfant de la structure mère/enfant du CHS de Sevrey
		Mise en place d'une équipe de psychiatrie périnatale au CHU
		Nombre annuel de personnes accueillies en EMPP ayant bénéficié d'une intervention directe ou indirecte de l'équipe
		Nombre de passages de jeunes en Maisons des adolescents
		Nombre d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie
		Nombre de territoires de projet hospitalier couverts par une équipe mobile de gérontopsychiatrie
		Proportion de secteurs couverts par un (des) référent (s) en addictologie ou une ELSA

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
	Mettre en place une dynamique régionale destinée à encourager le partage des professionnels, des compétences, des bonnes pratiques et des moyens	Taux d'équipement des établissements ayant une activité de psychiatrie en visioconférence
	Prévenir et prendre en charge le risque suicidaire au sein de la population bourguignonne	Nombre de formations au repérage de la crise suicidaire organisées en Bourgogne



Médecine

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire . . .

/// Médecine

1	Champ et périmètre de l'activité	129
2	Analyse des besoins et de l'offre	129
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	129
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	133
2.2.1	Indicateurs clés de la consommation de soins	133
2.2.2	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	133
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	134
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	134
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	137
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	140
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	141
3.1	Objectif général n° 1 : permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux	141
3.2	Objectif général n° 2 : diversifier l'offre de prise en charge en médecine	142
3.3	Objectif général n° 3 : développer une filière de prise en charge des patients	142
3.4	Objectif général n° 4 : préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours.	143
3.5	Objectif général n° 5 : réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO	144
4	Organisation de l'offre	145
4.1	Gradation des soins	145
4.2	Missions de service public	145
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	145
4.4	Coopérations	145
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	145
5.1	Implantations	146
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	146
5.3	Accessibilité	146
5.3.1	Accessibilité géographique	146
5.3.2	Accessibilité financière	146
5.4	Créations/suppressions/transformations/regroupements	146
6	Indicateurs d'évaluation	147

/// Médecine

1 Champ et périmètre de l'activité

Des activités telles la réanimation, l'insuffisance rénale, les urgences, le traitement du cancer... font l'objet d'une autorisation spécifique et d'un schéma. D'autres non soumises à autorisation telles la cardiologie, la neurologie... constituent un des volets du SROS hospitalier.

La thématique porte donc sur l'activité de soins médecine au sens discipline.

Deux décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de médecine et de chirurgie sont en projet.

Celui relatif aux conditions d'implantation précise que l'autorisation de médecine mentionne le cas échéant, si l'établissement de santé prend en charge notamment, des patients en HAD, des enfants et des adolescents, à titre exclusif ou non, d'où l'existence d'un groupe de travail sur l'HAD et l'examen des sites de pédiatrie au sens du texte (constitution d'un groupe de travail pédiatrie).

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Évolutions nécessaires de l'offre de soins en médecine figurant dans le SROS 2006-2011

1. Définir la place de la médecine polyvalente à l'intérieur des centres hospitaliers
2. Favoriser le maintien à domicile (augmentation des places de SSIAD...)
3. Soutenir les associations d'aide à domicile (formation, coordination...)
4. Développer les soins à proximité du domicile du malade (hôpitaux locaux [HL] adossés à des maisons médicales pluridisciplinaires, développement de la télémedecine : consultations avancées, consultations externes dans les hôpitaux locaux...)
5. Promouvoir les complémentarités et les coopérations (multidisciplinarité de la prise en charge notamment pour les personnes âgées, préparation de la sortie du malade dès son admission, développement des réseaux ville-hôpital polyvalents coordonnés pour articuler les entrées et les sorties des établissements avec la médecine de ville et les hôpitaux locaux, regroupement des réseaux en une fédération des réseaux...)
6. Améliorer les prises en charge (gradation des soins en trois niveaux au sein de chaque territoire de santé, développement des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de semaine), modification des organisations internes, développement du dossier médical partagé, de la télémedecine.

Résultats

2. 569 places de SSIAD ont été créées sur la période 2006-2011 (2928 à 3497), soit une augmentation de 19.43 % au niveau régional.
4. À l'heure actuelle, un ex-HL est adossé à une maison de santé pluriprofessionnelle, l'ex-HL de La Clayette. En projet à l'horizon 2011-2012 sont notés : Saulieu, Louhans, Tournus, Cluny. Une enquête a été menée en mars 2011 auprès des ex-hôpitaux locaux, il apparaît ainsi que 7 d'entre eux bénéficient de consultations avancées (surtout en Côte-d'Or) qui sont très diverses : soins palliatifs, orthopédie, ophtalmologie, etc., néanmoins des besoins persistent. À noter, une consultation avancée par télémedecine a été mise en place entre le CH de Chalon et l'ex-hôpital local de Louhans.
5. En 2011, on dénombre en Bourgogne : 13 réseaux régionaux, 8 réseaux départementaux, 12 réseaux infra départementaux et 8 réseaux polyvalents de proximité. Une amorce de coopération s'est opérée entre certains ex-hôpitaux locaux et leur site pivot.
6. Selon les données SAE (statistique d'activité des établissements de santé), les venues ont augmenté en Bourgogne de 2008 à 2009.

D'une manière globale, ces objectifs restent d'actualité au regard des résultats.

/// Objectifs du SROS 2006-2011 par territoire :

📍 Nord Saône-et-Loire

Implantations

7 dont 2 sur le site pivot, 3 sur les sites intermédiaires, 2 sur les sites de proximité

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une prise en charge médicale et paramédicale 24 h/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour).
- Renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment avec les hôpitaux locaux pour la mise en place de consultations spécialisées avancées.
- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle.

Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour la Saône-et-Loire, selon SAE.

La coopération entre le site pivot et les sites de proximité est partielle.

📍 Sud Saône-et-Loire

Implantations

9 dont 2 sur le site pivot, 1 sur le site intermédiaire, 6 sur des sites de proximité (dont 5 en hôpital local).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Transformer l'activité de médecine en soins de suite et de réadaptation au CH de Charolles dans le cadre de la fédération médicale interhospitalière de gériatrie avec le CH Paray-le-Monial.
- Maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 h/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisé.
- Regrouper l'offre médicale privée de médecine sur le site pivot dans le cadre de la restructuration des établissements de santé privés : suppression d'une implantation de médecine.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD).
- Renforcer la coopération médicale entre les établissements du site pivot et les autres établissements de proximité du territoire, notamment pour organiser le recours aux spécialistes.

Résultats

Le CH de Charolles a transformé son activité de médecine en SSR.

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle.

Le regroupement de l'offre médicale privée a été réalisé.

Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour la Saône-et-Loire, selon SAE.

📍 Nièvre

Implantations

9 au total dont 3 sur le site pivot, 2 sur les sites intermédiaires et 3 sur les sites de proximité dont 1 dans un hôpital local (Lormes).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Développer les complémentarités entre les offres médicales publiques et privées sur le site pivot et sur le site intermédiaire de Cosne-sur-Loire dans le cadre, à chaque fois, d'une coopération formalisée et juridiquement adaptée entre les établissements.
- Maintenir l'activité de médecine sur le site de l'hôpital local (Lormes) à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans le service de médecine de l'hôpital local correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD) et les modalités de partenariat au niveau de la filière de soins (réseaux, consultations avancées).

Résultats

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, il apparaît que la permanence médicale et paramédicale est réalisée.

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée selon SAE.

📍 Nord Yonne

Implantations

4 dont 2 sur le site pivot, 1 sur le site de proximité et 1 dans un hôpital local.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD) et les modalités de partenariat au niveau de la filière de soins (réseaux, consultations avancées).
- Maintenir et renforcer les coopérations médicales entre le site pivot, le site de proximité et l'hôpital local notamment par le développement des consultations spécialisées avancées.
- Maintenir l'activité de médecine sur le site de l'hôpital local à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans le service de médecine de l'hôpital local correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour l'Yonne, selon SAE.

Des consultations sont réalisées à l'HL en partenariat avec des CH et 1 clinique.

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, il apparaît que la permanence médicale et paramédicale est réalisée.

📍 Sud Yonne

Implantations

5 dont 2 sur le site pivot, 3 sur les sites de proximité.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD).
- Renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment pour la mise en place de consultations avancées spécialisées comme par exemple, en neurologie et endocrino-diabétologie.
- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour l'Yonne, selon SAE.

Un GCS entre les CH d'Auxerre, de Clamecy, de Tonnerre et d'Avallon, avec pour objectifs notamment, la mutualisation des moyens, a été mis en place.

📍 Côte-d'Or

Implantations

17 dont 7 sur le site pivot, 4 sur les sites intermédiaires, 6 en hôpital local, à la publication du SROS

15 implantations au cours de la période de validité du SROS, en fonction de la réorganisation d'établissements privés du site pivot.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

- Suppression de deux implantations d'activité de médecine sur le site pivot à échéance du regroupement de 3 cliniques privées sur un seul site
- Maintien de l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans les services de médecine des hôpitaux locaux correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour).
- Développer l'articulation avec le secteur ambulatoire et le secteur médico-social par l'intermédiaire des réseaux de santé afin de fluidifier la filière de soins.
- Organiser une réponse de soins adaptée pour la prise en charge des addictions sur le site pivot.

Résultats

Le projet de regroupement des 3 cliniques sur le site de Valmy est en cours d'instruction.

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle.

Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée selon SAE.

Pour la prise en charge des addictions, une réponse doit être apportée à partir du site constitué par le CHU, le CHS et le Renouveau.

Au final, les préconisations suivantes restent d'actualité (réponse partielle ou absence de réponse) :

- maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une prise en charge médicale et paramédicale 24 h/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée,
- diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour),
- renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment avec les hôpitaux locaux pour la mise en place de consultations spécialisées avancées,
- organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs clés de la consommation de soins

/// Taux de fuite pour la médecine

	Région	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
HC	10.86 %	6.41 %	23.86 %	17.44 %	18.55 %
HTP	15.63 %	4.99 %	34.84 %	40.26 %	34.83 %

Seule la Côte-d'Or a un taux de fuite pour l'hospitalisation complète (HC) et à temps partiel (HTP) inférieur à la valeur régionale.

/// Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 habitants

	Région	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
HC	911	804	920	996	932
HTP	253	308	235	205	256

Le taux de recours tel qu'il est abordé ici rend compte du recours à l'offre de la population domiciliée d'une zone géographique, quel que soit le lieu de réalisation des séjours (dans la zone, ou hors zone).

Le taux de recours est calculé pour 10 000 habitants et peut être :

- brut : $10\,000 \times \text{nombre de séjours} / \text{nombre d'habitants}$
- standardisé sur l'âge et le sexe.

Le taux de recours national est de 844 en HC et de 279 en HTP.

La Bourgogne a un taux de recours en HC supérieur à la moyenne nationale et inférieur en HTP.

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

- journées de 0.6 % : 1 143 521 en 2008 (TO de 86.37 %) et 1 150 413 en 2009 (TO : 87.4 %)
- venues de 16.2 % : 29 858 en 2008 et 34 712 en 2009
- lits et places de 0.52 % : 4002 en 2008 et 4023 en 2009.

Type d'activité	Mode de prise en charge	Nombre de séjours extrapolés 2016 consommés sans correctif flux				
		Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	167 733	43 754	24 373	63 319	36 097
	HTP	43 649	16 681	5622	12 013	9376
Techniques interventionnelles	HC et HTP	56 190	19 276	7858	17 488	11 574

Type d'activité	Mode de prise en charge	Nombre de séjours 2009				
		Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	165 265	42 645	24 571	62 641	35 408
	HTP	43 007	16 258	5 668	11 884	9 197
Techniques interventionnelles	HC et HTP	55 363	18 787	7 922	17 301	11 353
TOTAL		263 635	77 690	38 161	91 826	55 958

Type d'activité	Mode de prise en charge	Comparatif 2016/2009				
		Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	101,49 %	102,60 %	99,19 %	101,08 %	101,95 %
	HTP	101,49 %	102,60 %	99,19 %	101,08 %	101,95 %
Techniques interventionnelles	HC et HTP	101,49 %	102,60 %	99,19 %	101,08 %	101,95 %

HC : hospitalisation complète

HTP : hospitalisation à temps partiel

Selon les extrapolations réalisées ci-dessus, il apparaît une augmentation du nombre de séjours de 1.49 % pour la région, légitimant le maintien de l'offre globale de médecine.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

📌 Taux d'équipement

Selon STATISS 2010, « Les régions françaises », le taux d'équipement en lits et places installés au 01/01/2010 pour 1 000 habitants est en :

/// Médecine (y compris l'HAD) :

- 2.6 en Bourgogne
- 2.2 en France métropolitaine

La région se caractérise par un taux d'équipement en médecine supérieur à la moyenne nationale et la situe en 2^e position après le Limousin (taux d'équipement de 2.9) et au même niveau que la Lorraine et la Basse-Normandie.

/// SSR :

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 en France métropolitaine.

/// Les données SAE 2009 en termes d'équipement en médecine pour la Bourgogne

Territoire de santé	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés	Taux d'équipement	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	TO	Places	Venues
Côte-d'Or	517 168	1457 (1291+166*)	2.82	390 797	86.5	166	23 030
Nièvre	222 220	534 (505+29*)	2.4	160 693	88.28	29	2070
Saône-et-Loire	549 361	1328 (1252+76*)	2.42	379 752	85.84	76	5483
Yonne	340 088	704 (664+40*)	2.07	219 171	91.31	40	4129
Bourgogne	1 628 837	4023 (3712+311*)	2.47	1 150 413	87.4	311	34 712

En gras : valeur supérieure à celle régionale - * : nombre de places installées

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

La différence observée entre les taux d'équipement peut s'expliquer par le fait que l'année de référence n'est pas la même et que les données SAE n'intègrent pas celles relatives à l'HAD.

➤ Les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine

/// 46 établissements de santé disposent en janvier 2012 d'une autorisation de médecine.

Territoire	Nombre d'établissements	HC	HTP
Côte-d'Or	15	15	6
Nièvre	9	9	5
Saône-et-Loire	14	14	8
Yonne	8	8	4
Bourgogne	46	46	23

Il convient de noter que tous les sites titulaires d'une autorisation d'activité de médecine d'urgence, ont un service de médecine.

Côte-d'Or

15 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 5 cliniques, le CHU, le CLCC,

3 CH et 5 ex-hôpitaux locaux.

Le retrait de l'activité de soins de médecine à temps complet au CH d'Auxonne a été acté par la décision du 6 décembre 2011.

La fusion des hôpitaux d'Alise-Sainte-Reine, Saulieu et Vitteaux en un seul établissement public de santé à vocation intercommunale est effective au 1er janvier 2012, selon la décision du 30 septembre 2011. Elle se traduit par l'existence d'une seule autorisation de médecine au lieu des deux détenues par les CH de Saulieu et de Vitteaux, Alise-Sainte-Reine ne disposant que d'une autorisation de soins de longue durée.

Ces décisions entraînent la réduction du nombre d'autorisations de médecine de ce territoire de 17 à 15.

6 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, le CHU, le CLCC,

2 CH.

Nièvre

9 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC (la clinique Tallet de Nevers, suite à l'arrêt du 27 septembre 2011, a cessé son activité de médecine en HC. Le CH de Clamecy, rattaché auparavant au territoire sanitaire Sud Yonne, a intégré celui de la Nièvre): 2 cliniques, 6 CH et 1 ex-HL.

5 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 1 clinique, 4 CH.

Saône-et-Loire

14 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 2 cliniques, 6 CH, 1 ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) l'Hôtel Dieu du Creusot et 5 ex-HL.

A noter que, par arrêté du 24 juin 2011, le retrait d'autorisation de l'activité de soins de médecine en HC prononcé pour les 2 ex-HL de Tramayes et de Marcigny, entraîne une réduction du nombre d'autorisations de médecine de ce territoire de 16 à 14.

8 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, 5 CH et 1 ESPIC.

Yonne

8 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 2 cliniques, 5 CH et 1 ex-HL.

4 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, 2 CH.

/// Les évolutions prévisibles des autorisations sont les suivantes :

Côte-d'Or

Lors du regroupement des 3 cliniques dijonnaises du groupe Général de Santé sur le site de Valmy, 1 seule autorisation subsistera.

Ainsi, 13 autorisations de médecine seront recensées au niveau du territoire, dont 5 détenues par des ex-HL.

Au terme de ces opérations, 44 établissements disposeront d'une autorisation de médecine.

Les données d'activité selon SAE 2008 et 2009 :

	Année	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Lits	2008	1290	509	1260	660	3719
	2009	1291	505	1252	664	3712
Entrées	2008	66 650	19 242	65 637	39 147	190 676
	2009	67 352	21 738	63 962	39 235	192 287
Journées	2008	388 962	160 719	381 026	212 814	1 143 521
	2009	390 797	160 693	379 752	219 171	1 150 413
TO	2008	86.29	87.43	84.62	88.99	86.37
	2009	86.5	88.28	85.84	91.31	87.4
Places	2008	141	29	76	37	283
	2009	166	29	76	40	311
Venues	2008	21 211	2222	2114	4311	29 858
	2009	23 030	2070	5483	4129	34 712

/// Les services de pédiatrie

■ Côte-d'Or :

- 4 services de pédiatrie : CHU, clinique Ste Marthe, CH de Beaune, CH de Semur-en-Auxois
- 1 service de médecine d'urgence pédiatrique

■ **Nièvre :**

- 1 service de pédiatrie : CHAN

■ **Saône-et-Loire :**

- 5 services de pédiatrie : CH d'Autun, de Chalon, de Mâcon, de Montceau et de Paray-le-Monial

■ **Yonne :**

- 2 services de pédiatrie : CH d'Auxerre et de Sens

/// **Part de l'hospitalisation à temps partiel (HTP)**

23 établissements de santé ont une autorisation d'HTP.

311 places sont déclarées dans SAE 2009, soit 7.73 % des lits et places installés.

Le nombre de venues a augmenté de 2008 à 2009 : il est passé de 29 858 à 34 712, soit une augmentation de 16,2 % (+ 4854 venues).

Pour rappel le taux de recours pour l'HTP n'est supérieur à la moyenne nationale qu'en Côte-d'Or.

Le guide méthodologique du ministère prévoit l'identification des sites où sont réalisés des actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale (secteur interventionnel – actes pouvant être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou chirurgie). La ventilation par territoire des autorisations en hospitalisation à temps partiel (HTP) et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire (ACA) est la suivante :

- **Côte-d'Or :** 6 sites HTP, 8 ACA, 5 sites HTP+ACA, 1 site HTP uniquement : CHIC de Châtillon Montbard
- **Nièvre :** 5 sites HTP, 4 ACA, 3 HTP+ACA, 2 sites HTP uniquement : CH de Cosne et CH de La Charité
- **Saône-et-Loire :** 8 HTP, 7 ACA, 7 HTP+ACA, 1 site HTP uniquement : CH d'Autun
- **Yonne :** 4 HTP, 4 ACA, 4 HTP+ACA.

À noter, les établissements visés ci-dessus, disposant uniquement d'une autorisation d'HTP, sont également titulaires d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète.

✎ **Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**

En janvier 2011, 18 maisons de santé pluriprofessionnelles sont ouvertes et 21 devraient ouvrir à l'horizon 2011-2012 (cf. partie ambulatoire du SROS).

La finalité des maisons de santé est de proposer aux professionnels de santé un cadre et un mode d'exercice qui favorisent le maintien des professionnels en milieu ambulatoire et doit encourager l'installation de nouveaux professionnels.

Plusieurs maisons de santé bourguignonnes ont enregistré des installations (remplacer un départ ou étoffer l'équipe) même si la situation reste délicate (MSP avec 1 seul médecin généraliste). Ainsi les MSP de Toulon-sur-Arroux, Luzuy et Epinac ont permis le recrutement de médecins. Pour d'autres ce n'est pas encore le cas (Moulins-Engilbert, Montsauche-les-Settons).

Au sein des MSP ouvertes en 2010, plus de 50 000 patients ont été soignés en Bourgogne. 42 médecins généralistes, 57 IDE, 27 kinésithérapeutes, 7 psychologues, 15 spécialistes et 37 autres professionnels y exercent.

La MSP moyenne est composée de 12 professionnels de santé, de 2.7 ETP de personnel administratif et accueille 3 600 patients.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

✎ **Les professions médicales**

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

Les densités de ces professionnels sont calculées pour 100 000 habitants au 1er janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

Activité	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Cardiologue						
* Nombre	54	15	39	27	135	6188
* Densité	10,33	6,82	7,03	7,87	8,23	9,90
* 55 ans et +	37 %	7 %	44 %	22 %	33 %	38 %
Endocrinologue						
* Nombre	17	3	6	1	27	1564
* Densité	3,25	1,36	1,08	0,29	1,65	2,50
* 55 ans et +						
Gastroentérologue						
* Nombre	36	6	22	11	75	3389
* Densité	6,88	2,73	3,97	3,21	4,57	5,42
* 55 ans et +	33 %	67 %	41 %	64 %	43 %	33 %
Médecin généraliste						
* Nombre	910	285	738	453	2386	100 815
* Densité	174.01	129.65	133.01	132.03	145.42	161.37
* 55 ans et +	33 %	45 %	38 %	44 %	38 %	37 %
MPR						
* Nombre	15	7	4	1	27	1767
* Densité	2,87	3,18	0,72	0,29	1,65	2,83
* 55 ans et plus						
Neurologue						
* Nombre	24	1	11	6	42	1947
* Densité	4,59	0,45	1,98	1,75	2,56	3,12
* 55 ans et +						
Pédiatre *						
* Nombre	60	10	35	19	124	6948
* Densité	59,1	25,76	33,06	27,31	39,26	54,03
* 55 ans et +	35 %	20 %	43 %	26 %	35 %	40 %
Pneumologue						
* Nombre	20	7	28	13	68	2680
* Densité	3,82	3,18	5,05	3,79	4,14	4,29
* 55 ans et +	40 %	43 %	43 %	46 %	43 %	36 %

Pour les pédiatres : densité pour 100 000 enfants âgés de 0 à 16 ans.

MPR : médecine physique et de réadaptation

En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

- la Côte-d'Or apparaît comme la mieux dotée avec des densités supérieures aux valeurs nationales sauf pour la pneumologie

- la Nièvre a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la MPR
- la Saône-et-Loire a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la pneumologie
- l'Yonne a des densités inférieures à celles nationales pour toutes les spécialités.

👉 Les professions paramédicales

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

Activité	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Infirmier						
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12 882	479 622
* Densité	878.63	777.02	744.36	713.77	785.14	767.72
Masseur-Kiné						
* Nombre	595	162	432	240	1429	68 923
* Densité	113.77	73.70	77.86	69.95	87.10	110.32
Orthophoniste						
* Nombre	139	52	98	56	345	19 247
* Densité	26.58	23.66	17.66	16.32	21.03	30.81
Psychologue						
* Nombre	263	120	167	141	691	32 205
* Densité	50.29	54.59	30.10	41.09	42.12	51.55
Diététicien						
* Nombre	47	29	58	33	167	6643
* Densité	8.99	13.19	10.45	9.62	10.18	10.63
Psychomotricien						
* Nombre	65	32	36	35	168	7510
* Densité	12.43	14.56	6.49	10.20	10.24	12.02

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

La partie ambulatoire du SROS définit par ailleurs les zones fragiles pluriprofessionnelles.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

/// Les réseaux

En 2011, on dénombre en Bourgogne, au titre du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) :

- **13 réseaux régionaux** : Néphrologie, OncoBourgogne, Réhabilitation respiratoire, SEP, TAB'AGIR, AVC, Périnatal, Démence Alzheimer, PLURADYS (troubles du développement et/ou des apprentissages), Douleur, Souffrance psychologique des jeunes de 16 à 25 ans, Sourds Santé Langue des Signes, Urgences.
- **8 réseaux départementaux** : RPC-PIM (prise en charge et prévention des infarctus du myocarde) de Côte-d'Or, Toxicomanie 21, Diabète (Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire), soins palliatifs (Yonne-SPY et Emeraude 58), Santé mentale Yonne
- **12 réseaux infra départementaux** : gériatrique (6 : Dijon, Le Creusot, Autunois, Bresse Bourguignonne, Pays Charolais, Arroux Bourbince), périnatal (3 : Sud Nivernais Morvan, Autunois Morvan, Sud Yonne), soins palliatifs Pléiade 71, REMED Addictions, ERIC du Mâconnais (insuffisance cardiaque).
- **8 réseaux polyvalents de proximité** : groupement de professionnels de santé, coordination sanitaire et sociale...

L'articulation des entrées et des sorties des établissements avec la médecine de ville et les hôpitaux locaux, la préparation du retour à domicile font partie du cahier des charges des réseaux dont notamment ceux de gériatrie majoritairement infradépartementaux. Il n'y a pas de véritable coordination des réseaux entre eux, leur regroupement en fédération ne s'étant pas opéré.

/// La démographie médicale

La situation défavorable de la démographie médicale et la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire constituent un frein dans l'organisation et le fonctionnement des soins en médecine.

Le projet de décret relatif à la médecine prévoit, pour les établissements disposant d'une autorisation de médecine, la mise en place d'une continuité médicale des soins sur place ou par voie d'astreinte. Compte tenu de la situation évoquée ci-dessus, cette obligation risque d'être difficile à mettre en œuvre, notamment pour les ex-hôpitaux locaux.

/// Le maillage territorial et l'offre de proximité

La région se caractérise par :

- un taux d'équipement en médecine (2,6) supérieur à la moyenne nationale, la situant en 2^e position après le Limousin (taux d'équipement de 2.9) et au même niveau que la Lorraine et la Basse Normandie
- l'existence de 12 ex-hôpitaux locaux représentant une capacité de 176 lits (unité ou service allant de 6 à 25 lits), dont la majorité est en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire (1 ex-HL dans la Nièvre et 1 dans l'Yonne).

La mise en place de la T2A, avec ses conséquences supposées (définition d'une taille critique) sur des services de petites capacités, avec des durées moyennes de séjour longues, risque d'aller à l'encontre du principe de maillage du territoire avec des réponses de proximité.

Cette taille critique pourra conduire à des restructurations soit par :

- spécialisation des sites sur un même bassin de population : établissements ayant chacun une activité de médecine et de SSR, possibilité de regrouper celle de SSR sur un site et celle de médecine sur l'autre,
- abandon de l'activité : le report même partiel de cette activité sur un autre site ne pourra s'opérer qu'à la condition que cela réponde aux besoins des patients du bassin.

/// Les consultations avancées

Elles génèrent un coût non négligeable pour l'établissement de santé qui assure leur mise en place : temps de déplacement pour le praticien, absence d'activité pour le CH, contrepartie financière pas à la hauteur de

l'investissement. La mise en œuvre de ces consultations est fonction de circonstances particulières comme par exemple l'existence d'assistant spécialiste partagé et des moyens dont dispose le CH (s'il n'y a qu'un seul praticien dans la spécialité, il est impossible d'organiser des consultations avancées).

La télémedecine mise en place entre un site de recours et un site de proximité est certes profitable pour le patient, mais n'a eu aucune reconnaissance tarifaire, ce qui peut conduire à son abandon.

Au regard de l'évolution des MIG, il devient de plus en plus difficile de maintenir ce type d'activité.

La télémedecine est appelée à se développer, mais il convient que son coût soit identifié et tarifé.

/// La coopération entre les professionnels

Celle entre les professionnels de santé des différents sites hospitaliers n'est pas très développée, ce qui peut aboutir à une insuffisance de préparation de la sortie du patient de court séjour, avec notamment un défaut d'orientation de celui-ci dans la structure la plus adaptée à ses besoins.

/// La qualité des informations médicales

La nature des informations médicales fournies par le prescripteur conditionne l'élaboration du projet thérapeutique du patient et l'adéquation de l'établissement à ses besoins. Plus celles-ci seront exhaustives, plus l'orientation du patient dans une structure sera pertinente.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte 4 niveaux (dont 3 de recours), selon le guide méthodologique de la DGOS pour l'élaboration du SROS-PRS du Ministère.

Le niveau 1 correspond notamment à des établissements de santé polyvalents mais de taille limitée, et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine. Ils ne sont pas tenus d'assurer la permanence des soins. Pour autant, ce niveau peut disposer d'une structure des urgences ou d'une antenne de SMUR intégrée dans le réseau des urgences. Il est étroitement articulé avec l'offre ambulatoire qui repose sur les médecins généralistes et spécialistes, les réseaux, centres, maisons et pôles de santé.

Le niveau 2 est représenté par les établissements ayant une activité de médecine situés dans les villes suivantes : Dijon et son agglomération, Beaune, Semur-en-Auxois, Nevers, Decize, Cosne-sur-Loire, Communauté urbaine Creusot-Montceau, Mâcon, Chalon-sur-Saône, Paray-le-Monial, Autun, Auxerre et Sens. Il se caractérise par une activité à la fois programmée et en urgence, avec une obligation de permanence des soins. Il concerne des établissements ayant un accès 24 h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie.

Le niveau 3 constitue un niveau de recours régional soit pour des activités hautement spécialisées, soit pour une offre de recours en cancérologie, représentés par le CHU et le Centre Georges François Leclerc.

Dans chaque territoire de santé, les projets hospitaliers de territoire, tels que précisés en introduction du schéma hospitalier, devront définir les missions et articulations des établissements de niveau 1 et 2 de leur ressort, afin de satisfaire la presque totalité des besoins de la population.

Cette gradation permet une offre de proximité, dont le maintien est préconisé par le guide méthodologique du ministère. Les établissements de santé du premier niveau participent à cette offre de proximité avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, les réseaux et les pôles de santé.

Comme indiqué ci-dessus, peu d'ex-hôpitaux locaux sont adossés à des maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette modalité est proposée par les objectifs généraux du SROS afin d'asseoir l'offre de soins de proximité dans un contexte de démographie médicale peu favorable. Néanmoins, cette offre de proximité doit également répondre à des critères d'efficience et de taille critique qui seront a priori définis par la mise en place de la T2A.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Faire évoluer a minima les autorisations de médecine de 46 à 44	Révision des autorisations
Objectif spécifique n° 2 Accompagner les ex-hôpitaux locaux dans le cadre de la mise en place de la T2A et prendre en compte son impact en termes de fonctionnement (regroupement ou arrêt d'activité) et d'autorisations (diminution)	Mise en place d'un groupe de suivi pluriprofessionnel et appui personnalisé par l'ARS auprès des établissements concernés
Objectif spécifique n° 3 Poursuivre le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, notamment celles adossées aux CH de niveau 1	Cf. partie ambulatoire du SROS

3.2 Objectif général n° 2 : diversifier l'offre de prise en charge en médecine

La Bourgogne a un taux de recours en hospitalisation complète (HC) supérieur à la moyenne nationale (911) et inférieur en hospitalisation à temps partiel (HTP) (253). Seule la Côte-d'Or a une valeur inférieure à la moyenne nationale en HC et supérieure en HTP.

Ces données laissent supposer qu'une évolution de l'HTP est possible.

L'article R.6121-4 du code de la santé publique précise : « dans les structures d'HTP, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale ».

Il n'y a pas de liste précise d'actes à réaliser en HTP. Il n'est pas possible d'étudier les actes réalisés à l'heure actuelle en HC qui pourraient l'être en HTP, il est ainsi difficile d'évaluer la marge d'évolution de l'HTP, hormis le rapprochement de la valeur nationale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel	Autorisations et CPOM
Objectif spécifique n° 2 Définir la liste d'actes entrant dans ce champ	Mise en place d'un groupe de travail

3.3 Objectif général n° 3 : développer une filière de prise en charge des patients

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Développer les consultations avancées sur les sites de proximité	Étude à mener pour une éventuelle levée des freins à la mise en place de ces consultations (notamment coût, disponibilité médicale...)
Objectif spécifique n° 2 Améliorer la coordination entre les sites de recours infrarégional et de proximité permettant aux sites de proximité d'assurer un rôle d'aval	Postes médicaux partagés, dossiers médicaux communs partagés et DMP (dossier médical personnel), applications de télémédecine
Objectif spécifique n° 3 Prendre en compte la structuration de la filière de soins en médecine dans le cadre des projets médicaux des futures communautés hospitalières de territoire (CHT)	

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 4 Organiser au niveau du site de proximité la sortie du patient dès l'admission et formaliser les liens avec les professionnels libéraux et les structures médicosociales	Postes médicaux partagés, dossiers médicaux communs partagés et DMP (dossier médical personnel), applications de télémédecine
Objectif spécifique n° 5 Favoriser l'échange d'informations entre les différents sites afin d'assurer l'orientation du patient dans le service le plus adapté à ses besoins ainsi que sa sortie	

3.4 Objectif général n° 4 : préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours

L'organisation de l'offre en pédiatrie de Bourgogne connaît des difficultés du fait de la diminution du nombre de médecins pédiatres, de la diminution de la part des moins de 15 ans dans la population régionale (17 % en 2009), et également parce qu'il s'agit d'une activité qui représente peu de séjours hospitaliers (environ 10 000 par an), dispersés sur l'ensemble de la région.

Le SROS précédent avait mis l'accent sur la nécessité :

- d'individualiser une filière d'accueil des urgences pédiatriques de chaque site pivot ;
- d'organiser une offre de soins graduée sur trois niveaux (libérale ambulatoire ; hospitalière au niveau des sites pivots ; hospitalière de recours régional) ;
- de développer une unité de réanimation pédiatrique à vocation régionale.

Ces trois objectifs ont été en grande partie atteints. En revanche, l'individualisation d'une unité spécifique à l'adolescent telle que préconisée n'a pas pu être développée sur chaque territoire.

Dans l'attente des décrets sur l'activité de médecine, incluant la pédiatrie, il est primordial de maintenir l'offre hospitalière existante, notamment les sites disposant d'une maternité.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 : Organiser la gestion des urgences en pré-hospitalier et hospitalier.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Finaliser la filière d'accueil des urgences pédiatriques dans les sites pivots de chaque territoire ■ Atteindre les effectifs d'internes permettant d'organiser un tour de garde spécifique à la pédiatrie dans les sites pivots ■ Prévoir une organisation de consultations non programmées en intégrant les pédiatres libéraux, les MSP et les médecins généralistes ■ Organiser une réponse téléphonique permanente pour le conseil et la régulation pédiatrique
Objectif spécifique n° 2 : Structurer la filière pédiatrique entre sites de pédiatrie pour organiser le recours pour des pathologies spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les liens entre les services de pédiatrie par des protocoles, afin de faire valoir la spécificité de la prise en charge des enfants ■ Établir des protocoles pour les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie, afin de définir les situations nécessitant le recours à la pédiatrie ■ Définir une coopération public/privé sur le site dijonnais, pour favoriser l'accès à des spécialités de pédiatrie, ainsi que leur organisation

3.5 Objectif général n° 5 : réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO

Les conduites addictives* ont des conséquences sanitaires et sociales multiples et importantes en termes de morbidité, mortalité, délinquance et désinsertion familiale et sociale. Elles sont à l'origine de certains recours hospitaliers, bien qu'elles ne soient pas toujours repérées lors de ceux-ci.

De façon générale, les établissements publics de santé sont habilités à offrir des soins aux patients ayant une conduite addictive quelle qu'elle soit, en fonction des compétences de ses praticiens : en particulier, depuis 2002 les praticiens hospitaliers peuvent effectuer des primo-prescriptions de méthadone, jusqu'à cette date réservées aux médecins des centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

L'offre et l'activité hospitalières en addictologie font l'objet d'une enquête annuelle déclarative, à l'initiative de la DGOS, pour assurer le suivi quantitatif du plan national de prise en charge et de prévention des addictions, qui a structuré l'addictologie hospitalière en trois niveaux de soins. La synthèse de cette enquête 2010 pour la Bourgogne, réalisée par l'ARS, montre une amélioration par rapport à 2009 mais il reste encore beaucoup à faire pour couvrir le territoire bourguignon, assurer un repérage des conduites addictives chez les patients ayant recours à l'hôpital et proposer un parcours de soins cohérent aux personnes recourant aux établissements de santé.

Le partenariat avec la médecine de ville et les établissements médico-sociaux addictologiques (CSAPA) ainsi que la coopération entre établissements de santé jouent aussi ici un rôle important.

* L'addiction est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Doter chaque établissement de santé accueillant des urgences d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie (ELSA), de consultations et de lits de sevrage simple (niveau 1 en addictologie)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maintenir à un niveau suffisant le financement du personnel des ELSA (MIG) ■ Piloter le déploiement des ELSA en fonction des besoins, en propre ou par convention, avec un établissement déjà doté ■ Rendre accessible les consultations d'addictologie, au moins pour les 3 produits principaux (alcool, tabac, opiacés) et, dans l'hypothèse où les CH (MCO) ne pourraient les assurer, établir une coopération avec un CH de psychiatrie ayant une consultation ou un partenariat formalisé avec le CSAPA du territoire de proximité. ■ Veiller à l'accessibilité au sevrage
Objectif spécifique n° 2 Disposer d'un niveau 2 en addictologie (niveau 1 plus soins complexes, hôpital de jour, avec ou sans soins de suite avec mention conduites addictives) dans chacun des 3 territoires de santé hors Côte-d'Or, voire deux pour le territoire de la Saône-et-Loire.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coopération des différents établissements sur chacun des sites de Nevers et d'Auxerre pour aboutir à la reconnaissance d'une unité de soins complexes résidentiels et d'un hôpital de jour en référence au cahier des charges ARS ■ Projet d'hôpital de jour à Mâcon ■ Évaluer le besoin éventuel sur le site de Chalon
Objectif spécifique n° 3 Construire un niveau 3 en addictologie (niveau 2 plus formation universitaire et recherche) à Dijon	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire aboutir le projet de coopération entre le CHU, le CHS et le SSR avec mention conduites addictives du Renouveau

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 4 Généraliser le partenariat sous forme de conventions (ou protocoles) organisant le parcours de soins des patients entre les établissements de santé de différents niveaux et les structures médico-sociales intervenant dans le champ de l'addictologie et mesurer son effectivité (<i>nombre de bénéficiaires</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ CPOM des établissements de santé ■ Conventions entre les structures des différents niveaux

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

La gradation en trois niveaux des activités de soins et équipements matériels lourds est conforme à l'organisation proposée au 3.1 : la répartition future, à l'horizon du PRS, par territoire et par niveau de soins, des établissements sera la suivante :

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Niveau 1	6	5	6	4
Niveau 2	5	4	8	4
Niveau 3	2			
Total	13	9	14	8

Cette répartition est susceptible d'être modifiée en fonction des projets de fusion/regroupement/transfert et des conséquences de la mise en œuvre de la T2A sur les ex-hôpitaux locaux.

4.2 Missions de service public

L'activité médecine est concernée par la mission de service public « permanence des soins » selon la répartition mentionnée dans le schéma-cible.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

L'objectif est de développer les maisons de santé pluriprofessionnelles et de favoriser leur implantation auprès des centres hospitaliers de niveau 1 pour faciliter les complémentarités.

4.4 Coopérations

Prise en compte de la structuration de la filière de soins en médecine dans le cadre des projets médicaux des futures communautés hospitalières de territoire.

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

Au regard du vieillissement de la population et dans l'attente de la parution des décrets sur la médecine et la chirurgie, ainsi que des données liées à la mise en place de la T2A, le maintien de l'offre globale de médecine est proposé.

Seuls sont pris en compte, a minima, le projet de regroupement des trois cliniques de la Générale de Santé à Dijon.

5.1 Implantations

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte-d'Or	15	13
Nièvre	9	9
Saône-et-Loire	14	14
Yonne	8	8
Total sur la région	46	44

D'autre part, en cas de disponibilité d'une autorisation suite à l'arrêt de l'activité ou à une procédure de transfert/regroupement ou autre, le nombre d'autorisations du territoire de santé concerné sera réduit à due concurrence dans le cadre d'une procédure de révision du SROS propre à ce territoire.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

La gradation des soins est préconisée avec un niveau 1 (de proximité), articulé avec l'offre de premier recours.

5.3.2 Accessibilité financière

Non concerné

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Dont Transformations	Dont Regroupements
0	2	0	1

/// Détail par territoire de santé

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

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Médecine	Permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux	Nombre d'établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine	46	44
	Diversifier l'offre de prise en charge en médecine	Taux de lits et places d'HTP installés	7,73 % (donnée 2009)	
	Développer une filière de prise en charge des patients	Nombre de venues en HTP/nombre de séjours		
	Préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours	Nombre d'établissements disposant d'un service de pédiatrie	12	12
	Réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO	% d'établissement de santé accueillant des urgences bénéficiant d'une ELSA tout produit	37 %	90 %

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Médecine	Permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux	Nombre de séjours en médecine dans les établissements de santé pour 10 000 habitants
		Taux de recours brut et standardisé en HC et HTP, par territoire de santé, pour la région et le national
		Proportion d'ex-hôpitaux locaux accompagnés dans le cadre de la mise en place de la T2A
	Diversifier l'offre de prise en charge en médecine	Nombre de structures d'exercice regroupé installées à horizon du SROS (commun avec le SROS volet ambulatoire)
		Nombre d'établissements de santé disposant d'une autorisation d'HTP /territoire de santé
	Développer une filière de prise en charge des patients	% de séjours en HTP /territoire de santé (par rapport à l'HC)
		Nombre de projets de télémédecine accompagnés par l'ARS (commun avec le programme télémédecine)
		Nombre de CHT ayant inclus la structuration d'une filière de soins en médecine dans leurs projets médicaux
	Préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours	% d'établissements de santé ayant conclu une convention de partenariat avec des ESMS
		Nombre de filières d'accueil des urgences pédiatriques dans les services d'urgences/territoire de santé
		Nombre de protocoles mis en place entre les services de pédiatrie
	Réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO	Mise en place d'une coopération public/privé sur le site dijonnais pour structurer la filière pédiatrique
		% d'établissement de santé accueillant des urgences ayant des consultations tous produit
		Nombre d'unités de soins complexes résidentiels et d'hôpital de jour (= niveau 2)/territoire de santé
		Mise en place d'une coopération entre le CHU, le CHS et le SSR avec mention conduites addictives du Renouveau (= niveau 3)
		% d'établissements de santé ayant inscrit un objectif de développer les partenariats dans le champ de l'addictologie dans leur CPOM /territoire de santé
		Nombre de conventions, de protocoles signés entre les établissements de santé et les ESMS dans le champ de l'addictologie comportant un suivi du nombre de bénéficiaires



Neurologie

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire ...

/// Neurologie

1	Champ et périmètre de l'activité	151
2	Analyse des besoins et de l'offre	152
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	152
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	154
2.2.1	Indicateurs clés de la consommation de soins	154
2.2.2	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	156
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	157
2.3.1	La prévention et l'éducation thérapeutique	157
2.3.2	Offre quantitative sanitaire et médicosociale	158
2.3.3	Démographie des professionnels de santé	160
2.3.4	Analyse qualitative de l'offre	162
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	164
3.1	Objectif général n° 1 : améliorer la situation de la démographie médicale afin de permettre l'accès à une prise en charge adéquate.....	164
3.2	Objectif général n° 2 : structurer une filière neurologique identifiée par territoire de santé.....	165
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	166
4	Organisation de l'offre.....	167
4.1	Gradation des soins.....	167
4.2	Missions de service public.....	167
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	168
4.4	Coopérations.....	168
5	Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins.....	168
5.1	Implantations	168
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	168
5.3	Accessibilité	168
5.4	Créations / suppressions / transformations / regroupements.....	169
6	Indicateurs d'évaluation	169

/// Neurologie

1 Champ et périmètre de l'activité

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

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

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

/// Au niveau national

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

Le rapport 2009-2010, « L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », indique qu'en 2006, les AVC ont été à l'origine de 99 165 hospitalisations complètes en MCO et la cause initiale de 32 652 décès, soit 6,3 % de l'ensemble des décès, et 22,4 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire.

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

/// En Bourgogne

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette étude reprend des données de la Revue du praticien (n° 49, 1999) concernant le devenir des patients :

Traumatisés crâniens

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

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

Accidents vasculaires cérébraux

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

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

- Le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC
- Circulaire n° DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral
- Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/n° 280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires
- Guide HAS Sclérose en plaques, septembre 2006.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

→ Objectifs généraux :

SROS 2006-2011

- Conforter et développer le travail de partenariat déjà mis en place notamment au sein des réseaux bourguignons de prise en charge des AVC
- Améliorer dès la phase d'alerte la prise en charge en urgence (appel direct du centre 15 et dans un deuxième temps transport rapide et direct vers un établissement identifié par le SROS prenant en charge les AVC et disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale)
- Regrouper et spécialiser certaines unités : pour les AVC, l'accueil des patients doit se faire dans les établissements disposant du plateau technique suffisant, IRM ou scanner, et de lits regroupés au sein de services

ou d'unités fonctionnelles de neurologie identifiés, regroupant les compétences médicales et paramédicales. Après évaluation de l'UNV du CHU, d'autres unités pourraient être expérimentées dans d'autres sites pivots, notamment ceux qui accueillent en urgence plus de 200 AVC par an.

SROS révisé pour la période 2008-2011

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

📍 Territoire n° 1 Nord Saône-et-Loire

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire avec individualisation d'une UNV pour les AVC fonctionnant en lien étroit avec l'USIC

Existence d'un service de neurologie disposant de lits dédiés pour les AVC. Ouverture d'une UNV de 2 lits sur l'USIC. Objectif du SROS atteint.

📍 Territoire n° 2 Sud Saône-et-Loire

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire avec individualisation d'une UNV pour les AVC fonctionnant en lien étroit avec l'USIC

Existence d'un service de neurologie, mais pas d'une UNV. Objectif du SROS partiellement atteint.

📍 Territoire n° 3 Nièvre

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

Pas de service de neurologie identifié. Pas d'UNV au regard du SROS révisé. Objectif du SROS non atteint.

📍 Territoire n° 4 Nord Yonne

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

Existence d'un service de neurologie. Projet d'une UNV de 4 lits. Objectif du SROS partiellement atteint.

📍 Territoire n° 5 Sud Yonne

SROS 2006-2011 : Identification d'une UNV au sein du service de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire notamment pour la prise en charge des AVC

Il n'y a pas de service de neurologie individualisé, l'UNV n'est pas installée. Objectif du SROS non atteint.

📍 Territoire n° 6 Côte-d'Or

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire notamment pour la prise en charge des AVC

1 UNV de 6 lits installée, un service de neurologie existant. Objectif du SROS atteint.

📍 Pour tous les territoires

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

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

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs clés de la consommation de soins

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

👉 AVC

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

Département d'origine du patient	Lieu de prise en charge						Total		
	ES Département		ES région		ES hors région				
	UNV	Total	UNV	Total	UNV	Total	UNV	Total	%
Côte-d'Or	313	1095	0	12	9	46	322	1153	27,93
Nièvre	0	554	23	83	9	53	32	690	4,64
Saône-et-Loire	0	1394	28	77	26	193	54	1664	3,25
Yonne	0	826	25	59	18	76	43	961	4,47
Total	313	3869	76	231	62	368	451	4468	10,10

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

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

Pour les sites intermédiaires :

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

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte-d'Or : 5,03 %
- Nièvre : 19,71 %
- Saône-et-Loire : 16,23 %
- Yonne : 14,05 %

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 8,24 %

- Côte-d'Or : **46** (4 %), le CH de Dole représente 23,9 % de ceux-ci.
- Nièvre : **53** (7,68 %), dont 13 sont effectués à Moulins (24,5 %).
- Saône-et-Loire : **193** (11,6 %), dont 52 au CH de Lons-le-Saunier (26,9 %), 40 à Roanne (20,7 %), 19 aux HCL (9,84 %), 18 au CH de Bourg-en-Bresse (9,33 %) et 17 au CH de Moulins-Yseure (8,8 %).
- Yonne : **76** (7,9 %), dont 23 à l'AP-HP (30,26 %).

Mode de sortie :

- Domicile : 2563 (57,36 %)
- SSR : 624 (13,97%)
- SLD : 53 (1,19 %)
- HAD : 4 (0,09 %)
- Médicosocial : 103 (2,3 %).

👉 Sclérose en plaques (SEP)

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

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte-d'Or : 5,82 %
- Nièvre : 62,5 %
- Saône-et-Loire : 61,86 %
- Yonne : 23,8 %

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 19,11 %

Mode de sortie :

- Domicile : 527 (93,3 %)
- SSR : 26 (4,6 %).

👉 Traumatismes crâniens

Département d'origine du patient	Établissement département	Établissement région	Établissement hors région	Total
Côte-d'Or	1130	13	63	1206
Nièvre	250	38	40	328
Saône-et-Loire	829	49	120	998
Yonne	432	27	42	501
Total	2641	127	265	3033

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte-d'Or : 6,3 %
- Nièvre : 23,7 %
- Saône-et-Loire : 16,93 %
- Yonne : 13,77 %.

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 8,74 %

Mode de sortie :

- Domicile : 2615 (86,22 %)
- SSR : 94 (3,10 %)
- Médicosocial : 31 (1 %).

📌 Traumatisés crâniens sévères

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

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte-d'Or : 2,07 %
- Nièvre : 25 %
- Saône-et-Loire : 16,27 %
- Yonne : 8,79 %.

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 7,12 %

Mode de sortie :

- Domicile : 372 (57,94 %)
- SSR : 84 (13,29 %)
- Médicosocial : 14 (2,21 %).

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

Le rapport 2009-2010, « *L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique* », présente en ce qui concerne les décès par maladie cérébrovasculaire selon la région de résidence, les données suivantes :

Année 2006						
	Nombre de décès		Taux standardisé*		Écart à la moyenne**	
	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans
Bourgogne	1097	98	31,5	6,5	7 %	24 %
France	32 652	2912	29,3	5,2	0	0

* Taux de décès pour 100 000 standardisés sur l'âge selon population européenne d'Eurostat

** Écart par rapport à la moyenne métropolitaine (% de variation) : (taux régional-taux France métropolitaine)/taux France métropolitaine

Sources : INSERM-CépiDc

De plus dans ce rapport, il est indiqué que les données recueillies par le registre des AVC de Dijon montrent que :

- 37 % des personnes ayant eu un AVC entre 2000 et 2004 ne présentaient plus aucun symptôme un mois après l'évènement
- 21 % des patients présentaient un handicap léger ou modéré
- 42 % étaient incapables de marcher sans assistance, cette proportion ayant toutefois diminué au cours des 20 dernières années.

Selon les données du PMSI 2009 :

- pour les AVC, sur les 4468 séjours recensés, 624 ont une sortie en SSR, soit 13,97 %
- pour la SEP, sur les 565 séjours recensés, 26 ont une sortie en SSR, soit 4,6 %.

La filière de rééducation pour les AVC étant insuffisamment développée, le volet SSR du SROS révisé pour la période 2009-2011, préconise pour les affections du système nerveux (champ des SSR avec mention neurologie) l'amélioration de la prise en charge des AVC et des pathologies neurologiques chroniques au sein de chaque territoire.

75 % des AVC concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Vu le vieillissement de la population, le besoin de prise en charge va a priori évoluer dans le même sens.

De plus, au regard de la surmortalité de la région Bourgogne pour l'AVC et de ses conséquences fonctionnelles, des progrès restent à faire en termes de prise en charge tant en court séjour (UNV, fibrinolyse...), qu'en SSR.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 La prévention et l'éducation thérapeutique

/// Les actions de prévention

👉 Tabac

321 877 euros ont été attribués de 2008 à 2010, sur les crédits GRSP/ARS ou FNPEIS :

Année 2008 : 121 481 euros ont été versés pour 17 projets, 10 concernent le milieu scolaire pour 49 411 euros soit 40,6 % de la totalité de la somme attribuée.

Par ailleurs, un groupe d'aide à l'arrêt du tabac et une action visant à diminuer la consommation de tabac pour les salariés en entreprise ont été financés.

Année 2009 : 124 416 euros ont été attribués pour 14 projets dont 40 658 euros (32,7 % des crédits) pour des actions de sensibilisation à l'attention des jeunes (3 projets).

Année 2010 : 75 980 euros pour financer 10 projets dont 36 300 euros (47,8 %) à l'attention d'un public jeune (3 projets).

👉 Nutrition

404 051 euros ont été attribués de 2008 à 2010, sur les crédits GRSP/ARS ou FNPEIS :

Année 2008 : 153 875 euros ont été versés pour 22 projets, concernant le milieu scolaire, les jeunes, les publics précaires, les femmes enceintes.

Année 2009 : 133 540 euros ont été attribués pour 19 projets dont 45 044 euros (33,7 % des crédits) pour des actions de sensibilisation à l'attention des personnes vulnérables ou des publics précaires.

Année 2010 : 116 636 euros pour financer 16 projets.

/// Les programmes d'éducation thérapeutique

Début mars 2011, 54 programmes mis en place avant le 1^{er} janvier 2011 ont été autorisés, parmi eux, les pathologies les plus représentées sont :

- le diabète (19 programmes)
- les maladies cardiovasculaires (14 programmes).

28 structures ont un arrêté d'autorisation pour poursuivre ces programmes dont :

- 14 sont ambulatoires
- 10 sont des établissements de santé publics
- 4 des établissements de santé privés.

Les financements attribués en 2010 :

- 1 324 119 euros (dont 766 422 euros non reconductibles) au titre de la mission d'intérêt général n° 58 : actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH.
- 956 157 euros au titre du FNPEIS, du FIQCS et des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) pour les 14 projets ambulatoires (9 ont trait au diabète, 3 aux pathologies cardiovasculaires).

Le CHU dispose d'une autorisation datée du 12 avril 2011, pour la mise en place de son programme d'éducation thérapeutique portant sur la prévention secondaire de l'AVC.

2.3.2 Offre quantitative sanitaire et médicosociale

➤ Offre sanitaire

/// Taux d'équipement médecine/SSR

Selon STATISS 2010 – Les régions françaises, les taux d'équipement en lits et places installés au 01.01.2010 pour 1 000 habitants sont en :

Médecine

- 2,6 en Bourgogne
- 2,2 en France métropolitaine.

SSR

- 1,68 en Bourgogne
- 1,69 en France métropolitaine.

/// Les services ou unités

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Neurochirurgie	1			
Neuroradiologie	1			
Réanimation	1	1	2	2
UNV	1 CHU		1 Chalon	
Service neuro	1 CHU		2 Chalon, Mâcon	1 Sens
SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections du système nerveux ou « neurologie »	2 CHU (HC, HDJ) Divio (HC, HDJ)	2 Pasori (HC, HDJ) CHAN (HDJ)	3 Mardor (HC, HDJ) CH Mâcon (HC, HDJ) CRF Bourbonnais (HC, HDJ)	1 CH Tonnerre (HC, HDJ)
EVC/EPR	2 Fontaine les Dijon CHIC		1 CH Mâcon	1 CH Avallon

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation de jour

Selon les données du réseau AVC, sur les 6000 AVC survenant chaque année en Bourgogne :

- 10 % sont pris en charge dans un service de neurologie
- 50 % en médecine
- 30 % en dehors d'un service de médecine (en chirurgie en particulier)
- 10 % ne sont pas hospitalisés.

/// Les UNV dans les régions limitrophes :

- **Auvergne** : 1 unité au CHU de Clermont-Ferrand, 1 à Moulins et à Vichy
- **Centre** : 1 unité à Bourges
- **Rhône Alpes** : 1 unité au CH de Bourg-en-Bresse dans l'Ain de 4 lits et 1 au CH de Villefranche-sur-Saône dans le Rhône de 6 lits.

👉 Offre médicosociale

Taux d'équipement au 01.01.2008 par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (source : STATISS 2009 Bourgogne)

Taux d'équipement	Bourgogne	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
MAS	0,36	0,26	0,82	0,19	0,48
FAM	0,78	0,65	0,78	0,69	1,12
Foyer de vie	1,86	0,67	3,26	1,75	3,11
ESAT	3,55	3,42	4,11	3,56	3,4
Entreprise adaptée	0,77	1,32	0,94	0,41	0,37

À titre indicatif, les taux d'équipement France métropolitaine au 01.01.2007 sont les suivants :

- Maison d'Accueil Spécialisée : 0,58 lit
- Foyer d'Accueil Médicalisé : 0,4 lit
- Foyer de vie : 1,25 lit
- Établissement et Service d'Aide par le Travail (ex CAT) : 3,19 places
- Entreprise adaptée (ex atelier protégé) : 0,56 place.

/// Hébergement temporaire

Au 01.01.2011, 23 places sont recensées (9 en Côte-d'Or, 2 dans la Nièvre, 2 en Saône-et-Loire et 0 dans l'Yonne).

11 places sont dans des FAM et 12 dans des MAS.

/// Accueil de jour

Au 01/01/2011, 77 places sont dénombrées (27 en Côte-d'Or, 10 dans la Nièvre, 32 en Saône-et-Loire et 8 dans l'Yonne).

49 places sont en FAM et 28 en MAS.

/// SAVS et SAMSAH

La région dispose de 1042 places pour les SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) et SAMSAH (service d'accompagnement médicosocial pour adulte handicapé) :

- Côte-d'Or : 291
- Nièvre : 135
- Saône-et-Loire : 434
- Yonne : 182.

/// Bilan des créations en médicosocial en 2009 et 2010

- 40 places de SSIAD PH
- 29 places de SAMSAH

Dans l'étude « *Évaluation des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises dans la région Bourgogne* », mars 2009 du CREAL, il est noté que :

- 59 places dédiées aux adultes cérébrolésés ont été recensées
- 185 personnes cérébrolésées étaient accueillies lors de l'enquête menée auprès de 164 établissements médicosociaux (taux de réponse de 58,5 % avec 96 établissements ayant répondu).
103 personnes étaient originaires de la région Bourgogne.
104 personnes avaient un niveau GOS 2 et 45 un niveau GOS 3.
79 personnes (43 %) étaient accueillies dans une structure dédiée à ce type de handicap, près de 60 % l'étaient dans une structure non spécifique, pour la plupart en ESAT, Foyer de vie ou FAM.
- 25 places (20 en Côte-d'Or et 5 en Saône-et-Loire) étaient dévolues aux enfants et adolescents cérébrolésés. Ils étaient majoritairement accueillis dans une structure dédiée.

Les structures dévolues aux personnes cérébrolésées lors de l'enquête étaient au nombre de 5 : SESSAD APF, CRS-SESSAD Clos Chauveau, CAJ Chenôve, FAM Imphy, FAM Orval.

2.3.3 Démographie des professionnels de santé

📌 Les professions médicales

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Médecin généraliste						
* Nombre	910	285	738	453	2386	100 815
* Densité	174,01	129,65	133,01	132,03	145,42	161,37
* 55 ans et +	33 %	45 %	38 %	44 %	38 %	37 %
MPR						
* Nombre	15	7	4	1	27	1767
* Densité	2,87	3,18	0,72	0,29	1,65	2,83
* 55 ans et plus						
Neurologue						
* Nombre	24	1	11	6	42	1947
* Densité	4,59	0,45	1,98	1,75	2,56	3,12
* 55 ans et +						
Radiologue						
* Nombre	76	18	44	29	167	8548
* Densité	14,53	8,19	7,93	8,45	10,18	13,68
* 55 ans et +	36 %	50 %	57 %	52 %	46 %	38 %

En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

Le nombre d'internes à former entre 2010 et 2015 est de :

- 12 en MPR (médecine physique et de réadaptation)
- 14 en neurologie.

Les professions paramédicales

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Infirmier							
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12 882	479 622	483 380
* Densité	878,63	777,02	744,36	713,77	785,14	767,72	785
Masseur-Kiné							
* Nombre	595	162	432	240	1429	68 923	62 602
* Densité	113,77	73,70	77,86	69,95	87,10	110,32	102
Orthophoniste							
* Nombre	139	52	98	56	345	19 247	17 135
* Densité	26,58	23,66	17,66	16,32	21,03	30,81	28
Psychologue							
* Nombre	263	120	167	141	691	32 205	
* Densité	50,29	54,59	30,10	41,09	42,12	51,55	
Diététicien							
* Nombre	47	29	58	33	167	6643	
* Densité	8,99	13,19	10,45	9,62	10,18	10,63	
Psychomotricien							
* Nombre	65	32	36	35	168	7510	6540
* Densité	12,43	14,56	6,49	10,20	10,24	12,02	11

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

2.3.4 Analyse qualitative de l'offre

La région Bourgogne se caractérise par :

- **l'existence de réseaux** : Télémédecine pour les urgences neurologiques regroupant 12 établissements de santé dont le CHU. AVC et SEP auxquels participent la majorité des neurologues de la région, des médecins rééducateurs, des médecins généralistes
- **la mise en place de registres** : registre dijonnais des AVC et sur la SEP

Des collaborations se sont ainsi construites entre les neurologues libéraux, hospitaliers, les médecins urgentistes, les médecins généralistes.

/// Réseau Bourgogne AVC

Créé en 2003, ses objectifs sont d'améliorer l'accès à l'UNV, la qualité du retour à domicile, de faire baisser le taux de récurrence.

Une éducation des patients et des familles à la sortie du patient et un suivi téléphonique à domicile en concertation avec le médecin coordinateur, sont assurés à partir de 3 infirmiers cliniciens, avec 0.5 ETP sur Dijon et 0.25 ETP sur les CH de Chalon et Nevers. 699 patients ont bénéficié de cette éducation en 2010.

Des vacations d'ergothérapeute permettent un retour à domicile adapté (2 par semaine à Dijon, 1 par semaine pour Chalon et Nevers).

Il existe également une vacation hebdomadaire de médecin généraliste sur le site de Chalon dans le cadre du réseau ville-hôpital et une d'un neurologue libéral à Dijon (cette consultation sert aussi au dépistage précoce de la démence vasculaire et de la démence d'Alzheimer). Une fiche navette est envoyée au médecin généraliste dans le cadre d'un « avis » pour un de ses patients, il précise les problèmes rencontrés, le type de consultation qu'il souhaite et ses attentes.

Une collaboration existe avec d'autres réseaux de soins : réseau de cardiologie RICO, réseau de diabétologie de la Côte-d'Or (éducation thérapeutique), réseau HTA.

Le registre dijonnais des AVC qui assure depuis 1985, une veille sanitaire sur les AVC au sein de la population de Dijon intra-muros, a observé, selon les données recueillies, une diminution des taux de mortalité de 9 % en 6 ans, des taux de récurrence et le recul de l'âge d'apparition des AVC.

/// Réseau SEP

288 patients ont été nouvellement inclus en 2010, la file active est de 1362 patients.

Le réseau assure le fonctionnement de la CliboSEP (Clinique Bourguignonne de la SEP), consultation pluridisciplinaire (neurologie, urologie, ophtalmologie, MPR, médecine du travail, infirmier, assistante sociale...) localisée au CHU.

Il contribue à l'amélioration de la qualité des soins par l'engagement des acteurs autour d'une charte, l'élaboration et la diffusion de référentiels, la formation et l'information des professionnels. Il favorise la coordination des soins entre les intervenants (rencontres régulières avec les praticiens : évaluation, échange d'expériences, revue de dossiers...).

37 neurologues (libéraux et hospitaliers), 1 médecin du travail et 2 médecins de MPR adhèrent au réseau.

Une base de données est également constituée sur la SEP (EDMUS). Elle permet notamment de suivre les nouveaux traitements (effets secondaires).

/// Réseau de télémédecine ReBoN (Réseau Bourgogne Neurologie)

Ce réseau dédié aux urgences neurologiques a été mis en place en 2004 avec les objectifs suivants :

- mettre en application la circulaire ministérielle du 3 novembre 2003 relative à l'organisation de la prise en charge des AVC (complétée par la circulaire de 2007, puis le Plan national AVC de mars 2010)
- répondre aux problèmes de démographie médicale et paramédicale de la Bourgogne
- apporter une aide diagnostique et thérapeutique aux urgentistes des 11 hôpitaux de Bourgogne, siège de SAU

- uniformiser, homogénéiser et standardiser la prise en charge des urgences neurologiques, neuro-radiologiques et neuro-chirurgicales quels que soient le domicile et la localisation du site hospitalier, garantissant une offre de soins de qualité, accessible à tous les habitants de Bourgogne 24 h / 24 h
- faciliter les contractualisations et les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.

Une charte a été signée par les neurologues participant à ce réseau, elle porte sur la sécurité et l'anonymat des dossiers, la traçabilité, la permanence des soins 24 h/24 h et la confidentialité. Elle précise que chaque urgentiste, qui veut transférer un dossier, appelle un des trois experts (neurologue, neuro-radiologue, neuro-chirurgien du CHU de Dijon) et lui transmet le dossier radiologique et une fiche-navette (problèmes cliniques du patient).

En retour, l'expert doit répondre dans les $\frac{3}{4}$ d'heures qui suivent via une fiche-navette retour dans laquelle il pose le diagnostic, le traitement et la nécessité ou non d'un transfert vers le CHU de Dijon. Lorsque le patient est laissé sur site, le médecin qui prend en charge le patient, renvoie 3 jours plus tard une fiche-navette mentionnant l'évolution du patient.

Le périmètre technique du réseau ReBoN

Le réseau ReBoN utilise le logiciel SIGMACOM permettant la télétransmission d'images scanographiées associées à des données descriptives du contexte clinique du patient. À ce jour, les établissements de santé possédant ce logiciel sont les suivants : CH d'Auxerre, de Beaune, de Chalon-sur-Saône, de Nevers, de Mâcon, de Montceau-les-Mines, de Paray-le-Monial, de Semur-en-Auxois, de Sens, de Decize, le CHU de Dijon et l'Hôtel Dieu du Creusot.

Les échanges d'informations et la communication entre les sites membres du réseau sont assurés par le réseau haut débit bourguignon « Clonysanté ».

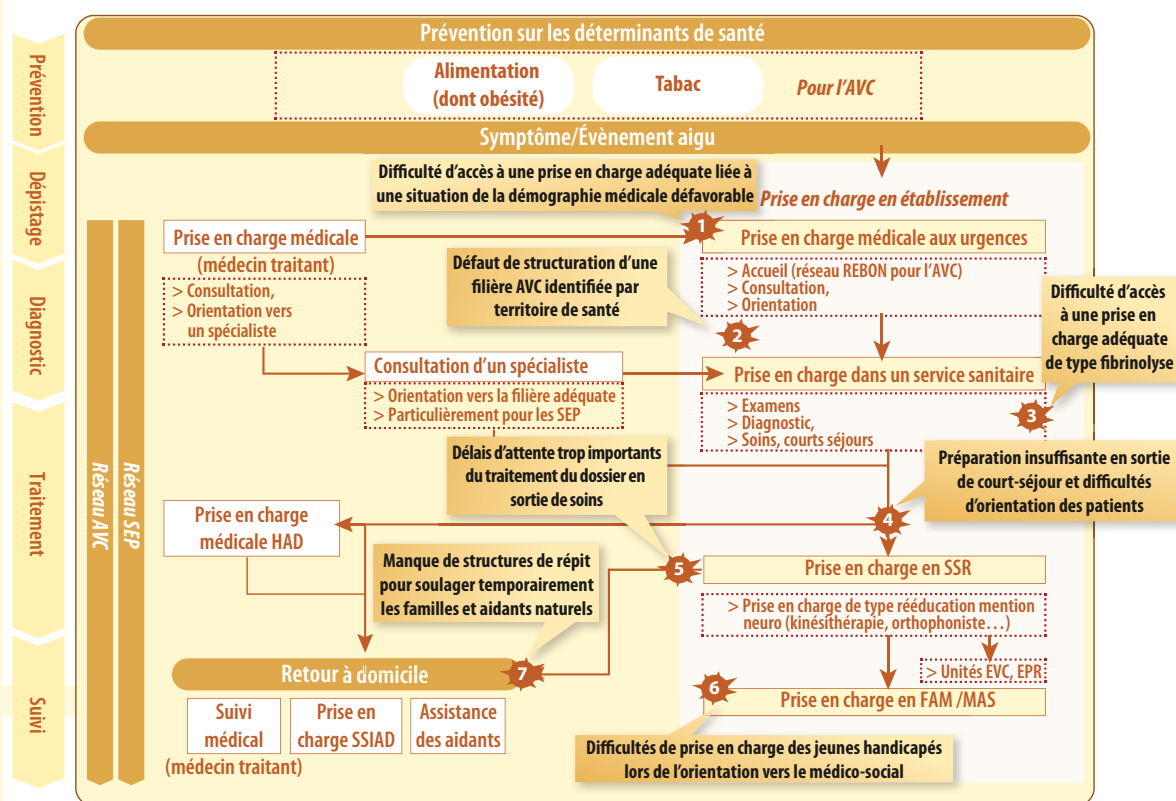
En termes d'activité, 5 à 6 téléconsultations sont effectuées par jour. Il s'agit le plus souvent de demandes concernant une tumeur cérébrale, un traumatisme médullo-rachidien, un traumatisme crânien, un AVC hémorragique et un AVC ischémique. Ce réseau a permis d'éviter un transfert de patient inapproprié toutes les 5 demandes en 2004 contre 1 transfert inapproprié toutes les 4 demandes en 2010.

Les hôpitaux qui utilisent le plus le réseau ReBoN sont ceux d'Auxerre, Chalon-sur-Saône, Nevers, Le Creusot et Mâcon.

Les urgentistes des 11 établissements de santé visés ci-dessus, ont bénéficié d'une formation à la prise en charge des AVC (8 FMC/an en Bourgogne). Les médecins généralistes sont associés à celles-ci.

/// Néanmoins des difficultés persistent :

- une situation défavorable de la démographie des professionnels paramédicaux et médicaux, notamment pour la neurologie et la MPR (sauf pour la Côte-d'Or) constituant un frein dans la prise en charge des patients au regard des besoins
- une offre de soins qui n'est pas déployée à hauteur des recommandations du SROS 3, en ce qui concerne les UNV et les services ou unités de neurologie
- une coordination entre les professionnels du court séjour et du SSR avec mention « neurologie » insuffisamment développée pouvant aboutir à une insuffisance de préparation de la sortie du patient du court séjour
- une méconnaissance des missions dévolues à un SSR avec ou sans mention de la part des prescripteurs
- une filière de rééducation pour les AVC insuffisamment développée
- une orientation parfois difficile pour les patients lourds, trachéotomisés, dans des établissements assurant une prise en charge en rééducation neurologie
- des prises en charge en rééducation limitées en ambulatoire du fait de la situation défavorable de la démographie des professionnels de santé
- un problème récurrent d'articulation entre les secteurs sanitaire et médicosocial
- pour le médico-social (étude CREAI, mars 2009), des personnes cérébrolésées difficiles à identifier et une offre de prise en charge adaptée encore insuffisante et mal identifiée.



3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : améliorer la situation de la démographie médicale afin de permettre l'accès à une prise en charge adéquate

La Bourgogne présente des densités médicales pour 100 000 habitants inférieures à celles nationales pour les médecins généralistes, les médecins de MPR, les neurologues et les radiologues.

La répartition de ces praticiens est très inégale au niveau de la région (à l'heure actuelle, 0 MPR dans l'Yonne, 1 neurologue dans la Nièvre).

Les données colligées au 1^{er} janvier 2008, lors de la révision du volet SSR du SROS indiquaient pour la région Bourgogne que 44 % des médecins de MPR et 42 % des neurologues avaient 55 ans et +.

Les projections de la DREES prévoient en 2030 une augmentation de 47.4 % des neurologues et une diminution de 47 % des médecins de MPR.

L'application des densités nationales à la population bourguignonne nécessiterait un effectif de 46 MPR (soit un déficit d'une vingtaine de praticiens) et 51 neurologues (soit un déficit de 9 praticiens).

Le nombre d'internes à former ne permettra pas de rattraper le déficit de la région, notamment pour la MPR.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Maintenir, voire amplifier, l'effort de formation via les « DES » (diplôme d'études spécialisées) notamment pour la MPR	Coordination avec le comité régional de l'ONDPS et l'UFR
Objectif spécifique n° 2 Étendre les terrains de stage en secteur privé et public	Sollicitation des établissements pouvant être concernés et lien avec UFR
Objectif spécifique n° 3 Maintenir le diplôme interuniversitaire pour la MPR	Intervention auprès du Collège des enseignants

3.2 Objectif général n° 2 : structurer une filière neurologique identifiée par territoire de santé

L'offre de soins n'est pas déployée à hauteur des recommandations du SROS 2006-2011, qui prévoyait par site pivot : 1 site de neurologie (individualisation d'un service ou d'une unité avec des lits dédiés) et 1 unité neurovasculaire (UNV).

À l'heure actuelle, chacun des 6 sites pivots identifiés par le SROS 2006-2011 ne dispose pas d'un service ou d'une unité de neurologie. Ainsi, des patients présentant des pathologies neurologiques sont pris en charge en cardiologie, en médecine, en chirurgie. Cet accueil dispersé ne permet pas d'avoir un personnel formé, expérimenté, une coordination de la prise en charge entre les différents intervenants de la filière. La structuration de la neurologie notamment par le regroupement des patients apparaît comme primordiale.

Deux UNV existent en Bourgogne (au CHU de Dijon et au CH de Chalon). Le taux de patients hospitalisés en UNV dans une région est un bon indicateur de fluidité de la filière. Le taux national est de 20 %, la Bourgogne occupe l'avant-dernière place avec un taux de 8,7 %.

Le plan national AVC prévoit de créer ou reconnaître les UNV prenant en charge au moins 300 AVC/an.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Augmenter le nombre d'UNV sur la région pour atteindre au moins 1 UNV par territoire en Saône-et-Loire et dans l'Yonne, 1 UNV en Côte-d'Or et 1 dans la Nièvre	Reconnaissance dans le CPOM des établissements
Objectif spécifique n° 2 Identifier par UNV, une filière territoriale neurologique, centrée sur celle-ci. Ces filières pourront s'appuyer sur un coordonnateur régional et des animateurs territoriaux. Ces derniers seront chargés de structurer la filière (individualisation de services ou d'unités de neurologie, accès UNV, imagerie, fibrinolyse, identification des ressources en SSR, structures médico-sociales, professionnels de santé libéraux...)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Individualisation d'un service ou d'une unité de neurologie par territoire de santé, reconnaissance de celle-ci dans le CPOM de l'établissement ■ Cahier des charges pour l'animateur de territoire
Objectif spécifique n° 3 Veiller à l'accès H24 à l'imagerie (IRM ou à défaut scanner)	Cf. : activité imagerie
Objectif spécifique n° 4 Favoriser l'accès à la fibrinolyse en développant la téléfibrinolyse dès parution du texte réglementaire prévoyant la réalisation de la fibrinolyse par un médecin urgentiste formé sur indication donnée à distance par un neurologue via un réseau de télémedecine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation des urgentistes dès parution du texte ■ Établissement d'une liste des praticiens habilités ■ Proposition d'intégration de cette formation dans le DESC de médecine d'urgence
Objectif spécifique n° 5 Mettre en place des outils au niveau régional afin d'assurer le développement d'une filière neurologique intra et inter hospitalière (par ex via le coordonnateur régional) : protocoles thérapeutiques standardisés, formation, suivi des indicateurs	Coordonnateur régional AVC et animateurs territoriaux

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

L'orientation du patient dans la structure de SSR la plus adaptée à ses besoins est tributaire d'une coordination entre les professionnels du court séjour et du SSR, de la connaissance du rôle respectif des établissements de SSR avec ou sans mention et de la qualité des informations médicales fournies par le prescripteur.

Des procédures non formalisées sont mises en place au niveau de la région entre certains établissements de court séjour et de SSR avec mention neurologie, où dès l'admission en court séjour, une orientation est définie pour la sortie en lien avec l'établissement de SSR.

Il est difficile de mettre en place cette coordination lorsque les patients sont pris en charge sur des sites éclatés et que la notion de référent fait défaut, ce qui peut aboutir à une insuffisance de préparation de la sortie du patient du court séjour avec comme incidences possibles : un retard dans la prise en charge en SSR ou un défaut d'orientation de celui-ci dans la structure de rééducation la plus adaptée à ses besoins.

Des confusions sont également notées quant aux missions dévolues à un SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections du système nerveux par rapport à un SSR sans mention pouvant conduire à une orientation du patient dans une structure de SSR qui ne répond pas forcément à ses besoins.

La diversification des modes de prise en charge en SSR avec mention « neurologie » n'est pas suffisamment développée, la montée en charge du dispositif de l'hospitalisation de jour est à poursuivre.

Si l'orientation, dans une structure médicosociale à la sortie d'un service de SSR avec mention « neurologie », pour les patients de plus de 65 ans ne pose pas, dans la plupart des cas, de difficultés majeures, il n'en va pas de même pour les patients jeunes lourdement handicapés où l'offre de prise en charge adaptée est insuffisante et mal identifiée.

Par ailleurs, du fait de la lourdeur des patients accueillis, un soutien des structures médicosociales, par l'intervention de professionnels de santé du secteur sanitaire (ergothérapeutes, consultations de psychiatre, de médecins de MPR), pourrait être réalisé, en fonction des besoins.

En ce qui concerne le maintien à domicile, il est souligné l'insuffisance de SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) pour assurer un accompagnement des patients et le peu de structure de type hébergement temporaire, afin de favoriser les séjours de répit pour les aidants.

Pour ce qui est des droits sociaux à compensation des patients, les délais de traitement des dossiers constituent un frein dans la fluidité de la filière. Le problème réside dans la différence de temporalité des prises en charge qui est de quelques jours pour le MCO, quelques semaines pour les SSR et quelques mois pour la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées).

Certaines MDPH se fondent, pour attribuer les ressources, sur les bilans effectués par les professionnels de santé des établissements de SSR, mais ce n'est pas le cas dans tous les départements de la région. Le contrôle a posteriori pourrait être une solution pour accélérer le processus.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Développer la collaboration précoce des praticiens de MPR des SSR avec mention « neurologie » et des neurologues, dans le cadre d'une anticipation de la sortie du patient du court séjour afin de favoriser son orientation dans la structure de SSR la plus adaptée à ses besoins	Passage du praticien de MPR dans l'unité ou le service de neurologie
Objectif spécifique n° 2 Étudier les possibilités apportées par les outils informatiques d'aide à l'orientation des patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix de l'outil au niveau du GCS e-santé ▪ Déploiement de l'outil informatique régional unique

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 3 Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour...) pour la mention « neurologie » des soins de suite et de réadaptation	
Objectif spécifique n° 4 Développer la concertation avec les MDPH afin de généraliser le principe de reconnaissance du bilan effectué par les professionnels de santé du secteur sanitaire pour l'évaluation des droits à compensation et le contrôle a posteriori des aides apportées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travaux conjoints avec les 4 MDPH
Objectif spécifique n° 5 Identifier des structures médico-sociales pouvant accueillir en sortie de SSR des sujets jeunes lourdement handicapés suite à une affection neurologique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude prospective pour définir le nombre de places ■ Information sur le dispositif existant
Objectif spécifique n° 6 Développer le soutien des structures médico-sociales par des professionnels de santé du secteur sanitaire (ergothérapeute, MPR, psychiatre)	
Objectif spécifique n° 7 Promouvoir/développer l'accompagnement à domicile des patients, notamment via les SAMSAH	Cf. : SROMS
Objectif spécifique n° 8 Développer une offre de structure de répit (hébergement temporaire dans les structures médico-sociales)	Cf. : SROMS

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

La neurologie ne fait pas partie des activités de soins soumises à autorisations suivant l'article R6122-25 du code de la santé publique, néanmoins la mise en place des filières devrait conduire à une gradation des soins.

4.2 Missions de service public

La circulaire du 22 mars 2007 relative à la place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral précise qu'un neurologue est en permanence sur place ou en astreinte à domicile pour assurer l'expertise nécessaire au contrôle de la prise en charge des patients admis dans l'UNV.

Il est donc nécessaire de mettre en place au minimum une astreinte opérationnelle par UNV, hormis le CHU qui dispose d'une garde, notamment pour assurer son rôle régional via le réseau de télémédecine ReBoN.

Missions de service public	Dispositifs	Territoires de santé			
		Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Permanence des soins en établissement de santé	Lignes d'astreintes	–	1	1	1
	Lignes de gardes	1 au CHU			

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Voir ci-dessus, abordé dans les différents objectifs et dans le cahier des charges de la filière territoriale.

L'articulation ville/établissement de santé est réalisée dans le cadre des réseaux.

Il convient de noter en ce qui concerne les établissements disposant d'une autorisation de SSR, que la mise en place de conventions avec le secteur médico-social est prévue notamment au titre de la mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion dévolue à ceux-ci.

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

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

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

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

4.4 Coopérations

Mise en œuvre d'une filière neurologique par territoire de santé intégrant l'ensemble des acteurs.

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

5.1 Implantations

Comme indiqué ci-dessus, la neurologie n'est pas soumise à autorisation et n'est donc pas concernée par ce chapitre.

Il convient de rappeler la proposition d'au moins 1 UNV sur chacun des territoires de santé de la Saône-et-Loire et de l'Yonne, et 1 UNV sur chacun des territoires de santé de Côte-d'Or et de la Nièvre.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné

5.3 Accessibilité

2 contraintes de temps seront à prendre en considération :

- celle liée au temps d'accès à un établissement de santé, préconisé par le plan AVC qui précise en ce qui concerne la filière : « ce maillage doit se faire en fonction des particularités de la région et des temps de transport en son sein pour les urgences en amont – 30 minutes à titre indicatif – et pour le rapprochement du domicile en aval ».
- Celle liée à l'autorisation de mise sur le marché du médicament nécessaire à la thrombolyse qui impose un délai maximum de 3 heures à compter de l'apparition des signes cliniques de l'AVC.


5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Non concerné.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Neurologie	Améliorer la situation de la démographie médicale afin de permettre l'accès à une prise en charge adéquate	Nombre d'internes formés en neurologie sur la durée du SROS		15
	Structurer une filière neurologique identifiée par territoire de santé	Taux de patients présentant un AVC pris en charge en UNV	8,7 %	>20 %
	Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	% de patients avec SEP ou AVC admis en court séjour orientés en SSR « neurologie »	14 % (AVC) 4,6 % (SEP)	

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Neurologie	Structurer une filière neurologique identifiée par territoire de santé	Nombre de sites disposant d'une UNV avec un accès H24 à l'IRM (commun avec le volet imagerie)
		Nombre de médecins urgentistes formés à la télé fibrinolyse/territoire de santé



Activités Interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

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

1	Champ et périmètre	173
2	Analyse des besoins et de l'offre	174
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	174
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	174
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	174
2.2.2	Caractéristiques territoriales	174
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	174
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	175
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	175
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	175
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	175
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	176
3.1	Objectif général n° 1 : développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement des pathologies cardiovasculaires	176
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer l'accès aux soins de cardiologie, notamment de proximité	176
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cardiologie	176
4	Organisation de l'offre	177
4.1	Gradation des soins	177
4.2	Missions de service public	177
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	177
4.4	Coopérations	177
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	178
5.1	Implantations	178
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	178
5.3	Accessibilité	178
5.3.1	Accessibilité géographique	178
5.3.2	Accessibilité financière	178
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	179
6	Indicateurs d'évaluation	179

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

1 Champ et périmètre

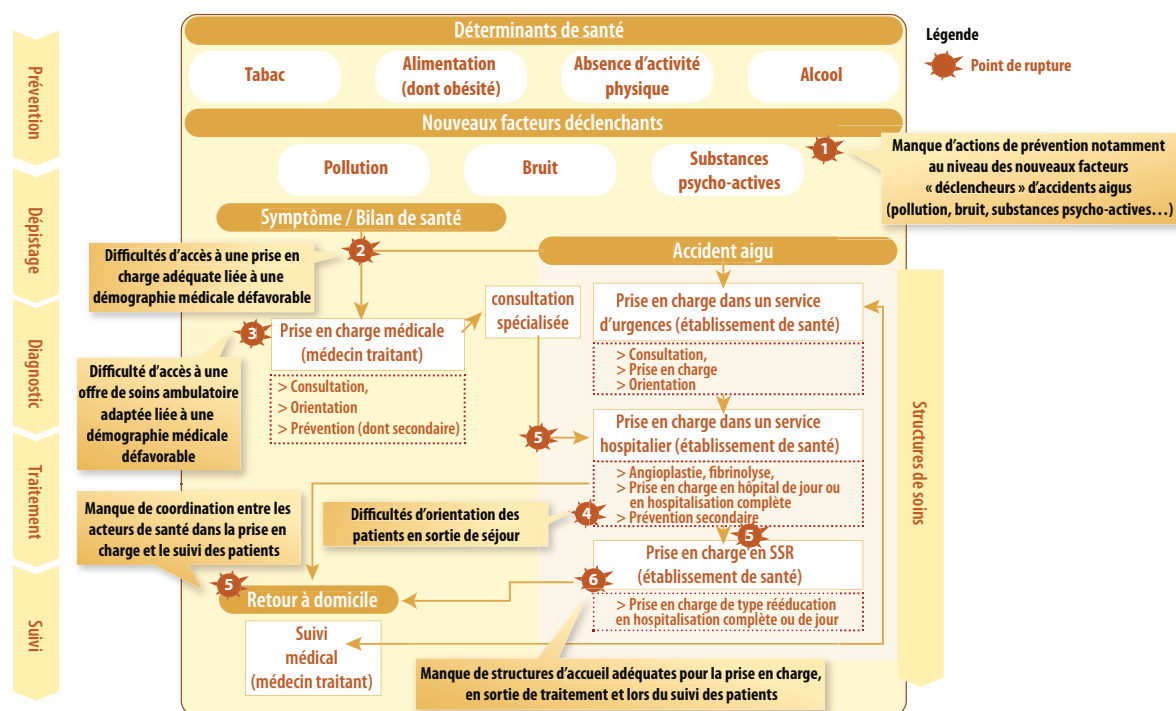
L'activité de soins devant obligatoirement être définie par le SROS est celle des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ou cardiologie interventionnelle. La cardiologie interventionnelle se définit comme toute méthode non chirurgicale permettant de corriger des troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles de la vascularisation propre du muscle cardiaque. Elle s'adresse à l'enfant et à l'adulte. Deux décrets publiés en 2009 ont structuré cette spécialité de la cardiologie dans le cadre des « Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ». Trois types d'actes ont été définis :

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

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

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

/// Parcours de santé des patients atteints de maladies cardiovasculaires



2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

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

L'importance du nombre d'angioplasties coronaires en Côte-d'Or est due à la prise en charge de la population du nord de la Saône-et-Loire qui représente 1/3 de l'activité privée et 1/4 de l'activité publique. Concernant le chiffre de la Saône-et-Loire, il correspond au seuil que le CH de Mâcon devra atteindre 16 mois après la mise en route de son unité d'angioplastie.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies cardiaques.

La mise en place de suppléance dans les troubles du rythme et les troubles de la conduction, les critères de surveillance de certaines affections telles que le diabète et le bilan du retentissement du traitement d'autres affections telles que le cancer entraînent une demande plus importante de consultations et d'examen cardiologiques.

La démographie médicale de cette spécialité ne permet pas de faire face à cet accroissement dans des délais réduits.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

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

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

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

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

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

Les gardes d'USIC et les astreintes d'angioplastie entraînent des besoins importants en professionnels. Actuellement les projections à 5 ans ne sont pas favorables. La densité de cardiologues en Bourgogne est de 7,5 pour 100 000 habitants, alors que sur le plan national elle atteint 9,4.

Les médecins formés actuellement semblent s'orienter de façon privilégiée vers les actes techniques de cardiologie au détriment de la cardiologie « généraliste » de ville.

Actuellement, le nombre d'internes entrant chaque année en formation en Bourgogne est de 5 en cardiologie, permettant théoriquement de remplacer les départs.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
Réseaux	Développer leur action dans le cadre de la prévention.
Coordination ville-établissements de santé	Développer la coordination ville-hôpital dans le parcours post accident aigu.
Télémédecine	Intérêt du transfert de données lors de la prise en charge en urgence au domicile et dans le cadre de l'expertise.
Retentissement social	Intérêt de renforcer les actions pour faciliter la réinsertion professionnelle.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement des pathologies cardiovasculaires

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Évaluer l'importance des nouveaux « déclencheurs » (bruit, pollution, substances psycho-actives...) dans les accidents cardio-vasculaires et mener les actions en conséquence	Développer la connaissance de l'impact de ces déclencheurs sur les accidents cardio-vasculaires en vue d'élaborer des actions de prévention
Objectif spécifique n° 2 Développer l'éducation thérapeutique au sein des services de cardiologie des établissements de santé	CPOM des établissements de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Organisation de l'offre

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

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

4.1 Gradation des soins

Sans objet

4.2 Missions de service public

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

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

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

Pour les unités de soins intensifs de cardiologie, une garde de cardiologue sur place est obligatoire.

Seule la permanence des soins entre dans le cadre de la mission de service public

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

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

4.4 Coopérations

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

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

5.1 Implantations

Dans l'état actuel du maillage de la région, le développement des capacités des structures autorisées pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie doit permettre de répondre aux besoins de la population de tous les territoires. Aucune modification des autorisations n'est proposée, si les critères de fonctionnement (dont les seuils d'activité) sont respectés.

Pour ce qui concerne la reconnaissance des USIC, la contrainte réglementaire imposant la présence permanente sur place d'un cardiologue ne permet pas de maintenir l'ensemble des unités existantes.

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

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

Reconnaissance d'activités pour les USIC

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

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

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

5.3.2 Accessibilité financière

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

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

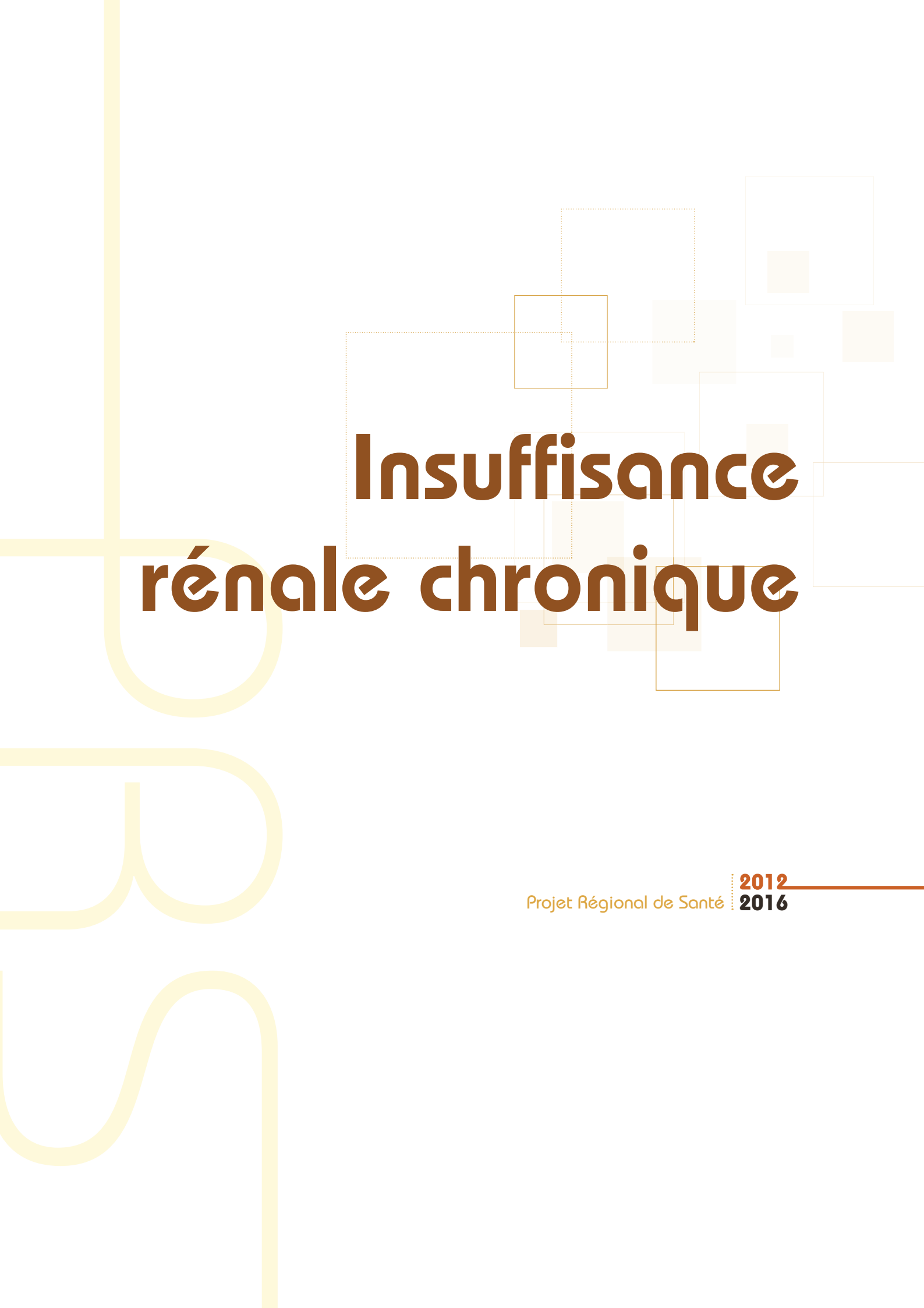
Dans le cadre du SROS, pour les activités interventionnelles, aucune suppression, transformation ou création ne sont envisagées dès l'instant où les structures autorisées respectent les conditions de fonctionnement.

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

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement des pathologies cardiovasculaires	Nombre d'actions de prévention		
	Améliorer l'accès aux soins de cardiologie notamment de proximité	Nombre de MSP offrant une possibilité de consultation cardiologique		5
	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cardiologie	Nombre de centres d'angioplastie respectant le seuil d'activité	4	5

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



Insuffisance rénale chronique

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire...

/// Insuffisance rénale chronique

1	Champ et périmètre	183
2	Analyse des besoins et de l'offre	184
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	184
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	184
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins en 2010.....	184
2.2.2	Caractéristiques territoriales.....	184
2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	185
2.4	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	185
2.4.1	Offre quantitative et territorialisée	185
2.4.2	Démographie des professionnels de santé	185
2.4.3	Analyse qualitative de l'offre	186
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	186
3.1	Objectif général n° 1 : développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC.....	186
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer l'accès aux soins de néphrologie.	187
3.3	Objectif général n° 3 : permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients.	187
4	Organisation de l'offre.....	188
4.1	Gradation des soins.....	188
4.2	Missions de service public.....	188
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	189
4.4	Coopérations.....	189
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	189
5.1	Implantations	189
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	189
5.3	Accessibilité	189
5.4	Créations/suppressions/transformations/regroupements	189
6	Indicateurs d'évaluation	190

Insuffisance rénale chronique

1 Champ et périmètre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Traiter le patient selon la modalité de prise en charge adaptée	Adaptation de l'offre de soins sur chaque territoire. Réduction des inadéquations techniques.
Proposer par territoire de santé une offre de soins comprenant l'ensemble des modalités de traitement.	1 centre, 1 UDM, de l'autodialyse et de la DP par territoire
Privilégier la transplantation rénale	1 centre greffeur. 4 centres préleveurs
Développer la prévention primaire et secondaire de l'insuffisance rénale chronique	Rôle du réseau de néphrologie de Bourgogne.
Garantir la qualité de la prise en charge	Comité IRC, réseau régional de néphrologie
Recenser l'évolution annuelle du nombre de patients dialysés.	Adhésion au REIN (réseau épidémiologie et information en néphrologie).

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins en 2010

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Centre	UDM	Autodialyse	Dialyse péritonéale
Côte-d'Or	111	97	17	52
Nièvre	88	24	20	15
Saône-et-Loire	97	94	26	49
Yonne	113	61	8	26
Total sur la Bourgogne	409	276	71	142

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

/// Greffe rénale.

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

Le CHU de Dijon est le seul centre autorisé de Bourgogne pour la greffe rénale. Son activité subit des fluctuations comme tous les centres greffeurs de France. Son activité doit être maintenue et confortée. De plus les délais d'attente à Dijon sont inférieurs à ceux des centres d'Ile de France ou de Rhône-Alpes.

2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Au 31/12/2009, le registre REIN indiquait que 33 558 malades, résidant dans les 20 régions ayant renseigné la base, étaient dialysés soit 588 par million d'habitants. Le nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel s'élevait, toujours pour ces 20 régions, à 29 181 soit une prévalence de 510 par million d'habitant.

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

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

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

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

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

2.4 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.4.1 Offre quantitative et territorialisée

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

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

2.4.2 Démographie des professionnels de santé

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

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

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

2.4.3 Analyse qualitative de l'offre

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Inscrire les établissements de santé dans des actions de prévention primaires coordonnées (polluants/médicaments toxiques, alimentation...) et des actions de dépistage précoce	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réseau néphrologique ■ CPOM
Objectif spécifique n° 2 Développer l'éducation thérapeutique en établissements de santé pour les patients déjà atteints d'IRC pour retarder l'âge d'entrée en dialyse (prévention secondaire)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réseau néphrologique ■ CPOM

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Promouvoir la télémédecine et la coopération entre professionnels de santé dans les structures hors centre, telles que les unités de dialyse médicalisées et les unités d'auto-dialyse.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réseau régional néphrologique ■ GCS e-santé Bourgogne

3.3 Objectif général n° 3 : permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients.

Le patient doit être informé des techniques réalisables selon son état de santé et le traitement proposé doit tenir compte de son souhait. Toutefois, la dialyse péritonéale devrait être privilégiée pour des raisons techniques et de coût, bien que la charge émotionnelle et sociale qu'elle représente pour le patient nuise à son développement. En tout état de cause, aucune technique ne doit être proposée à un patient par carence d'offre d'une autre technique

L'hémodialyse en centre ou hors centre relève du même type technique de prise en charge, à la différence de la dialyse péritonéale. La possibilité, dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires, de former des internes dans des structures de traitement hors centre doit permettre une meilleure prise en compte de cette forme de dialyse.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Maintenir le nombre de structures et autorisations existantes par territoire	Autorisations ARS
Objectif spécifique n° 2 Développer la dialyse péritonéale.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser les stages d'internes dans les services de néphrologie afin de leur faire connaître ce type de prise en charge ■ Former les infirmières libérales ■ PRGDR
Objectif spécifique n° 3 Développer l'accès aux nouvelles techniques de dialyse dans le cadre de la réglementation en vigueur (dialyse journalière)	<ul style="list-style-type: none"> ■ CPOM ■ Réseau régional de néphrologie
Objectif spécifique n° 4 Anticiper le besoin en infirmiers au sein des établissements de santé afin de garantir une prise en charge adéquate.	Directions des ressources humaines des établissements

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 5 Former et fidéliser en région Bourgogne un nombre de médecins néphrologues suffisant permettant de conforter les équipes et d'assurer le renouvellement. Développer le travail collectif et la recherche clinique entre les équipes de néphrologues.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité régional de l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé) ▪ Postes d'internes ▪ Postes médicaux partagés
Objectif spécifique n° 6 Mettre en place un dossier médical commun aux centres et aux structures hors centres (dans le cadre du réseau de néphrologie de Bourgogne) pour assurer le suivi du patient	Réseau régional de néphrologie
Objectif spécifique n° 7 Développer la greffe rénale en région Bourgogne conformément au Schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS Est)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer un suivi du nombre de prélèvements en région ▪ Promouvoir le don

4 Organisation de l'offre

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

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

4.1 Gradation des soins

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

4.2 Missions de service public

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

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

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

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

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

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

4.4 Coopérations

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

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

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

5.1 Implantations

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

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

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

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

Non concerné.

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

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

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

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0	0	0

6 Indicateurs d'évaluation

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

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
IRC	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC Améliorer l'accès aux soins de néphrologie	% d'établissements de santé ayant inscrit des objectifs d'organisation d'actions de prévention primaire et de dépistage précoce de l'IRC dans leurs CPOM
		% des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse (commun avec le PRGDR)
		Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse avec le concours de la télémédecine
	Permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients	Nombre d'infirmières libérales formées à la DP
		Taux de nouveaux malades pris en charge en DP
		Délai moyen entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe (commun avec le PRGDR)
		Nombre de greffes rénales réalisées
		Nombre de refus de prélèvement



Hospitalisation à domicile

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire...

/// Hospitalisation à domicile

1	Champ et périmètre de l'activité	193
2	Analyse des besoins et de l'offre	193
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	193
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	194
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	194
2.2.2	Caractéristiques territoriales.....	194
2.2.3	Analyse qualitative de l'offre	195
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	195
3.1	Objectif général n° 1 : réorganiser les lieux d'implantations des structures d'HAD...195	
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment au niveau de la continuité et de la permanence des soins	196
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer l'efficacité du dispositif HAD	196
3.4	Objectif général n° 4 : continuer à promouvoir la prise en charge en HAD.....	196
4	Organisation de l'offre.....	196
4.1	Gradation des soins.....	196
4.2	Missions de service public.....	196
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	197
4.4	Coopérations.....	197
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	197
5.1	Implantations	197
5.2	Objectifs chiffrés d'activité.....	198
5.3	Accessibilité	198
5.3.1	Accessibilité géographique.....	198
5.3.2	Accessibilité financière.....	198
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	198
6	Indicateurs d'évaluation	199

/// Hospitalisation à domicile

1 Champ et périmètre de l'activité

Extrait rapport IGAS : Hospitalisation à domicile, novembre 2010 :

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

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

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

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Créer une structure HAD dans chaque site pivot des 6 territoires de santé	<p>Site pivot Chalon-sur-Saône : 3 structures HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CH Chalon ■ GCS Nord 71 ■ HAD du Chalonnais <p>Site pivot Mâcon : 1 structure HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CH Mâcon <p>Site pivot Nevers : 2 structures HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CH Nevers ■ Croix Rouge 58 <p>Site pivot Sens : 1 structure HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CH Sens <p>Site pivot Auxerre : 1 structure</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CH Auxerre <p>Site pivot Dijon : 3 structures</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CGFL ■ FEDOSAD ■ CI Bénigne Joly
Formaliser les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de soins à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge	À conforter sur la période du SROS PRS
Coordonner les structures d'HAD d'un même territoire de santé	À conforter sur la période du SROS PRS
Créer un comité régional de l'HAD	Le comité régional HAD de Bourgogne a été installé le 27 mai 2008, et se réunit plusieurs fois par an

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

📌 Total du nombre de journées en Bourgogne en 2009 : **63 304**

📌 Ratio nombre de journées pour 100 000 habitants, en 2009 ;

Population de la Bourgogne en 2009 (estimation INSEE) : 1 640 733

📌 **3852 journées pour 100 000 habitants**

📌 **Nombre de journées moyen par structure :**

Le nombre de journées moyen par structure en Bourgogne en 2009 est de : **4 521**.

Seuls 6 établissements sur les 14 mesurés en 2009 voient leur activité dépasser ce nombre moyen.

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

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

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

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

1. Soins palliatifs : 14 490
2. Pansements complexes : 11 507
3. Nutrition entérale : 5159
4. Traitement intraveineux : 4677
5. Nutrition parentérale : 4039

Les soins palliatifs :

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte-d'Or	<ul style="list-style-type: none"> ■ 7 autorisations HAD sur le territoire, dont : <ul style="list-style-type: none"> 4 autorisations mises en œuvre : CGFL, FEDOSAD, Bénigne Joly, CH de Beaune 3 autorisations non mises en œuvre : CH Auxonne, CH Is-sur-Tille, CHI Châtillon-Montbard
Nièvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3 autorisations HAD : CH Nevers, Croix Rouge 58, CH Clamecy
Saône-et-Loire	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 autorisations HAD, toutes mises en œuvre : CH Chalon-sur-Saône, GCS Nord 71, GCS du Chalonnais, CH Mâcon, CH Paray-le-Monial
Yonne	<ul style="list-style-type: none"> ■ 6 autorisations HAD, dont <ul style="list-style-type: none"> 5 mises en œuvre : CH Auxerre, CH Sens, CH Joigny, CH Tonnerre, CH Villeneuve-sur-Yonne par convention avec le CH de Sens 1 autorisation non mise en œuvre (CH Avallon)
Bourgogne	<ul style="list-style-type: none"> ■ 21 structures HAD autorisées, dont : 4 non mises en œuvre

2.2.3 Analyse qualitative de l'offre

/// Points forts du dispositif :

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

/// Points du dispositif à conforter

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Associer les structures d'HAD autonomes à un établissement d'hospitalisation complète par voie de conventions	Procédure d'autorisation
Objectif spécifique n° 2 Améliorer le circuit (diagnostic, prescription, administration) du médicament en HAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soit dans le cadre de pharmacies à usage interne (PUI) des structures HAD, ▪ Soit par contractualisation avec une officine privée dans le cadre du contrat de bon usage du médicament
Objectif spécifique n° 3 Développer le recours à la télémédecine en HAD (ex : télésurveillance, téléconsultation) afin d'améliorer le suivi du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En lien avec le GCS e-santé, ▪ En lien avec l'outil de gestion des flux de patients SSR (de type Trajectoire)

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

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

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

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

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

Activité non concernée.

4.2 Missions de service public

Activité non concernée.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

4.4 Coopérations

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

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

5.1 Implantations

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

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

À noter : une implantation HAD = une autorisation

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

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

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

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

5.3 Accessibilité

Afin de permettre une couverture du territoire, il est proposé que le fonctionnement de l'HAD repose sur des structures autorisées et sur des antennes, ce dispositif s'organisant comme une déconcentration de la structure autorisée sur un ou plusieurs site (s) de proximité ou plus éloignés (s). Il faut aussi que les structures d'HAD puissent se consacrer aux soins aux patients et mutualiser les fonctions support.

Dans ce cadre, pour une antenne, les responsabilités administratives et logistiques restent du ressort de la structure autorisée; l'antenne ne se consacrant qu'à la dimension des soins à apporter aux patients. La mise en place d'antennes repose sur une forte coopération ainsi que sur une mutualisation bien comprise entre structure associée et antenne (s).

5.3.1 Accessibilité géographique

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

5.3.2 Accessibilité financière

Activité non concernée

5.4 Créations/suppressions/transmutations/regroupements

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

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

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

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

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

Regroupements :

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

Suppressions :

Côte-d'Or :

- une autorisation est supprimée parmi celles non mises en œuvre dès l'approbation du PRS. En l'absence de projet de reprise de l'autorisation du CHIC à compter de novembre 2012, cette autorisation sera transformée en antenne d'un établissement autorisé.

Yonne :

- CH de Villeneuve-sur-Yonne (peut devenir une antenne du CH de Sens).
- CH d'Avallon : en l'absence de mise en œuvre en juillet 2013 (transformation en antenne d'un établissement du GCS Sud Yonne – Haut Nivernais)

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	2 ou 4	0	2

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

/// Détail par territoire de santé

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

6 Indicateurs d'évaluation

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

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



Soins palliatifs

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Soins palliatifs

1	Champ et périmètre de l'activité	203
2	Analyse des besoins et de l'offre	203
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	203
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	204
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	204
2.2.2	Caractéristiques territoriales	204
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	204
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	205
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	205
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	205
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	205
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	206
3.1	Objectif général n° 1 : améliorer l'accès des patients aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire	206
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour les patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes	207
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer l'efficience des moyens de prise en charge en soins palliatifs	207
3.4	Objectif général n° 4 : améliorer la prise en charge palliative dans le secteur médico-social et au domicile	208
4	Organisation de l'offre	209
4.1	Gradation des soins palliatifs	209
4.2	Missions de service public	209
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	209
4.4	Coopérations	210
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	210
5.1	Implantations	210
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	211
5.3	Accessibilité	211
5.3.1	Accessibilité géographique	211
5.3.2	Accessibilité financière	211
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	211
6	Indicateurs d'évaluation	212

/// Soins palliatifs

1 Champ et périmètre de l'activité

Les soins palliatifs, selon la définition OMS 2002, cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) précise que les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Ils peuvent être dispensés en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Les patients pouvant en bénéficier sont les patients atteints de maladie grave, chronique, « évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale », quel que soit l'âge du patient, ainsi que leur famille et leurs proches.

Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs lorsqu'un diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie. Il est donc important d'avoir un suivi régulier.

Les soins palliatifs incluent, par ailleurs, une dimension de formation et de soutien des professionnels et des bénévoles.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Mettre en place un réseau de soins palliatifs dans chacun des territoires de santé	2 départements sur 4 couverts par un réseau : Yonne et Nièvre
Renforcer le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	12 EMSP en fonctionnement
Identifier, dans chacun des territoires de santé, des lits dédiés à la prise en charge des soins palliatifs en médecine ou soins de suite et de réadaptation (SSR), en dehors de l'unité régionale de soins palliatifs (50 lits supplémentaires d'ici 2007)	160 lits identifiés en soins palliatifs pour 125 prévus
Renforcer l'unité régionale de soins palliatifs	Financement en T2A au cours de l'année 2010 suite à la transformation en unité de médecine
Mettre en place des formations spécifiques et organiser le recours à des spécialistes de la prise en charge de la douleur	À poursuivre via les EMSP
Inscription de la démarche palliative dans les CPOM et les projets d'établissement	Réalisée

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

/// Séjours/Patients pris en charge (référence : année 2009) :

Établissements sous T2A, à partir des GHS :

- **GHS 7994** : patients pris en charge dans une unité de soins palliatifs (USP)
 - CHU La Mirandière : 184
(22 séjours USP comptabilisés dans un établissement privé sans USP reconnue)
- **GHS 7993** : patients pris en charge dans un lit identifié de soins palliatifs (LISP)
 - 1589 séjours sur 30 établissements
- **GHS 7991 et 7992** : patients ayant bénéficié d'une prise en charge en unité d'hospitalisation de soins palliatifs de courte durée (hors LISP)
 - 378 séjours dans 26 établissements

Établissements non soumis à la T2A, CH ex HL et SSR disposant de LISP :

15 structures interrogées : 414 séjours

Le total des séjours en établissement T2A et hors T2A est de 2 600 séjours en soins palliatifs en 2009. Ce chiffre est à rapprocher des 17 200 décès survenus la même année en Bourgogne, tous lieux et circonstances confondus.

Les séjours réalisés en LISP dans les établissements des 6 sites pivots représentent 32 % des séjours en LISP.

13 établissements comptent annuellement, au plus, 10 séjours par LISP

12 en comptent entre 11 et 20

11 en comptent entre 21 et 30

Environ 13 % des séjours de soins palliatifs ont été réalisés dans des lits indifférenciés (GHS 7991 et 7992).

2.2.2 Caractéristiques territoriales

- Une région dorénavant bien pourvue en lits identifiés de soins palliatifs grâce aux efforts réalisés dans le cadre du SROS 2006-2011 :
 - 160 lits identifiés en soins palliatifs autorisés en Bourgogne en février 2011, répartis sur 47 établissements (moyenne de 3,4)
 - 10 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants en février 2011 (hors USP)
- Un dispositif d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) bien développé, dont l'intervention en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) reste à conforter :
 - 12 équipes mobiles de soins palliatifs au 1er février 2011
 - les EMSP n'interviennent que dans 40 % des EHPAD extra hospitaliers
- Un maillage imparfait de la région par les réseaux ou outils de coordination des soins
 - 2 territoires de santé, la Nièvre et l'Yonne, sont couverts par un réseau territorial (Emeraude, 58/Opale, 89)
 - la Saône-et-Loire et la Côte-d'Or ne sont couvertes que partiellement

De plus, des difficultés persistent en termes d'accès à des prises en charge spécialisées et d'accès à une USP (1 seule unité de soins palliatifs de 15 lits sur la région, située à Dijon).

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

La tendance actuelle est à une augmentation des prises en charge de soins palliatifs, eu égard aux lois sur les droits des patients et loi Léonetti.

Le déploiement des soins palliatifs doit prendre en compte notamment les besoins de prises en charge spécifiques (en pédiatrie, dans les EHPAD). De même la prise en charge en soins palliatifs en hospitalisation

de jour est encore peu développée en Bourgogne. Ce type de prise en charge est intéressant, par exemple pour ce qui concerne les bilans, ponctions, transfusions, etc. Il participe au maintien à domicile du patient.

Ce déploiement doit également s'accompagner d'une évaluation constante des pratiques professionnelles et de la qualité :

- établir des critères de qualité : pour l'exercice des soins palliatifs, en LISP ou lits indifférenciés, des minimums requis de qualité de prise en charge doivent être validés par les professionnels (critères de qualité vérifiés régulièrement) afin de garantir aux patients un bon accès aux soins palliatifs,
- développer l'utilisation de l'outil Mobiquat dans les EHPAD,
- organiser des journées d'échange régionales annuelles.

En dernier lieu, la recherche ainsi que la réflexion éthique sont encore à développer en Bourgogne.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Analyse quantitative de l'offre			
Territoires de santé	U S P	E M S P	L I S P
Côte-d'Or	1	3	52
Nièvre	0	2	17
Saône-et-Loire	0	4	58
Yonne	0	3	33
Bourgogne	1	12	160

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) médecine palliative, médecine de la douleur accueille 2 étudiants.

Il existe plusieurs terrains de stage (USP La Mirandière, Comité de lutte contre la douleur du CHU, centre de lutte contre le cancer G.F. Leclerc, Chalon/Saône, Nevers, Mâcon ; Sens et Auxerre sont en projet.)

Le réseau Emeraude 58 accueille médecins et paramédicaux en stage.

En ce qui concerne la formation continue : il existe une capacité douleur interrégionale, un diplôme inter-universitaires(DIU) de soins palliatifs Dijon/ Nancy qui évolue vers un DIU interrégional Dijon Besançon. Il y a une attente en formation-action pluridisciplinaire, intégrée à la pratique.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

/// Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

Avec 160 lits identifiés de soins palliatifs autorisés en 2011, la Bourgogne est considérée comme suffisamment pourvue. Un effort important de création des LISP a été réalisé au cours du SROS 2006-2011 afin de rééquilibrer le dispositif qui, jusque là, comportait un nombre important d'EMSP et un nombre discret de LISP.

Désormais, l'objectif ne devrait donc pas être de créer d'autres lits identifiés supplémentaires, mais de s'attacher, à nombre constant, à en assurer le bon fonctionnement.

On note une apparence de maillage important de chaque territoire de santé en lits identifiés, mais 25 établissements sur les 47 concernés disposent de moins de 3 lits reconnus, totalisant 40 lits sur les 160 lits reconnus sur l'ensemble de la région. Une attention devra être portée sur les établissements disposant d'un nombre limité de lits de soins palliatifs, souvent également de petits établissements de proximité, afin qu'ils puissent, dans un cadre organisé et gradué, remplir les conditions de la circulaire du 25 mars 2008.

Les professionnels recommandent d'implanter au moins 3 LISP par établissement. En effet, moins de trois lits ne permettent pas de dégager les moyens nécessaires à la mission qui leur est dévolue. Des réorganisations devront être conduites dans les territoires, autour de sites référents, cela à nombre constant de LISP, afin de

permettre un mode de fonctionnement sur cette base de 3 LISP. Il est souhaitable que ces réorganisations interviennent dans le délai d'un an à compter de l'approbation du schéma, en s'interrogeant sur le maintien des reconnaissances contractuelles qui seraient inférieures à 3 LISP.

/// Unités de Soins Palliatifs (USP)

Située à Dijon, l'USP actuellement autorisée en Bourgogne se trouve excentrée et de fait ne permet pas toujours un égal accès aux personnes (ni à leurs proches) présentant les situations les plus complexes et ne pouvant plus être suivies à domicile, en établissement médico-social ou dans leur service hospitalier d'origine et qui nécessitent une prise en charge telle que décrite au point 2-1 de la circulaire du 25 mars 2008.

Les professionnels souhaitent voir mise en place, pour les patients le requérant, une prise en charge de type USP de proximité, près de leur domicile, compte tenu de la précarité de leur état clinique et de l'importance de la place des proches. Plusieurs établissements affichant plus de 600 décès/an en MCO (seuil à partir duquel une USP peut être reconnue) pourraient être éligibles à cette implantation.

/// Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

Le nombre d'EMSP a fortement varié entre 2003 et 2011 (de 15 à 12). Sur la base du nombre d'équipes ci-dessus et de leur activité, la question de la couverture du territoire, et donc de leur nombre, doit être posée. Un certain nombre d'équipes sont encore fragiles (difficulté à mettre en adéquation leurs effectifs et leur activité) :

- le sud de la Nièvre (bassin de Decize) n'est pas couvert,
- le territoire de la Côte-d'Or n'est pas couvert en totalité : l'EMSP du CHU est centrée sur la réponse aux besoins du Grand Dijon et intervient peu sur les bassins d'Is-sur-Tille et d'Auxonne, qui ne sont donc pas couverts.

Les EMSP devront mettre en œuvre les dispositions de l'instruction du 15 juillet 2010 et contractualiser avec les EHPAD dans lesquels elles interviennent.

L'EMSP pédiatrique, implantée au CHU de Dijon, et qui aura une vocation de formation et d'appui pour les soins palliatifs et la lutte contre la douleur en pédiatrie pour l'ensemble de la région, est sur le point de débiter son activité (la circulaire du 8 décembre 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 prévoit l'implantation d'une équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques en Bourgogne).

/// Réseaux de soins palliatifs :

Les territoires de santé de la Nièvre et de l'Yonne sont couverts chacun par un réseau départemental : réseau Emeraude 58 et réseau Opale dans l'Yonne.

La Saône-et-Loire n'est couverte que partiellement par le réseau Pléiade (bassin du Chalonais).

De même en Côte-d'Or, n'intervient qu'un réseau porté par le groupement de professionnels du pays beau-nois (GPSPB), dont l'action est limitée au bassin de Beaune.

Au regard de l'existant, la couverture de ces 2 territoires de santé est à rechercher soit par l'extension des réseaux en place à la totalité du territoire, soit par la création d'autres réseaux.

L'évolution du nombre de réseaux de SP doit également s'inscrire dans le cadre de la politique régionale des réseaux.

En matière de coordination, une réflexion régionale doit être menée sur les outils de coordination, dont les réseaux ne sont qu'un aspect.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : améliorer l'accès des patients aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire

Les EMSP interviennent dans 40 % des EHPAD extra hospitaliers (89 sur 225 en Bourgogne).

Le nombre de 12 EMSP en Bourgogne paraît suffisant.

La couverture du territoire par des réseaux comportant la dimension soins palliatifs n'est pas réalisée.

La prise en charge en soins palliatifs en hospitalisation de jour reste encore très limitée.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Assurer la prise en charge des soins palliatifs, notamment en EHPAD et à domicile, sur les zones non couvertes (notamment Côte-d'Or et Saône-et-Loire), en développant les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs et/ou des réseaux	Signature des conventions EMSP-EHPAD (instruction du 15 juillet 2010)
Objectif spécifique n° 2 Développer le mode de prise en charge des soins palliatifs en hospitalisation de jour	Autorisations de médecine en hospitalisation de jour (cf. : activité médecine)
Objectif spécifique n° 3 Réviser la répartition des 160 LISP, après évaluation, en veillant à la mise en place de 3 LISP minimum par établissement reconnu	Élaboration d'une méthodologie d'évaluation
Objectif spécifique n° 4 Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le rôle des réseaux Renforcer l'intervention des EMSP Structurer au sein des territoires de santé la coopération entre l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge des patients en fin de vie

3.2 Objectif général n° 2 : améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour les patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes

En termes d'USP, l'objectif est d'installer un dispositif régional en reconnaissant, outre l'USP du CHU, des USP de proximité dans chaque territoire de santé non pourvu.

Le plan national de développement des soins palliatifs 2008-2012, dans son axe 1, prévoit l'implantation d'USP dans les établissements où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels en court séjour.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Augmenter le nombre d'unités de soins palliatifs (USP), au niveau des territoires de santé non pourvus, selon les critères du plan national	Reconnaissance d'USP de proximité, par avenant au CPOM, des établissements concernés
Objectif spécifique n° 2 Mettre en œuvre l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques au CHU de Dijon	<ul style="list-style-type: none"> Pourvoir le poste de pédiatre et définir ses modalités d'intervention Mettre en œuvre la circulaire DGOS/R1/2010/421 du 8 décembre 2010

3.3 Objectif général n° 3 : améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge en soins palliatifs

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Élaborer les pré-requis (compétences minimales, formation, conventions...) nécessaires à la mise en place d'une activité de soins palliatifs en établissements	Proposition d'un cahier des charges par le comité régional soins palliatifs

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 2 Mutualiser les moyens spécifiques de prise en charge entre acteurs des soins palliatifs	CHT, GCS
Objectif spécifique n° 3 Encourager la recherche et la réflexion éthique en Bourgogne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui sur l'Espace éthique interrégional de Bourgogne et Franche-Comté ▪ Echanges à organiser entre comités locaux d'éthique Bourgogne – Franche-Comté et Espace éthique
Objectif spécifique n° 4 Améliorer la connaissance de la culture palliative des professionnels de santé, libéraux et médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite de l'action des EMSP et/ou réseaux à dimension soins palliatifs ▪ Diffusion de l'outil Mobiquat ▪ Organisation par le comité régional soins palliatifs de journées régionales soins palliatifs ▪ Élaboration d'un annuaire régional des structures de soins palliatifs

3.4 Objectif général n° 4 : améliorer la prise en charge palliative dans le secteur médico-social et au domicile

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Favoriser le maintien des patients au sein des établissements médico-sociaux (ESMS), notamment pour éviter les hospitalisations en urgence ou injustifiées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la médicalisation des EHPAD ▪ Formation du personnel soignant ▪ Organisation de la filière d'aval ▪ Mise en place de partenariats entre ESMS, équipes mobiles de soins palliatifs et réseaux et hospitalisation à domicile ▪ Mutualisation de moyens pour l'organisation de permanences de nuit d'IDE
Objectif spécifique n° 2 Favoriser la participation des professionnels de santé au parcours de soins des patients en soins palliatifs	Participation aux réunions de concertation de professionnels dans le cadre d'un maintien à domicile (circulaire CNAMTS du 25 mars 2008)
Objectif spécifique n° 3 Développer la dimension sociale de la prise en charge des patients	Intégrer des travailleurs sociaux comme membres des réseaux
Objectif spécifique n° 4 Améliorer l'aide aux aidants	<p>Diffuser les informations relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ à l'allocation fin de vie (décret 2011-50 du 11 janvier 2011) ▪ au FNASS (Fonds National d'action Sanitaire et Social) pour le financement de vacations de garde-malades à domicile
Objectif spécifique n° 5 Suivre les résultats des expérimentations sur les maisons d'accompagnement	Une expérimentation (prévue jusqu'en 2012) est actuellement en cours sur 3 établissements au plan national ; au vu des conclusions de cette expérimentation, la Bourgogne pourra se positionner pour la mise en place d'un projet similaire

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins palliatifs

La gradation des prises en charge en soins palliatifs est décrite dans la circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Ce recours aux soins palliatifs s'organise en 3 niveaux :

- **niveau 1** : accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié,
- **niveau 2** : LISP : démarche palliative spécifique au sein de services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents,
- **niveau 3** : USP : recours et prise en charge des situations les plus complexes des fins de vie; dans la proposition ci-dessous, l'USP La Mirandière à Dijon reste la structure référente et de recours régionale

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Niveau 1	Les lits indifférenciés où sont réalisés des soins palliatifs ne sont pas soumis à reconnaissance			
Niveau 2 : LISP	160 LISP sur la région Révision du nombre de sites de reconnaissance LISP un an après l'approbation du SROS /PRS			
Niveau 3 : USP	1	1	2	1 à 2

4.2 Missions de service public

Sans objet

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Ce point est abordé au regard des réseaux et des équipes mobiles de soins palliatifs.

Dans le cadre de cette articulation, l'objectif est d'atteindre la couverture maximum du territoire régional, que cette couverture soit réalisée par l'intervention des réseaux et/ou des EMSP.

En Saône-et-Loire et en Côte-d'Or, la question devra être posée de faire évoluer les réseaux intervenant sur Chalon et Beaune vers des réseaux départementaux, ou bien d'envisager la création d'au moins un réseau comportant la dimension soins palliatifs dans chacun de ces territoires.

Les réseaux de soins palliatifs s'inscriront dans l'évolution générale des réseaux décrite dans la partie ambulatoire du SROS/PRS.

Dispositifs d'articulation	Territoires de santé			
	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Réseaux	Extension du GPSPB au territoire de la Côte-d'Or, ou création d'au moins 1 réseau supplémentaire pour couvrir ce territoire	Maintien du réseau Emeraude à vocation territoriale	Extension du réseau Pléiade à tout le territoire de la Saône-et-Loire, ou création d'au moins 1 réseau supplémentaire pour couvrir ce territoire	Maintien du réseau Opale à vocation territoriale
Signatures de conventions EMSP-EHPAD extrahospitaliers	66 EHPAD Les 3 EMSP interviennent sur 27 EHPAD	26 EHPAD Les 2 EMSP interviennent sur 4 EHPAD	70 EHPAD Les 4 EMSP interviennent sur 48 EHPAD	63 EHPAD Les 3 EMSP interviennent sur 10 EHPAD

4.4 Coopérations

La dimension soins palliatifs devra être intégrée dans toute réflexion concernant la mise en place de communautés hospitalières de territoires (CHT) ainsi que de groupements de coopération sanitaires (GCS) formalisant la coopération entre établissements. Elle devra être traitée dans le cadre des projets médicaux de CHT et/ou de GCS.

Les coopérations devront concerner les USP, les EMSP, les établissements disposant de LISP et les réseaux, les structures d'HAD, les SSIAD, les associations de bénévoles, les structures médico-sociales et/ou sociales dépendantes des collectivités territoriales.

Dispositifs de coopération	Territoires de santé			
	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
GCS	Coordonner la prise en charge en soins palliatifs au sein des établissements du GCS Nord Côte-d'Or	Prise en compte de la dimension soins palliatifs dans les GCS à mettre en place	Prise en compte de la dimension soins palliatifs dans les GCS à mettre en place	Coordonner la prise en charge en soins palliatifs au sein des établissements du GCS Sud Yonne Haut Nivernais
CHT	Prise en compte de la dimension soins palliatifs dans les CHT à mettre en place			

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

5.1 Implantations

/// Reconnaissance d'unités de soins palliatifs

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte-d'Or	1	1
Nièvre	0	1
Saône-et-Loire	0	2
Yonne	0	1 à 2
Bourgogne	1	5 à 6

/// Équipes mobiles de soins palliatifs

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte-d'Or	3	3
Nièvre	2	2
Saône-et-Loire	4	4
Yonne	3	3
Bourgogne	12	12

/// Reconnaissance de lits identifiés de soins palliatifs

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte-d'Or	15	Réorganisation du nombre de sites de reconnaissance LISP un an après l'approbation du SROS/ PRS
Nièvre	6	
Saône-et-Loire	14	
Yonne	12	
Bourgogne	47 pour 160 LISP	160 LISP

/// Réseaux

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS pour la couverture de chaque territoire
Côte-d'Or	1 non départemental	1 à 2
Nièvre	1 départemental	1
Saône-et-Loire	1 non départemental	1 à 2
Yonne	1 départemental	1
Bourgogne	4	4 à 6

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

Non concerné.

5.3.2 Accessibilité financière

Non concerné.

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

/// Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
<ul style="list-style-type: none"> 4 à 5 USP EMSP : 0 LISP : 0 0 à 2 réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> USP : non EMSP : non LISP : non Réseaux : non 	0 à 2 réseaux	–

/// Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte-d'Or	0 à 1 réseau	–	Transformation du GPSPB en réseau départemental, sinon création d'un réseau	Réorganisation/ regroupement LISP après évaluation
Nièvre	1 USP	–	–	Réorganisation/ regroupement LISP après évaluation
Saône-et-Loire	2 USP 0 à 1 réseau	–	Transformation du réseau Pléiade en réseau départemental, sinon création d'un réseau	Réorganisation/ regroupement LISP après évaluation
Yonne	1 à 2 USP	–	–	Réorganisation/ regroupement LISP après évaluation
Bourgogne		–	–	

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Soins palliatifs	Améliorer l'accès des patients aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire	% de cantons couverts par une équipe mobile de soins palliatifs ou par un réseau de soins palliatifs/territoire de santé	% en 2010	50 % en 2012 100 % en 2016
	Améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour les patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes	Nombre annuel de patients pris en charge par une USP et/ou l'EMSP pédiatrique	Séjours EMSP en 2010	2 à 3 x le nombre de personnes accueillies par l'USP la Mirandière (à valider avec le CRSP)
	Améliorer la prise en charge palliative dans le secteur médico-social et au domicile	Nombre de résidents d'EHPAD bénéficiant de l'intervention d'EMSP	Nombre 2010 (à obtenir auprès des professionnels de santé du CRSP)	Doublement à soumettre au CRSP)

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Soins palliatifs	Améliorer l'accès des patients aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire	Réalisation d'une évaluation des prises en charge en soins palliatifs en 2012
		% de structures de 3 LISP minimum/nombre de structures autorisées
	Améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour les patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes	Nombre de patients pris en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs pédiatriques
		Nombre d'USP créées
	Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge en soins palliatifs	Proposition par le comité régional soins palliatifs (CRSP) d'un cahier des charges pour la mise en place d'une activité de SP en établissement de santé
		Élaboration d'un annuaire régional des structures et moyens de prise en charge en SP
	Améliorer la prise en charge palliative dans le secteur médico-social et au domicile	Nombre de patients suivis en HAD pour des soins palliatifs
		Nombre de conventions de partenariat signées entre EHPAD et HAD (commun avec le SROMS) Nombre de conventions de partenariat signées entre EMSP et EHPAD



Soins de suite **et** de réadaptation

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Soins de suite et de réadaptation

1	Champ et périmètre de l'activité	215
2	Analyse des besoins et de l'offre	216
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	216
2.1.1	Les préconisations	216
2.1.2	Les autorisations/implantations	221
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	226
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	226
2.2.2	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	226
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	227
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	227
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	228
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	230
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	231
3.1	Objectif général n° 1 : agir sur la démographie des professionnels de santé en médecine physique et de réadaptation en garantissant une capacité de formation de ceux-ci en adéquation avec les besoins sur le terrain	231
3.2	Objectif général n° 2 : assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention.	231
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.	232
3.4	Objectif général n° 4 : améliorer la prise en charge au sein des SSR	232
4	Organisation de l'offre	233
4.1	Gradation des soins	233
4.2	Missions de service public	233
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	233
4.4	Coopérations	233
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	233
5.1	Implantations	233
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	234
5.3	Accessibilité	234
5.3.1	Accessibilité géographique	234
5.3.2	Accessibilité financière	234
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	234
6	Indicateurs d'évaluation	234

/// Soins de suite et de réadaptation

1 Champ et périmètre de l'activité

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

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

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

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

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

📌 Les grands principes de ces textes

- une admission directe
- une évaluation des besoins médicaux avant toute admission
- la mise en place de coordination territoriale de l'offre de soins en SSR (rapprochement fonctionnel du court séjour et du SSR, rôle d'animation du réseau), et de conventions (avec le court séjour, les soins de longue durée, les SSR, le médicosocial...)
- l'inscription dans les réseaux (notamment celui des urgences)
- une mission d'expertise et de recours des établissements autorisés en SSR avec mention (s) spécialisée (s) (auprès d'autres établissements de santé dont les SSR et les établissements médicosociaux)

📌 des conditions techniques générales

- une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins les compétences de médecin, d'infirmier, d'assistant de service social
- la désignation d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs
- la permanence médicale et paramédicale des soins avec un IDE présent 24 h/24 sur le site

📌 des conditions techniques par spécialité portant sur

- la qualification des médecins
- la composition de l'équipe pluridisciplinaire
- l'offre de prise en charge en termes de pratiques thérapeutiques proposées par l'établissement

📌 Les cas particuliers

/// Les prises en charge spécialisées non listées dans le décret

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

/// Les maisons d'enfants à caractère sanitaire

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

/// La psychiatrie

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

📌 La gestion du risque en matière de SSR

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

2.1.1 Les préconisations

📌 Générales

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

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

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

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

/// Dans le cadre de la coordination territoriale

Les propositions ci-dessous pourraient en relever :

- assurer la sensibilisation, l'information des prescripteurs sur la définition et le fonctionnement des SSR
- sensibiliser les patients au fonctionnement des SSR (notamment quant à la durée du séjour)

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

/// Dans le cadre du rôle d'expertise et de recours

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

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

/// Évaluation

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

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

✎ Les SSR adultes

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

Selon les données SAE 2007 qui correspondent à la production des établissements de SSR, 804 686 journées sont réalisées pour les 2 505 lits avec un taux d'occupation de 91 % et 30 819 venues pour les 81 places.

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

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

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

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

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

✎ Les cas particuliers non soumis à autorisation :

/// Les unités EVC/EPR

Elles ne font pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique au sens des décrets.

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

/// Les soins palliatifs

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

/// Basse vision/Laryngectomisés

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

/// Psychiatrie

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

✎ La prise en charge des enfants et des adolescents

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

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

✎ Les affections de l'appareil locomoteur

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

Il convient également :

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

✎ Les affections du système nerveux

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

Il convient également :

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

- d'améliorer le fonctionnement des réseaux de neurologie en intégrant notamment les acteurs de la filière d'aval (le médico-social) et en favorisant leur coordination voire leur fusion ;
- de favoriser l'ouverture de structures médico-sociales, notamment pour l'accueil de sujets jeunes lourdement handicapés.

👉 Les affections cardiovasculaires

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

Il convient de :

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

👉 Les affections respiratoires

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

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

Il convient de :

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

👉 Les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

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

Les implantations à vocation interterritoriales devraient assurer la prise en charge des nutritons entérales, parentérales de courte durée, des obésités sévères (IMC>35), des stomies, des patients diabétiques (pied diabétique)...

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

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

👉 L'oncohématologie

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

Ainsi, compte tenu du nombre de patients concernés, des moyens nécessaires et de la compétence médicale requise, il apparaît selon les professionnels contactés et/ou rencontrés qu'une implantation à vocation

interrégionale avec la Franche-Comté en lien avec les 2 CHU, serait la plus adaptée, surtout au regard des coopérations qui existent déjà entre les services d'hématologie des deux CHU et du principe de leur rapprochement. Ceci devrait faciliter le recrutement des praticiens qui pourraient partager leur temps entre cette structure et leur CHU de rattachement.

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

➤ La prise en charge des brûlés

La méthodologie utilisée pour extraire les données du PMSI est la même que celle retenue pour le SIOS Grand Est. Il convient de noter que plusieurs séjours peuvent correspondre à 1 patient.

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

➤ Les conduites addictives

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

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

➤ La prise en charge de la personne âgée

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

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

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

Il convient :

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

2.1.2 Les autorisations/implantations

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

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

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

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

Bilan des autorisations accordées en juillet 2010, par territoire de santé

/// Territoire de la Côte-d'Or

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

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

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		15	14	1
Mention				
Enfant/Ado	HC	1 A.Loc/NeuroSP 1 Digestif SP	CHU 0	0 1 sur le SP
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	3 SP	CHU, Divio, Les Rosiers	0
	HDJ	3 SP	CHU, Divio, Les Rosiers	0
Système nerveux	HC	2 SP	CHU, Divio	0
	HDJ	2 SP	CHU, Divio	0
Cardiovasculaire	HC	2 dont 1 SP	CHU, CHIC	0
	HDJ	2 dont 1 SP	Les Rosiers	1 en DH du SP
Respiratoire	HC	2 dont 1 SP	0	2 dont 1 SP
	HDJ	2 dont 1 SP	Les Rosiers	1 en DH du SP
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	1 SP	0	1 SP
	HDJ	0		0
Oncohématologie	HC	1 SP	0	1 SP
	HDJ	0	0	0

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Conduites addictives	HC	1	Le Renouveau	0
	HDJ	1	Le Renouveau	0
Personne âgée	HC	9 dont 3 SP	CH Beaune (2), CHIC, BJ, CCGF, HL Auxonne, HL Saulieu, CHU	1 en DH du SP
	HDJ	4 dont 2 SP	CHIC, BJ	2 dont 1 SP

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

DH : dehors

/// Territoire de la Nièvre

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

- **Sans mention** : CH de Decize, HL de Lormes, Polyclinique du Val de Loire à Nevers, Clinique du Morvan à Luzy,
- **Avec mention** : CH de Nevers, Le Réconfort à Saizy, CH Henri Dunant à la Charité-sur-Loire, CH de Cosne-sur-Loire, CH de Château-Chinon, Centre Médical La Venerie à Champlemy, CRF Pasori à Cosne-sur-Loire, MECS des Myosotis.

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		12	12	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	1	MECS Myosotis	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	2 dont 1 SP	CRF Pasori	1 sur le SP
	HDJ	2 dont 1 SP	CRF Pasori	1 sur le SP
Système nerveux	HC	1	CRF Pasori	0
	HDJ	2 dont 1 SP	CH Nevers, CRF Pasori	0
Cardiovasculaire	HC	0	0	0
	HDJ	1 SP	CH Nevers	0
Respiratoire	HC	0	0	0
	HDJ	1	CH Nevers	0
Digestif, métabolique, endocrino	HC	1	0	1
	HDJ	0	0	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Conduites addictives	HC	1	CM La Vénérerie	0
	HDJ	1	0	1
Personne âgée	HC	5 dont 1 SP	CH Nevers, CH H Dunant CH Cosne-sur-Loire CH Château-Chinon Le Réconfort	0
	HDJ	1	0	1

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

DH : dehors

/// Territoire de Saône-et-Loire :

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

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

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		23	23	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	4	Mardor, Dracy, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
	HDJ	3	Dracy, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
Système nerveux	HC	3	Mardor, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
	HDJ	3	Mardor, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
Cardiovasculaire	HC	1	Mardor, site de Couches	0
	HDJ	3 dont 2 SP	Mardor (Chalon et Montceau), CH Mâcon	0
Respiratoire	HC	1	Mardor, site de Couches	0
	HDJ	3 dont 2 SP	Mardor (Chalon et Montceau), CH Mâcon	0
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	1	Val de Seille	0
	HDJ	0	0	0

/// Soins de suite et de réadaptation ●●●●●

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Écart
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Personnes âgées	HC	12 dont 3 SP	CH Chalon, HL La Guiche, HL Louhans, Dracy, CH Mâcon, HL Cluny, CH Paray, CH Charolles	4 en DH du SP
	HDJ	4	CH Mâcon	3

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

DH : dehors

/// Territoire de l'Yonne :

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

- **Sans mention** : Ste Colombe à St Denis, HL R. Bonnion à Villeneuve-sur-Yonne, CH Avallon, Le Petit Pien à Monéteau, la Polyclinique Ste Marguerite à Auxerre
- **Avec mention** : Centre Armançon à Migennes, CH de Joigny, Croix Rouge Migennes, CH de Sens, CH Auxerre, CH Tonnerre

Activité		SROS	Autorisations données	Écart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		11	11	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	1	CH Tonnerre	0
	HDJ	1	CH Tonnerre	0
Système nerveux	HC	1	CH Tonnerre	0
	HDJ	1	CH Tonnerre	0
Cardiovasculaire	HC	1	CH Joigny	0
	HDJ	1	CH Joigny	0
Respiratoire	HC	1	CH Joigny	0
	HDJ	1	CH Joigny	0
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0

Activité		SROS	Autorisations données	Écart
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	1	Centre Armançon	0
	HDJ	1	Centre Armançon	0
Personnes âgées	HC	7 dont 2 SP	CH Joigny, Croix Rouge Migennes, CH Sens, CH Auxerre CH Tonnerre	2 en DH du SP
	HDJ	4	Croix Rouge Migennes CH Auxerre	2

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

DH : dehors

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

Bilan à l'issue de la procédure de 2010

✎ Autorisation de soins de suite et de réadaptation

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

✎ Mentions

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

/// Côte-d'Or

- Enfant/ado :** 1 implantation en hospitalisation complète en « Digestif » sur le site pivot, à vocation régionale
- Cardiovasculaire :** 1 implantation en hospitalisation de jour en dehors du site pivot
- Respiratoire :** 2 implantations en hospitalisation complète, dont 1 sur le site pivot
1 implantation en hospitalisation de jour en dehors du site pivot
- Digestif :** 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot, à vocation régionale
- Oncohématologie :** 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot, à vocation régionale
- Personne âgée :** 1 implantation en hospitalisation complète en dehors du site pivot
2 implantations en hospitalisation de jour, dont 1 sur le site pivot.

/// Nièvre

- Appareil Locomoteur :** 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot
1 implantation en hospitalisation de jour sur le site pivot
- Digestif :** 1 implantation en hospitalisation complète
- Conduites addictives :** 1 implantation en hospitalisation de jour
- Personne âgée :** 1 implantation en hospitalisation de jour.

/// Saône-et-Loire

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

/// Yonne

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

👉 **Restent également à installer :**

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Taux de recours SSR 2009, bruts et standardisés pour 10 000 habitants, tous modes d'hospitalisation

	Journées	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé
Côte-d'Or	255 362	4875,1	4771,7
Nièvre	164 076	7420,7	5493,2
Saône-et-Loire	306 956	5537,7	4566,5
Yonne	176 145	5126,7	4431
Bourgogne	902 539	5493,9	4728,3

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

La Nièvre a un taux supérieur à celui national.

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

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

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

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

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

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

Les taux de recours sont donnés toutes CMC (catégories majeures cliniques) confondues mais également par CMC. Les CMC ne recouvrant pas les mêmes définitions que les mentions fixées par le décret du 17 avril 2008

visé ci-dessus, la superposition de celles-ci ne peut se faire, il n'est donc pas possible d'identifier des besoins par mention à partir de l'étude de ces taux de recours.

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

/// Pour le PMSI MCO

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

/// Pour le PMSI SSR

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

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

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

	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés en SSR	Taux d'équipe- ment	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	Taux d'occupa- tion	Places	Venues
Côte-d'Or	517 168	866 (777+89*)	1,67	253 946	91,33	89	23 360
Nièvre	222 220	474 (454+20*)	2,13	149 364	91,78	20	7314
Saône-et- Loire	549 361	918 (893+25*)	1,67	292 430	90,08	25	5706
Yonne	340 088	487 (482+5*)	1,43	155 973	89,86	5	3615
Bourgogne	1 628 837	2 745 (2606+139*)	1,68	851 713	90,7	139	39 995

En gras : valeur supérieure à celle régionale

* : nombre de places installées

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

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

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 pour la France métropolitaine.

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

- 1.58 en Bourgogne
- 1.6 en France,

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

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

📌 Les professions médicales

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

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2008
Cardiologue							
* Nombre	54	15	39	27	135	6188	6272
* Densité	10,33	6,82	7,03	7,87	8,23	9,90	
* 55 ans et +	37 %	7 %	44 %	22 %	33 %	38 %	
Endocrinologue							
* Nombre	17	3	6	1	27	1564	1610
* Densité	3,25	1,36	1,08	0,29	1,65	2,50	
* 55 ans et +							
Gastroentérologue							
* Nombre	36	6	22	11	75	3389	
* Densité	6,88	2,73	3,97	3,21	4,57	5,42	
* 55 ans et +	33 %	67 %	41 %	64 %	43 %	33 %	
MPR							
* Nombre	15	7	4	1	27	1767	1931
* Densité	2,87	3,18	0,72	0,29	1,65	2,83	
* 55 ans et plus							
Neurologue							
* Nombre	24	1	11	6	42	1947	2418
* Densité	4,59	0,45	1,98	1,75	2,56	3,12	
* 55 ans et +							
Pédiatre *							
* Nombre	60	10	35	19	124	6948	7059
* Densité	59,1	25,76	33,06	27,31	39,26	54,03	
* 55 ans et +	35 %	20 %	43 %	26 %	35 %	40 %	

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2008
Pneumologue							
* Nombre	20	7	28	13	68	2680	2804
* Densité	3,82	3,18	5,05	3,79	4,14	4,29	
* 55 ans et +	40 %	43 %	43 %	46 %	43 %	36 %	

Pédiatre : densité pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans. MPR : médecine physique et de réadaptation

En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

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

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

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

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

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

Les professions paramédicales

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Infirmier							
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12 882	479 622	483 380
* Densité	878,63	777,02	744,36	713,77	785,14	767,72	785
Masseur-Kiné							
* Nombre	595	162	432	240	1429	68 923	62 602
* Densité	113,77	73,70	77,86	69,95	87,10	110,32	102
Orthophoniste							
* Nombre	139	52	98	56	345	19 247	17 135
* Densité	26,58	23,66	17,66	16,32	21,03	30,81	28

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Psychologue							
* Nombre	263	120	167	141	691	32 205	
* Densité	50,29	54,59	30,10	41,09	42,12	51,55	
Diététicien							
* Nombre	47	29	58	33	167	6643	
* Densité	8,99	13,19	10,45	9,62	10,18	10,63	
Psychomotricien							
* Nombre	65	32	36	35	168	7510	6540
* Densité	12,43	14,56	6,49	10,20	10,24	12,02	11

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

📌 Les réseaux

Certains établissements de SSR travaillent en collaboration avec des réseaux.

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

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

📌 La démographie des professionnels de santé

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

📌 La coordination entre les professionnels de santé

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

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

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

La connaissance des missions dévolues à un SSR et des structures médico-sociales

Une méconnaissance des missions dévolues à un SSR avec ou sans mention de la part des prescripteurs est soulignée, elle peut conduire à l'orientation du patient dans une structure de SSR qui ne répond pas forcément à ses besoins en termes de rééducation. Une information partagée sur le dispositif médico-social existant et un soutien de structures médico-sociales par des professionnels du SSR pourrait constituer un élément positif dans l'organisation de la filière de soins.

La qualité des informations médicales

La nature des informations médicales fournies par le prescripteur conditionne l'élaboration du projet thérapeutique rééducatif du patient et l'adéquation de l'établissement de SSR à ses besoins. Plus celles-ci seront exhaustives, plus l'orientation du patient dans une structure de SSR sera pertinente.

Les sujets jeunes lourdement handicapés

Il est noté la difficulté d'orienter ces patients à la sortie du SSR, dans des structures médico-sociales par manque de places dans celles-ci, compromettant ainsi la fluidité de la filière.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Intensifier l'effort sur la formation des médecins de MPR	<ul style="list-style-type: none"> Comité régional de l'ONDPS UFR médecine
Objectif spécifique n° 2 Maintenir le diplôme interuniversitaire en MPR	<ul style="list-style-type: none"> UFR médecine
Objectif spécifique n° 3 Étendre les terrains de stage au secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> Établissements concernés UFR/commission d'agrément

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

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

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

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

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

4.2 Missions de service public

Non concerné.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

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

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

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

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

4.4 Coopérations

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

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

5.1 Implantations

/// Autorisation de soins de suite et de réadaptation

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

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

The background features a series of overlapping yellow squares and rectangles, some with solid borders and others with dotted lines. On the left side, there are thick, flowing yellow lines that resemble stylized waves or a continuous path.

Soins de longue durée

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire

/// Soins de longue durée

1	Champ et périmètre	239
2	Analyse des besoins et de l'offre	239
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	239
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	239
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	239
2.2.2	Caractéristiques territoriales	240
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	240
2.2.4	Offre quantitative et territorialisée	240
2.2.5	Démographie des professionnels de santé	241
2.2.6	Analyse qualitative de l'offre	242
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	243
3.1	Objectif général n° 1 : réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité	243
3.2	Objectif général n° 2 : organiser l'accueil des populations spécifiques	243
3.3	Objectif général n° 3 : améliorer la qualité de la prise en charge	244
3.4	Objectif général n° 4 : fluidifier les filières de prise en charge sanitaire	244
4	Organisation de l'offre	244
4.1	Missions de service public	244
4.2	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	244
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	244
5.1	Implantations	244
5.2	Accessibilité	245
5.2.1	Accessibilité géographique	245
5.2.2	Accessibilité financière	245
6	Indicateurs d'évaluation	245

/// Soins de longue durée

1 Champ et périmètre

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou poly-pathologie, soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques mentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (examens de biologie, de radiologie, électrocardiogrammes...).

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

/// Les objectifs du SROS 2006-2011 étaient de :

- organiser un maillage harmonieux de la Bourgogne en apportant une réponse de proximité. Une filière gériatrique comprenant court séjour, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de consultation et d'hôpital de jour gériatrique, équipes mobiles gériatriques (EMG), permettant d'accéder à toutes les unités nécessaires à la prise en charge des personnes âgées doit être mise en place dans chaque territoire,
- assurer une prise en charge de qualité, pluridisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne, assistante sociale...)
- organiser les soins et accompagnements spécifiques pour des populations particulières : personnes de moins 60 ans (AVC, maladies neurologiques dégénératives...), personnes âgées malades psychiatriques....,
- renforcer les liens au sein de la filière, avec les établissements et les services médico-sociaux.

Suite à la partition prévue par la loi de financement de la sécurité sociale 2006, 17 USLD ont été reconnues, la partition s'est terminée au premier janvier 2011. La répartition par territoire est la suivante :

- 6 en Côte-d'Or
- 6 dans la Nièvre
- 3 dans la Saône-et-Loire
- 2 dans l'Yonne

Les centres référents en gériatrie disposent soit d'une USLD au sein de l'établissement de santé, soit d'une USLD implantée dans un établissement de la zone géographique.

Une étude a été réalisée pour élaborer le présent schéma (15 USLD sur les 17 interrogées ont répondu). Il ressort que les permanences infirmière et médicale sont assurées dans 14 établissements sur 15 ; parfois par mutualisation avec le personnel d'un autre service de l'établissement (SSR-court séjour) ou d'un autre établissement. L'accès à des personnels de rééducation, notamment les kinésithérapeutes, est difficile en raison du manque d'attractivité des postes salariés et de la rareté de ces professionnels, surtout dans les zones rurales.

L'organisation des soins et accompagnements spécifiques pour des populations particulières, personnes de moins de 60 ans et personnes âgées malades psychiatriques, est peu développée. 2 structures accueillent plus spécifiquement des personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques, 1 service est individualisé au CH de Mâcon pour l'accueil personnes de moins de 60 ans présentant des pathologies neurologiques

Des liens existent entre service médico-social et sanitaire, notamment lorsqu'ils sont situés dans le même établissement. Cependant le transfert s'avère plus difficile lorsqu'il existe une différence du reste à charge pour le résident.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Les coupes PATHOS réalisées en 2006-2007 sur les USLD autorisées et les ex-USLD, transformées en EHPAD avant cette période ont permis de quantifier approximativement les besoins en Bourgogne.

Cette estimation des besoins est faite à partir du nombre de personnes dont l'état de santé nécessite des soins médico-techniques importants (SMTI), auquel est ajouté le nombre de patients en fin de vie (M2).

Cette étude a montré que 591 personnes en USLD et 834 en ex-USLD, soit un total de 1425 étaient classées SMTI ou M2. La prise en compte de l'évolution de la population de plus de 75 ans de 2004 à 2010 a amené à proposer une capacité moyenne de 1510 lits d'USLD.

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Ces 1510 lits potentiels étaient répartis ainsi sur les départements de la Région :

Territoires de santé	Nombre de lits proposés
Côte-d'Or	380
Nièvre	270
Saône-et-Loire	550
Yonne	310
Bourgogne	1510

La partition prévue par l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2006 s'est terminée au premier janvier 2011 par la transformation en EHPAD des services de Semur-en-Auxois et Decize et le regroupement sur le site de Paray-le-Monial des USLD de Digoïn et Paray.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006 prévoyait la partition des USLD afin de les distinguer des EHPAD.

La partition a identifié 817 lits sur la Bourgogne, soit une capacité en lits inférieure de près de la moitié des lits initialement prévue dans le SROS.

La circulaire relative à la campagne budgétaire 2011 des établissements de santé prévoit la réalisation de coupes PATHOS dans les USLD redéfinies.

Depuis plusieurs années une augmentation de l'indicateur mesurant les besoins en soins des résidents accueillis en EHPAD est constatée. Sur les années 2008-2009-2010, le PATHOS moyen pondéré (PMP) est passé de 158 à 180. Devant l'augmentation de la lourdeur des soins, les directeurs de certains établissements demandent à pouvoir disposer d'une infirmière de nuit pour assurer une surveillance plus médicalisée. Le pourcentage de résidents nécessitant des soins médico-techniques importants atteint actuellement 10,3 % en EHPAD.

Le blocage de filière engendré par la difficulté à trouver des structures d'aval adaptées pour les personnes jeunes persiste.

Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.2.4 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Population de plus de 75 ans (INSEE 2009)	Capacité actuelle	Taux d'équipement pour 1000 personnes de + 75 ans
Côte-d'Or	44 684	192	4,29
Nièvre	27 976	270	9,65
Saône-et-Loire	61 538	255	4,14
Yonne	36 573	100	2,73
Bourgogne	170 711	817	4,78

La circulaire budgétaire 2011 des établissements sanitaires indique un taux d'équipement d'USLD moyen national de 6,4 pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Ce taux est de 4,8 pour 1000 en Bourgogne, il varie de façon importante entre les territoires. La Nièvre a un taux d'équipement supérieur au taux national. Les 3 autres territoires ont des taux très inférieurs, l'Yonne affiche un taux particulièrement faible.

Cette disparité est expliquée, en partie, par les établissements disposant d'USLD qui ont choisi de devenir EHPAD avant 2006 et qui, de ce fait, ont perdu l'autorisation d'USLD. Ces établissements, pour la plupart, continuent d'accueillir des résidents fragiles, relevant d'USLD.

2.2.5 Démographie des professionnels de santé

/// Les professions médicales

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

Médecin généraliste	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Nombre	910	285	738	453	2386	100 815
Densité	174,01	129,65	133,01	132,03	145,42	161,37
55 ans et +	33 %	45 %	38 %	44 %	38 %	37 %

La Bourgogne présente une densité de médecins généralistes inférieure à la densité nationale. Il existe une disparité entre les territoires. En effet la densité est plus importante dans la Côte-d'Or, les plus de 55 ans sont moins nombreux que France entière. Dans les trois autres territoires, la densité est inférieure à celle du niveau national, mais la part des plus de 55 ans est supérieure.

Pour la spécialité gériatrique, les données sont issues de l'Atlas régional de démographie médicale, 2010, édité par le conseil national de l'ordre des médecins.

Gériatres	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Nombre	13	5	11	3	36	970
Densité	2,48	2,26	1,98	0,87	2,19	1,55

La Bourgogne présente une densité de gériatres supérieure à la densité nationale. On note une disparité infra régionale : la densité est supérieure dans la Nièvre, la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire, et inférieure dans l'Yonne.

/// Les professions non médicales

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Infirmier							
Nombre	4 595	1 708	4 130	2 449	12 882	479 622	483 380
Densité	878,63	777,02	744,36	713,77	785,14	767,72	785
Masseur-Kiné							
Nombre	595	162	432	240	1 429	68 923	62 602
Densité	113,77	73,70	77,86	69,95	87,10	110,32	102

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Orthophoniste							
Nombre	139	52	98	56	345	19 247	17 135
Densité	26,58	23,66	17,66	16,32	21,03	30,81	28
Psychologue							
Nombre	263	120	167	141	691	32 205	
Densité	50,29	54,59	30,10	41,09	42,12	51,55	
Diététicien							
Nombre	47	29	58	33	167	6 643	
Densité	8,99	13,19	10,45	9,62	10,18	10,63	
Psychomotricien							
Nombre	65	32	36	35	168	7 510	6 540
Densité	12,43	14,56	6,49	10,20	10,24	12,02	11

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

Dans chaque territoire il est noté un déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales, où les professionnels de santé sont plus rares, ce qui pose de nombreux problèmes de recrutement pour les établissements (absence de médecin coordonnateur formé à la gériatrie, infirmières en nombre insuffisant, accès à la rééducation difficile voir impossible).

Concernant les masseurs kinésithérapeutes, l'activité salariée est moins attractive que l'activité libérale.

À cela s'ajoute une image peu valorisante de la gériatrie auprès des professionnels de santé les plus jeunes.

2.2.6 Analyse qualitative de l'offre

L'analyse qualitative de l'offre peut être appréhendée au niveau de la prise en charge médicale des patients et de l'accompagnement spécifique pour des populations particulières : personnes âgées de moins de 60 ans, malades psychiatriques et patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

📌 Prise en charge médicale

Les conditions techniques de fonctionnement sont précisées par l'arrêté du 12 mai 2006 et portent sur la continuité des soins et la surveillance des patients.

Les éléments tirés d'un questionnaire adressé aux établissements en juin 2011 montrent, au niveau des équipes soignantes, une situation très hétérogène pour ce qui concerne la présence de médecins gériatres. Dans la plupart des établissements, le nombre d'infirmiers présents est inférieur à l'effectif théorique en raison de la difficulté de recrutement et le temps d'intervention de kinésithérapeute extrêmement faible. La permanence médicale et infirmière est assurée mais souvent par mutualisation avec d'autres services.

Au niveau des équipements, l'ensemble des USLD, hormis un établissement, dispose de chambres équipées en fluides médicaux.

👉 Prise en charge des moins de 60 ans

Dans l'étude menée en 2006, la proportion des personnes de moins de 60 ans était évaluée à 4 % de la population accueillie. Lors de l'enquête 2011, la proportion de moins de 60 ans représentait 6,3 %.

Les possibilités de prendre en charge des patients de moins de 60 ans sont très variables d'un établissement à l'autre. En effet, le projet de vie est très différent selon l'âge (moins de 40 ans ou plus de 55 ans) et nécessite une formation des professionnels.

👉 Malades psychiatriques

Dans le SROS précédent, la problématique de la gérontopsychiatrie tendait à reconnaître au moins une unité de psycho-gériatrie SLD dans chaque centre référent en gériatrie.

Actuellement, seuls deux départements disposent d'un tel équipement : la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire.

👉 Malades Alzheimer

Les nouveaux dispositifs PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) et UHR (unités d'hébergement renforcées) sont pris en compte par les établissements et des projets ont été déposés mais actuellement aucune structure USLD (sauf Mâcon) ne dispose de structure adaptée pour ce type de patients.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n° 1 : réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité

Le bilan de l'existant montre une inégalité territoriale en matière d'implantation et de capacité avec des territoires qui ont seulement 2 ou 4 implantations. De plus l'offre est insuffisante dans l'Yonne et autour de l'agglomération dijonnaise où le nombre de places ne suffit pas et oblige les EHPAD à accueillir des résidents nécessitant une surveillance médicale et paramédicale continue correspondant à la définition des USLD alors qu'ils ne disposent pas toujours des moyens en personnel nécessaires.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Revoir la répartition des implantations au sein de la région en fonction des besoins	Coupes PATHOS réalisées au 2 ^e semestre 2011
Objectif spécifique n° 2 Permettre aux 9 centres référents de gériatrie de disposer de filières gériatriques complètes	Objectif à intégrer dans les projets de territoire et dans les projets des établissements concernés

3.2 Objectif général n° 2 : organiser l'accueil des populations spécifiques

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Créer par redéploiement une USLD pour les patients de moins de 60 ans par territoire de santé pour permettre une prise en charge adaptée des patients de moins de 60 ans (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires, psychiatrie....)	Proposition de spécialiser un site par département (projet médical spécifique, plateau technique adapté, accompagnement des personnels)
Objectif spécifique n° 2 Proposer une prise en charge spécifique des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiatriques chroniques.	Proposition de spécialiser un site par département
Objectif spécifique n° 3 Développer la prise en charge spécifique des patients atteints de maladie d'Alzheimer (via la création d'Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD)	Structures spécialisées UHR dans le cadre du plan Alzheimer

3.3 Objectif général n° 3 : améliorer la qualité de la prise en charge

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Assurer la continuité des soins médicaux en USLD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser les formations en gériatrie (personnels médicaux et soignants) ■ Organiser des coopérations avec les établissements psychiatriques pour les prises en charge spécifiques

3.4 Objectif général n° 4 : fluidifier les filières de prise en charge sanitaire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Favoriser au sein d'un établissement le transfert interne des patients ne relevant plus de la réanimation vers les services USLD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inciter à la mise en place de réunions pluridisciplinaires ■ Formation du personnel et soutien technique des services de court séjour
Objectif spécifique n° 2 Favoriser le transfert entre les USLD et les structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD) afin de permettre une prise en charge adéquate des patients	Inciter à la mise en place de réunions pluridisciplinaires et de coordination

4 Organisation de l'offre

4.1 Missions de service public

L'organisation de l'offre pourra être revue à la lumière des résultats des coupes PATHOS.

4.2 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Établir dans chaque département des modalités de concertation entre les USLD et le secteur médico-social. Des réunions par établissement, auxquelles participeront des services d'aval – EHPAD, SSIAD, aide à domicile, CLIC... –, sont à mettre en place dans les structures où ce dispositif n'existe pas.

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

5.1 Implantations

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte-d'Or	6	
Nièvre	6	
Saône-et-Loire	3	
Yonne	2	
Bourgogne	17	

Le nombre total d'implantations sera à déterminer en fonction des résultats de la coupe PATHOS 2011.

Lors du renouvellement des conventions tripartites, l'examen des conditions techniques de fonctionnement permettra de déterminer si les conditions de prise en charge en USLD sont respectées.

Des implantations spécialisées par département pour la prise en charge des moins de 60 ans, des pathologies psychiatriques et des patients Alzheimer constituent des valeurs cibles pour le SROS 2012.

5.2 Accessibilité

5.2.1 Accessibilité géographique

5.2.2 Accessibilité financière

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Soins de longue durée	Réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité	Nombre de centres référents de gériatrie disposant d'une filière gériatrique complète		9
	Organiser l'accueil des populations spécifiques	Nombre d'USLD spécialisées/territoire de santé		Au moins 1 /territoire de santé
	Améliorer la qualité de la prise en charge	% d'établissements disposant d'une USLD ayant inscrit dans leur plan de formation annuel, des actions de formation en gériatrie		
	Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire	% d'USLD réalisant des réunions de coordination avec les structures d'aval (EHPAD, SSIAD...)		

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Soins de longue durée	Réduire les inégalités territoriales en matière d'implantation et de capacité	Évolution du nombre d'USLD avant et après les coupes pathos/territoire de santé
		Évolution du nombre des lits avant et après les coupes pathos/territoire de santé
		Taux d'équipement SLD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans/territoire de santé
	Organiser l'accueil des populations spécifiques	Nombre d'USLD spécialisées pour l'accueil de patients de moins de 60 ans/territoire de santé
		Nombre d'unités de psychogériatrie SLD /territoire de santé
		Nombre de créations d'UHR dans les USLD /territoire de santé (commun avec le SROMS)
	Améliorer la qualité de la prise en charge	Mise en place d'un partenariat avec l'Université pour sensibiliser les étudiants à la gériatrie (commun avec le SROS volet ambulatoire)
		% d'établissements disposant d'une USLD ayant signé une convention de partenariat avec un établissement psychiatrique
	Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire	% d'USLD réalisant des réunions pluridisciplinaires avec les autres services du même établissement
		% d'USLD ayant du personnel médical et paramédical partagé avec d'autres services
		Taux de transfert de patients dans un EHPAD en provenance d'une USLD



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

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

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

1	Champ et périmètre de l'activité	249
2	Analyse des besoins et de l'offre	250
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	250
2.1.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	251
2.1.2	Caractéristiques territoriales.....	251
2.1.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	251
2.2	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	252
2.2.1	Offre quantitative et territorialisée	252
2.2.2	Démographie des professionnels de santé	252
2.2.3	Analyse qualitative de l'offre	252
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge.	253
3.1	Objectif général n° 1 : conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.....	253
3.2	Objectif général n° 2 : améliorer l'accès aux consultations de génétique	253
3.3	Objectif général n° 3 : renforcer quantitativement et qualitativement l'offre d'examens biologiques à visée génétique	253
3.4	Objectif général n° 4 : dynamiser la mutualisation des activités entre centres de génétique au sein de l'inter-région Est	254
4	Organisation de l'offre	254
4.1	Gradation des soins.....	254
4.2	Missions de service public.....	254
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	254
4.4	Coopérations.....	255
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	255
5.1	Implantations	255
5.2	Objectifs chiffrés d'activité.	255
5.3	Accessibilité	255
5.4	Créations/suppressions/transformations/regroupements	255
6	Indicateurs d'évaluation	255

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

1 Champ et périmètre de l'activité

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

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

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

La génétique constitutionnelle post-natale a pour objet :

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

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

Les orientations nationales portent donc sur trois objectifs principaux :

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

/// Types de patients concernés

➤ Patients atteints d'une maladie génétique :

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

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

➤ Patients porteurs de gènes de prédisposition au cancer :

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

➤ Patients amenés à recevoir certains traitements médicamenteux :

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

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

Il comprend le centre de référence « Maladies rares » sur le thème des anomalies du développement et syndromes malformatifs (CLAD-Est) qui associe 3 CHU du Grand Est : Nancy, Strasbourg et Reims.

Les consultations de génétique polyvalentes et d'oncogénétique se déroulent au CHU et au Centre de lutte contre le cancer (CLCC), ainsi que, depuis 2006, aux CH d'Auxerre et de Chalon en consultation avancée à raison d'une journée tous les 2 mois. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est ainsi de 1 mois (pour l'oncogénétique grâce aux 2 conseillers en génétique) à 4 mois. À ces consultations s'ajoutent les activités cliniques liées au centre de référence et aux centres de compétences maladies rares, ainsi que les consultations pluridisciplinaires du CHU.

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

Deux types d'analyse sont réalisés :

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

■ **des analyses de pointe avec la Comparative Genomic Hybridation-array**

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

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

Deux types d'analyses sont réalisés :

■ **des analyses de premier niveau**, de réalisation simple, parfois inscrites à la nomenclature ;

■ **des analyses de deuxième niveau**, très spécialisées et complexes : actes de diagnostic innovants avec l'implication d'un personnel très qualifié et un équipement de haute technologie.

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

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

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

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

2.1.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

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

2.1.2 Caractéristiques territoriales

/// Pour l'année 2010 :

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

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

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

2.1.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.2.1 Offre quantitative et territorialisée

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

- CH Chalon/Saône : 1 j tous les 2 mois
- CH Mâcon : 1 j tous les 2 mois
- CH Auxerre : 1 j tous les 2 mois
- CGFL : 3 demi-journées par semaine
- CHU : 4 j par semaine

À noter que Nevers bénéficie de 3 demi-journées par semaine de consultation de conseil génétique dans le cadre des activités de la maternité.

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

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

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

2.2.2 Démographie des professionnels de santé

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

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

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

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

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

2.2.3 Analyse qualitative de l'offre

/// Éléments favorables :

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

/// Éléments de fragilité :

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Pérenniser le fonctionnement de la plateforme génomique « CGH Array structurée » du CHU	Assurer le relais des crédits recherche par des crédits MIG pour faire face aux demandes d'examens évaluées à 200/an en l'état actuel des indications. Le financement de l'activité doit permettre le recrutement d'un ETP praticien, d'un ETP technicien et du matériel consommable nécessaire.
Objectif spécifique n° 2 Développer les examens de niveau 2 en biologie moléculaire, pour continuer de proposer l'expertise dans le domaine du centre de référence régional	Mutualiser les analyses de niveau 1 dans l'interrégion pour redéployer les activités vers des examens de niveau 2

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 3 Consolider en Bourgogne la réalisation des examens d'oncogénétique liés aux cancers sein-ovaire, autorisée au laboratoire de génétique moléculaire du Centre G.F. Leclerc	Dégager un financement pour cette activité
Objectif spécifique n° 4 Accompagner le développement de la pharmacogénétique	Formalisation de la coopération entre le CHU et le CGFL pour une répartition des tests de pharmacogénétique en relation avec les activités de chaque établissement, et ce dans le respect de l'agrément, par l'ABM, des praticiens en charge des analyses

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

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

4 Organisation de l'offre

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

4.1 Gradation des soins

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

4.2 Missions de service public

Activité non concernée.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

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

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

4.4 Coopérations

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

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

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

5.1 Implantations

Lieu et fréquence des consultations avancées :

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité.

Non concerné.

5.3 Accessibilité

Non concerné.

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
1	0	0	0

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

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales	Conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique	Existence d'une plateforme régionale d'orientation et d'information sur les maladies rares	0	1

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales	Améliorer l'accès aux consultations de génétique	Nombre d'implantations de consultations avancées par l'équipe du centre de génétique clinique	4	6
	Renforcer quantitativement et qualitativement l'offre d'exams biologiques à visée génétique	Taux de réalisation des exams de CGH Array		
	Dynamiser la mutualisation des activités entre centres de génétique au sein de l'interrégion Est	Existence d'un projet génétique de l'inter région Est		

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



Soins aux détenus

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Soins aux détenus

1	Champ et périmètre de l'activité	259
2	Analyse des besoins et de l'offre	260
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	260
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	264
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	264
2.2.2	Caractéristiques territoriales	264
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	265
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	265
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	265
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	265
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	267
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	267
3.1	Objectif général n° 1 : améliorer la prévention et la promotion de la santé	267
3.2	Objectif général n° 2 : assurer une prise en charge psychiatrique adaptée et diversifiée des détenus	268
3.3	Objectif général n° 3 : mieux définir le rôle du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire	269
3.4	Objectif général n° 4 : adapter l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus au nouveau programme immobilier des établissements pénitentiaires sur la région	269
4	Organisation de l'offre	269
4.1	Gradation des soins	269
4.2	Missions de service public	270
4.3	Articulation entre établissement de santé et établissement pénitentiaire	270
4.4	Coopérations	270
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	270
5.1	Implantations	270
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	271
5.3	Accessibilité	271
5.3.1	Accessibilité géographique	271
5.3.2	Accessibilité financière	271
5.4	Créations/suppressions/transmutations/regroupements	271
6	Indicateurs d'évaluation	271

/// Soins aux détenus

1 Champ et périmètre de l'activité

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

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

■ des UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

L'UCSA est rattachée à un service hospitalier de l'établissement de santé implanté à proximité de l'établissement pénitentiaire. L'établissement de santé est chargé, sur place :

- de dispenser les soins aux personnes détenues dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultation ou examen en milieu hospitalier
- d'assurer des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées (dont la psychiatrie)
- de coordonner les actions de dépistage
- d'élaborer un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.
- Il organise également la réponse médicale aux urgences. À ce titre, les établissements de santé de rattachement des UCSA disposent pour les soins de courte durée (< à 48 heures), de chambres sécurisées.

■ du SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

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

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

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie, un protocole complémentaire est signé dans les mêmes conditions, avec l'établissement de santé concerné.

Le protocole prévoit les modalités de concertation périodique entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé sur ses conditions d'application.

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

■ les UHSI, Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

Elles correspondent aux hospitalisations réalisées en dehors de l'urgence et de la très courte durée : UHSI de Paris pour la Nièvre et l'Yonne, UHSI de Lyon pour la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire.

■ les UHSA, Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées pour les hospitalisations avec ou sans consentement, implantation à vocation interrégionale : CHS Le Vinatier à Lyon pour le Sud de la Bourgogne (Côte-d'Or et Saône-et-Loire) qui accueille des patients depuis mai 2010, UHSA d'Orléans pour le Nord (Nièvre et Yonne) dont la date prévisible d'ouverture est arrêtée au 1er septembre 2012.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

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

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

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

Les locaux de l'UCSA, sont selon les rapports d'inspection (plan triennal 2006-2008), exigus ou inadaptés ou étroits pour 3 d'entre elles. Ils ne comportent pas de local pour le kiné (4/5), le bureau pour les psychologues est en dehors des locaux de l'UCSA (2/5).

L'aménagement d'une cellule permettant l'accueil d'une personne handicapée est noté dans 2 cas (il est partiel dans un, car il ne concerne que le quartier hommes).

🏠 Les projets immobiliers et de restructuration :

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

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

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

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

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

2 MIG sont identifiées, une pour les UCSA et une pour les chambres sécurisées, à hauteur de 3 715 966 euros en 2010.

Des moyens complémentaires ont été attribués pour la prise en charge des AICS (Auteurs d'infractions à caractère sexuel) (555 000,00 euros), soit un total de **4 270 966 euros en 2010**.

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

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

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

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

/// Les soins somatiques

■ Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

Elles sont rattachées à un service hospitalier :

- pôle des pathologies digestives endocriniennes et métaboliques du CHU (centre hospitalier universitaire) pour la MA de Dijon
- centre hospitalier (CH) de Nevers pour la MA de Nevers
- service des urgences du CH de Chalon/Saône pour le CD et la MA de Varennes-le-Grand
- service de médecine 1 du CH d'Auxerre pour le CD de Joux-la-Ville et service des urgences du CH d'Auxerre pour la MA d'Auxerre.

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

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

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

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

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

■ Les chambres sécurisées

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

Financement MIG 2010 : 182 400 €

/// Les soins en santé mentale

Ils sont réalisés au niveau :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

/// La prévention et la promotion de la santé

➤ L'éducation à la santé

118 971 euros ont été versés de 2007 à 2010 par le GRSP (Groupement régional de santé publique) puis par l'ARS pour des actions ciblées à l'attention de personnes détenues ou sous main de justice. Les deux tiers de ces actions (78 771 euros) ont porté sur les conduites addictives avec une prédominance de la thématique « alcool ».

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

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

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

➤ L'éducation thérapeutique

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

À Varennes-le-Grand : intervention d'une IDE du CDAG.

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

➤ La santé buccodentaire

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

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

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

➤ Les dépistages

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

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

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

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

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

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

➤ Les conduites addictives

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

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

Tous les établissements assurent un accès aux TSO (traitement de substitution aux opiacés), 202 patients sont sous méthadone et 206 sous buprénorphine haut dosage selon les rapports d'activité 2009 ; deux UCSA ont réalisé 32 traitements de substitution au tabac.

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

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

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

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

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

➤ La réduction des risques

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

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

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

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

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

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

➤ La prévention du risque suicidaire

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales (source : rapport d'activité 2009)			
	Consultations de médecine générale	Consultations dentaires	Dépistage VIH	Traitements substitutifs aux opiacés (méthadone et buprénorphine)
Côte-d'Or	3978	694	341	96
Nièvre	648	66	73	12
Saône-et-Loire	6626	1877	239	115
Yonne	5695	1318	280	185
Bourgogne	16 947	3955	933	408

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

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

En Bourgogne, la standardisation des rapports d'activité des UCSA a été mise en place en 2008. Pour les données ayant un taux de réponse de 100 %, on constate une augmentation des consultations de médecine générale (15 198/16 947) et une baisse des consultations dentaires (4028/3955), certainement à rapprocher des difficultés rencontrées par certaines UCSA à disposer de vacations de chirurgien dentiste.

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

Les besoins portent donc sur :

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

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

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

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

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

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

/// Les professions médicales

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

Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants sur la base des estimations de population 2009 de l'INSEE pour les médecins et 2008 pour les chirurgiens dentistes.

Pour les psychiatres, source ARS 2010 :

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Médecin généraliste						
* Nombre	910	285	738	453	2 386	100 815
* Densité	174,01	129,65	133,01	132,03	145,42	161,37
* 55 ans et +	33 %	45 %	38 %	44 %	38 %	37 %
Psychiatre						
* Nombre	99	25	76	54	254	13 654
* Densité	19	11,3	13,8	15,8	15,5	22
* 55 ans et +	40 %	43 %	43 %	46 %	43 %	36 %
Chirurgien dentiste						
Effectif	270,7	102,8	249,4	135,7	758,5	37 289*
Densité	51,9	46,6	45,0	39,6	46,3	60*
55 ans et +	37 %	42 %	41 %	48 %	41 %	

En gras : pour la densité valeur supérieure ou égale à celle nationale

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

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

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

Un effort de formation a été réalisé depuis l'année universitaire 2007-2008, avec 47 postes offerts à l'examen classant national pour la période de 2007 à 2011. Actuellement 49 internes sont en formation dans la spécialité psychiatrie dans la région.

📌 Les professions paramédicales

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

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

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Infirmier						
* Nombre	4 595	1 708	4 130	2 449	12 882	479 622
* Densité	878,63	777,02	744,36	713,77	785,14	767,72
Masseur-Kiné						
* Nombre	595	162	432	240	1 429	68 923
* Densité	113,77	73,70	77,86	69,95	87,10	110,32
Orthophoniste						
* Nombre	139	52	98	56	345	19 247
* Densité	26,58	23,66	17,66	16,32	21,03	30,81

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Psychologue						
* Nombre	263	120	167	141	691	32 205
* Densité	50,29	54,59	30,10	41,09	42,12	51,55
Diététicien						
* Nombre	47	29	58	33	167	6 643
* Densité	8,99	13,19	10,45	9,62	10,18	10,63
Psychomotricien						
* Nombre	65	32	36	35	168	7 510
* Densité	12,43	14,56	6,49	10,20	10,24	12,02

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

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

Des disparités infrarégionales sont notées :

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

Des difficultés sont notées dans la prise en charge des détenus, au regard de la situation défavorable de la démographie médicale, notamment des psychiatres, mais également des chirurgiens dentistes.

À noter que le temps insuffisant d'intervention de psychiatre était déjà relevé dans 3 des rapports d'inspection (plan triennal).

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

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

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

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Poursuivre le programme de formation sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire dans les établissements pénitentiaires à partir des formateurs régionaux ayant suivi la formation « Terra » afin d'améliorer la prévention du risque suicidaire	Réalisation du bilan du nombre de personnes formées, à former et du nombre de formateurs disponibles pour la région.
Objectif spécifique n° 2 Développer l'éducation à la santé au niveau des établissements pénitentiaires de la région et engager une réflexion sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place d'un groupe de travail régional associant notamment les personnels des UCSA, de l'administration pénitentiaire, des associations, des membres de l'ARS. Ce groupe aurait pour mission de recenser les besoins des UCSA, de définir des programmes, ainsi que leurs modalités de mise en œuvre, en lien notamment avec des promoteurs du secteur associatif qui pourraient en assurer la déclinaison au sein de l'établissement pénitentiaire ■ Intégrer la réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique dans le cadre du groupe de travail régional
Objectif spécifique n° 3 Améliorer l'hygiène et les soins buccodentaires en établissement pénitentiaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmenter les vacations de chirurgien dentiste, d'assistants ■ En ce qui concerne le statut des assistants dentaires dans le public, un projet de loi est à l'étude
Objectif spécifique n° 4 Garantir aux détenus l'accès au dispositif de droit commun de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer le rendu des résultats (modalités, délais) ■ Étudier la mise en place de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH
Objectif spécifique n° 5 Optimiser la dispensation des traitements substitutifs aux opiacés (TSO)	Assurer la confidentialité lors de la dispensation de la méthadone au niveau de l'EP de Varennes-le-Grand
Objectif spécifique n° 6 Inciter au recours à la télémedecine	Développer la télémedecine, notamment dans le cadre des consultations préanesthésiques, en lien avec le Programme régional de Télémedecine

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

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

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Définir le périmètre des missions régionales du CSAPA	
Objectif spécifique n° 2 Améliorer la coordination entre les différents intervenants en détention et pour préparer la sortie	Désignation d'un CSAPA référent avec un mi-temps de travailleur social

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Maintenir les cinq implantations d'UCSA existantes	En termes d'implantation, maintien des 5 UCSA (avec ouverture éventuellement d'une antenne sur Dijon)
Objectif spécifique n° 2 Assurer un suivi de l'impact de l'ouverture de deux quartiers « nouveau concept » à Dijon et Varennes-le-Grand, sur les modalités de prise en charge des détenus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi du projet immobilier (lieux, modalités d'organisation...) et mesure de l'impact sur les MIG ■ Pour Varennes-le-Grand, dans le cadre de l'ouverture du quartier nouveau concept, étudier la possibilité d'aménager les locaux de la semi-liberté pour l'UCSA.
Objectif spécifique n° 3 Assurer un suivi de l'impact du projet de reconstruction de la maison d'arrêt de Dijon sur les modalités de prise en charge des détenus	Suivi du projet immobilier (lieux, modalités d'organisation...) et mesure de l'impact sur les MIG

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

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

Ainsi, dans le domaine des soins somatiques :

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

Pour ce qui concerne les soins psychiatriques :

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

4.2 Missions de service public

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

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

Les 4 centres hospitaliers de rattachement des 5 UCSA sont :

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

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

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

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

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

4.3 Articulation entre établissement de santé et établissement pénitentiaire

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

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie, un protocole complémentaire est signé dans les mêmes conditions, avec l'établissement de santé concerné.

Le protocole prévoit les modalités de concertation périodique entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé sur ses conditions d'application.

4.4 Coopérations

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

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

5.1 Implantations

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

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

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

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

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

5.3.2 Accessibilité financière

Non concerné

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

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

6 Indicateurs d'évaluation

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

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



Biologie

Projet Régional de Santé **2012**
2016

Sommaire . . .

/// Biologie

1	Champ et périmètre de la biologie	275
2	Analyse des besoins et de l'offre	275
2.1	Présentation du bilan de la politique régionale	275
2.2	Principales caractéristiques de la consommation de soins	275
2.2.1	Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins	275
2.2.2	Caractéristiques territoriales	276
2.2.3	Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins	276
2.3	Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie	277
2.3.1	Offre quantitative et territorialisée	277
2.3.2	Démographie des professionnels de santé	277
2.3.3	Analyse qualitative de l'offre	279
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	279
3.1	Objectif général n° 1 : accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale liée aux nouvelles règles d'accréditation des laboratoires	279
3.2	Objectif général n° 2 : préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale	280
3.3	Objectif général n° 3 : organiser la possibilité de réaliser à tout moment des examens en urgence	281
4	Organisation de l'offre	281
4.1	Gradation des soins	281
4.2	Missions de service public	282
4.3	Articulation ville – établissement de santé – médico-social	283
4.4	Coopérations	283
5	Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins	284
5.1	Implantations	284
5.2	Objectifs chiffrés d'activité	286
5.3	Accessibilité	287
5.4	Créations/suppressions/transformations/regroupements	287
6	Indicateurs d'évaluation	287
6.1	Dispositif d'évaluation	287
6.1.1	Une évaluation intermédiaire est proposée en 2013	287
6.1.2	Une évaluation finale en 2016	288
6.2	Suivi des impacts de la mise en œuvre du schéma	288
6.3	Suivi de la mise en œuvre du schéma	288

/// Biologie

1 Champ et périmètre de la biologie

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

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

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

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

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

L'implantation des laboratoires résultait ainsi :



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

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

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

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

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

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

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

2.2.2 Caractéristiques territoriales

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

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

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

Concernant la Côte-d'Or, la présence du CHU (avec un recrutement dépassant largement les limites du territoire), impacte très fortement la consommation d'actes de biologie médicale hospitalière. En effet, celle-ci est plus de deux fois supérieure (9,4) à la moyenne de celle de l'ensemble des trois autres départements (4,0).

Le nombre important de sites de laboratoires sur l'agglomération dijonnaise pourrait être à l'origine d'une consommation d'actes de biologie libérale plus élevée que dans les autres départements (de l'ordre de 2 actes/habitant/an). Ainsi, une offre plus large en Côte-d'Or engendre *a priori* une consommation plus élevée d'actes de biologie.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

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

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

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

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

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

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Analyse quantitative de l'offre				
Territoires de santé	Nombre de sites de biologie privés	Densité sites biologie privés/100 000 hab.	Nombre de sites laboratoires publics	Densité ensemble sites biologie/100 000 hab.
Côte-d'Or	39	7,5	6	8,7
Nièvre	8	3,6	3	5,0
Saône-et-Loire	28	5,1	4	5,8
Yonne	13	3,8	4	5,0
Total sur la Bourgogne	88	5,4	17	6,4

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

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

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

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

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

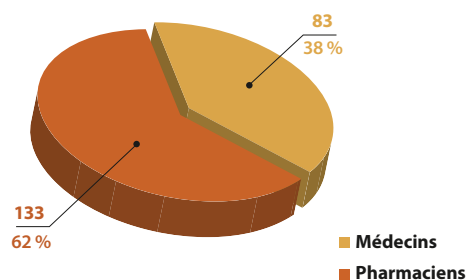
Une représentation cartographique (*située ci-après dans le paragraphe 5.1 implantations*) montre que tous les bassins de vie comptant au moins 10 000 habitants comportent un site de biologie médicale ouvert au public, quel qu'en soit le statut (privé ou public), à l'exception de celui de Toucy (89).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

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

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

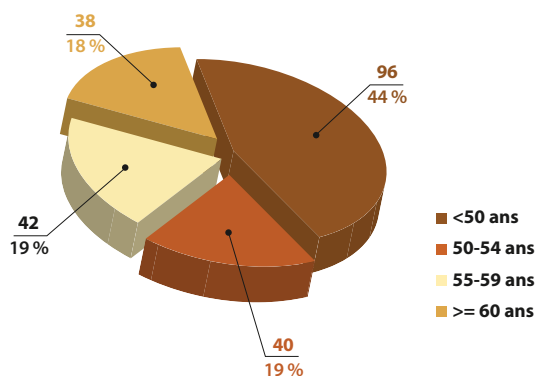
/// Répartition des âges des biologistes (février 2011)

Répartition médecins / pharmaciens



Répartition des âges

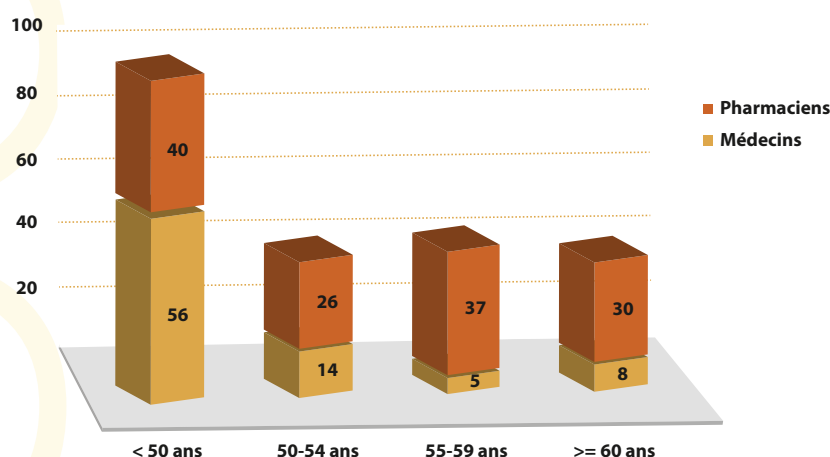
Moyenne : 50 ans



Répartition des âges par diplôme

Moyenne médecins : 47 ans

Moyenne pharmaciens : 53 ans



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

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

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

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

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

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
■ Accréditation	6 % des laboratoires de la région sont partiellement accrédités
■ Structure des laboratoires	21 % des laboratoires privés de la région sont exploités de façon indépendante, sans capitaux extérieurs, ni association
■ Coopération hospitalière	Les laboratoires hospitaliers fonctionnent essentiellement de façon indépendante
■ Recours à la biologie spécialisée	Le CHU assure un rôle de référent pour certains actes spécialisés Un recours hors région est possible et fréquent
■ Réseaux	Absence de réseau régional formalisé en matière de biologie médicale

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

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

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

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

Le CHU de Dijon est également un centre national de référence pour les virus entériques. Son unité de virologie participe d'une part, au réseau des GROG Bourgogne (Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe) pour les diagnostics individuels et d'autre part, au réseau des GROG gériatologiques grand-Est. Une permanence des soins est assurée pour chacune des 7 unités spécialisées du CHU (bactériologie, parasitologie-mycologie, virologie-sérologie, biochimie, immunologie, hématologie et pharmacotoxicologie). Par ailleurs, le CHU de Dijon a entrepris un travail collaboratif avec le CHU de Besançon concernant des techniques innovantes et coûteuses.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

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

- preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation au plus tard le 1^{er} novembre 2013,
- accréditation complète du laboratoire au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 Veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient entrés dans la démarche d'accréditation à l'échéance réglementaire	Lien ARS/Comité Français d'Accréditation (COFRAC) à construire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 2 Soutenir et favoriser le développement des coopérations hospitalières ou entre les laboratoires hospitaliers et le secteur libéral, pour ceux qui ne seraient pas en capacité d'obtenir une accréditation	
Objectif spécifique n° 3 Anticiper l'organisation de la prise en charge de la biologie médicale des établissements de santé dont le laboratoire ne sera pas accrédité	Traitement des données COFRAC et des données des déclarations annuelles d'activité des laboratoires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La prise en charge des patients accueillis dans les services d'urgence nécessite notamment l'accès à des résultats de biologie médicale comme outil de diagnostic. Les révisions apportées à l'organisation de la médecine d'urgence dans le cadre de ce schéma hospitalier déterminent directement l'organisation des urgences de biologie médicale.

Les obligations réglementaires en matière de biologie hospitalière n'imposent pas d'avoir un laboratoire au sein d'un établissement de santé (sauf en cas d'activité de réanimation et d'USIC). Lorsque l'établissement est autorisé pour une activité de médecine d'urgence (SMUR, SMU), l'article R.6123-6 exige un accès à la biologie médicale en son sein ou par convention avec un laboratoire de ville.

En outre, l'article D.6124-24 prévoit que l'établissement de santé organise l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences, aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale. Il ajoute que les résultats de biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie, hémostase et gaz du sang, et leur interprétation doivent être transmis dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Il convient à cet effet de souligner que le délai communément admis pour le transport d'un échantillon biologique est de 30 min maximum et que le délai entre le prélèvement de l'échantillon et le rendu du résultat de l'analyse ne doit pas excéder une heure.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n° 1 S'assurer d'une offre de biologie médicale adaptée, à proximité des services d'urgences : accréditation du laboratoire réalisant déjà ces examens ou prise en charge par un laboratoire de proximité accrédité	Respect des articles R.6123-6 et D.6124-24 du code de la santé publique

4 Organisation de l'offre

La biologie médicale fait désormais partie intégrante de l'offre de soins dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Le directeur de l'ARS a la possibilité d'appliquer les règles prudentielles (éditées par l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale) comme facteur de régulation de l'implantation des laboratoires (hospitaliers et libéraux), aussi bien en nombre qu'en diversité. Dans ce cadre, il dispose d'un pouvoir d'opposition à l'ouverture, à la fusion ou à l'acquisition concernant les laboratoires ne respectant pas ces règles.

4.1 Gradation des soins

1^{er} niveau : en matière de biologie, l'offre de 1^{er} niveau correspond à l'offre de 1^{er} recours et à l'offre de proximité assurées tant par les laboratoires de ville que par les laboratoires hospitaliers, qu'il s'agisse de patients ambulatoires ou hospitalisés.

Cette biologie représente le plus grand nombre des laboratoires et elle sera soumise à d'importantes réorganisations. En effet, les laboratoires d'activité modérée n'auront pas tous les moyens humains ni matériels de relever seuls le défi de l'accréditation obligatoire.

L'objectif indicatif est que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants conserve au moins un site de laboratoire ouvert au public, accrédité.

La norme NF EN ISO 15189 prévoit que le délai d'obtention des résultats d'examens doit être en adéquation avec les besoins cliniques. L'accréditation obligatoire garantira un rendu de résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art (capacité analytique suffisamment proche).

2^e niveau : les établissements de santé accueillant des patients dans leur structure d'urgence ont l'obligation d'organiser l'accès en permanence et sans délai aux analyses de biologie médicale. Les exigences relatives au traitement des urgences dans ces établissements sont telles qu'elles imposent le maintien et l'accréditation du laboratoire hospitalier de chacun d'entre eux.

A minima, les laboratoires des établissements de santé suivants : CHU à Dijon, CH de Nevers, Chalon, Mâcon, Auxerre et Sens doivent donc être maintenus et accrédités.

3^e niveau : en matière de biologie, ce niveau concerne l'accès à des plateaux techniques régionaux réalisant des actes très spécialisés ou rares (ex : identification du virus de la grippe H1N1 au CHU, culture et identification de mycobactéries en niveau de confinement L3 au CHU et notamment à Nevers et Sens...) au service d'un territoire de santé ou de la région, accessible en permanence grâce aux astreintes.

Un recensement de l'existant doit être réalisé au niveau régional et conduire à l'élaboration d'un répertoire des ressources. Une réorientation des examens actuellement transmis à des laboratoires de 4^e niveau doit être favorisée lorsque la ressource est présente ou peut être développée au niveau régional.

4^e niveau : en matière de biologie, ce niveau concerne les laboratoires de référence nationaux (le CHU de Dijon étant centre national de référence pour les virus entériques) et les laboratoires spécialisés (Biomnis, Cerba...).

L'offre de soins en biologie bourguignonne inclut également le recours régulier à cette offre de biologie supra régionale très spécifique et demeurant indispensable.

4.2 Missions de service public

Au regard de l'article L. 6212-3 du code de la santé publique, les laboratoires participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé.

La permanence de l'offre de biologie médicale est assurée tant par les laboratoires hospitaliers que par les laboratoires libéraux réalisant les examens des établissements de santé pourvus d'un service d'accueil d'urgence.



Il ne paraît pas justifié d'établir un système généralisé de permanence de l'offre de biologie auquel participeraient tous les laboratoires de la région. En la matière, les besoins peuvent être définis comme la satisfaction des exigences réelles des établissements de santé en permanence des soins.

Aussi, la permanence des soins en biologie doit être en cohérence avec le volet permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) du SROS.

Concernant la médecine d'urgence, les établissements de santé autorisés pour

cette activité doivent assurer un accès en permanence et sans délai aux analyses de biologie médicale. S'ils ne disposent pas d'un accès à la biologie médicale en leur sein, ils doivent établir une convention avec un laboratoire de ville en mesure de répondre à l'urgence 24 h/24.

Une proximité des locaux est alors exigée pour les examens urgents, le transport ne devant pas excéder 30 minutes avec un rendu de résultat en une heure.

Ces délais constituent un facteur limitant les possibilités de coopérations entre établissements de santé au regard des distances à parcourir.

En matière de biologie, le CHU assure une mission de santé publique en tant que recours régional pour la réalisation d'examens particuliers dans le cadre de certaines situations sanitaires telles les épidémies (grippe H1N1, *Escherichia coli* productrices de shigatoxines, PCR coqueluche, PCR pneumocoque...).

Le CHU de Dijon est également un centre national de référence pour les virus entériques. Son unité de virologie participe d'une part, au réseau des GROG Bourgogne (Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe) pour les diagnostics individuels et d'autre part, au réseau des GROG gériatologiques grand-Est.

Une permanence des soins est assurée pour chacune des 7 unités spécialisées du CHU (bactériologie, parasitologie-mycologie, virologie-sérologie, biochimie, immunologie, hématologie et pharmaco-toxicologie).

En matière transfusionnelle, les activités d'immuno-hématologie doivent être réalisées à proximité immédiate des lieux de délivrance des produits sanguins labiles et dans des délais compatibles avec l'état de santé des patients.

Il conviendra d'analyser l'impact de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie sur les relations entre l'EFS et les établissements de santé, en termes d'offre et d'organisation territoriale, notamment dans le cadre de l'élaboration du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Par ailleurs, pour les établissements de santé, le dispositif de transmission des examens (*a priori* limité à 15 %) peut être de nature à remettre en cause la répartition actuelle des activités d'immuno-hématologie et transfusionnelle entre les établissements de santé et l'EFS.

De même, la recherche par l'Établissement Français du Sang (EFS) d'un lien fort entre la réalisation des analyses d'immuno-hématologie et les activités de délivrance de produits sanguins labiles est susceptible de remettre en cause certaines organisations actuelles d'établissements de santé dans la région, dans lesquels l'EFS n'assure pas ces deux activités (exemple du CH de Mâcon où l'EFS ne réalise pas les analyses d'immuno-hématologie mais effectue la délivrance des produits sanguins labiles).

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Les établissements de santé ne disposant pas de laboratoire (cliniques et hôpitaux) ont recours majoritairement à un laboratoire libéral pour leurs besoins en biologie médicale.

Les restructurations entraînées par la réforme de la biologie et les exigences de qualité imposées par l'accréditation vont avoir des répercussions, échelonnées dans le temps, sur l'activité, voire la pérennité de certains sites de laboratoires.

Cette réorganisation, dont le détail et l'ampleur ne sont pas prévisibles actuellement, nécessitera une révision du présent volet biologie du SROS.

Un des facteurs impactant cette réorganisation sera l'organisation des urgences prévue au présent schéma car le coût de maintien d'une réponse biologique 24 h/24 à l'urgence peut être trop élevé et incompatible, pour certains laboratoires libéraux, avec leurs objectifs économiques.

Cette problématique est exacerbée dans certaines zones rurales où la ressource en personnel qualifié est plus rare.

Le problème se pose en pratique pour le centre hospitalier de Clamecy. Dans l'unique laboratoire libéral du secteur, la difficulté du maintien d'un effectif polyvalent et compétent au niveau requis, associée à une rentabilité pénalisée par les impératifs d'une réponse à l'urgence, peut remettre en cause la réalisation des examens de nuit. Cette remise en cause impacterait alors, par voie de conséquence, l'amplitude horaire de l'accueil d'urgence du centre hospitalier.

4.4 Coopérations

En matière de biologie, les différentes formes de coopérations envisageables sont :

- le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens, destiné à exploiter un laboratoire multi-sites,
- le contrat de coopération, destiné à une mutualisation de moyens pour la réalisation d'examens de biologie déterminés. Il n'est possible qu'entre deux laboratoires et est limité par le plafond des 15 % de transmission,
- le laboratoire multi-sites qui est une formule de coopération moins contraignante.

Si les coopérations inter-hospitalières doivent être privilégiées, il ne faut pas négliger les possibilités de coopérations entre laboratoires hospitaliers et secteur libéral, d'autant que le facteur « proximité géographique » est important pour un rendu des examens urgents dans des délais compatibles avec les besoins des patients. En cas d'impossibilité de coopération entraînant alors un transfert total de l'activité de biologie, le choix du laboratoire exécutant doit également prendre en compte ce facteur proximité.

D'une manière générale, les principaux facteurs limitant à prendre en compte pour toute restructuration sont :

- la durée de transport pour les examens urgents, qui ne devrait pas excéder 30 minutes avec un rendu de résultat en une heure,
- l'instauration d'une logistique avec des coûts nouveaux pour le transport des échantillons biologiques inter-établissements. Actuellement, ces transports sont limités et assurés à titre gracieux par des laboratoires de 4^e niveau ayant leur propre logistique,
- l'obligation d'accréditation de l'ensemble des sites secondaires sous responsabilité du site principal d'un laboratoire multi-sites, le risque étant la pénalisation du site principal en cas de défaillance d'un site secondaire,
- la définition du périmètre minimal d'activité de la biologie dans les sites secondaires au regard des activités de soins autorisées sur ces sites,
- le coût unitaire élevé, l'obligation spécifique d'accréditation et la gamme actuellement restreinte des examens réalisables par la biologie délocalisée (réservée aux examens d'urgence). Ce dernier point concerne également l'activité des laboratoires hors situation de coopération.

Actuellement, il n'y a aucun projet abouti, des discussions sont en cours sans qu'aucune forme de coopération n'ait encore été déterminée.

5 Objectifs quantifiés/de répartition de l'offre de soins

5.1 Implantations

L'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale limite l'implantation des sites d'un même laboratoire. Ainsi, les sites du laboratoire sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre d'examen de biologie médicale.

En Bourgogne, la consommation d'actes de biologie est comparable à la moyenne nationale n'indiquant pas l'existence d'une sous-consommation liée à d'éventuelles difficultés d'accès.

L'implantation géographique des laboratoires de la Bourgogne montre qu'il existe un site de laboratoire de biologie médicale ouvert au public par bassin de vie de plus de 10 000 habitants (à l'exception de celui de Toucy dans l'Yonne).

Le maillage territorial des sites de laboratoires ouverts au public est donc satisfaisant ; néanmoins, une « zone blanche » relative apparaît à l'Ouest de l'Yonne (Toucy, Saint-Fargeau, Champignelles, Charny, Aillant-sur-Tholon) pour laquelle le temps d'accès à un site de laboratoire demeure inférieur à 45 minutes.

Dans ce secteur, ainsi que dans les bassins de vie de moins de 10 000 habitants ne disposant pas d'un site de laboratoire, la continuité de l'offre de biologie médicale est assurée d'une part, par le maintien de la réalisation de prélèvements d'échantillons biologiques notamment au domicile des patients par des professionnels de santé habilités (infirmiers, médecins...) et d'autre part, par l'accès possible de la population aux sites des laboratoires implantés dans les territoires limitrophes de la Bourgogne (cf. carte ci-contre).

L'objectif indicatif en matière de répartition de l'offre est que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants conserve au moins un site de laboratoire ouvert au public et accrédité.

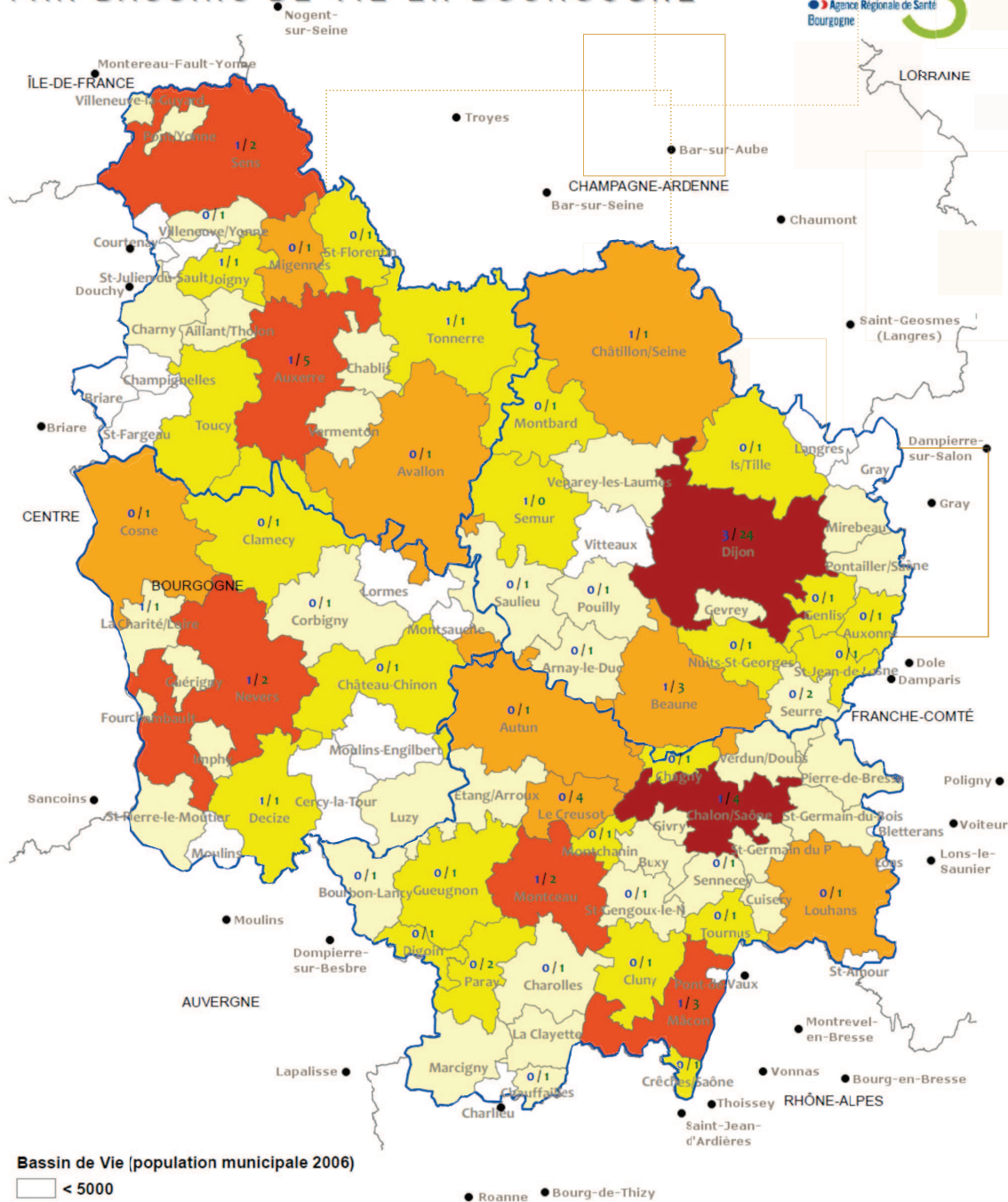
Le bassin de vie de Semur (+ de 10 000 habitants) ne comporte qu'un laboratoire, celui du centre hospitalier. Le maintien et l'accréditation de ce laboratoire sont d'autant plus impératifs qu'il assure les analyses de biologie de 1^{er} recours de l'ensemble de la population de ce secteur.

La réorganisation liée à l'ordonnance de janvier 2010 a déjà eu pour conséquence, au regard des premières déclarations d'activité des laboratoires, de rationaliser l'offre de diverses manières et notamment :

- aménagement de plateaux techniques,
- réduction de l'activité analytique de certains sites, désormais considérés comme des sites de prélèvements (3 en Côte-d'Or et 1 dans l'Yonne). Ces sites sont implantés dans des agglomérations comportant plusieurs sites du même laboratoire ce qui n'a aucune conséquence négative sur la qualité des examens.

Il conviendra d'être vigilant concernant ces réorganisations afin que les conditions de transport des échantillons biologiques et le délai entre prélèvement et analyse n'impacte ni la qualité du résultat, ni le délai de son rendu, lequel doit rester compatible avec l'état de santé du patient, notamment en cas d'urgence.

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE PAR BASSINS DE VIE EN BOURGOGNE



5.2 Objectifs chiffrés d'activité

L'offre de biologie médicale exprimée en nombre d'examens couvrant les besoins de la population doit être définie par le SROS pour chaque territoire de santé (article L.6222-2).

L'ordonnance de janvier 2010 relative à la biologie médicale prévoit une déclaration annuelle d'activité à l'ARS par tous les laboratoires.

Le niveau des besoins en biologie médicale de la population défini par le SROS sera basé sur les déclarations d'activité 2010 de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale de la région (laboratoires privés, publics et ceux de l'EFS), exprimées en nombre d'actes réalisés.

La consommation d'actes de biologie en Bourgogne est comparable à la moyenne nationale, n'indiquant pas l'existence d'une sous-consommation liée à d'éventuelles difficultés d'accès.

La population des territoires de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne ont une consommation d'actes de biologie tout à fait comparable, le chiffre de 15 examens par habitant et par an pouvant être pris en référence pour établir ses besoins.

En revanche, par rapport aux autres départements, en Côte-d'Or, il est observé une surconsommation de 7 examens par habitant et par an, s'expliquant, pour 5 d'entre eux, par le volume plus élevé du CHU (ayant un recrutement allant au-delà des limites du département), le restant pouvant notamment être lié à une offre de biologie sensiblement plus élevée que dans les autres départements de la région.

Ainsi, le chiffre de 20 examens par habitant et par an peut être pris en référence pour établir les besoins de la population de Côte-d'Or.

Tableau 1 – Objectifs chiffrés d'activité

Territoires de santé	Besoin de la population (nombre d'examens de biologie médicale par habitant et par an)	
	besoin	seuil d'intervention de l'ARS (besoin + 25 %)
Côte-d'Or	20	24
Nièvre	15	18,75
Saône-et-Loire	15	18,75
Yonne	15	18,75

La détermination des besoins de la population est destinée à fixer le plafond de consommation d'examens de biologie médicale au-delà duquel le directeur général de l'Agence régionale de santé peut s'opposer à la création d'un nouveau laboratoire sur un territoire de santé, tel que prévu par l'article L.6222-2 qui stipule : « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9. ».

En outre, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L.6222-3).

En Bourgogne, un laboratoire dépasse déjà ce seuil dans le territoire de la Nièvre. La nécessaire préservation de la diversité de l'offre dans ce territoire est rendue délicate du fait d'un nombre peu élevé de laboratoires.

De plus, l'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L.6223-4).

En Bourgogne, deux laboratoires respectivement situés dans la Nièvre et la Saône-et-Loire sont déjà concernés par cette limite de 33 % de l'activité totale de leur territoire d'implantation, ce qui limite leur possibilité d'extension intra-territoriale.

5.3 Accessibilité

La norme NF EN ISO 15189 servant de référence à l'accréditation par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) prévoit que le délai d'obtention des résultats d'examen doit être en adéquation avec les besoins cliniques.

L'accréditation obligatoire de tous les laboratoires de biologie médicale garantira donc un rendu de résultats d'examen dans des délais compatibles avec l'état de l'art (capacité analytique suffisamment proche).

5.4 Créations/suppressions/transformations/regroupements

En matière de biologie, il n'y a aucun objectif de suppression ou de création affiché.

Les obligations instaurées par la réforme de la biologie conduisent à des restructurations majeures mais qui doivent préserver un accès à une biologie médicale de qualité prouvée.

6 Indicateurs d'évaluation

6.1 Dispositif d'évaluation

La réforme de la biologie médicale impose l'accréditation de tous les laboratoires avec deux échéances définies par l'arrêté du 14 décembre 2010 :

- preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation au plus tard le 1^{er} novembre 2013,
- accréditation complète du laboratoire au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

Celle-ci est fortement restructurante et son effet va se poursuivre sur la période d'application du SROS.

Les laboratoires qui ne respecteront pas les échéances prévues devront cesser leur activité.

Aussi, le SROS devra-t-il être réévalué avant son échéance, du fait des conséquences liées au franchissement de la 1^{re} étape de l'accréditation.

6.1.1 Une évaluation intermédiaire est proposée en 2013

En lien avec le COFRAC, il est nécessaire d'identifier les laboratoires (publics et privés) n'ayant pas déposé de dossier de demande d'accréditation dans les délais réglementaires, ceux-ci étant condamnés à fermer au 1^{er} novembre 2013, étant entendu que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants doit conserver un accès satisfaisant à la biologie médicale.

De plus, pour les laboratoires (publics et privés) réalisant les examens des établissements de santé conservant un service d'urgence, le non franchissement de la 1^{re} étape de l'accréditation nécessitera une réorganisation de la prise en charge des examens de biologie, en veillant notamment à la cohérence avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine.

Certains laboratoires ne disposeront pas nécessairement des moyens humains et financiers suffisants pour être accrédités, de sorte que l'offre de biologie devra être réorganisée.

À ce titre, une incertitude pèse sur les laboratoires des établissements de santé de Tonnerre, Joigny, Chatillon-sur-Seine, Decize, La Charité-sur-Loire et tous les laboratoires privés assurant une astreinte pour des établissements de santé. Ils feront donc l'objet d'une vigilance particulière.

Les restructurations engendrent une concentration des laboratoires pouvant conduire à la constitution de positions dominantes, qu'il convient de limiter en préservant la diversité de l'offre.

Il est donc nécessaire de publier annuellement les données de consommation d'actes de biologie médicale pour chaque territoire de santé afin que les laboratoires disposent du cadre limitant leurs possibilités d'évolution.

6.1.2 Une évaluation finale en 2016

L'évaluation finale de ce premier schéma non opposable a pour objectif d'analyser l'adéquation de l'offre aux besoins de la population.

L'efficacité du schéma repose d'une part, sur l'obligation d'accréditation instaurée par l'ordonnance et d'autre part, sur l'appréciation du respect des exigences de la norme NF EN ISO 15189 par le COFRAC.

6.2 Suivi des impacts de la mise en œuvre du schéma

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Biologie médicale	Accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale	Nombre de laboratoires accrédités par bassin de vie de plus de 10 000 habitants	0,13 (5 sur 37 bassins de vie)	Au minimum 1 laboratoire
	Préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale	% d'actes de chaque laboratoire par territoire de santé	Variable selon les laboratoires et les territoires mais inférieure aux valeurs limites	Valeurs limites : maximum 25 % par laboratoire et maximum 33 % par entité juridique

6.3 Suivi de la mise en œuvre du schéma

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Biologie médicale	Accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale liée aux nouvelles règles d'accréditation des laboratoires :	% de laboratoires entrés dans la démarche de l'accréditation au 1er novembre 2013, en lien avec le COFRAC
		% de laboratoires n'ayant pas obtenu d'accréditation et ayant cessé leur activité
		Nombre de coopérations inter hospitalières (GCS, contrats de coopération...)
		Nombre de coopérations entre les laboratoires hospitaliers et de ville
	Préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale	Nombre d'actes réalisés par chaque laboratoire/Nombre d'actes total
		Nombre d'établissements de santé de niveaux 2 et 3 ayant obtenu l'accréditation de leur laboratoire
		% d'établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine d'urgence, disposant d'un laboratoire accrédité parmi ceux disposant d'un laboratoire
		% d'établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine d'urgence ayant conventionné avec un laboratoire de ville accrédité qui offre une réponse 24 h/24



Schéma Régional d'Organisation des Soins de PDSES (Permanence Des Soins en Établissements de Santé)

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSES
(permanence des soins en établissements de santé)

1	Champ et périmètre de la PDSES	291
2	Analyse des besoins et de l'offre	291
2.1	Caractéristiques territoriales	292
2.2	Principales caractéristiques de la démographie médicale	294
3	Objectifs d'amélioration de la prise en charge	295
3.1	Objectif général n° 1 : reconnaître les spécialités médicales pour lesquelles une permanence des soins doit être organisée en aval de l'accueil des urgences	295
3.2	Objectif général n° 2 : optimiser l'organisation des lignes de PDSES	296
3.3	Objectif général n° 3 : mutualiser les ressources médicales du secteur public et du secteur privé pour combler les carences constatées dans l'organisation de la PDSES	296
3.4	Organisation détaillée par territoire de santé	296
4	Chiffrage financier	296
5	Dispositif d'évaluation de la PDSES	296
6	Annexe	297

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSSES (permanence des soins en établissements de santé)

1 Champ et périmètre de la PDSSES

La loi du 21 juillet 2009 HPST qualifie la permanence des soins de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L 6112-1) et donne compétence au directeur général de l'ARS, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le CPOM est l'outil juridique pour contractualiser sur l'organisation de la PDSSES avec les établissements attributaires de cette mission pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales, dans le cadre de la région ou d'un territoire de santé.

Définition : La PDSSES, hors structures d'accueil des urgences financées par le forfait annuel urgences (FAU), est définie comme « l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié », et se distingue de la continuité des soins, des activités non programmées de jour, et de la PDS ambulatoire. Elle concerne le seul champ des activités MCO en aval des urgences (hors activités de greffe et HAD). Elle ne se confond pas avec les obligations de permanence médicale pour les activités réglementées, qui peuvent concerner principalement la continuité de la prise en charge, et sont rémunérées dans ce cas par les recettes liées à l'activité (GHS ou honoraires).

2 Analyse des besoins et de l'offre

L'annexe 1 du guide SROS – PRS précise :

1. **Les spécialités réglementées**, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers :
 - réanimation
 - gynécologie-obstétrique
 - néonatalogie
 - néphrologie et hémodialyse
 - chirurgie cardiaque
 - cardiologie interventionnelle
 - unités de soins intensifs en cardiologie
 - neurochirurgie
 - neuroradiologie interventionnelle
 - plateaux techniques spécialisés (chirurgie de la main).
2. Les activités réglementées non concernées par les obligations de permanence des soins : traitement du cancer, SSR, rééducation et RF, activités d'AMP et de DP, génétique.

Seules les permanences médicales nécessaires pour assurer la PDSSES, selon la définition rappelée ci-dessus, sont à retenir dans le schéma cible théorique, qui mentionnera les lignes de permanence par spécialité, sous forme de permanence sur place ou d'astreinte, à organiser par territoire, par site ou au niveau régional.

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) doit être en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence. Dans ce cadre, la plupart des activités de chirurgie, ainsi que de biologie, et de radiologie (soit en interne à l'établissement de santé exerçant la médecine d'urgence, soit par accès à une structure libérale par convention) sont également concernées par le schéma de la PDSSES.

S'agissant des spécialités médicales, le SROS retient au titre de la PDSSES, en sus des spécialités réglementées rappelées ci-dessus, les filières et activités suivantes : la filière urgences neurovasculaires, la filière pédiatrique aigüe, la médecine générale, l'oncologie-hématologie, l'endoscopie digestive et l'endoscopie pneumologique.

Le répertoire opérationnel des ressources porté par le réseau des urgences considérera l'organisation de la PDSSES pour l'ensemble des structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences.

2.1 Caractéristiques territoriales

Un état des lieux des lignes de PDSSES a été réalisé dans le cadre d'une enquête nationale que les établissements ont été invités à renseigner : ce recensement a été synthétisé par territoire et par spécialité retenus dans le cadre de cette enquête.

Ont été visés par l'enquête :

- les établissements publics et privés autorisés à exercer la médecine d'urgence, soit 21 établissements :
CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray-le-Monial, CH de Mâcon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, Polyclinique d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne-sur-Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, Clinique de Chenôve, CHIC de Châtillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.
- Les établissements reconnus comme plateaux techniques hautement spécialisés en chirurgie de la main et en cardiologie interventionnelle (cas de la clinique de Fontaine, établissement de santé ne disposant pas d'une autorisation d'exercice de la médecine d'urgence mais ayant passé convention avec un établissement de santé en disposant).
- Les établissements privés ne disposant pas de SAU mais disposant d'une ligne d'astreinte reconnue au titre de la permanence des soins, soit dans le cadre d'une activité réglementée (clinique Sainte-Marthe à Dijon pour l'activité de gynécologie-obstétrique, anesthésie maternité et néonatalogie, clinique du Nohain à Cosne pour l'activité de gynécologie-obstétrique), soit dans le cas de carence du secteur public (clinique du Nohain à Cosne et clinique du Parc à Autun pour la chirurgie et l'anesthésie).
- Le centre de lutte contre le cancer en qualité d'établissement de recours régional dans l'activité de traitement du cancer.

Les tableaux détaillés en annexe présentent les lignes de permanence existantes : selon le cas la permanence est organisée en « permanence sur place » ou PSP, notamment pour les activités réglementées (signalées comme telles par un *), soit astreinte (astreinte opérationnelle ou AO ou astreinte de sécurité ou AS, selon le niveau de forfait appliqué). La distinction entre AO et AS n'existe pas dans les établissements privés.

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte-d'Or	<p>Des permanences sont organisées dans toutes les spécialités recensées, du fait du rôle de recours du CHU et du CGFL (qui bien que n'ayant pas d'activité d'urgences est un recours régional notamment pour l'oncologie et l'anesthésie-douleur)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le rôle de recours régional du CHU s'exerce pour des spécialités qui pour la plupart sont soumises à une réglementation relative aux modalités obligatoires de permanence des soins : neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle (en accord avec le CHU de Besançon), réanimation pédiatrique, USI neurovasculaire, USI en néphrologie, chirurgie cardiaque. D'autres spécialités sont spécifiques au CHU : chirurgie infantile, odontologie, laboratoires de biologie spécialisés. <p>À noter sur Dijon, du fait de l'existence de 2 sites d'accueil des urgences, de 2 maternités et de 2 USIC (secteur public et secteur privé), des permanences en doublon pour les activités de chirurgie, anesthésie et gynécologie obstétrique et cardiologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les autres sites d'accueil des urgences sur le département (Beaune, Semur, Châtillon-Montbard) ont, selon les activités autorisées, des permanences organisées en cardiologie-USIC, gynécologie obstétrique, pédiatrie-néonatalogie, médecine générale, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, anesthésie, biologie, radiologie, pharmacie.

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Nièvre	<p>4 sites concernés par la PDES : le CHAN, le CH de Decize, la clinique du Nohain à Cosne (par convention avec le CH de Cosne, autorisé pour l'accueil des urgences, et n'ayant qu'une activité de médecine) et le CH de Cosne pour la médecine.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le CHAN dispose de lignes de permanence pour toutes les spécialités correspondant à l'aval des urgences, sauf la neurologie et la chirurgie urologique (dans ces spécialités le CHAN ne dispose pas d'un temps suffisant de praticien). ■ Le CH de Decize a une activité de chirurgie fragile, du fait de l'effectif de praticiens, et assure la permanence en chirurgie et anesthésie par convention avec le CH de Moulins. ■ Le CH de Cosne n'assure plus de permanence en radiologie (qui fonctionnait auparavant avec des praticiens intérimaires), c'est la clinique qui assure cette mission dans le cadre d'une convention. Il existe donc une carence du secteur public à Cosne pour assurer la permanence dans cette spécialité, ainsi qu'en biologie (recours à un laboratoire privé).
Saône-et-Loire	<p>2 territoires hospitaliers, nord et sud, comportant au total 5 sites de recours infra-régional. Chaque site assure les permanences pour les activités en aval des urgences pour lesquelles il est autorisé (suivant le cas réanimation, cardiologie-USIC, médecine, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, anesthésie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, radiologie, biologie et pharmacie).</p> <p>➤ Nord 71 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le CH de Chalon dispose en outre d'astreintes spécialisées en hématologie, neurologie (UNV), néphrologie. À noter qu'il n'y a pas de ligne d'astreinte spécifique pour la médecine générale, les urgentistes assurant cette mission. ■ L'organisation de la PDES sur le GCS Montceau-le Creusot est directement liée à la répartition des activités entre les deux sites (actuellement 2 sites de SAU, de chirurgie, d'anesthésie, de médecine, et de radiologie, un site pour la gynécologie obstétrique et la pédiatrie) ■ Sur le site d'Autun, la permanence est répartie entre le CH et la clinique, liés par une convention, suivant la répartition des activités entre les deux établissements (gynécologie obstétrique et pédiatrie au CH, chirurgie et anesthésie à la clinique) <p>➤ Sud 71 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le CH de Mâcon ne dispose pas d'astreinte organisée en chirurgie urologique (la polyclinique du Val-de-Saône en revanche déclare assurer cette mission sans reconnaissance officielle jusqu'à présent), ni en ORL et ophtalmologie. Il dispose depuis le 1^{er} janvier 2011 d'une autorisation de cardiologie interventionnelle pour laquelle une astreinte doit être mise en place. ■ Le CH de Paray assure la permanence des activités en lien avec l'accueil des urgences (médecine, chirurgie, anesthésie, radiologie) <p>A noter que sur l'ensemble du département, il n'y a pas d'astreinte organisée en endoscopie digestive et en endoscopie pneumologique.</p>

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSSES
(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Yonne	<p>2 territoires hospitaliers, nord et sud, comportant 2 sites de recours infra-régional, Sens et Auxerre, assurant les permanences pour les activités en aval des urgences pour lesquelles il est autorisé.</p> <p>Le site d'Auxerre est constitué du CH public et de la polyclinique Sainte-Marguerite, autorisée pour l'accueil des urgences, et disposant donc d'astreintes organisées, en sus de celles du CH, en chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie digestive, anesthésie.</p> <p>La cardiologie interventionnelle est assurée par le CH d'Auxerre pour l'ensemble du département, ainsi que la permanence en endoscopie pneumologique.</p> <p>À noter qu'il n'existe pas de permanence les nuits de semaine sur les sites de recours pour l'activité d'endoscopie digestive (astreintes de week-end seulement, compte tenu des effectifs des CH de Sens et Auxerre). La polyclinique Ste-Marguerite déclare une astreinte non reconnue dans cette spécialité.</p> <p>Une carence est également constatée pour l'ophtalmologie et pour la neurologie : aucune astreinte organisée sur le département.</p> <p>Sur les autres CH de niveau 1 (Joigny au nord, Tonnerre et Avallon au sud), la PDSSES est liée à l'organisation de l'activité d'accueil des urgences (permanence en médecine, cardiologie – pour Joigny –, biologie, radiologie, pharmacie). À noter que l'activité de chirurgie et de radiologie du CH d'Avallon a cessé au 1er juillet 2011, et donc l'astreinte à ce titre également.</p>
Total Bourgogne	Des conditions inégales d'un territoire à l'autre, on constate à la fois des doublons (liés aux sites d'accueil des urgences), et des carences du secteur public pour certaines spécialités importantes au titre de la PDSSES.

2.2 Principales caractéristiques de la démographie médicale

Principaux points de fragilité liés à un faible effectif médical en secteur public :

Territoires	Caractéristiques
Côte-d'Or	Nord Côte-d'Or : biologie, radiologie sur les sites de Semur et Châtillon-Montbard
Nièvre	<p>Sur le CHAN : réanimation, radiologie, cardiologie</p> <p>Sur le CH de Decize : chirurgie</p> <p>Sur le CH de Decize : radiologie</p>
Saône-et-Loire	<p>Pour l'ensemble du département : gastro-entérologie, pneumologie, ORL,</p> <p>Pour le sud 71 : urologie, ophtalmologie</p>
Yonne	<p>Pour l'ensemble du département : gastro-entérologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, radiologie</p> <p>Pour le sud 89 : urologie</p>

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

➤ Les enjeux de cette organisation sont :

- Améliorer l'accès aux activités de soins autorisées, à l'échelon territorial le plus adapté, la nuit, le week-end et les jours fériés : faire évoluer l'organisation d'une approche par établissement à une approche territoriale ou régionale – assurer également l'accessibilité financière (tarifs en secteur 1).
- Améliorer la qualité de la prise en charge sur les plages horaires concernées, en sécurisant les parcours de soins non programmés : l'organisation de la PDSES est complémentaire de celle du réseau des urgences et suppose la définition de filières spécialisées en aval des structures d'accueil des urgences, dans le cadre de la gradation des soins.
- Favoriser l'efficacité du dispositif, en optimisant la ressource médicale, et en maîtrisant le coût global de la PDSES dans le cadre de la dotation MIG PDSES régionale : il convient de définir le schéma en restant dans les limites de cette dotation. Ne seront rémunérés que les établissements qui seront attributaires de la mission de service public de PDSES, par une dotation MIG destinée à financer le coût de l'indemnisation de la seule permanence des soins dans les dépenses liées aux lignes de garde et astreintes (hors structures de médecine d'urgence). Seront attributaires de façon prioritaire, les établissements assurant déjà la mission. Dans le cas de besoin non couvert ou partiellement couvert, l'ARS fera un appel à candidatures. Enfin, à titre exceptionnel, en cas d'absence de candidature, l'ARS pourra désigner unilatéralement l'établissement qui devra assurer la mission de PDSES.

➤ Les principes d'organisation découlant de ces objectifs sont les suivants :

1. Identifier les lignes de permanence sur place ou lignes d'astreinte, parmi celles existantes, qu'il est nécessaire de maintenir au titre des besoins de la PDSES, telle que définie ci-dessus, sous réserve que les effectifs médicaux dans la spécialité permettent d'organiser réellement la permanence des soins.
2. Déterminer, au vu des chiffres d'activité pendant la période « de garde »,
 - dans quels cas il est justifié de maintenir ou de reconnaître deux lignes de permanence sur une même activité dans un territoire donné, et à l'inverse dans quels cas une astreinte unique, éventuellement mutualisée entre les secteurs public et libéral, suffit.
 - Dans quel cas une astreinte complète peut être remplacée par une demi-astreinte de nuit, en 1^{re} partie de nuit seulement, la PDSES en nuit profonde (après minuit) étant recentrée sur le site de recours : cette question se pose en particulier sur les sites de recours infra-régional où le secteur public et le secteur privé assurent l'accueil des urgences, ainsi que sur certains sites de niveau 2.
3. Identifier les carences constatées dans certaines spécialités – soit astreinte incomplète, soit absence de toute forme de permanence des soins – et de prévoir l'instauration d'une ligne de permanence, qui donnera lieu à un appel à candidature auprès des établissements du territoire.
4. Mutualiser les ressources médicales disponibles pour tenir compte des problèmes de démographie médicale, qui nécessitent dans certaines spécialités :
 - d'impliquer l'ensemble des praticiens du territoire quel que soit leur mode d'exercice, salarié ou libéral, selon différentes modalités possibles : un établissement privé peut être attributaire de la mission de PDSES, les médecins libéraux peuvent être associés à l'organisation territoriale de la PDSES en participant à une permanence organisée sur le site d'un établissement public (articles L6146-2 et L6161-9 du CSP et décret 2011-345 du 28 mars 2011). De même, le statut des praticiens hospitaliers permet d'intervenir soit sur plusieurs établissements publics dans le cadre d'une activité partagée, soit au sein d'un établissement de santé privé dans le cadre d'une mission de service public, par voie de convention.
 - De prendre en compte les possibilités de recours à la télé médecine (téléconsultation, télétransmission, télésurveillance)

3.1 Objectif général n° 1 : reconnaître les spécialités médicales pour lesquelles une permanence des soins doit être organisée en aval de l'accueil des urgences

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Arrêter la liste des spécialités pour lesquelles une permanence doit être organisée au titre des besoins de la PDSES, en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence	Le Réseau régional des urgences doit définir les filières de prise en charge pour optimiser l'orientation des patients et les parcours de soins non programmés aux horaires de PDS

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSES (permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Définir l'implantation des lignes de permanence au sein de chaque territoire dans ces spécialités	Identifier les établissements publics et privés auxquels la mission de PDSES sera attribuée, selon l'implantation des services d'urgence et des activités identifiées au titre de la PDSES

3.2 Objectif général n° 2 : optimiser l'organisation des lignes de PDSES

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Supprimer les doublons existant dans certaines spécialités au niveau d'un même territoire, ou au niveau infra-territorial, pour mutualiser les ressources médicales rares	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître une seule ligne d'astreinte par territoire (ou éventuellement 2 lignes dans les territoires où existent deux sites de recours infrarégional) pour certaines spécialités chirurgicales – ORL, ophtalmologie, urologie – et médicales – endoscopie digestive, pneumologique Mutualiser les astreintes publiques et privées de la même spécialité sur certains sites
Restreindre à la première partie de nuit l'organisation des astreintes de chirurgie, anesthésie, radiologie, sur certains sites proches d'un autre point de permanence des soins dans la même spécialité, sauf s'il est démontré que le niveau d'activité justifie le maintien d'une astreinte complète	Formaliser les coopérations pour une mutualisation des astreintes en seconde partie de nuit dans les territoires où coexistent des sites proches de PDSES dans la même spécialité

3.3 Objectif général n° 3 : mutualiser les ressources médicales du secteur public et du secteur privé pour combler les carences constatées dans l'organisation de la PDSES

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Faire participer le secteur libéral à la PDSES dans les spécialités où les effectifs médicaux sont rares en secteur public : radiologie, urologie, endoscopie digestive, ORL, ophtalmologie, biologie	<ul style="list-style-type: none"> Négociations public-privé à mener dans chaque territoire avec les professionnels de chaque spécialité concernée Lier les autorisations d'activité et d'équipement à un engagement à participer à la PDSES Inscrire les obligations de PDSES dans les CPOM
Formaliser les coopérations entre établissements pour l'organisation de la PDSES au sein de chaque territoire	Convention constitutive du réseau régional des urgences, fédérations médicales hospitalières pour le secteur public, GCS, conventions entre établissements publics, privés et cabinets libéraux organisant la participation des praticiens à la PDSES

3.4 Organisation détaillée par territoire de santé

Les tableaux ci-annexés présentent l'état des lieux par territoire, spécialité et établissement, ainsi que le schéma cible retenu, en fonction des orientations définies dans la présente note.

4 Chiffrage financier

L'ensemble des lignes de permanence retenues dans le schéma cible de PDSES est financé dans le cadre de l'enveloppe limitative MIG (Missions d'intérêt général) de la PDSES qui couvre les secteurs public et privé.

5 Dispositif d'évaluation de la PDSES

Le dispositif d'évaluation du schéma de la PDSES repose en partie sur l'impact des restructurations des activités dont l'exercice a été repéré comme particulièrement vulnérable, dans le cadre de l'organisation de l'activité d'urgences et du SROS des activités spécialisées en aval des urgences.

Indicateurs de suivi de la mise en œuvre

Reconnaissance dans le cadre des CPOM des lignes de « permanence sur place » et d'astreinte par territoire et par spécialité participant à la PDES

Mise en place des lignes d'astreinte non existantes à ce jour et dont le besoin est reconnu

Coopérations formalisées pour l'organisation de la PDES

6 Annexe

Tableaux de l'organisation de la PDES par territoire

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Côte-d'Or (21)		
	lignes de permanence actuelles par établissement	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)			
Cardiologie interventionnelle *	<ul style="list-style-type: none"> CHU 1 astreinte Clinique de Fontaine 1 astreinte (non rémunérée) 	1 astreinte	2 astreintes (une sur chaque site autorisé)
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> CH Semur PSP(USIC) CHU 1 PSP (USIC *) (+1 garde d'interne) +1 astreinte cardio Clinique Fontaine 1 PSP (USIC *) 	3 PSP (1 sur chaque site d'USIC) 1 astreinte	3 PSP (1 sur chaque site d'USIC*)
Gynécologie-obstétrique *	<ul style="list-style-type: none"> CHU 1 PSP Semur 1 AO Beaune 1 AO Clin. Ste Marthe 1 PSP 	2 PSP 2 astreintes	2 PSP sur Dijon + 2 astreintes pour les maternités de niveau 1
Neurochirurgie *	CHU 1 AO (+astreinte d'interne)	1 astreinte	1 astreinte
Neuroradiologie interventionnelle *	CHU 1 AS (mutualisée avec CHU Besançon)	1 astreinte	1 demi astreinte (astreinte partagée avec site de Besançon)
Réanimation médicale adulte *	CHU 1 PSP	1 PSP	1 PSP
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	CHU 2 PSP neuro traumatologie et polyvalente)	2 PSP	2 PSP
Réanimation pédiatrique *	CHU PSP commune avec néonate et réa néonate	1 PSP	1 PSP
Pédiatrie-Néonatalogie*	<ul style="list-style-type: none"> CHU 1 PSP commune avec réa péd Beaune 1 AO Semur 1 AO Clinique St Marthe 1 PSP 	2 PSP sur Dijon 2 astreintes	2 PSP sur Dijon dont 1 commune avec réanimation pédiatrique 2 astreintes pour les maternités de niveau 1
Anesthésie adulte	<ul style="list-style-type: none"> CHU 2 PSP dont 1 pour chir cardiaque CH Semur 1 PSP (USI) CH Beaune 1 PSP (USI) CGFL 1 AS Clinique de Fontaine 1 astreinte Clinique de Chenôve 1 astreinte 	4 PSP 3 astreintes sur l'agglomération dijonnaise dont 1 au titre SOS mains et 1 au CLCC au titre du centre référent douleur	4 PSP + 1,5 astreinte sur sites privés accueillant les urgences (arrêt d'une astreinte après minuit) + 1 astreinte «douleur»

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSSES

(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Côte-d'Or (21)		
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanence actuelles par établissement	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDSES
Anesthésie maternité	<ul style="list-style-type: none">■ CHU 1 PSP■ Clinique Sainte Marthe 1 PSP	2 PSP	2 PSP
Médecine Générale	<ul style="list-style-type: none">■ Semur 1 AO (+garde d'interne)■ Châtillon-Montbard 1AS Montbard+ 1astreinte forfaitisée Châtillon■ CH Beaune 1 AO	4 astreintes (1 sur chaque site d'urgence hors Dijon)	3 astreintes sur les sites de Semur, Beaune et Châtillon
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	CHU 1 AS endoscopie (+astreinte d'interne)	1 astreinte	1 astreinte
Oncologie - Hématologie	CHU 1 AO hématologie CGFL 1 astreinte oncologie	2 astreintes sur Dijon	2 astreintes au titre des établissements de recours régional (1 astreinte hématologie 1 astreinte oncologie)
Néphrologie	CHU 1 PSP USI néphro + 1 AS (+1 garde + 1astreinte d'internes)	1 PSP 1 astreinte	1 PSP au titre de l'USI de néphrologie
Neurologie - UNV *	CHU 1 AS USINV * (+astreinte d'interne) + 0,5 AS EEG samedi	1 astreinte	1 PSP pour l'USINV et recours régional + 0,5 astreinte EEG
Pneumologie et endoscopie pneumo	CHU 1 PSP USI	1 PSP	1 PSP
Chirurgie orthopédique et traumatologique	<ul style="list-style-type: none">■ CHU 1 AO + 1 AS chirurgie de la main■ Semur 1 AO (+ 1 garde d'interne)■ CH Beaune 1 AO■ Clinique de Chenôve 1astreinte■ Clinique Fontaine PTS mains 1 astreinte	6 astreintes dont 4 sur l'agglomération dijonnaise	4,5 astreintes dont : <ul style="list-style-type: none">■ 2,5 sur l'agglomération dijonnaise : 1,5 chirurgie adulte (arrêt d'une astreinte après minuit) + 1 commune public privé pour chirurgie de la main■ 2 sur les autres sites de niveau 2
Chirurgie urologique	<ul style="list-style-type: none">■ Clinique de Fontaine 1 astreinte (non rémunérée)■ CHU 1 AO + astreinte d'interne	1 astreinte	1astreinte mutualisée secteur public-secteur privé
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	CHU 2 astreintes (AS+AO) (+astreinte d'internes)	2 astreintes	2 astreintes sur Dijon
Chirurgie viscérale et digestive	<ul style="list-style-type: none">■ CHU 2 (AO+AS) (+1 garde + 1 astreinte d'internes)■ Beaune 1 AO■ Semur 1 AO■ Clinique de Chenôve 1 astreinte■ Clinique de Fontaine 1 astreinte (non rémunérée)	5 astreintes dont 3 sur l'agglomération dijonnaise	3,5 astreintes dont : <ul style="list-style-type: none">■ 1,5 sur l'agglomération dijonnaise (arrêt d'une astreinte après minuit)■ 2 sur les sites de niveau 2
Chirurgie infantile	CHU 1 AO + 1 AO chir traumato infantile	2 astreintes	2 astreintes chirurgie infantile

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Côte-d'Or (21)		
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanence actuelles par établissement	Total nb de lignes actuelles financées	SCHEMA CIBLE DE LA PDSES
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 2 AS+ 2 AO (+ 2 astreintes d'internes) ■ CH Beaune 1 AS ORL 	5 astreintes	Sur Dijon : 1 astreinte ORL 1 astreinte odonto 1 astreinte chirurgie maxillo-faciale
Ophtalmologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 1 AS chir endocrinienne + 1 AS ophtalmo (+ 1 astreinte d'internes) ■ CH Beaune 1 AO (ophtalmologie) ■ CGFL 1 astreinte 	4 astreintes	1 astreinte ophtalmo sur Dijon
Psychiatrie d'urgence	CHU 1 AS <ul style="list-style-type: none"> ■ Semur 1 AO 	2 astreintes	3 astreintes dont 2 sur Dijon et 1 sur Semur
Biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 7 AS spécialisées (biologie, bactério, biochimie, virologie, hémato, pharmaco, parasito) ■ Semur 1 AO ■ Beaune 1 AO ■ Chât-Montb 1 AO 	10 astreintes dont 7 spécialisées au CHU	maintien de l'existant sauf labo parasito : 0,5 astreinte (week-end seulement) = 6,5 astreintes sur Dijon
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 1 AS ■ Semur 1 AO ■ Beaune 1 PSP ■ Chât-Montb 1 astreinte 	3 astreintes 1 PSP	4 astreintes (2 sur l'agglomération dijonnaise, dont 1 publique et 1 privée, 1 Beaune, 1 Semur pour le nord 21). A terme, organisation d'une plateforme régionale de radiologie
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 1 AS ■ Semur 1 AO ■ Beaune 1 AS ■ Chât-Montb 1AS 	4 astreintes	4 astreintes (sur les sites d'urgences)
Autres spécialités médicales	<ul style="list-style-type: none"> ■ CHU 5 AS + 1AO + (3astreintes internes) voir détail ci-dessous ■ CGFL 1astreinte radiothérapie uniquement la nuit de semaine (+garde d'interne) ■ Clinique de Fontaine 1 PSP (non précisée et non reconnue) 	7 astreintes	1 astreinte au titre du court séjour gériatrique

Autres spécialités chirurgicales:

Pour CHU : astreinte de chirurgie endocrinienne, astreinte d'ophtalmologie

Autres spécialités médicales:

Pour CHU : astreinte d'endocrinologie (pompe à insuline), astreinte de gériatrie et EHPAD, astreinte de psychiatrie et personnel de pédopsychiatrie, astreinte médecine interne et maladie systémique, astreinte médecine interne et immunologie clinique, astreinte de rééducation cardio-vasculaire.

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSSES

(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Nièvre (58)		
	lignes de permanence actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDSSES
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)			
Cardiologie interventionnelle *	CH Nevers 1 AO	1 astreinte	1 astreinte
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> CH Decize AO CH Nevers PSP (USIC*) 	1 astreinte 1 PSP	1 PSP pour l'USIC* + 1 astreinte sur le site de Decize pendant un délai de 6 mois, dans l'attente de l'organisation de la filière cardiologie sur le territoire
Gynécologie-obstétrique *	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO Clinique Du Nohain Cosne 1 astreinte 	2 astreintes	2 astreintes (ou 3 selon le nombre de sites autorisés)
Neurochirurgie *			site de recours régional
Neuroradiologie interventionnelle *			site de recours régional
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	CH Nevers 1 PSP	1 PSP	1 PSP
Réanimation pédiatrique *			site de recours régional
Pédiatrie-Néonatalogie*	CH Nevers 1 PSP urgences péd + 1 AO (+ garde d'interne)	1 PSP + 1 AO	1 PSP + 1 astreinte
Anesthésie adulte	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 PSP (USI) CH Decize 1 AO Clinique de Nohain Cosne 1 astreinte 	1 PSP 2 astreintes	1 PSP sur Nevers + 1astreinte sur Cosne + 0,5 astreinte sur Decize (jusqu'à minuit)
Médecine Générale	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO semaine + 1 AO w-end =1,5 astreinte CH Decize 1 AO CH Cosne 1 AO 	3,5 astreintes	3,5 astreintes
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO CH Decize 1 AS 	2 astreintes	1 astreinte endoscopie digestive à mutualiser pour le territoire de santé
Oncologie - Hématologie			Astreintes organisées sur le site de recours régional
Néphrologie	CH Nevers 1 AO (+ demi garde le samedi pour les séances de dialyse)	1 astreinte	1 astreinte compte tenu de la situation particulière du site de référence de la Nièvre - permanence médicale pour séances de dialyse hors PDSSES
Neurologie - UNV *			1 astreinte à prévoir en cas de mise en place d'une UNV
Pneumologie et endoscopie pneumo	CH Nevers 1 AO	1 astreinte	1 astreinte
Chirurgie orthopédique et traumatologique	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO (+ garde junior) CH Decize 1 astreinte mutualisée avec CH Moulins Clin. du Nohain Cosne 1 astreinte 	1 PSP 2 astreintes	2,5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne, 0,5 sur le site de Decize (astreinte jusqu'à minuit) Mutualisation après minuit sur Decize

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Nièvre (58)		
	lignes de permanence actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)			
Chirurgie urologique			1 astreinte à organiser sur le site de Nevers en coopération secteur public- secteur privé
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	CH Nevers 1 AO chirurgie vasculaire	1 astreinte	1 astreinte sur le site de Nevers sous réserve d'un effectif permanent suffisant en chirurgiens de la spécialité
Chirurgie viscérale et digestive	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO CH Decize 1 astreinte partiellement forfaitisée (accord avec CH Moulins) Clin. du Nohain Cosne 1 astreinte 	3 astreintes	2,5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne, 0,5 sur le site de Decize (astreinte jusqu'à minuit)- Mutualisation après minuit sur Decize
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	CH Nevers 1 AO ORL	1 astreinte	1 astreinte sur Nevers
Ophtalmologie	CH Nevers 1 AO ophtalmo	1 astreinte	1 astreinte ophtalmo en coopération secteur public- secteur privé
Psychiatrie d'urgence	CHS La Charité 1 AO	1 astreinte	2 astreintes en lien avec la mission de service public «soins sans consentement»
Biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1AS CH Decize 1 AO 	2 astreintes	3 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 1 astreinte sur Nevers et 2 astreintes sur Decize et Cosne (astreinte laboratoire privé sur Cosne)
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> CH Nevers 1 AO CH Decize 1 AO CH Cosne PSP accord avec clinique 	2 astreintes 1 PSP	2 astreintes en coopération secteur public- secteur libéral : 1 astreinte sur Nevers + 2 demi-astreintes en 1re partie de nuit sur Decize et Cosne Mutualisation après minuit sur le département À terme, organisation d'une plateforme régionale de radiologie
Pharmacie	CH Nevers 1 AS	1 astreinte	1 astreinte

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDES

(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Saône-et-Loire Nord (71)	Territoire Saône-et-Loire Sud (71)	Saône-et-Loire (71)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Cardiologie interventionnelle *			0	1 astreinte sur le site autorisé (Macon)
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> CH Autun 1 AO GHCM Montceau astreinte forfaitisée (USIC*) CH Chalon PSP (USIC*) 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon AS+PSP (USIC) CH Paray AO 	2 PSP (1 au nord 71, 1 au sud 71) 4 astreintes (2 sur chaque territoire nord et sud)	2 PSP (1 par site d'USIC*) - Pour les autres sites : <ul style="list-style-type: none"> 3 astreintes sur Autun, Montceau et Paray, pendant un délai de 6 mois, dans l'attente de l'organisation des filières cardiologiques sur le nord et le sud 71
Gynécologie-obstétrique *	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 PSP GHCM site du Creusot 1 AO CH Autun 1 AO 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 PSP CH Paray 1 AO 	2 PSP (1 au nord 71, 1 au sud 71) 3 astreintes dont 2 sur territoire nord	2 PSP + 3 astreintes sur les maternités de niveau 1
Neurochirurgie *				site de recours régional
Neuroradiologie interventionnelle *				site de recours régional
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	CH Chalon 1 PSP	CH Macon 1 PSP réa et cardio	2 PSP (1 au nord 71, 1 au sud 71)	2 PSP
Réanimation pédiatrique *				site de recours régional
Pédiatrie-Néonatalogie*	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon PSP (+garde d'interne) GHCM Le Creusot 1 AO CH Autun 1 AO 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon PSP CH Paray 1 AO 	2 PSP (1 au nord, 1 au sud) 3 astreintes dont 2 sur territoire nord	2 PSP 3 astreintes sur les maternités de niveau 1
Anesthésie adulte	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 PSP GHCM Montceau 1 astreinte forfaitisée GHCM Le Creusot 1 AO Clinique Autun 1 astreinte commune chir et mat (convention avec CH) 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 PSP (USC) CH Paray 1 AO SC, bloc et maternité Polyclinique Val de Saône 1 astreinte pour chir uro (non rémunérée) 	2 PSP (1 sur chaque CH) 4 astreintes dont 3 sur territoire nord	2 PSP sur Chalon + Macon + 3 astreintes sur les autres sites de chirurgie d'urgences : <ul style="list-style-type: none"> 2 pour le nord 71 : Autun et bassin de Montceau-Le Creusot, selon l'organisation retenue 1 pour le sud 71 : Paray
Médecine Générale	<ul style="list-style-type: none"> GHCM Montceau 1 AS (+garde d'interne) GHCM Le Creusot 1 astreinte forfaitisée (+garde d'interne) CH Autun 1 AO (+garde d'interne) 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 AO (+garde d'interne) CH Paray 1 AO 	5 astreintes dont 3 sur territoire nord	4 astreintes sur les sites d'implantation de services d'urgences de Macon, Montceau, Autun, Paray

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Saône-et-Loire Nord (71)	Territoire Saône-et-Loire Sud (71)	Saône-et-Loire (71)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive				1 astreinte mutualisée public-privé à organiser sur le département
Oncologie - Hématologie	CH Chalon 1 AS hémato-oncologie		1 astreinte hématologie	Astreintes organisées sur le site de recours régional
Néphrologie	CH Chalon 1AO+ 1AS et demi-garde en soirée + PSP samedi pour séances de dialyse	CH Macon AS	3 astreintes dont 2 sur site de recours territoire nord	PDES USI néphrologie de niveau régional (astreinte néphrologie sur les sites de niveau 2 au titre de la continuité des soins) - permanence médicale pour séances de dialyse hors PDES
Neurologie - UNV *	CH Chalon 1 AO (UNV*)		1 astreinte	1 astreinte
Pneumologie et endoscopie pneumo				1 astreinte à organiser mutualisée secteur public-secteur privé
Chirurgie orthopédique et traumatologique	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO GHCM Montceau 1 astreinte forfaitisée Clin. Du Parc Autun 1 astreinte 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 AO (+garde d'interne commune chirurgie-gyn obst) + demi garde/demi astreinte le dimanche CH Paray 1 AO 	5 astreintes dont 3 territoire nord, 2 territoire sud	5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences : <ul style="list-style-type: none"> 3 sur le nord 71 : Chalon, Autun, Montceau-le Creusot, selon l'organisation retenue 2 sur le sud 71 : Macon et Paray
Chirurgie urologique	CH Chalon 1 AS	Polyclinique Val de Saône Macon 1 astreinte (non rémunérée)	1 astreinte	2 astreintes : 1 à Chalon pour le nord 71, 1 à Macon pour le sud 71
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	CH Chalon 1 AS chirurgie vasculaire		1 astreinte	1 astreinte de chirurgie vasculaire sur Chalon, mutualisée entre secteur public et secteur privé
Chirurgie viscérale et digestive	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO GHCM Le Creusot 1 AO chir digestive et chir vasculaire Clin. Du Parc Autun 1 astreinte forfaitisée 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 AO, PSP dimanche (+ garde d'interne commune chirurgie) CH Paray 1 AO 	5 astreintes dont 3 territoire nord, 2 territoire sud	5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences : <ul style="list-style-type: none"> 3 sur le nord 71 : Chalon, Autun, Montceau-le Creusot, selon l'organisation retenue 2 sur le sud 71 : Macon et Paray
Chirurgie infantile				site de recours régional

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSES

(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Saône-et-Loire Nord (71)	Territoire Saône-et-Loire Sud (71)	Saône-et-Loire (71)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDSES
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO ORL GHCM Le Creusot 1 astreinte forfaitisée 	CH Macon 1 astreinte ORL en collaboration avec les praticiens de la polyclinique	2 astreintes	2 astreintes ORL pour le département sur Chalon et Macon, mutualisées secteur public-secteur privé,
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AS ophtalmo 	CH Macon 1 astreinte, en collaboration avec les spécialistes libéraux	2 astreintes	2 astreintes pour le département sur Chalon et Macon, mutualisées secteur public-secteur privé,
Psychiatrie d'urgence	CHS Sevrey	CH Macon AO	2 astreintes	3 astreintes au titre de la mission de service public « soins sans consentement » dont 1 en secteur privé
Biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO GHCM Montceau 1 AO 	CH Macon 1 AO (+ 0,5 garde / 0,5 astreinte le dimanche)	3 astreintes dont 2 sur territoire nord	5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 2 astreintes assurées par des laboratoires privés sur Autun et Paray
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO GHCM Montceau 1 astreinte forfaitisée GHCM Le Creusot 1 AO 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon 1 AO + 0,5 PSP dimanche CH Paray 1 AO 	5 astreintes dont 3 sur territoire nord	4 astreintes sur les sites d'accueil des urgences : <ul style="list-style-type: none"> 3 astreintes communes secteur public-secteur libéral sur les sites de Chalon, Macon et Paray 1 astreinte commune public-privé pour les établissements de la CUCM intégrant la permanence d'Autun par téléradiologie À terme, organisation d'une plateforme régionale de radiologie
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon 1 AO GHCM Montceau 1 AS 	<ul style="list-style-type: none"> CH Macon AS CH Paray 1 AS 	4 astreintes	4 astreintes
Autres spécialités médicales	<ul style="list-style-type: none"> CH Chalon AS 	<ul style="list-style-type: none"> CH Paray AS gériatrie 	2 astreintes	2 astreintes au titre du court séjour gériatrique

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Yonne Nord (89)	Territoire Yonne Sud (89)	Yonne (89)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Cardiologie interventionnelle		CH Auxerre 1 AO	1 astreinte	1 astreinte
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> CH Joigny 1 AO CH Sens 1 AO (USIC*) 	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 PSP (USIC) Polyclinique Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) 	2 astreintes sur territoire nord 1 PSP sur territoire sud	2 PSP sur sites d'USIC* + 1 astreinte sur le site de Joigny, pendant un délai de 6 mois, dans l'attente de l'organisation de la filière cardiologie sur le territoire
Gynécologie-obstétrique *	CH Sens 1 PSP	CH Auxerre 1 PSP (+ 1garde d'interne)	2 PSP	2 PSP
Neurochirurgie *				site de recours régional
Neuroradiologie interventionnelle				site de recours régional
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	CH Sens 1 PSP	CH Auxerre 1 PSP + 1 AO (USC)	2 PSP 1 astreinte	2 PSP
Réanimation pédiatrique *				site de recours régional
Pédiatrie-Néonatalogie*	CH Sens 1 AO (+ garde d'interne)	CH Auxerre 1 PSP pédiatrie maternité + 1 AO urgences pédiatriques (+1garde d'interne)	1 PSP sur site de recours territoire sud 2 astreintes (1 sur chaque site autorisé)	2 astreintes 1 PSP
Anesthésie adulte	CH Sens 1 PSP (USC)	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 AO Polyclin Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte 	1 PSP territoire nord 2 astreintes sur site de recours territoire sud	1 PSP sur nord 89 1,5 astreinte sur site de recours sud 89 (astreinte mutualisée entre secteur public et secteur privé après minuit)
Anesthésie maternité		CH Auxerre 1 PSP	1 PSP	1 PSP
Médecine Générale	<ul style="list-style-type: none"> CH Sens 1 AO (+garde d'interne) CH Joigny 1 AO 	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 AS semaine + 1 AO week-end = 1,5 astreinte (+1 garde d'interne) CH Tonnerre 1 AO tous services CH Avallon 1 AO tous services CH Clamecy 1 AO 	6,5 astreintes dont 4,5 territoire sud	maintien de l'existant = 6,5 astreintes correspondant aux sites d'accueil des urgences
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	CH Sens 1 AS endoscopie samedi-dimanche et J. fériés (pas AS la nuit)	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 astreinte partielle : vend, sam, dim (endoscopie) Polyclinique Sainte Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) 	2 astreintes partielles (week-end)	1 astreinte mutualisée public-privé à organiser sur le département

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDES

(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Yonne Nord (89)	Territoire Yonne Sud (89)	Yonne (89)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDES
Oncologie - Hématologie		CH Auxerre 1 AS/AO (+1 garde d'intern commune avec médecine)	1 astreinte oncologie	Astreintes organisées sur le site de recours régional
Néphrologie	CH Sens 1 astreinte forfaitisée	CH Auxerre 1AO (4 jours/sem) + 1/2 PSP, 1/2 AO 3 jours/sem pr la 3e séance d'hémodialyse	2 astreintes	PDES USI néphrologie de niveau régional (astreinte néphrologie sur les sites de niveau 2 au titre de la continuité des soins) - permanence médicale pour séances de dialyse hors PDES
Neurologie-UNV *				1 astreinte à prévoir en cas de mise en place d'une UNV
Pneumologie et endoscopie pneumo		<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 AO (+1 garde d'intern commune avec MG) Polyclinique Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) 	1 astreinte	1 astreinte mutualisée public-privé à organiser sur le département
Chirurgie orthopédique et traumatologique	CH Sens 1 AO (+garde d'intern commune chir)	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 Astreinte Forfaitisée (+1 garde d'intern commune chirurgie) Polyclin Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte 	3 astreintes dont 2 sur Auxerre	2,5 astreintes : <ul style="list-style-type: none"> 1 sur Sens 1,5 sur Auxerre (une astreinte mutualisée public-privé après minuit)
Chirurgie urologique	CH Sens AS (nuit uniquement) + AO le week-end (+ garde d'intern chirurgie)	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 AO semaine + 1 AS le week end (+ garde d'intern chirurgie) Polyclinique Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) 	2 astreintes	1 astreinte mutualisée à organiser sur le territoire de santé
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique				site de recours régional
Chirurgie viscérale et digestive	CH Sens 1 AO (+garde d'intern commune chir)	<ul style="list-style-type: none"> CH Auxerre 1 AO (+1 garde d'intern commune chirurgie) Polyclin Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte 	3 astreintes dont 2 sur site pivot territoire sud	2,5 astreintes : <ul style="list-style-type: none"> 1 sur Sens 1,5 sur site de recours sud 89 (une astreinte mutualisée public-privé après minuit)

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Yonne Nord (89)	Territoire Yonne Sud (89)	Yonne (89)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDSES
Chirurgie infantile				site de recours régional
ORL, odontologie, chir maxillo-faciale	CH Sens 1 astreinte ORL	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polyclinique Sainte Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) ■ CH Auxerre 1 AO ORL (partielle) 	2 astreintes dont 1 partielle sur territoire sud	1 astreinte ORL pour le département à organiser en coopération secteur public-secteur privé
Ophtalmologie				1 astreinte ophtalmo pour le département à organiser en coopération secteur public et secteur privé
Psychiatrie d'urgence	CHSY 2 astreintes (sites d'urgences d'Auxerre et de Sens)		2 astreintes	3 astreintes au titre de la mission de service public « soins sans consentement » dont 1 en secteur privé
Biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Sens 1 AO ■ CH Joigny 1 AO 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Auxerre 1 AS ■ CH Tonnerre 1 AS 	4 astreintes	5 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 2 astreintes sur Sens et Auxerre et 3 astreintes sur sites de 1er niveau (Joigny, Tonnerre et Avallon)
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Sens 1 astreinte forfaitisée ■ CH Joigny 1 AO (opérationnelle forfaitisée) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Auxerre 1 PSP ■ CH Tonnerre 1 AO ■ Polyclinique Ste Marguerite Auxerre 1 astreinte (non rémunérée) 	3 astreintes 1 PSP	<p>3 astreintes sur les sites d'accueil des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 astreinte sur Sens en coopération secteur public- secteur libéral ■ 1 sur Auxerre, en coopération secteur public- secteur libéral, intégrant la permanence d'Avallon et Tonnerre par téléradiologie ■ 1 demi-astreinte sur Joigny en 1re partie de nuit (après minuit astreinte mutualisée avec Sens) <p>À terme, organisation d'une plateforme régionale de radiologie</p>

/// Schéma régional d'organisation des soins de PDSES
(permanence des soins en établissements de santé) ● ● ● ●

PSP = permanence sur place AO = astreinte opérationnelle AS = astreinte de sécurité	Territoire Yonne Nord (89)	Territoire Yonne Sud (89)	Yonne (89)	
Liste des spécialités (dont activités réglementées *)	lignes de permanences actuelles	lignes de permanences actuelles	Total nb de lignes actuelles financées	SCHÉMA CIBLE DE LA PDSES
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Sens 1 AO ■ CH Joigny 1 AS 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CH Auxerre 1 AS ■ CH Tonnerre 1 AS 	4 astreintes	3 astreintes sur les sites d'accueil des urgences, dont 2 astreintes sur Sens et Auxerre + 2 demi-astreintes en 1re partie de nuit sur Joigny et Tonnerre (après minuit astreinte mutualisée avec le site de recours le plus proche)



Schéma Régional d'Organisation des Soins

Partie ambulatoire

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Schéma régional d'organisation des soins – Partie ambulatoire

1 Les enjeux de l'organisation des soins ambulatoires de premier recours en Bourgogne	312
2 Le bilan des actions précédemment menées	313
2.1 Dans le domaine de la formation	313
2.2 Dans le domaine des aides à l'installation	313
2.3 Dans le domaine de l'exercice regroupé	313
2.3.1 Concernant les maisons de santé :	313
2.3.2 Concernant les centres de santé	315
2.3.3 Concernant les pôles de santé, entendus au sens de réseaux polyvalents :	316
2.4 Dans le domaine des coopérations entre professionnels	316
2.5 Dans le domaine de l'offre en matière de technologie de l'information et de la communication (TIC)	317
3 Les objectifs généraux du volet ambulatoire du SROS	317
3.1 La formation	318
3.1.1 Objectif général 1 : Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain	319
3.1.2 Objectif général n° 2 : Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux	321
3.1.3 Objectif général n° 3 : Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	322
3.1.4 Objectif général n° 4 : Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants	323
3.2 Les aides à l'installation	324
3.2.1 Objectif général n° 1 : Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	324
3.2.2 Objectif général n° 2 : Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	327
3.2.3 Objectif général n° 3 : Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels	328
3.3 L'exercice regroupé	328
3.3.1 Objectif général n° 1 : Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets	329
3.3.2 Objectif général n° 2 : Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	330
3.3.3 Objectif général n° 3 : Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	331

3.4 Les coopérations entre professionnels332

3.4.1 Objectif général n° 1 : Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS 332

3.4.2 Objectif général n° 2 : Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales... 333

3.5 Les technologies de l'information et de la communication (TIC)335

3.5.1 Objectif général n° 1 : Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité. 335

3.5.2 Objectif général n° 2 : Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un découplage entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information..... 336

3.5.3 Objectif général n° 3 : Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial..... 336

4 Évaluer et suivre la mise en œuvre du schéma 337

4.1 Dispositif d'évaluation du schéma337

4.1.1 Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre. 337

4.1.2 Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016 338

4.2 Suivi de la mise en œuvre et mesure d'impacts du schéma339

4.2.1 Suivi annuel de l'impact du schéma 340

4.2.2 Suivi annuel de la mise en œuvre du schéma 342

/// Schéma régional d'organisation des soins

« RENFORCER LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ EN CONFORTANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS »

Le volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) répond de manière directe à la première des cinq priorités régionales définies au plan stratégique régional de santé (PSRS), élaborées sur la base du diagnostic des besoins de santé :

L'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social.

Il a plus particulièrement pour vocation :

- d'afficher la stratégie régionale de structuration de l'offre de soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions qui s'appuient sur les démarches initiées précédemment et sur les nouveaux dispositifs prévus par la loi HPST ;
- de constituer un outil de mobilisation des professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la consolidation de l'offre de soins ambulatoire régionale ;
- de contribuer à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

Le schéma cible précisément la **définition de priorités d'actions dans les territoires reconnus comme fragiles du point de vue de l'accès aux soins**.

La question de l'accessibilité aux soins est ainsi au cœur des problématiques instruites par le volet ambulatoire du SROS, qui sera axé en Bourgogne sur l'accès aux soins de premier recours.

Les priorités d'action concerneront en particulier les **médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes**, et, selon les situations territoriales, les sages femmes et pédicures podologues.

Les besoins ainsi reconnus en implantations prioritaires serviront de référence pour définir les zones qui bénéficieront des aides à l'installation. L'arrêté prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique va venir préciser les dispositions pour la définition des zones.

1 Les enjeux de l'organisation des soins ambulatoires de premier recours en Bourgogne

Le diagnostic défavorable de la situation démographique des professionnels de santé montre que celle-ci pèse fortement sur les conditions d'exercice. Ces difficultés étant partagées sur l'ensemble des professions, il paraît indispensable d'aborder les questions de fragilité d'accès à l'offre de soins de premier recours **dans une dimension pluri-professionnelle**.

L'identification des zones fragiles aura donc pour objectif de mettre en avant les zones prioritaires au regard de cette approche.

Les actions entreprises tant par la mission régionale de santé que par la DRASS dans les 5 dernières années donnent le cadre dans lequel les futures actions pourront être menées, qui touche principalement aux 4 domaines suivants : formation, aides à l'installation, exercice regroupé, coopérations inter-professionnelles.

Ainsi, les actions que devra porter l'ARS devront s'inscrire en cohérence avec le parcours des professionnels de santé, et permettre à la fois d'apporter une réponse à l'amélioration **des conditions d'exercice et aux besoins en professionnels de santé sur le territoire** :



2 Le bilan des actions précédemment menées

2.1 Dans le domaine de la formation

- **Professions de santé non médicales : la région Bourgogne occupe un rang « convenable » (13^e rang en 2009)** en nombre d'établissements de formations non médicales (36). Si les formations de base sont déjà représentées en Bourgogne (infirmier, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant, ambulancier...), les formations médico-techniques (podologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...) en revanche ne le sont pas.
- **Professions de santé médicales : l'UFR de médecine se situe au 13^e rang des régions pour les étudiants** classés dans les 100 meilleurs aux épreuves classantes nationales (ECN). La région offre des cursus complets en médecine, pharmacie, maïeutique et seulement un accueil en stage de 3^e cycle en odontologie.
- **Des quotas de formation en augmentation :**
 - La création d'un observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et le travail conduit au sein des comités régionaux ont permis de proposer sur les 10 dernières années l'augmentation des numéros clausus et quotas dans les formations :
 - Médecine : 155 en 2005, 212 en 2010 soit 36 % d'augmentation
 - Infirmier : 500 en 1999, 800 en 2010 soit 60 % d'augmentation
 - Masseur kinésithérapeute : de 40 en 2005 à 80 en 2011, soit 100 % d'augmentation
 - Pharmacie : 66 en 2004 à 82 en 2011, soit 24 % d'augmentation
- **Des déperditions en cours de formation**, particulièrement sur la filière infirmière avec des arrivées aux diplômes inférieures de 15 à 20 % au quota.

2.2 Dans le domaine des aides à l'installation

- L'évaluation de l'avenant n° 20 à la convention médicale, menée par la coordination régionale de la gestion du risque de Bourgogne fait état de **48 bénéficiaires, répartis dans 19 communes bourguignonnes**.
- La mise en place de ces aides a fait l'objet d'une collaboration active entre la Mission Régionale de Santé, le Conseil Régional, l'Union Régionale des Médecins Libéraux et les ordres professionnels concernés. Cette collaboration trouvera une suite dans le cadre de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

2.3 Dans le domaine de l'exercice regroupé

La région est très dynamique en ce qui concerne l'exercice regroupé.

Les actions destinées à favoriser le regroupement des professionnels de santé se sont appuyées sur la participation active et incontournable des professionnels concernés et ont impliqué souvent de nombreux partenaires.

À noter que jusqu'à présent, l'attribution des financements s'est portée en priorité sur les territoires fragiles, mais il y a eu un encouragement à l'exercice regroupé en tous lieux.

2.3.1 Concernant les maisons de santé :

On recense en 2011 (voir carte page suivante) :

- 19 maisons ouvertes (dont 17 financées par le FIQCS) :
- 20 ouvertures programmées sur 2012-2013,
- des projets principalement sur les zones fragiles,
 - 20 MSP inscrites au plan de déploiement des 250 MSP en milieu rural

Plusieurs maisons de santé bourguignonnes ont enregistré des installations (remplacer un départ ou étoffer l'équipe) même si la situation reste délicate (MSP avec 1 seul MG). Ainsi les MSP de Toulon sur Arroux, Luzuy et Epinac ont permis le recrutement de médecins. Pour d'autres ce n'est pas encore le cas (Moulins Engilbert, Montsauche les Settons).

/// Schéma régional d'organisation des soins - Partie ambulatoire ● ● ● ●

Par ailleurs, sur un plan plus qualitatif, l'ARS a adressé un questionnaire en octobre 2010 aux maisons ouvertes et devant ouvrir d'ici 2012 (25). Il ressort de l'analyse que :

- 305 professionnels de santé sont impliqués dans les projets de maisons de santé
 - 74 MG (5 % des MG de la région)
 - 95 IDE
 - 49 MK
- Existence d'un projet de santé par maison de santé
 - principaux thèmes : dépistage, actions de santé publique, éducation thérapeutique, actions spécifiques personnes âgées, articulation avec les réseaux territoriaux
- Accueil de stagiaires : 19/25 le font ou vont se former pour les MG et 8/25 pour IDE et MK
- Dossier patient partagé pour la majorité des maisons de santé (18) et réunions de coordination pour toutes

Les maisons de santé pluriprofessionnelles – décembre 2011



2.3.2 Concernant les centres de santé

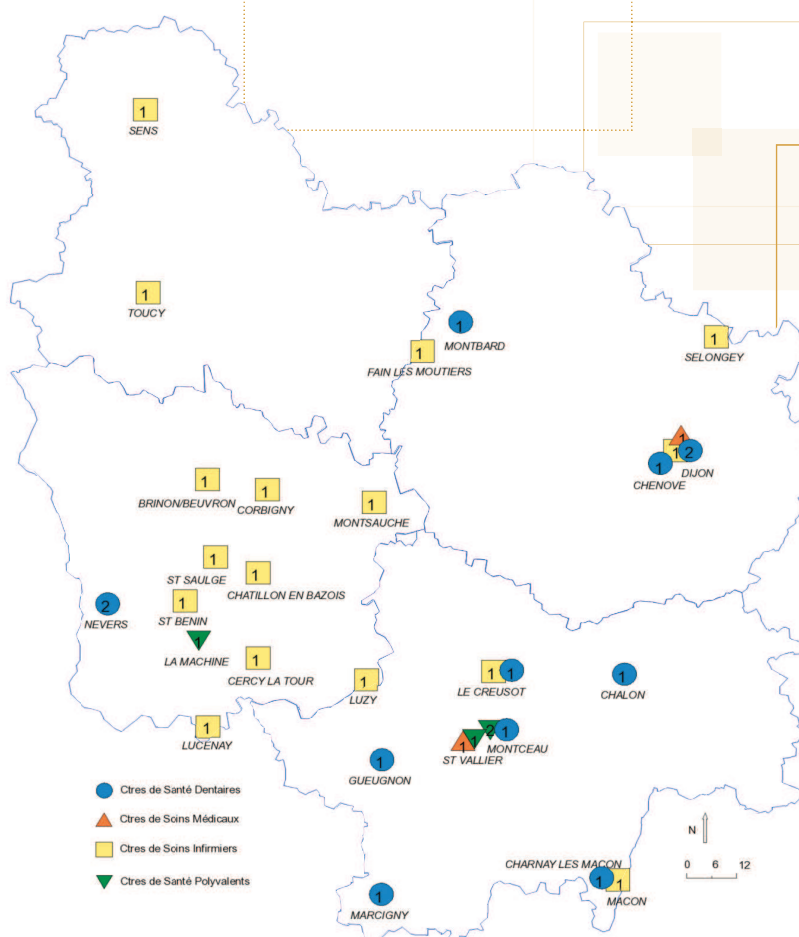
Définis par l'article L 6323-1 du code de santé publique (CSP), les centres de santé ou CDS sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

On note une diversité d'activités assurées dans ces structures notamment des soins médicaux, des soins dentaires, des soins infirmiers. Les centres polyvalents cumulent une activité de médecine classique, une activité dentaire et/ou une activité d'imagerie dentaire et/ou de soins infirmiers.

On recense en 2011 en Bourgogne 44 centres de santé dont :

- 13 en Côte-d'Or
- 13 dans la Nièvre
- 16 en Saône-et-Loire
- 2 dans l'Yonne

On note également une répartition inégale de ces structures assez méconnues des professionnels de santé en Bourgogne.



Sur un plan qualitatif, la rencontre régionale avec les gestionnaires de santé des centres de santé en Bourgogne, organisée le 5 avril 2011 à l'ARS, a souligné certaines problématiques :

- apparition de tableaux cliniques liés à un retard de recours aux soins sur certains territoires (cancer, soins dentaires)
- consolidation de l'approche sociale et de l'appui en santé mentale nécessaire pour aider à l'exercice des professionnels dans ces centres

Selon une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) de mai 2011, les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans les CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. L'analyse montre également que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale.

2.3.3 Concernant les pôles de santé, entendus au sens de réseaux polyvalents :

- 8 réseaux polyvalents en Bourgogne
- On distingue deux catégories :
 - les réseaux monothématiques qui ont ouvert de nouvelles branches au fil du temps, il s'agit de réseaux relativement anciens (2000) issus parfois des expérimentations Soubie
 - et les groupements de professionnels de santé (les 3 GPS de Côte-d'Or) qui se sont développées sur la base d'un projet commun de santé adopté par l'ensemble des professionnels d'un territoire. Les thèmes les plus fréquemment traités sont le maintien à domicile, les soins palliatifs et la prise en charge des pathologies chroniques notamment via l'éducation thérapeutique.
- La liste des réseaux est la suivante :
 - Réseau de santé de Haute Côte-d'Or
 - Groupement des Professionnels de Santé de l'Auxois Sud – GPSAS
 - Groupement des Professionnels de Santé du Grand Ouest Dijonnais – GPSGOD
 - Groupement des Professionnels de Santé du Pays Beaunois
 - Réseau de Santé du Haut-Nivernais
 - Réseau de Santé du Val de Saône – RESOVAL
 - Association de Coordination Sanitaire et Sociale des 3 Rivières
 - Coordination Gériatrique du Tonnerrois

2.4 Dans le domaine des coopérations entre professionnels

■ Les dispositifs de coopérations entre professionnels reposent sur :

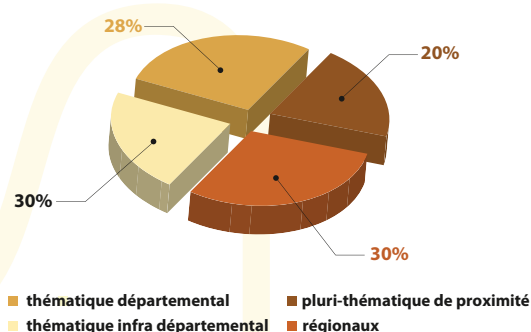
1. La coopération entre professionnels médicaux
2. La coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux

■ Ces coopérations peuvent avoir lieu dans le cadre :

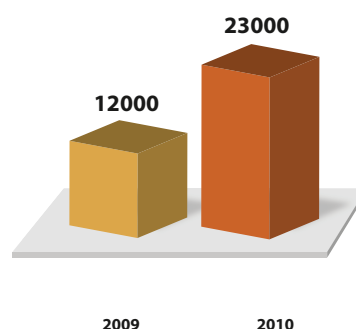
- de réseaux de santé (thématiques, régionaux, pluri-thématiques...),
- de structures d'exercice coordonné
- d'autres dispositifs de coordination (préparation de la sortie d'hospitalisation : auxiliaires de vie, services sociaux hospitaliers...)

■ Une dynamique positive est en place en Bourgogne avec une augmentation du nombre de patients et de professionnels qui adhèrent aux réseaux

40 réseaux de santé financés en Bourgogne



Nombre de Bourguignons pris en charge par un réseau



2.5 Dans le domaine de l'offre en matière de technologie de l'information et de la communication (TIC)

📌 Réglementation

- Loi HPST, article 78
- Décret télémedecine 2010-1229 du 19 octobre 2010
- Décret hébergeur de données de santé 2006-6 du 4 janvier 2006
- Décret confidentialité 2007-960 du 15 mai 2007

📌 Éléments de contexte :

- Une offre mature de l'industrie de l'édition de logiciels du secteur ambulatoire
- La télémedecine en voie de développement : des projets innovants à consolider et des expérimentations à mener
- Une gouvernance régionale des SI de santé en construction avec un découplage des secteurs ambulatoire, sanitaire, médico-social

📌 Constats :

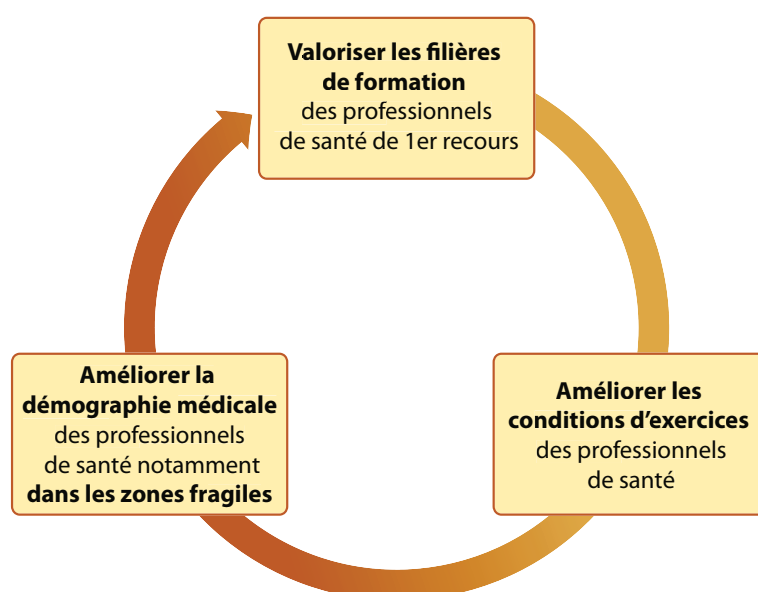
- Une informatisation avancée en cabinet libéral et dans les MSP
- Le partage de l'information comme ligne directrice au sein des structures d'exercice coordonné
- Un développement de la télémedecine fortement dépendant des initiatives locales
- Un cloisonnement entre les acteurs de santé

📌 Sujets de vigilance :

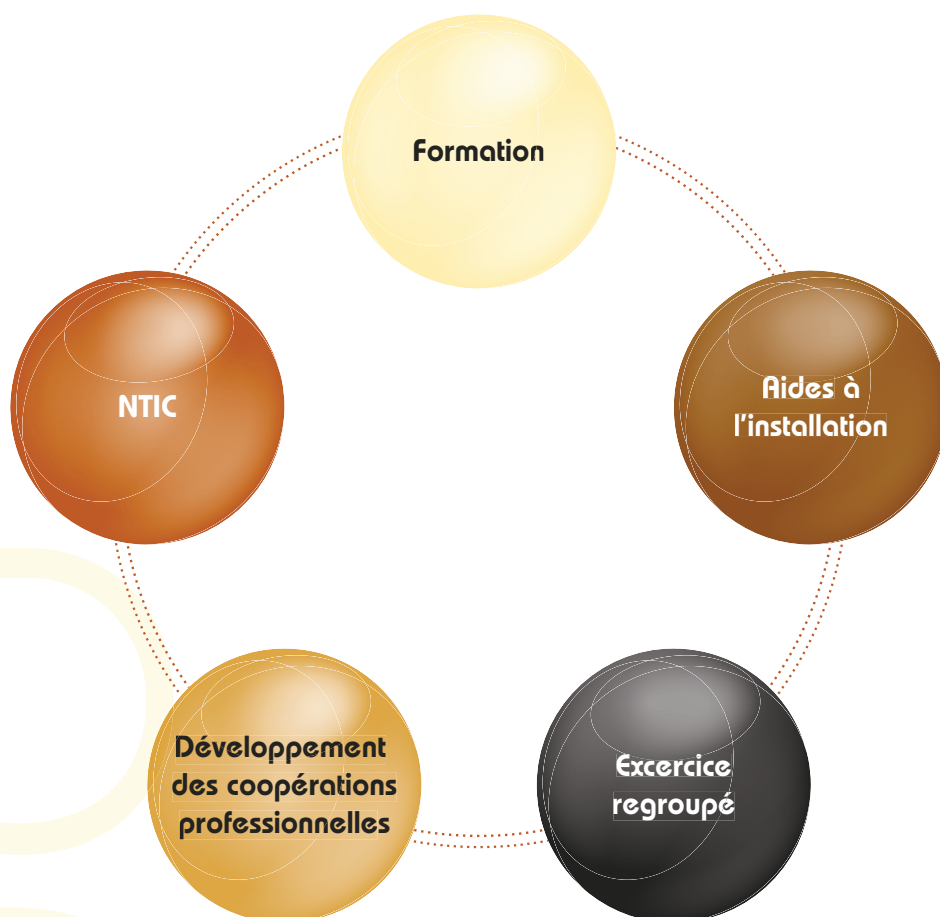
- L'amélioration du service rendu à l'utilisateur doit rester au cœur des préoccupations des porteurs de projet
- Les SI et la TLM (TIC) restent des outils au service des professionnels de santé
- Les projets TLM doivent faire l'objet d'une évaluation médico-économique régulière

3 Les objectifs généraux du volet ambulatoire du SROS

Dans la continuité des actions menées, et afin de leur donner leur pleine efficacité en lien avec les nouveaux instruments prévus par la loi HPST, les objectifs généraux du volet ambulatoire s'articuleront selon la logique d'intervention suivante



Cette logique d'intervention prendra appui sur 5 leviers :



3.1 La formation

La formation est un levier précieux dans le pilotage de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins conduit par l'Agence Régionale de Santé, dans l'ajustement de l'offre aux besoins, et particulièrement dans le champ ambulatoire, du fait des difficultés démographiques importantes rencontrées en Bourgogne sur l'ensemble des professionnels de santé.

Les enjeux en Bourgogne portent donc sur les objectifs suivants :

- Former selon les besoins, c'est-à-dire former le nombre nécessaire pour répondre à la demande, sur les spécialités ou métiers, compte tenu des sous densités constatées dans toutes les professions
- Réduire les déperditions en cours de formation, particulièrement sur la filière infirmière avec des arrivées annuelles aux diplômes inférieures de 15 à 20 % au numérus clausus
- Mieux répartir les professionnels sur les territoires et entre les différents champs, avec des zones qui se désertifient sur l'ensemble des professions ambulatoires, un secteur médico-social qui recrute très difficilement, même en milieu urbain, des spécialités hospitalières en difficulté (psychiatrie, neurologie, pédiatrie...)
- Maintenir ou faire revenir les futurs professionnels en Bourgogne : former plus de Bourguignons, faire revenir les Bourguignons formés ailleurs (ex. : odontologie), garder les diplômés formés en Bourgogne.

3.1.1 Objectif général 1 : Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain

Depuis 2002, le secteur des formations est en pleine mouvance, avec en premier, l'instauration par la loi de décentralisation du 13 août 2004, d'une territorialisation de la gouvernance des formations para-médicales confiant aux Conseils Régionaux la définition et la mise en œuvre des politiques de formation sanitaire et sociale, puis, l'engagement dans le processus européen LMD, conduisant à la réingénierie actuelle des diplômes para-médicaux, dont celui d'aide-soignant et auxiliaire en puériculture en 2005, celui d'infirmier, mis en œuvre en 2009, suivi à partir de 2012 de ceux de masseur-kinésithérapeute, sage-femme, infirmière puéricultrice, IADE et cadre de santé, et depuis 2011 la reconnaissance LMD des diplômes médicaux.

Parallèlement, la pénurie démographique constatée a conduit, avec l'aide de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) créé en 2002, à proposer des augmentations de quotas dans les formations telles qu'énoncées dans le bilan.

En médecine plus particulièrement, au-delà de la remontée du numérus clausus engagée depuis 10 ans, la régulation de la répartition des futurs médecins s'exerce aussi depuis 2008 au niveau des ECN (épreuves classantes nationales) avec des flux d'internes répartis selon les besoins régionaux (augmentation des postes offerts dans les régions les moins dotées en professions médicales et stabilisation des effectifs de postes dans les régions les mieux dotées), et, avec la loi HPST et son décret d'application 2010-700 du 25 juin 2010, par la mise en place d'un dispositif de filiarisation du 3^e cycle des études de médecine.

Ce dispositif vise à mieux répartir par région le flux des internes pour chacune des spécialités (et non plus par discipline).

C'est ainsi que chaque région est amenée à élaborer des propositions pluri annuelles d'effectifs des internes, qui prennent en compte le nombre d'internes entrant en 3^e cycle, le besoin de renouvellement des professionnels en exercice, afin de s'assurer d'une offre de soins régionale adaptée par spécialité.

En Bourgogne, pour la période 2011-2015, les propositions relatives à la médecine générale ont fait état de 445 postes soit une augmentation de 20 postes par rapport à la proposition 2010, et une répartition sur les spécialités (522) qui favorisent l'anesthésie réanimation, la médecine du travail, la pédiatrie, la santé publique, la pneumologie, l'ophtalmologie, la gastro – entérologie, la dermatologie, et l'anatomo-cytologie pathologique, pour un effectif total à former de 967 médecins sur 5 ans.



Le ministère a porté la proposition bourguignonne à 450 postes en médecine générale et 522 en spécialités soit un total de 972 médecins à former sur la période 2011-2015.

Également, la mise en place de la première année commune des études médicales (PACES), depuis l'arrêté du 28 octobre 2009, facilite la réorientation des étudiants au sein des formations de santé médicales, mais s'accompagne aussi d'un élargissement des passerelles pour un accès direct en 2^e ou 3^e année d'études médicales, dentaires, pharmaceutiques ou de maïeutique, avec la publication de 2 arrêtés en date du 26 juillet 2010.

Peuvent accéder à la 2^e année de ces études, les titulaires d'un master ou diplôme conférant ce grade ou ayant validé 2 années d'études ou 120 crédits européens dans un cursus médical, dentaire, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la 1^{re} année.

Peuvent accéder en 3^e année, les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, pharmacie chirurgie dentaire, sage-femme, vétérinaire, de doctorat ou d'ingénieur, ainsi que les enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur exerçant dans une unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie, odontologie, et les anciens élèves des écoles normales supérieures.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p>Assurer un suivi pluriannuel des besoins en professionnels de santé à former en Bourgogne</p> <p>En concordance avec les orientations de l'ONDPS, il s'agit de construire un suivi des effectifs à former dans les professions de santé dont la formation est délivrée en Bourgogne, à partir des effectifs de professionnels en fonction et des départs pressentis en retraite, de manière à proposer et suivre les ajustements nécessaires des capacités de formation (en commençant par les professions à numerus clausus ou à quota) aux besoins de renouvellement ou d'évolution des professions.</p> <p>Cette vision pluri-annuelle des effectifs à former est mise en place depuis 2 ans pour les médecins, et s'initie pour les pharmaciens à compter de 2012.</p>	<p>Mise en place et pilotage par le coordonnateur ARS de groupes techniques de travail préparant les propositions à présenter au comité régional ONDPS et à remonter au conseil national</p>
<p>Développer la cohérence des aides à la formation et à l'exercice</p> <p>Cette orientation touche l'information conduite dans le cadre de la PAPS pour les aides à l'installation des futurs professionnels (cf § 4.2.1), la signature des CESP (cf §4.2.2), et les aides des collectivités, notamment l'aide du Conseil régional « Réciprosanté ».</p> <p>Pour pallier le manque de professionnels de santé, particulièrement de sages-femmes, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, la Région Bourgogne propose le contrat Réciprosanté : c'est une aide financière, versée chaque mois, à partir de la deuxième année de formation, en échange de l'engagement de l'étudiant à exercer sa profession dans un établissement de santé ou un institut médico-social en Bourgogne (465 € par mois en zone urbaine, 600 € par mois en zone rurale ou fragile, ou dans le champ de la gériatrie).</p> <p>Depuis la création en 2004, 100 contrats sont signés en moyenne par an. Le zonage actuellement utilisé par le Conseil régional est celui des fonds européens. Le recours au zonage ARS « territoires fragiles » arrêté au PRS est à proposer au Conseil régional ainsi que l'association de l'institut de formation au contrat établi entre l'élève et l'établissement de manière à instaurer une cohérence du parcours de stage avec l'engagement professionnel de l'étudiant.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Association des partenaires au sein de l'instance de pilotage PAPS 2. Création d'un comité de pilotage du CESP 3. Valorisation de l'allocation Réciprosanté auprès des instituts de formation et articulations en termes de territoires à conduire avec le Conseil régional

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p>Renforcer l'information préalable à l'entrée en formation</p> <p>La bonne connaissance des métiers de santé par les étudiants est un levier pour lutter contre la déperdition observée en cours de formation liée à des erreurs d'orientation, à la découverte tardive des tâches ou niveaux de responsabilité, et à l'effet « générationnel » constaté chez les étudiants de tester une formation avant de s'engager réellement dans le projet professionnel correspondant.</p> <p>Il s'agit donc de multiplier les lieux et occasions d'informer sur les professions de santé non médicales avant l'entrée en formation.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informations ciblées en lycée, avec les CIO 2. Information, dans le cadre du semestre « rebond » PACES, des étudiants susceptibles de se réorienter en cours d'année, sur l'ensemble des formations de santé, pour agir sur les « représentations », faire connaître les niveaux de responsabilités, les environnements de travail...

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux d'adéquation des professionnels formés aux places de formation ouvertes (NB d'étudiants formés/ NB de professionnels à renouveler)	100 %
	Reprise de l'orientation SROS dans le schéma régional des professions sanitaires établi par le Conseil régional	Orientation intégrée

3.1.2 Objectif général n° 2 : Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux

Les priorités du PSRS arrêtées suite au diagnostic régional de la santé mettent en avant le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées, la capacité des jeunes à être acteurs de leur santé et l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques.

La formation des professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, apparaît comme un des outils à utiliser pour améliorer la prise en charge sur chacun de ces thèmes.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
S'assurer de l'insertion dans les unités d'enseignement et les informations aux étudiants des thèmes relatifs à l'éducation à la santé, à la connaissance des handicaps, à la gérontologie , en lien avec les priorités stratégiques du PSRS	Appel aux organismes tels l'IREPS, le CREAL, le Gérontopôle...
Développer dans les instituts de formation et à l'université les contenus relatifs à l'exercice ambulatoire (plus spécifiquement sage-femme, infirmiers, médecin) : approche du métier, environnement, aides à l'installation...	Appel à la PAPS, aux interventions de professionnels libéraux...
Favoriser l'inter professionnalité dans les enseignements permettant le partage des cultures, et d'aider aux coopérations futures entre les professionnels	Multiplier les enseignements en commun de modules optionnels, cours communs, séminaires partagés...

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre d'interventions dans les formations faites sur les priorités du PSRS : autonomie, maladies chroniques, adolescence	Au moins une intervention par an et par formation

3.1.3 Objectif général n° 3 : Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé

Le développement de l'alternance dans les formations de santé confère aujourd'hui une place importante à la clinique, avec une acquisition des compétences reliée en grande partie aux stages, du fait de l'application du principe de pédagogie réflexive, notamment dans les formations de santé non médicales.

Le stage est ainsi reconnu comme un outil primordial pour la découverte d'une discipline, d'un secteur d'activité. Sur l'ambulatoire, la connaissance par le stage de l'environnement et de la pratique professionnelle apparaît essentielle et déterminante dans le choix du futur professionnel pour ce secteur.

Concernant la préoccupation de la Bourgogne d'encourager l'installation ou favoriser le maintien dans les territoires fragiles des professionnels de premier recours, le stage, et même le parcours de stage, est énoncé comme un élément prioritaire d'action du volet ambulatoire du SROS.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/ leviers d'actions
<p>Assurer le recrutement de maîtres de stages via des campagnes régulières d'information avec l'université, ou les instituts de formation, pour garantir le maintien et/ou l'augmentation des capacités dans les terrains de stage en milieu ambulatoire (notamment libéral).</p> <p>Sur le 2^e cycle des études médicales, à ce jour, 40 % seulement, des étudiants font un stage en médecine générale, en 4^e ou 5^e année, de 6 semaines à temps plein.</p> <p>L'objectif est de proposer un stage en médecine générale à tous les étudiants, ce qui nécessite d'aller au-delà du recrutement actuel de maîtres de stage, qui s'organise en réseaux (2 à 3 maîtres de stage par réseau répartis sur un territoire), non différenciés à ce jour avec les maîtres de stage d'internat.</p> <p>Ce recrutement doit être associé à une formation des maîtres de stage en secteur ambulatoire, à l'université, et dans les instituts de formation, en lien avec la question de la rémunération du tuteur de stage, devant valoriser le rôle d'encadrement pédagogique et clinique.</p> <p>Cette formation est organisée pour les réseaux de stage de médecine; elle est à accompagner pour les formations de santé non médicales, où aujourd'hui ne sont réellement assurées que des informations et rencontres périodiques avec les professionnels libéraux.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposer à tous les étudiants de 2^e cycle des études médicales, un stage en cabinet libéral 2. Alimenter les réflexions sur la couverture « responsabilité » des professionnels libéraux dans l'accueil des stagiaires 3. Accompagnement des UFR, des IFSI, IFMK sur l'information, le recrutement et la formation des maîtres de stage
<p>Garantir, dans le parcours de formation, l'approche du milieu ambulatoire (notamment libéral) lorsque celle-ci n'est pas obligatoire dans le référentiel de formation des étudiants.</p> <p>Le stage en milieu libéral ou ambulatoire n'est pas obligatoire dans les référentiels des formations de santé non médicales, et certains instituts n'en proposent encore pas systématiquement. Il convient, si chaque étudiant ne peut réaliser un stage en milieu ambulatoire, d'encourager la construction de parcours de stage cohérents durant la formation permettant l'abord du secteur libéral.</p>	<p>Sensibilisation des directeurs IFSI, IFMK</p>

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/ leviers d'actions
Développer les parcours de stage par territoire permettant de mettre en cohérence formation clinique et projet professionnel, notamment pour les apprenants en promotion professionnelle ou bénéficiaires de CESP, d'allocations Réciprosanté...	Appui sur les coordonnateurs régionaux universitaires, sur les directeurs d'IFSI, IFMK

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Proportion d'étudiants au sein d'une promotion ayant réalisé un stage ambulatoire	À ajuster en fonction des spécialités

3.1.4 Objectif général n° 4 : Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants

Au-delà des actions visant à l'augmentation des capacités de stage, et à la formation des maîtres et tuteurs de stage, l'attractivité du stage en milieu ambulatoire relève aussi des conditions d'accueil proposées au stagiaire, et particulièrement des possibilités de logement sur place et de transport sur le lieu de stage.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/ leviers d'actions
Inscrire le devoir d'enseignement pour les professionnels en exercice comme une condition d'éligibilité aux aides à l'exercice regroupé/coordonné. Cette orientation est développée dans le cahier des charges de l'exercice regroupé (cf §3.3)	1. Accueil obligatoire de stagiaires en formation et d'étudiants dans le cahier des charges de l'exercice regroupé 2. Elaboration d'une charte d'accueil du stagiaire au sein de la MSP ou du CDS
Favoriser les aides aux transports pour l'accueil en stage en milieu rural pour toutes les formations. Aujourd'hui, les élèves des instituts de formations para-médicales bénéficient, comme tous les étudiants de la carte Campus TER proposée par la Région qui permet de bénéficier de billets de train TER à 25 % du coût. Au-delà, Il convient de travailler, avec l'ensemble des partenaires, des solutions de facilitation de l'accès aux stages éloignés et d'amélioration de l'indemnisation des déplacements du stagiaire.	Susciter auprès du Conseil régional une revue des pratiques d'indemnisation des frais de stage dans les instituts de formations paramédicales et promotion d'une harmonisation des conditions de prise en charge
Proposer des conditions de logement pour les stages éloignés du centre de formation ou du domicile de l'étudiant , pour toutes les formations. Il s'agit avec l'aide de tous les partenaires de terrain, d'identifier les possibilités de logement accessibles aux stagiaires sur un territoire et leurs équipements, de manière à accompagner ou favoriser les choix de stage, en recherchant la diversification des solutions : dans les MSP, locaux proposés par les mairies, au sein de l'établissement de santé proche, dans les internats de lycées accueillant des adultes, au sein des pays et dans les projets locaux de santé.	1. Réalisation d'une cartographie des terrains de stage recensant les offres de logement et les équipements mis à disposition 2. Labellisation des terrains de stage à envisager

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Proportion de terrains de stage proposant des solutions d'hébergement	100 %

3.2 Les aides à l'installation

Le but du volet ambulatoire du SROS concernant les aides à l'installation est de promouvoir l'exercice ambulatoire chez les professionnels de santé :

- en informant sur l'ensemble des offres de service existantes
- en cherchant à maintenir les professionnels formés en Bourgogne par le biais des contrats d'engagement de service public
- en développant le tutorat des futurs professionnels

3.2.1 Objectif général n° 1 : Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé

À ce jour, les professionnels de santé en exercice ou en formation sont confrontés à une dispersion de l'information au sujet des conditions d'exercice en libéral et des dispositifs d'aides à l'installation.

L'article L.1431-2 de la loi HPST précise que les ARS « sont chargées[...] de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins [...] et à garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre [...] elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ».

Ce service unique d'aide à l'installation, dénommé Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), a pour objectif de faciliter l'orientation du professionnel parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux ou nationaux. Il s'agit donc d'un outil de « mise en réseau » qui doit permettre de rendre l'offre de services mise à disposition des professionnels de santé cohérente, compréhensible et accessible.

En Bourgogne, l'importance de la création d'un service unique d'aides à l'installation est partagée par l'ensemble des acteurs de la santé qui, dès novembre 2010, mènent une réflexion sur la structuration du service au sein d'un groupe de travail composé de :

- L'ensemble des unions régionales des professionnels de santé
- L'ensemble des ordres professionnels
- Les conseils généraux ainsi que le conseil régional
- Le secrétariat général des affaires régionales
- L'Assurance Maladie
- La faculté de médecine
- L'association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne
- L'ARS.

Cette forte dynamique régionale autour de la PAPS a permis à la Bourgogne d'être retenue par le Ministère comme région pilote de la PAPS.

Ce travail a permis de contribuer à l'élaboration d'un guide méthodologique et d'un rubricage du site internet, diffusé à l'ensemble des régions françaises en mai 2011. À noter toutefois que la structuration du mini-site proposée au niveau régional se différencie à la marge du rubricage arrêté au niveau national : en effet, les partenaires régionaux insistent sur l'importance de régionaliser l'information pour l'ajuster au mieux au contexte bourguignon.

La PAPS se compose de trois éléments :

/// 1) Un site internet

Le site internet est retenu comme vecteur de diffusion de l'information. Ce site n'a toutefois pas vocation à se superposer aux sites existants. Il s'agit au contraire d'une plateforme permettant à l'internaute d'avoir une information succincte sur les différents sujets pouvant l'intéresser au cours de son parcours professionnel, et d'avoir un accès direct vers les sites partenaires qui continuent à proposer l'information globale et précise sur les sujets spécifiques. De plus, chaque page de résultat indiquera les coordonnées téléphoniques et mail de la personne référente sur tel ou tel sujet que l'internaute pourra joindre pour toute demande complémentaire.

Bien qu'hébergée sur le site de l'ARS, la PAPS prend la forme d'un mini-site qui dispose d'une adresse web propre : www.bourgogne.paps.sante.fr.

L'information est structurée autour de cinq chapitres qui retracent les grandes étapes du parcours des professionnels de santé, et d'un chapitre annexe fournissant à l'internaute des informations pratiques et générales :

➤ Onglet 1 : Entrée dans la profession

Après avoir sélectionné sa profession, l'internaute trouvera dans cet espace les informations relatives aux conditions à réunir et les démarches à effectuer pour s'installer.

➤ Onglet 2 : Choix du mode d'exercice

Afin d'aider le professionnel de santé dans son choix de mode d'exercice, la PAPS bourguignonne présente l'exercice libéral et salarié ainsi que l'exercice regroupé ou les remplacements. Cette partie est organisée profession par profession ce qui améliore la qualité de l'information proposée à l'internaute.

➤ Onglet 3 : Aides

Le troisième onglet du site s'attache à l'ensemble des aides à la formation, à l'installation ou à l'exercice proposés par les différents partenaires de la PAPS : présentation des dispositifs, coordonnées de personnes à contacter pour y adhérer et formulaires éventuels proposés en téléchargement.

➤ Onglet 4 : Vie professionnelle

Afin de faciliter l'exercice de sa profession, l'internaute trouvera dans cette rubrique les informations relatives :

- aux dispositifs de la permanence des soins (médecins et pharmaciens)
- aux démarches à entreprendre pour évoluer dans son exercice ou pour réaliser un changement de carrière
- à la préparation de la fin d'exercice, à la prise de retraite et au cumul emploi-retraite
- aux passerelles
- aux évolutions du système d'information en santé
- au DPC
- à l'accueil de stagiaire.

➤ Onglet 5 : Exercice regroupé et coordonné

Cet onglet est consacré aux professionnels souhaitant obtenir des informations sur les modalités d'exercice coordonné ou regroupé. Il pourra notamment s'informer sur le montage d'une maison de santé pluriprofessionnelles, les financements existants, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ainsi que les protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

➤ Onglet 6 : Informations pratiques

Dans cette dernière rubrique seront réunies les informations pratiques telles que les annuaires, agendas, publications et annonces professionnelles. Précisons que la PAPS ne gèrera pas les annonces professionnelles, mais orientera l'internaute vers les sites proposant ce type de service.

L'alimentation et la mise à jour du site sont à la charge du coordonnateur ARS. Néanmoins, chaque partenaire est en charge de réaliser la veille réglementaire des sujets le concernant, de rester vigilant sur la pertinence des informations diffusées sur la PAPS et de proposer des mises à jour le cas échéant.

/// 2) Des équipes locales permettant un accompagnement physique et personnalisé des PS

La PAPS ne se limite pas au seul site internet. L'enjeu est de garantir sur le terrain l'effectivité des services proposés.

À ce jour, de nombreuses cellules ou groupes accueillent des professionnels de santé pour les aides dans les démarches à faire ou pour les accompagner dans un projet donné

Exemple :

- Appui aux porteurs de projets de maisons de santé [URPS médecins, Conseil Régional, ARS, SGAR]
- Accompagnement des internes [ARS – faculté de médecine]

Les différents partenaires de la PAPS ont probablement mis en place d'autres groupes d'accueil des professionnels de santé. De ce fait, l'instance de gouvernance se propose de réaliser un état des lieux de l'existant de façon à recenser l'ensemble des dispositifs opérationnels et de coordonner les différents services proposés par les partenaires de la PAPS afin d'en améliorer la qualité du service rendu.

/// 3) Une instance de gouvernance permettant de coordonner l'action de partenaires régionaux

L'instance de gouvernance régionale réunit autour de l'ARS tous les acteurs impliqués au niveau régional dans la production de services ou la publication d'informations à destination des professionnels. Il est en effet essentiel que le dispositif PAPS s'appuie sur une concertation large, impliquant l'ensemble des acteurs concernés par l'objet de la plateforme.

L'un des enjeux principaux de la plateforme est de réunir tous les acteurs impliqués dans la démarche afin de :

- expliciter la politique régionale de santé à destination des professionnels de santé, en formation ou déjà installés
- permettre à chaque acteur impliqué dans le dialogue avec les professionnels de santé, de connaître l'ensemble des initiatives existantes et le rôle joué par les autres intervenants de la région.

Le dispositif de gouvernance a par ailleurs pour objectif de veiller à la bonne mise en œuvre des services et de réaliser une évaluation des services effectivement mis en place.

Pour mener à bien ces missions, les membres de l'instance de gouvernance se réuniront régulièrement. Pendant la phase d'alimentation initiale du site, les réunions sont à fréquence mensuelle. En revanche, lorsque le site sera alimenté et ouvert aux internautes, la mission de l'instance de gouvernance se réduira aux mises à jour et aux échanges relatifs au fonctionnement des équipes de terrain. Il est donc envisageable de réduire la fréquence des réunions à un rythme trimestriel.

En Bourgogne, l'instance de gouvernance reproduit la même composition que le groupe de travail ayant élaboré la PAPS depuis novembre 2010, à savoir les unions régionales des professions de santé, les ordres professionnels, l'ARS, l'Assurance Maladie, la faculté de Médecine, les instituts de formations, le SGAR, les collectivités territoriales (Conseils Généraux et Conseil Régional), l'Association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne et la Fédération bourguignonne des maisons de santé.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Informier et préparer l'installation des futurs professionnels de santé , via notamment la plate-forme d'appuis aux professionnels de santé (PAPS) (ex : sensibiliser les étudiants aux différents modes d'exercice, promouvoir les stages en ambulatoire, délivrer une information sur le contrat d'Engagement de service Public [CESP])	Ouverture du site internet à l'automne 2011 et identification précise des équipes terrain. Une importance particulière sera également attribuée à l'instance de gouvernance en charge de veiller sur la qualité de l'information diffusée et la cohérence globale des services proposés.
Aider à l'installation de tous les professionnels de santé , via notamment la PAPS (ex : faciliter les démarches administratives d'installation, présenter le volet ambulatoire du SROS, les zones d'installation prioritaires et les aides disponibles, promouvoir l'exercice regroupé et/ou coordonné)	Ouverture du site internet à l'automne 2011 et identification précise des équipes terrain qui compléteront les services apportés par le site internet par un accompagnement physique et coordonné des différents partenaires.

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Niveau de pertinence et de qualité de l'information (questionnaire)	À déterminer avec les partenaires
	Nombre de réunions de l'instance de gouvernance (pilotage)	Minimum 3 fois par an
	Proportion de projets maisons, centres ou pôles de santé accompagnés dans le cadre de la PAPS par rapport au nombre global de projets (accompagnement)	80 %
	Nombre d'installations de médecins généralistes en zone fragile pluriprofessionnelle	Une installation dans 50 % des bassins de vie fragiles, soit 18 installations de médecins généralistes
	Nombre de journées d'information organisées auprès des facultés ou écoles des professions de 1 ^{er} recours retenues dans le cadre du SROS (médecine, pharmacie, soins infirmiers, masso-kinésithérapie, chirurgie dentaire)	1 journée d'information par profession en début d'année universitaire (étudiants en fin de cycle)

3.2.2 Objectif général n° 2 : Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public

C'est à la fois le constat de l'inégalité d'accès aux soins, due notamment à une mauvaise répartition territoriale des professionnels, et la prévision d'un grand nombre de départs en retraite des praticiens à 10 ans qui ont motivé la création dans la loi HPST du 21 juillet 2009 du dispositif prévu à l'article 46 : le contrat d'engagement de service public (CESP), codifié à l'article L.632.6 du code de l'éducation.

La signature d'un CESP permet le versement à un étudiant et/ou interne en médecine d'une allocation mensuelle en contrepartie d'un engagement à exercer, à l'issue de sa formation, un certain temps dans les zones sous dotées arrêtées par l'ARS au SROS.

Chaque année, un arrêté interministériel fixe le nombre d'étudiants pouvant signer un CESP. Une commission de sélection, présidée par le directeur de l'UFR, comprenant le DG ARS, le président de l'URPS médecins, le président du Conseil régional de l'Ordre des médecins, un représentant des étudiants, un représentant des internes et un directeur d'un établissement public de santé désigné par la FHF, établit la liste des étudiants et internes retenus pour contracter. La commission transmet la liste dans les 2 mois suivant la rentrée universitaire au Centre National de Gestion (CNG), chargé de proposer la signature des contrats aux lauréats, qui disposent de 30 jours pour retourner le contrat signé.

Obligations contractuelles :

- Engagement du signataire à consacrer la totalité de son exercice professionnel, à compter de la fin de sa formation et pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation mensuelle, à un ou plusieurs lieux d'exercice correspondant à ceux identifiés par le SROS, pour lesquels l'offre médicale est insuffisante et la continuité des soins menacée.
- Le CNG établit cette liste, sur proposition des ARS. Cette liste est nationale et les étudiants, à l'issue des ECN, en fonction de leur rang de classement, peuvent candidater sur 5 lieux.
- Les lieux d'exercice peuvent recouvrir des activités libérales, salariées, ou combiner les deux. Ils sont définis géographiquement, démographiquement, avec leurs caractéristiques sanitaires et sociales, avec la description précise des fonctions à exercer et la désignation de l'employeur éventuel. L'activité doit être remplie à temps plein.
- Lorsque le signataire entend exercer des fonctions libérales, il s'engage à pratiquer les tarifs fixés par la convention médicale.

La Bourgogne entend accompagner pleinement le dispositif des CESP pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels, notamment en secteur ambulatoire, dans les territoires fragiles en matière de démographie médicale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/ leviers d'actions
Développer le nombre de CESP en Bourgogne : proposer un nombre de contrats au regard de la sous densité, des fragilités démographiques énoncées au PRS et des demandes des étudiants	Réalisation de diagnostics affinés par zones fragiles ARS
Assurer un pilotage régional des CESP pour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier l'information à faire aux étudiants (campagnes annuelles de signature, contenu PAPS) ▪ Arrêter une méthode pour le recensement des lieux d'exercice et leur nature ▪ Quantifier le besoin ▪ Construire les principes d'exercice des signataires des CESP dans les lieux d'exercice regroupés ▪ Assurer un accompagnement individualisé auprès des signataires des contrats 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification d'un référent interne ARS 2. Animation d'un comité de pilotage associant les partenaires (UFR médecine, Fédération des MSP, Fédérations hospitalières, URPS, Conseil de l'Ordre)

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux de contrats signés par rapport au nombre de contrats proposés chaque année	90 %
	Taux de réalisation en Bourgogne des CESP signés par des bourguignons	100 %

3.2.3 Objectif général n° 3 : Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels

Le système du tutorat, qui consiste à accompagner un futur professionnel par un professionnel expérimenté, et déjà mis en œuvre auprès des internes en médecine, peut être un dispositif à élargir pour les autres professionnels de santé, médicaux ou non médicaux, en vue de les préparer à l'exercice ambulatoire, sur tous les aspects de la profession, et également faciliter l'association en cabinet, en MSP...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/ leviers d'actions
Proposer un tutorat aux professionnels de santé désirant s'installer en libéral, servant à les guider sur les conditions particulières d'exercice en milieu libéral	URPS volontaires

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre annuel de tutorats assurés par profession	À déterminer avec les URPS volontaires
	Satisfaction des professionnels tutorés	75 % de satisfaits

3.3 L'exercice regroupé

L'exercice regroupé est l'une des priorités du volet ambulatoire du SROS. Les structures d'exercice regroupé ont pour but de proposer aux professionnels de santé un cadre et un mode d'exercice qui favorisent le maintien des professionnels en milieu ambulatoire et encouragent l'installation de nouveaux professionnels dans la mesure où les modes d'exercice proposés correspondent à leurs aspirations.

Elles comprennent : les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé et d'autres modes de regroupements pluri-professionnels (notamment cabinets de groupe...).

La promotion de l'exercice regroupé comme facteur de maintien d'une offre ambulatoire de qualité de 1^{er} recours recouvre également des enjeux portant sur :

- la cohérence des projets de santé avec les priorités stratégiques du PRS
- des implantations répondant aux besoins identifiés
- l'efficacité médico-économique témoignant d'une véritable plus-value du mode d'organisation mis en place par rapport aux modes d'exercice existants.

3.3.1 Objectif général n° 1 : Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets

Il convient de maintenir la dynamique mise en place dans la région en proposant des outils pour les promoteurs visant au déploiement quantitatif et qualitatif des projets d'exercice regroupé.

Il s'agit à la fois de renforcer les connaissances des différentes formes d'exercices regroupés existantes et des projets pour continuer le développement de ce mode d'exercice et, maintenir le partenariat inter institutionnel garant de la dynamique régionale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Promouvoir les modes d'exercice regroupé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Animation de la PAPS ■ Réunions sur les territoires fragiles avec les URPS
Accompagner les professionnels porteurs de projets et suivre le développement des projets	<ul style="list-style-type: none"> ■ Animation du réseau des partenaires (URPS, Fédération des maisons de santé et groupements interprofessionnels de santé de Bourgogne) et des instances de concertation départementale et régionale ■ Accompagnement individualisé des projets ■ Organisation de formations et de journées d'échanges entre personnels des MSP ■ Contractualisation sous forme de CPOM

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux de territoires fragiles sans projet ayant fait l'objet de réunions d'information	100 %
	Taux d'accompagnement des projets par les instances locales	100 %
	Mobilisation des instances locales de concertation	Au moins deux fois par an
	Taux de contractualisation des dossiers validés par l'ARS (validation du projet de santé donnant lieu dans les 3 ans à l'ouverture de la MSP et à la conclusion d'un CPOM)	80 %

3.3.2 Objectif général n° 2 : Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées

Le point commun entre les différents dispositifs d'exercice regroupé est le projet de santé, qui précise pour chaque type d'organisation les modalités de coordination, les actions de santé mises en place en fonction des besoins de la population et prévoit la formation des professionnels ainsi que l'accueil de stagiaires.

Il traduit la plus-value qualitative de ce mode d'organisation des soins et à ce titre, il est le critère déterminant qui qualifiera les projets d'exercice regroupé que l'ARS pourra soutenir.

Un socle minimal reposant sur les trois premiers objectifs spécifiques cités ci-dessous est nécessaire pour chaque projet d'exercice regroupé.

Au terme de la première période de financement, les cinq objectifs devront être atteints.

Une procédure graduée de labellisation et de financement des MSP et autres structures en fonction des actions proposées pourra être mise en place.

La réalisation de ces objectifs sera déclinée contractuellement au sein des CPOM.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière de coopération et de coordination et le partage d'informations entre les professionnels de santé	Incitation des structures d'exercice regroupé à élaborer des protocoles de coopération. Respect du cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'information
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière d'éducation du patient, au regard du schéma de prévention, notamment en matière d'éducation thérapeutique	Articulation avec les réseaux de santé labellisés en éducation thérapeutique et avec les priorités du schéma régional de prévention
Garantir que le projet de santé prévoit l'organisation de la continuité des soins et la réponse à la demande de soins non programmés	Lien avec le cahier des charges de la PDSA
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière d'enseignement par les professionnels en place à destination des futurs professionnels	Accueil de stagiaires de formation de santé sur chaque site d'exercice regroupé
Garantir que le projet de santé prévoit des actions de formation continue et interprofessionnelle	Inscription des structures dans la mise en place du futur dispositif de DPC Sensibilisation et information des instances de FMC pour l'intégration des thématiques du PRS au sein des programmes

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux de réalisation des objectifs spécifiques pour chaque projet d'exercice regroupé à l'issue de la période de contractualisation	100 %

3.3.3 Objectif général n° 3 : Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé

L'exercice regroupé est un mode d'exercice largement encouragé depuis plus de 5 ans en Bourgogne. Le déploiement de ce mode d'organisation des soins a été favorisé dans des zones où des difficultés d'accès présentes ou à venir existaient.

Il convient d'orienter encore plus l'aide publique pour ce type de projets vers la résolution de la question de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Assurer l'implantation d'au moins une structure d'exercice regroupé sur les zones fragiles non couvertes, ou desservant un territoire fragile	Repérage des zones prioritaires et des acteurs mobilisables Réunions sur les territoires fragiles, notamment en s'appuyant sur les démarches d'initiatives locales (CLS...)
Assurer des implantations de structures d'exercice regroupé cohérentes les unes par rapport aux autres en tenant compte du zonage, des initiatives, du volontariat et de l'efficacité	Promotion des différents types d'organisation adaptés aux besoins territoriaux (concept d'antennes ou de cabinets secondaires) Intégration de la problématique spécifique des pharmacies fragiles dans la construction des projets d'exercice regroupé Incitation à la mutualisation Appui sur les centres hospitaliers de proximité pour consolider l'offre de premier recours Développement des études de faisabilité intégrant des critères de distances, temps d'accès entre structures, de taille et de besoins
Garantir une taille critique minimum en termes de compétences et de nombre de professionnels (2 médecins, et 2 paramédicaux, dont une infirmière) pour les maisons de santé (une taille optimale serait de 3 à 4 MG pour garantir la continuité des soins)	Incitation au regroupement des petits projets

	Libellés de l'indicateur	Valeurs initiales (2011)	Valeurs cibles à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre de structures d'exercice regroupé installées	19 MSP 44 CDS dont 9 polyvalents	40 MSP (indicateur Cpom 30 MSP en 2013)
	Nombre de structures d'exercice regroupé par zone fragile	13 zones couvertes par 11 MSP, 1 réseau global et 1 CDS polyvalent	Existence d'au moins une structure par zone fragile
	Taux de zones fragiles couvertes par un mode d'exercice regroupé	13 Zones couvertes (11 MSP, 1 réseau global et 1 centre polyvalent) sur 28	40 : 28 (totalité des zones fragiles pluri-professionnelles) + 12

3.4 Les coopérations entre professionnels

La coopération entre professionnels de santé apporte une réponse aux besoins des patients, tant par une approche coordonnée des soins que par l'accès à une offre de santé de proximité, qu'elle vise à favoriser.

En Bourgogne, les outils de coopération à mobiliser dans le cadre du volet ambulatoire sont envisagés du point de vue de la facilitation de l'exercice ambulatoire de premier recours et visent ainsi à développer :

- la cohérence des parcours de soins des patients entre le domicile et les établissements de santé ou institutions médico-sociales, notamment sur les problématiques d'entrée et de sortie d'hospitalisation,
- le partage d'activités permettant de dégager du temps médical, par l'élaboration de protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST.

3.4.1 Objectif général n° 1 : Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS

Garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire est une priorité nationale, pour laquelle le dispositif de l'article 51 de la Loi HPST a été créé. Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont d'optimiser le parcours de soins des patients par une coordination performante entre tous les intervenants, de permettre l'évolution de l'exercice professionnel, d'étendre les champs d'intervention des professions paramédicales et de centrer l'activité médicale sur des missions d'expertise. Un autre enjeu est lié à la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé.

L'article 51 de la loi HPST est un dispositif juridique permettant aux professionnels de santé de déroger à leur condition légale d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre.

La validation de chaque protocole effectuée par la Haute Autorité de Santé garantit la qualité et la sécurité des soins dues aux patients, notamment sur le niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle ainsi que sur la maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients.

L'autorisation de mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé est délivrée par l'Agence Régionale de Santé lorsque le protocole répond à un problème de santé régional.

La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé quels que soient le secteur et cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri-professionnelle...). C'est à leur seule initiative que les professionnels s'engagent dans ce dispositif.

L'information systématique du patient, dont la prise en charge s'inscrit dans une nouvelle organisation de coopération entre professionnels, est exigée par le protocole.

Le développement des protocoles de coopération entre professionnels permet de faire face aux défis majeurs de santé nationaux et bourguignons que sont :

- les besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population,
- l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale
- les progrès technologiques médicaux nécessitant l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé.

L'ARS offre à la région des alternatives de réponses aux problèmes de santé relevés dans les divers diagnostics, en fixant cet objectif principal de favoriser le développement des protocoles de coopération, principalement auprès des professionnels libéraux, au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et également entre les professionnels libéraux et ceux des structures sanitaires.

Au 30 janvier 2012, en Bourgogne, seulement un protocole de coopération a fait l'objet d'un arrêté d'autorisation ARS dans le département de la Côte-d'Or. Ce protocole permet un dépistage intensif de pathologie secondaire d'une maladie chronique « dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique », avec l'utilisation de technique de vidéotransmission. La délégation d'actes est réalisée entre un ophtalmologiste et un orthoptiste.

Deux protocoles sont en cours de rédaction dans la Nièvre et la Saône et Loire, et seront soumis à la HAS en 2012. L'un vise le recours initial de soins de plaies ou de brûlures aiguës au sein d'une maison de santé plutôt qu'en service d'urgences hospitalières. La délégation d'actes concernerait un médecin auprès d'une infirmière et d'un pharmacien. L'autre vise le prélèvement de cornées en milieu hospitalier sur patients décédés.

Les professionnels étant initiateurs des protocoles de coopération, l'ARS a un rôle d'information, d'accompagnement, de coordination, d'autorisation et d'évaluation de ce dispositif.

La montée en charge progressive des arrêtés d'autorisation de protocoles de coopération entre professionnels de santé est envisagée pour les 5 prochaines années, ainsi que le développement d'adhésion des professionnels à des protocoles déjà autorisés.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Informar les professionnels de santé de l'existence et des modalités de l'article 51 de la loi HPST	Animation d'une réunion régionale d'information en fin d'année 2011, avec la participation de la HAS et de la DGOS, Diffusion d'informations sur les protocoles autorisés dans les autres régions, via le site INTERNET de l'ARS
Organiser le pilotage régional du dispositif d'accompagnement des protocoles	Définition d'un processus Constitution d'un groupe de suivi régional Participation des représentants URPS et ordres.

Libellé de l'indicateur	
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre d'accompagnements de promoteurs dans le montage d'un protocole
	Nombre de protocoles issus de promoteurs bourguignons validés par la HAS

3.4.2 Objectif général n° 2 : Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales

Le manque de connaissance mutuelle des acteurs sanitaires et sociaux d'un territoire donné constitue encore un frein aux démarches de coopération voire de regroupement.

Des redondances dans les prises en charge ou au contraire des ruptures ont pu être identifiées dans les parcours de vie ou de santé de certaines populations.

Il s'agit donc de proposer, sur la base de l'inventaire des dispositifs existants de coordination, une organisation par territoires de santé intégrant des préconisations permettant de fluidifier les liens entre professionnels et structures de santé afin de faciliter l'exercice des professionnels de santé et de répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins de premier recours.

Le parcours de soins s'appuie en premier lieu sur l'organisation des soins de premier recours, mais des points d'articulation apparaissent nécessaires avec d'autres travaux des schémas notamment le volet hospitalier du SROS, le schéma médico-social ou bien encore le schéma de prévention.

De nombreux points d'appui existent : réseaux, hôpitaux de proximité, expérimentations pour le maintien à domicile... Il convient d'organiser au mieux la mise en relation des différents outils au service de parcours de soins optimisés.

Les CPOM conclus avec les établissements et avec les structures ambulatoires sont des outils d'orientation et incitatifs visant à améliorer le parcours de soins.

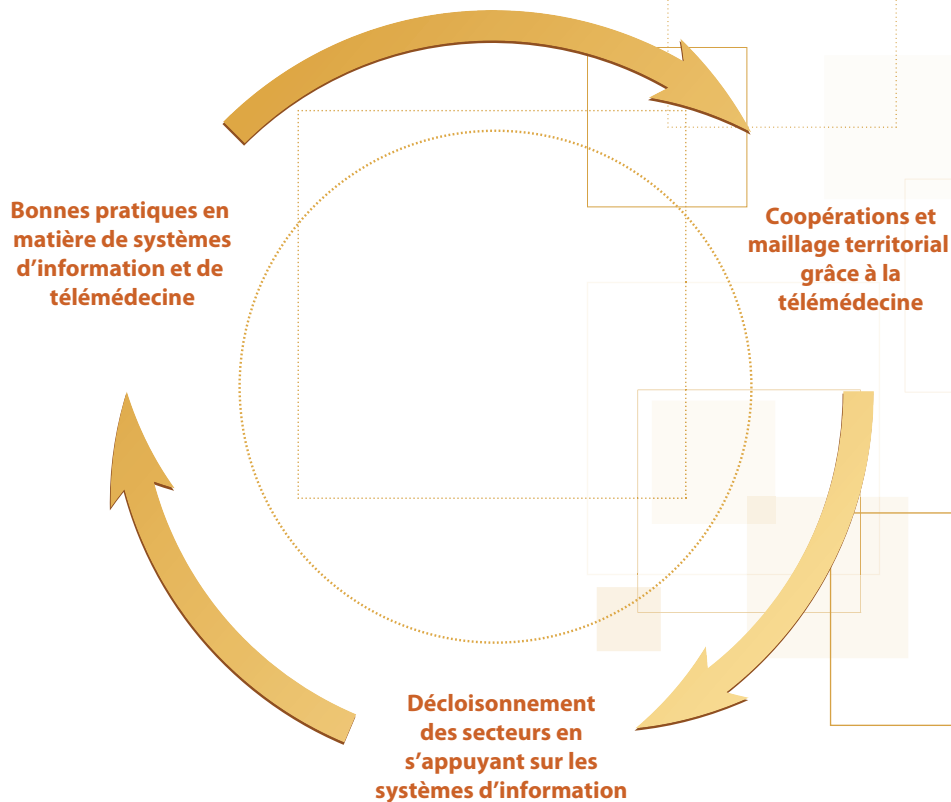
Auparavant, un travail de réévaluation des besoins à couvrir est nécessaire afin de redéfinir les missions assignées aux différents dispositifs de coordination.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Promouvoir le rapprochement des réseaux de proximité avec le ou les centres hospitaliers de référence afin de faciliter le décloisonnement ville-hôpital (pour être relais efficace dans le parcours du patient) et avec les structures d'exercice regroupé de son territoire	Partage d'informations : promotion des portails ville-établissement Thème de travail prioritaire : préparation entrées et sorties d'hospitalisation Points d'appui aux structures d'exercice regroupé pour réalisation des projets de santé (éducation thérapeutique, maintien à domicile...) Liens avec le schéma hospitalier
Privilégier l'évolution des réseaux de santé existants vers des réseaux pluri-thématiques , notamment pour pallier l'absence de dispositifs organisés sur certains territoires et faire converger les dispositifs existants (réseaux, dispositif de coordination sociale) vers une plate-forme de coordination territoriale des professionnels , afin d'assurer une prise en charge globale de la santé	Identification des sites Mobilisation des partenaires Recherche des opérateurs les plus pertinents Réalisation d'états des lieux territoriaux des besoins et attentes de la population et des professionnels notamment les médecins traitants. Mutualisation entre réseaux
Adapter le périmètre géographique d'intervention des réseaux existants, en fonction des besoins, aux territoires non couverts	Réalisation d'états des lieux territoriaux des besoins et attentes de la population et des professionnels notamment les médecins traitants
Améliorer la diffusion de l'information à destination des professionnels de santé sur les dispositifs existants de maintien à domicile de droit commun , afin de repositionner le professionnel de 1er recours dans le maintien à domicile	Réunions d'informations sur les zones d'action des réseaux dans l'attente de la mise en œuvre des plateformes de coordination

	Libellé de l'indicateur
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre d'outils développés par les réseaux au bénéfice des professionnels des territoires fragiles, sur les parcours de soins transverses : cancérologie, neurologie, maladies cardio-vasculaires, personnes âgées
	Nombre de portails ville-établissement opérationnels
	Part des réseaux pluri-thématiques par rapport à l'ensemble des réseaux de proximité
	Proportion des professionnels de santé de premier recours adhérents à un réseau de proximité parmi les réseaux en zones fragiles

3.5 Les technologies de l'information et de la communication (TIC)

Concernant l'outil des TIC, le volet ambulatoire identifie les priorités de développement et d'équipements à inscrire au programme Télémédecine prévu par la loi HPST, qui doivent faciliter l'exercice ambulatoire et qui s'inscrivent dans la logique suivante :



3.5.1 Objectif général n° 1 : Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité.

L'informatisation des systèmes de production de soins s'est largement généralisée sur l'ensemble du secteur ambulatoire au cours des dernières années.

L'essentiel des attentes résidaient alors en une réponse technique à des besoins émis par les porteurs de projet.

Le 1^{er} objectif a pour but de placer les systèmes d'information locaux dans un contexte territorial, régional et national, en respect des contraintes réglementaires d'une part et des normes et référentiels d'autre part.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des contraintes réglementaires ▪ Respect des normes et référentiels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion des outils mis à disposition par l'ASIP Santé (étude MSP de l'ASIP Santé, utilisation des Cartes Professionnels de Santé...) ▪ Appui sur les URPS et le GCS e-santé Bourgogne comme promoteurs de ces outils

3.5.2 Objectif général n° 2 : Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décloisonnement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.

Les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social sont de manière générale encore cloisonnés. La mise en place des ARS est une opportunité pour pallier cette problématique en coordonnant les professionnels de santé de chaque secteur et ainsi supprimer les points de rupture.

Les systèmes d'information peuvent contribuer à cette démarche et ainsi optimiser le parcours de soins des usagers : partage de l'information et coordination des prises en charge (médicale et soignante).

Grâce aux portails ville-hôpital, les médecins généralistes pourront être informés de la sortie d'hospitalisation de leurs patients et prendre connaissance des comptes-rendus inhérents à cet évènement.

À terme, le DMP permettra une meilleure coordination des professionnels de santé dans la prise en charge des patients grâce à la mise à disposition d'informations essentielles : comptes-rendus d'analyses de biologie, images et comptes-rendus d'interprétation d'imagerie, comptes-rendus de consultations...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir et accompagner le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) ■ Favoriser la création de portails ville-hôpital par les établissements de santé en collaboration avec les cabinets libéraux et les MSP ■ Développer un Espace Numérique Régional de Santé comme réponse aux problématiques d'information (Annuaire des Professionnels de santé par exemple) et de communication (messagerie sécurisée par exemple) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ DMP : accompagnement par l'ASIP Santé et appui du GCS e-santé Bourgogne ■ Portails ville-hôpital : développement par les établissements sanitaires

3.5.3 Objectif général n° 3 : Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial

Le décret télémédecine définit les cadres de pratique de la télémédecine : télé-consultations, télé-expertise, télé-surveillance, télé-assistance et régulation médicale.

Compte tenu des caractéristiques de la population bourguignonne, de la situation géographique de notre région et du contexte en matière de démographie médicale, la télémédecine sera un enjeu en tant qu'outil au service de l'organisation de santé.

Pour les usagers, la télémédecine devra favoriser l'autonomie (maladies chroniques) dans certains cas, mais aussi faciliter l'accès aux soins, notamment en premier recours.

Les professionnels de santé pourront se servir de la télémédecine comme d'un support au développement de coopérations : prise en charge des AVC, organisation de la téléradiologie...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> ■ Développement des coopérations ■ Amélioration du maillage du territoire ■ Accompagnement de la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consolidation des projets existants de télémédecine ■ Développement des expérimentations ■ Développement du réseau sécurisé haut débit de santé bourguignon

4 Évaluer et suivre la mise en œuvre du schéma

4.1 Dispositif d'évaluation du schéma

4.1.1 Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre.

Il est envisagé d'évaluer un objectif général de deux thématiques spécifiques :

- Les aides à l'installation : améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé.
- L'exercice regroupé : favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées.

Seraient ainsi évaluées :

- **la pertinence** : les objectifs poursuivis répondent-ils toujours aux besoins ?
- **La cohérence des dispositifs organisationnels et fonctionnels** : Il s'agit d'apprécier si les actions réalisées (les ressources, les activités, le public-cible...) sont une réponse aux objectifs définis dans le schéma.
- **L'efficacité des actions** (sur la base des premiers résultats et réalisations), sous l'angle :
 - de la qualité de la prise en charge,
 - de l'intégration et de la satisfaction des usagers et des professionnels (de terrain, institutionnels),
 - économique (suivi financier).

	Thème	Question	Motivation du choix
Proposition de questions évaluatives intermédiaires (2013)	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quels sont les besoins et attentes des professionnels de santé en matière d'information et d'accompagnement ? ■ Qualité des relations entre les différents acteurs de la santé (URPS, CG, CR...)? ■ Quelles sont les difficultés rencontrées par les PS et par les institutions ? ■ Niveau d'utilisation et utilité du site internet ? ■ Utilité et qualité de l'accompagnement personnalisé des PS ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir une meilleure lisibilité de l'utilité de la PAPS en tant que « service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé » (Loi HPST) ■ Décrire et évaluer la qualité des modalités de partenariat entre les différents acteurs de la santé ■ Identifier des facilitateurs pour répondre aux besoins d'informations et d'accompagnement des PS

	Thème	Question	Motivation du choix
Proposition de questions évaluatives intermédiaires (2013)	Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les plus-values des dispositifs d'exercice regroupé : pour les professionnels de santé ? pour les patients ? pour les acteurs de santé ? ▪ Quels sont les besoins et attentes des professionnels participant à des dispositifs d'exercice regroupé ? Quels sont les besoins et attentes des patients ? ▪ Quelles sont les difficultés rencontrées ? ▪ Quels sont les leviers pour développer la qualité de l'exercice dans les structures dédiées ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir une meilleure lisibilité de l'apport de l'exercice regroupé sur les conditions d'exercice des PS (coopération, partage d'informations, formation...). ▪ Avoir une meilleure lisibilité de l'apport de l'exercice regroupé sur les conditions de prise en charge des patients (éducation thérapeutique, continuité des soins, télémédecine...). ▪ Avoir des éléments d'informations pour développer une procédure graduée de labellisation et de financement des structures.

4.1.2 Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016

L'évaluation finale du schéma a pour objectif d'analyser **les résultats** obtenus.

Ainsi, l'évaluation finale devrait fournir les informations et analyses nécessaires pour apprécier :

- la pertinence du schéma
- la cohérence interne et externe du schéma
- **l'efficacité du schéma** : première estimation de l'atteinte des objectifs fixés en termes de résultats et d'impacts

	Thème	Question	Motivation du choix
Proposition de questions évaluatives finales (2016)	La pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le schéma apporte-t-il des réponses aux besoins identifiés dans le diagnostic régional ? ▪ Quelle est l'articulation du schéma avec les autres schémas, et avec les autres politiques socio-sanitaires en Bourgogne ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer les modalités de prise en compte du diagnostic des besoins ▪ Évaluer les critères de choix des priorités du schéma par rapport à l'importance des besoins ▪ Évaluer les modalités de concertation et d'implication des partenaires

	Thème	Question	Motivation du choix
Proposition de questions évaluatives finales (2016)	La cohérence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comment les objectifs généraux se déclinent-ils en objectifs spécifiques ? ■ Comment les objectifs spécifiques se déclinent-ils en leviers d'actions ? ■ En quoi les indicateurs retenus dans le schéma sont de nature à suivre les progrès réalisés ? ■ Quel est le niveau de connaissance du schéma par les autres institutions et par les professionnels de terrain ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer l'articulation entre les différents niveaux d'objectifs ■ Évaluer l'intégration des thèmes transversaux ■ Évaluer la déclinaison des objectifs du schéma en actions locales ■ Vérifier que les indicateurs soient pertinents, renseignables et effectivement suivis ■ Vérifier que le schéma soit connu, compris et utilisé par les autres institutions et par les professionnels de terrain
	L'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le niveau d'atteinte des objectifs généraux du schéma ? ■ Le schéma a-t-il permis d'améliorer l'accessibilité aux soins de premier recours ? ■ Le schéma a-t-il contribué à la valorisation des filières de formation des professionnels de santé de premier recours ? ■ Le schéma a-t-il contribué à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé ? ■ Le schéma a-t-il contribué à l'amélioration de la démographie médicale des professionnels de santé en Bourgogne ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les effets et l'utilité du schéma en tant que réponses aux problèmes identifiés initialement ■ Évaluer la qualité des partenariats développés dans le cadre du schéma ■ Évaluer les modalités d'utilisation du schéma par les différents acteurs ■ Évaluer l'utilisation des ressources

4.2 Suivi de la mise en œuvre et mesure d'impacts du schéma

Le suivi annuel du schéma est un outil de pilotage comparant ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré lors de la formulation du projet.

Le suivi se fonde sur un système de tableaux de bord qui permet de visualiser le déroulement de la mise en œuvre des objectifs généraux et des objectifs spécifiques. Les tableaux de bord sont utiles et nécessaires à la réalisation des évaluations intermédiaire et finale.

Dans les tableaux de bord, il s'agit de mesurer les écarts entre les objectifs et leur réalisation : cet écart est mesuré à l'aide d'indicateurs :

- Des indicateurs d'impact du schéma.
- Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du schéma.

4.2.1 Suivi annuel de l'impact du schéma

Thèmes	Objectifs généraux	Libellés des indicateurs d'impact	Valeurs cibles à 5 ans
Formation	Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain	Taux d'adéquation des professionnels formés aux places de formation ouvertes (NB d'étudiants formés/NB de professionnels à renouveler)	100 %
	Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux	Nombre d'interventions dans les formations faites sur les priorités du PSRS : autonomie, maladies chroniques, adolescence	Au moins une intervention par an et par formation
	Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	Proportion d'étudiants au sein d'une promotion ayant réalisé un stage ambulatoire	À ajuster en fonction des spécialités
	Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants	Proportion de terrains de stage proposant des solutions d'hébergement	100 %
Aide à l'installation	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale (CPOM)	16,8
	Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	Nombre d'installations en Bourgogne de professionnels ayant conclu un CESP /Nombre d'installations proposées en Bourgogne dans le cadre d'un CESP	60 % à 80 %
	Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels	Nombre annuel de tutorats assurés par professions	À déterminer avec les URPS volontaires
Exercice regroupé	Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets	Taux de contractualisation des dossiers validés par l'ARS (validation du projet de santé donnant lieu dans les 3 ans à l'ouverture de la MSP et à la conclusion d'un CPOM)	80 %
	Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	Taux de réalisation des objectifs spécifiques pour chaque projet d'exercice regroupé à l'issue de la période de contractualisation	100 %
	Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire/100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé) (CPOM)	28/40


Thèmes	Objectifs généraux	Libellés des indicateurs d'impact	Valeurs cibles à 5 ans
Coopérations entre professionnels	Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS	Nombre de protocoles issus de promoteurs bourguignons validés par la HAS	1 par an
	Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales	Part des réseaux pluri-thématiques par rapport à l'ensemble des réseaux de proximité	80 % de réseaux de proximité pluri-thématiques
TIC	Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité	Pourcentage de structures d'exercice regroupé conformes au cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'informations (Exercice regroupé)	
	Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décroisement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.	Nombre de portails ville-hôpital/ Nombre d'établissements de santé	
	Impulser le développement de la télémedecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial	Nombre de projets de télémedecine/territoires de santé	

4.2.2 Suivi annuel de la mise en œuvre du schéma

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
Formation	Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain	Reprise de l'orientation SROS dans le schéma régional des professions sanitaires établi par le Conseil régional
		Mise en place d'un comité de pilotage du CESP
		Taux de déperdition en cours de formation (pour les filières médecine, infirmière, pharmacie, MK)
		Nombre d'actions d'information (auprès des lycéens, des étudiants...) sur les métiers de la santé
	Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux	Nombre de formations (universitaires, continues...) abordant l'exercice ambulatoire dans leurs enseignements
		Nombre de formations incluant des modules, des cours, des séminaires inter-professionnels
	Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	Nombre de maîtres de stage en secteur ambulatoire formés (en fonction des spécialités)/territoires de santé
		Moyenne de semaines passées en stage ambulatoire/ formations
		Nombre d'actions d'informations auprès des IFSI et IFMK sur l'abord du secteur ambulatoire dans les formations
	Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants	Pourcentage de MSP et de CDS ayant élaboré une charte d'accueil du stagiaire
		Pourcentage de MSP et de CDS accueillant des stagiaires
		Nombre de stagiaires accueillis au sein de MSP, de CDS / territoires de santé
		Pourcentage de stagiaires bénéficiant d'une indemnisation des frais de stage
Aide à l'installation	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	Nombre de réunions de l'instance de gouvernance (pilotage)
		Proportion de projets maisons, centres ou pôles de santé accompagnés dans le cadre de la PAPS par rapport au nombre global de projets (accompagnement)
		Nombre de journées d'information organisées auprès des facultés ou écoles des professions de 1 ^{er} recours retenues dans le cadre du SROS (médecine, pharmacie, soins infirmiers, masso-kinésithérapie, chirurgie-dentaire)
		Nombre d'installations en zones fragiles pluriprofessionnelles/ Nombre de départs
		Niveau de pertinence et de qualité de l'information (questionnaire)

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
Aide à l'installation	Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	Taux de contrats signés par rapport au nombre de contrats proposés chaque année
		Taux de réalisation en Bourgogne des CESP signés par des Bourguignons
		Nombre de professionnels s'installant en Bourgogne suite à un CESP/Nombre de Bourguignons ayant signé un CESP
		Nombre de réunions de l'instance de pilotage
		Pourcentage de signataires de CESP en Bourgogne ayant bénéficié d'un accompagnement individualisé
	Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels	Nombre de professionnels tutorés/territoire de santé
Exercice regroupé	Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets	Taux de territoires sans projet ayant fait l'objet de réunions d'information
		Taux d'accompagnement des projets par les instances locales
		Nombre de réunions des instances locales de concertation
		Nombre de formations, journées d'échanges entre personnels des MSP
	Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant élaboré des protocoles de coopération
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé conformes au cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'informations
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé réalisant des actions d'éducation thérapeutique
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant développé une organisation de la continuité des soins en lien avec le cahier des charges de la PDSA
		Taux d'orientation, par les CRRA, des patients vers les MMG, entre 20 h et 8 h
		Nombre de stagiaires accueillis au sein de MSP, de CDS / territoires de santé
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé inscrites dans le dispositif de DPC
	Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	Taux de zones fragiles couvertes par un mode d'exercice regroupé
		Nombre de structures d'exercice regroupé/territoires de santé
		Nombre de structures d'exercice regroupé par zone fragile
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé s'appuyant sur les centres hospitaliers de proximité
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant une ou des antennes

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
Coopérations entre professionnels	Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS	Nombre d'accompagnements de promoteurs dans le montage d'un protocole
		Nombre de réunions de l'instance de pilotage
	Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales	Nombre de portails ville-établissement opérationnels
		Pourcentage de réseaux ayant signé une convention de partenariat avec un centre hospitalier
		Pourcentage de réseaux ayant signé une convention de partenariat avec les structures d'exercice regroupé de son territoire
		Proportion des professionnels de santé de premier recours adhérents à un réseau de proximité
		Nombre d'études de besoins réalisées pour adapter le périmètre géographique d'intervention des réseaux
TIC	Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité	Nombre d'actions d'informations, sur les normes et référentiels, des URPS et de GCS e-santé à destination des professionnels de premiers recours
	Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décroisement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.	Nombre moyen de DMP ouverts pour les professionnels de santé libéraux/ territoires de santé
		Nombre de connexions mensuelles/ portails ville-hôpital
		Pourcentage de médecins libéraux utilisateurs d'un portail ville-hôpital
	Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial	Nombre de projets de télémédecine accompagnés par l'ARS
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant développé un projet de télémédecine
		Pourcentage d'établissements de santé réalisant des consultations avancées à l'aide de la télémédecine
		Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse avec le concours de la télémédecine
		Nombre de concertations pluridisciplinaires en cancérologie effectuées avec le concours de la télémédecine



Partie ambulatoire du **SROS**

Cahier annexe

Cartographie des besoins en professionnels
de santé libéraux de premier recours

Projet Régional de Santé | **2012**
2016

Sommaire

/// Partie ambulatoire du SROS – Cahier annexe

1 Le contexte 347

1.1 La Bourgogne et les bourguignons. 347

1.2 L'offre ambulatoire 347

2 Définition des zones fragiles : éléments de méthode et résultats . . . 349

2.1 Approche de la fragilité pluriprofessionnelle en Bourgogne 349

2.2 Les zones retenues au SROS ambulatoire
en application de l'article L 1434-7 du CSP 351

/// Annexe 1

Les zones fragiles prévues à l'article L.1434-7 du code de santé publique 358

/// Annexe 2

Liste des communes par bassin de vie attachées au zonage
infirmier dérogatoire applicable à compter du 26 mai 2012 368

/// Annexe 3

Liste des communes par bassin de vie attachées au zonage
infirmier applicable jusqu'au 25 mai 2012 414

/// Partie ambulatoire du SROS - Cahier annexe

1 Le contexte¹

1.1 La Bourgogne et les Bourguignons

/// Une densité de population deux fois moins importante que la densité nationale

Avec ses 31 600 km², la Bourgogne est une région de taille moyenne qui couvre 6 % du territoire national. Elle compte 1,6 million d'habitants soit 51 habitants au km², contre 100 hab./km² au niveau national. Cette faible densité est comparable à celle de l'Auvergne et de Champagne-Ardenne.

Elle occupe une situation privilégiée, au carrefour de grands axes autoroutiers et ferroviaires orientés Nord-Sud. Les communications est-ouest sont, quant à elles, plus problématiques.

/// La deuxième région agricole de France

La Bourgogne conserve un caractère rural marqué : le tiers de ses habitants vit dans une commune de l'espace à dominante rurale contre 18 % pour l'ensemble de la métropole. À noter également que la région est la deuxième région la plus agricole de France après la Champagne-Ardenne.

/// Une région plus âgée que la moyenne nationale

La croissance démographique reste modeste et repose essentiellement sur les excédents naturels. La population bourguignonne est relativement âgée : 18,8 % des bourguignons sont âgés de 65 ans ou plus, contre 16,7 % au niveau national.

1.2 L'offre ambulatoire

/// Une densité inférieure à la moyenne nationale pour l'ensemble des professionnels de santé

Contrairement à l'offre hospitalière et médico-sociale qui place la Bourgogne parmi les régions les mieux dotées, l'offre ambulatoire situe la région en dessous de la médiane des régions françaises : en effet, la densité des médecins généralistes, des chirurgiens-dentistes, mais aussi des masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers y est inférieure à la majorité des régions.

	BOURGOGNE Nb pour 100 000 habitants	France Nb pour 100 000 habitants
Médecins généralistes	102	112
Chirurgiens-dentistes	46	62
Infirmiers	90	111
Masseurs kinésithérapeutes	64	81

Source : Statiss 2009

Ce déficit de professionnels de santé est aggravé par leur répartition inégale sur le territoire. L'axe reliant Dijon à Chalon-sur-Saône puis Mâcon connaît une offre de soins satisfaisante tandis que les zones plus enclavées telles que le massif du Morvan souffrent d'une démographie médicale et paramédicale extrêmement fragiles.

Cette disparité de l'offre de soins souligne l'importance d'une analyse territoriale fine, pour les principales professions composant l'offre de soins de premier recours.

¹ INSEE, la France et ses régions.

/// Des perspectives préoccupantes liées au vieillissement des médecins généralistes

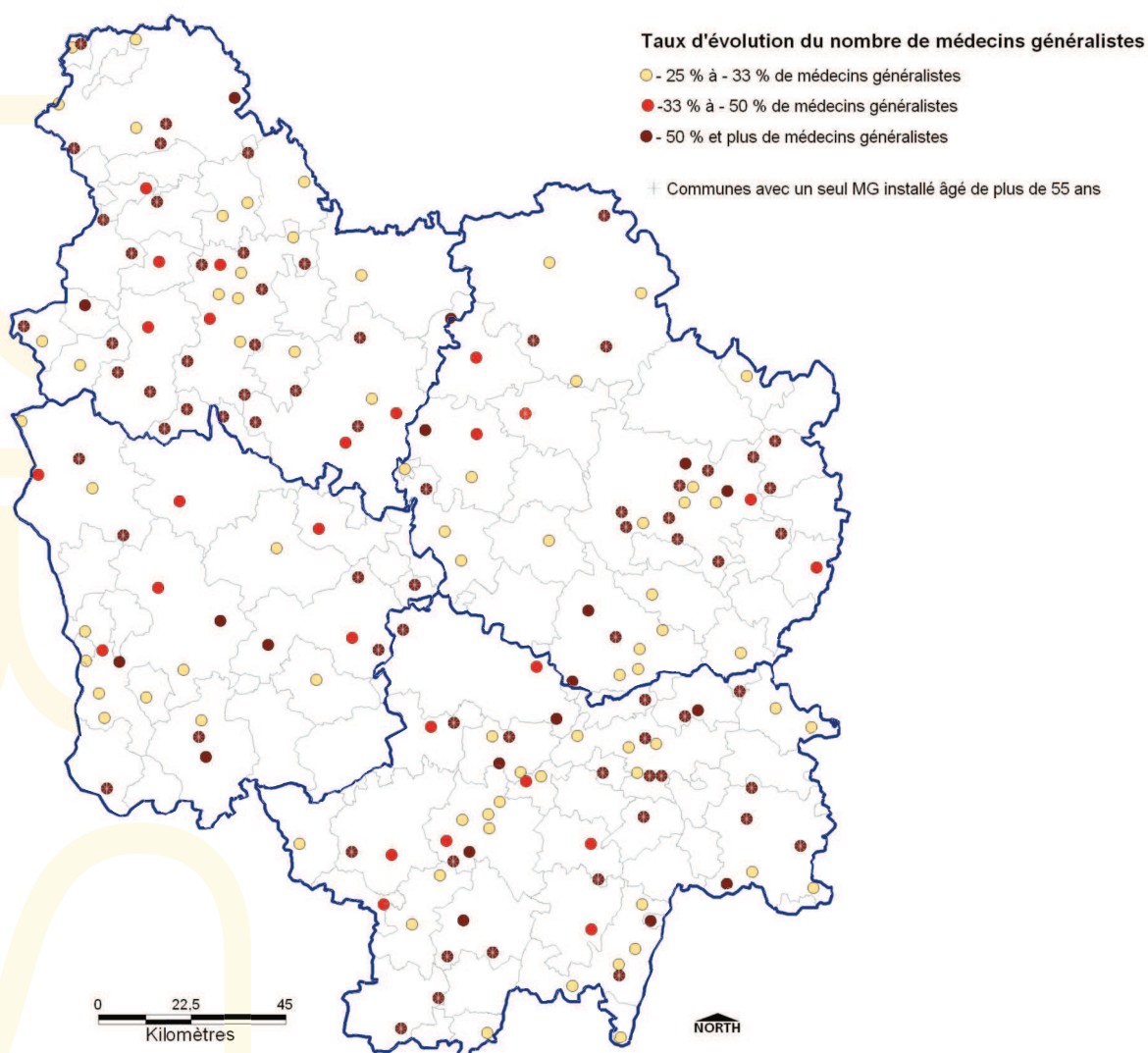
Parmi les 1 508 médecins généralistes exerçant en Bourgogne en 2010, 635 sont âgés de 55 ans et plus (42 %). En considérant que 50 % des médecins généralistes âgés de 55 ans ou plus cesseront leur activité d'ici 2015 et qu'aucune installation ne compensera ces départs, leur effectif chuterait de 1508 à 1191 en 2015, soit une diminution de 21 % au niveau régional.

En appliquant cette hypothèse au niveau communal, on observe que 187 communes perdent au moins 25 % de leur effectif de MG. Parmi elles,

- 71 communes perdent entre 25 et 33 % de leur effectif
- 26 communes perdent entre 33 et 50 % de leur effectif
- 90 communes perdent plus de 50 % de leur effectif.

Précisons que parmi les 90 communes qui perdent plus de la moitié des médecins généralistes installés en 2010, 71 sont dans une situation préoccupante. Elles ne disposent que d'un seul médecin, de surcroît âgé de 55 ans ou plus.

Communes connaissant une baisse significative de leur effectif de médecins généralistes



En l'absence de remplacement de ces médecins généralistes, le territoire bourguignon perdrait 71 points d'offre de médecine générale.

2 Définition des zones fragiles : éléments de méthode et résultats

Pour définir les zones fragiles, l'ARS de Bourgogne a travaillé en deux temps :

- Diagnostic des fragilités pluriprofessionnelles au sein de la région
- Ciblage des zones fragiles pour les médecins généralistes

2.1 Approche de la fragilité pluriprofessionnelle en Bourgogne

La définition des zones fragiles pluriprofessionnelles repose sur une analyse de l'accès aux soins de premier recours. La méthodologie a pour objectif de cibler les territoires où les demandes de soins de la population ne sont pas ou peu absorbées par l'offre de soins actuelle.

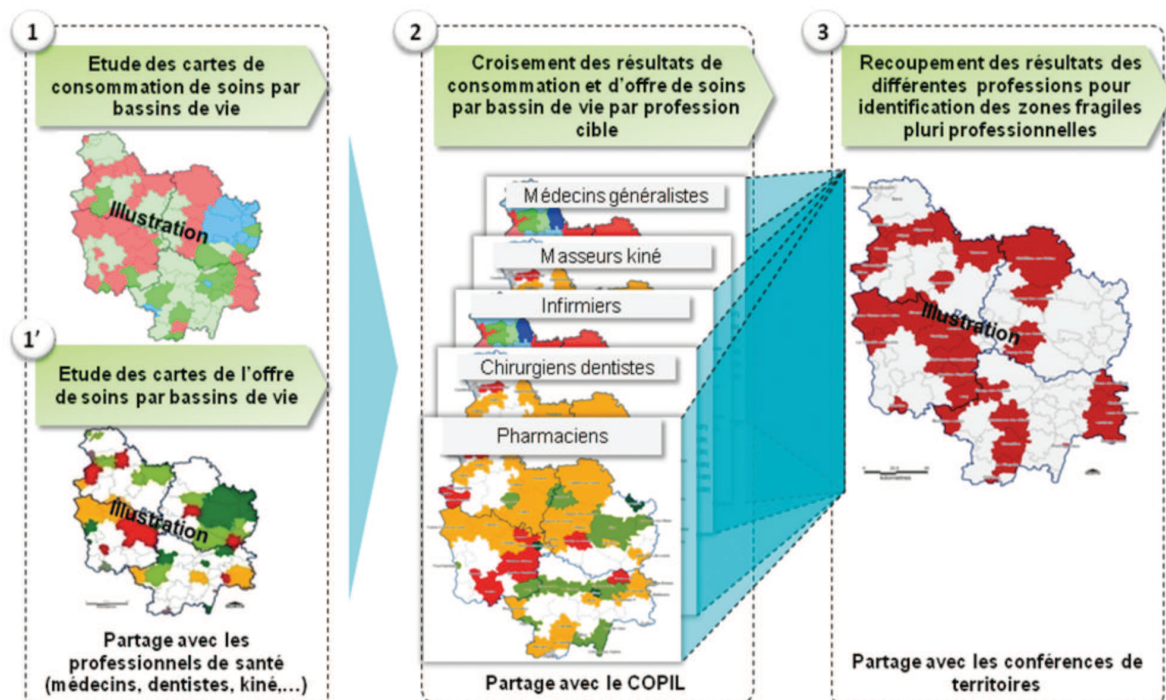
L'originalité de la méthode consiste en une analyse :

- multifactorielle qui croise une vingtaine d'indicateurs relatifs à la demande de soins, l'offre de soins et la structure par âges de la population,
- pluriprofessionnelle qui s'attache aux médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes.

Il convient de préciser que le niveau de fragilité pluriprofessionnelle ainsi mesuré a une portée relative : en effet, les zones identifiées comme fragiles en termes d'accès aux soins sont celles qui sont relativement plus fragiles que les autres.

La méthode a donc l'avantage d'identifier les zones les plus fragiles au sein de la région par des comparaisons infrarégionales. Ces dernières constituent alors les territoires prioritaires au déploiement des aides relatives au regroupement des professionnels de santé dans des structures pluriprofessionnelles et coordonnées.

Le schéma ci-dessous récapitule les différentes étapes de l'analyse :



Bassin de vie

Médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens – dentistes, pharmaciens (analyse indépendante)

Pour chaque profession : niveau de consommation, densité de PS, part des PS âgés de 55 ans ou plus, activité moyenne, part des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Soit un total de 20 indicateurs croisés.

Certains bassins de vie se situent « à cheval » sur deux régions. Parmi ces derniers, ceux qui ont une population inférieure à 2 500 habitants ont fait l'objet d'un traitement particulier pour ne pas biaiser les résultats obtenus.

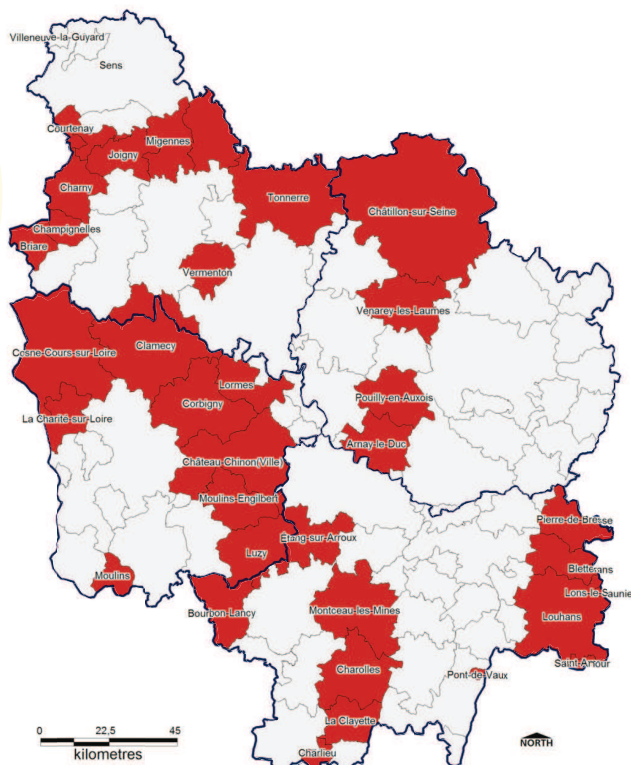
Activité des PS : SNIIRAM 2010

Consommation des patients : SNIIRAM 2009

Année des données populationnelles : 2007 pour définir le niveau de consommation et 2008 pour définir les densités professionnelles

Les résultats de l'analyse font état de 28 bassins de vie fragiles, regroupant 21 % de la population bourguignonne.

Zones fragiles pluriprofessionnelles



L'accès aux soins de premier recours est particulièrement préoccupant dans le département de la Nièvre : 60,7 % du territoire est qualifié de fragile.

Quant aux autres départements, cet indicateur atteint 31,7 % pour la Côte-d'Or et l'Yonne et 33,9 % pour la Saône-et-Loire.

Les zones fragiles correspondent aux zones rurales et vieillissantes de la Bourgogne : aussi retrouve-t-on le massif du Morvan, la Bresse louchannaise, le Châtillonnais ainsi que l'arc reliant Champagnelles à Tonnerre.

2.2 Les zones retenues au SROS ambulatoire en application de l'article L 1434-7 du CSP

La définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, prévues à l'article L 1434-7 du CSP, prend en compte les priorités d'actions énoncées dans le présent schéma et s'appuie sur deux contraintes :

- le respect du taux de 12 % pour la part de population régionale comprise dans ces zones, en application de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011,
- le recours à des unités territoriales référencées par l'INSEE.

Ce zonage s'applique aux aides déployées par l'ARS pour favoriser l'exercice coordonné et celles prévues par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la Sécurité Sociale, par l'article L632-6 du code de l'Éducation, l'article L 1511-8 du code général des collectivités territoriales et l'article 151 ter du code général des Impôts.

Un zonage dérogatoire s'applique pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux.

/// Les principes généraux retenus pour le zonage de droit commun

L'élaboration du zonage repose sur un choix démographique affirmé (prise en compte des bassins les plus en difficulté du point de vue de la présence des MG) combiné à l'existence des leviers connus sur les bassins fragiles favorisant l'implantation des professionnels de santé (dispositif d'exercice coordonné, lieux d'exercice CESP).

Il prend comme unité géographique, le bassin d'activité utilisé par l'URPS Médecins dans son outil de démographie médicale « Géosanté ».

- Il s'agit d'analyser de façon approfondie les bassins de vie fragiles pluri-professionnels pour faire ressortir les bassins d'activité les plus fragiles en termes de démographie médicale (bassins d'activité disposant de deux médecins généralistes avec une densité inférieure de 30 % à la moyenne nationale, et bassins qualifiés niveau 2 dans Géosanté, ayant des MG de plus de 55 ans). Il convient aussi de prendre en compte jusqu'à atteindre le seuil populationnel de 12 %, au sein des bassins fragiles, l'existence d'un projet de santé répondant aux objectifs du SROS : volonté de coordination des professionnels, modalités d'exercice favorisant le maintien ou l'implantation des professionnels de santé, lieux pouvant être retenus pour le CESP.

➤ Les principes retenus

1. Prise en compte des bassins de vie fragiles pluri-professionnels, tels que retenus à partir du diagnostic pluri-professionnel du schéma.
2. Sélection à l'intérieur, des bassins d'activité MG de niveau 2 dans Géosanté.
3. Sélection des bassins d'activité ayant au moins deux médecins généralistes dont la densité médicale est inférieure à 61,167 MG pour 100 000 ha.

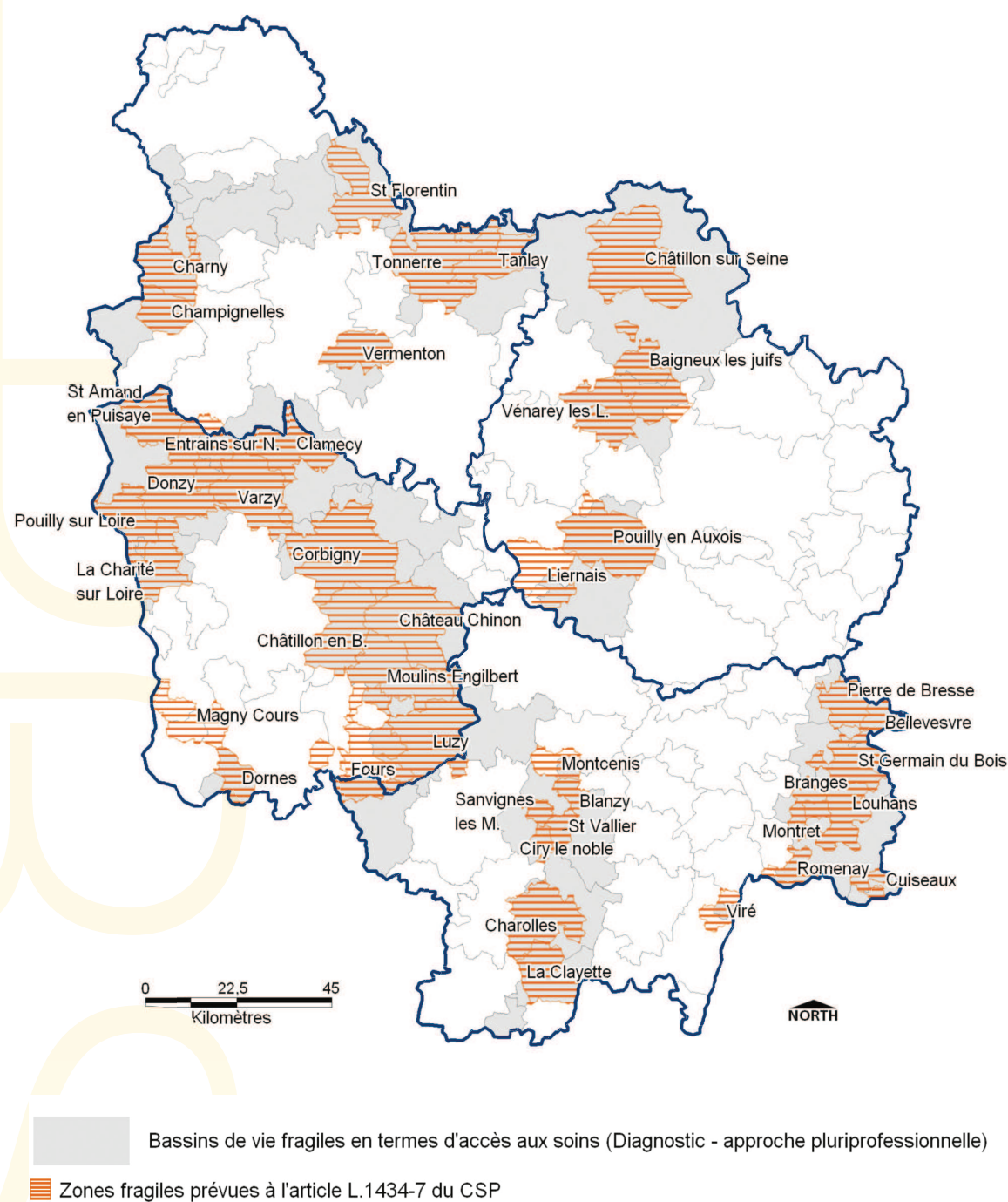
À ce stade, le taux populationnel atteint **5,00 %**

4. Prise en compte des bassins d'activité en bassins de vie fragiles comportant une MSP existante ou en projet et/ou un projet de CESP.

À ce stade, le taux populationnel atteint **12,00 %** (cf. carte page 352), en conformité avec la contrainte populationnelle de 12 % fixé par l'arrêté ministériel précité.

Conformément aux orientations présentées dans le volet ambulatoire du SROS, afin de maintenir la dynamique régionale et promouvoir l'exercice coordonné comme facteur de maintien d'une offre ambulatoire de 1er recours sur toute la région, l'ARS continuera d'accompagner les dispositifs existants ou validés fin 2011 et examinera tout nouveau projet de santé sur le territoire de nature à favoriser le maintien ou l'installation de professionnels de santé en donnant priorité aux projets implantés dans les bassins de vie pluri-professionnels fragiles.

Les zones retenues au SROS ambulatoire en application de l'article L 1434-7 du CSP



L'ensemble des 42 bassins d'activité retenus figurent dans le tableau ci-après.

Ils comprennent 386 communes et comptent à cette date 143 médecins généralistes installés.

Motifs	Bassins 2011	Lib BA	Densité	% pop
Bassin d'activité niveau 2	21 349	Liernais		0,14 %
	58 062	Château-Chinon (Ville)		0,33 %
	58 065	Châtillon-en-Bazois		0,18 %
	71 029	Bellevestre		0,07 %
	71 040	Blanzey		0,41 %
	71 056	Branges		0,14 %
	71 106	Charolles		0,40 %
	71 132	Ciry-le-Noble		0,15 %
	71 157	Cuiseaux		0,18 %
	71 309	Montcenis		0,18 %
	71 373	Romenay		0,15 %
	71 499	Sanvignes-les-Mines		0,27 %
	71 584	Viré		0,26 %
	89 073	Champagnelles		0,10 %
Total BA niveau 2				2,95 %
Densité < 61,17 MG pour 100 000 hab.	21 663	Venarey-les-Laumes		0,36 %
	58 102	Donzy		0,20 %
	58 109	Entrains-sur-Nohain		0,12 %
	58 118	Fours		0,20 %
	58 215	Pouilly-sur-Loire		0,32 %
	71 351	Pierre-de-Bresse		0,23 %
	71 486	Saint-Vallier		0,61 %
Total Densité < 61,17 MG pour 100 000 hab.				2,05 %
MSP ou CESP	58 152	Magny-Cours	47,1	0,26 %
	58 182	Moulins-Engilbert	61,2	0,20 %
	71 263	Louhans	63,0	0,68 %
	71 319	Montret	64,6	0,09 %
	58 083	Corbigny	67,2	0,36 %
	71 419	Saint-Germain-du-Bois	67,5	0,27 %
	89 086	Charny	70,5	0,26 %
	89 345	Saint-Florentin	74,7	0,65 %
	89 418	Tonnerre	82,1	0,60 %
	89 441	Vermenton	83,0	0,22 %
	58 059	La Charité-sur-Loire	83,9	0,51 %
	21 154	Châtillon-sur-Seine	84,8	0,65 %
	21 501	Pouilly-en-Auxois	87,1	0,35 %
	58 149	Luzy	89,0	0,27 %
	58 079	Clamecy	89,3	0,48 %
	71 133	La Clayette	94,7	0,39 %
	58 227	Saint-Amand-en-Puisaye	97,6	0,19 %
	89 407	Tanlay	103,8	0,12 %
	58 304	Varzy	105,0	0,25 %
	58 104	Dornes	113,8	0,11 %
	21 043	Baigneux-les-Juifs	127,5	0,10 %
Total MSP ou CESP				7,00 %

/// Les principes retenus pour le zonage dérogatoire infirmier

L'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 prévoit un zonage dérogatoire pour les infirmiers libéraux dont les zones prévues par l'article L1434-7 du code de santé publique sont classées en cinq niveaux de dotation : zones très sous – dotées, zones sous – dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones « Sur-dotées ». Le découpage de ces zones est défini par une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie, à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux « pseudo-cantons ».

La définition ci-dessous de ces zones visibles sur la **carte page 356** entrera en vigueur le 26 mai 2012.

À titre transitoire, les zones définies par l'arrêté du 29 décembre 2008 restent applicables aux infirmiers libéraux jusqu'au 25 mai 2012.

➤ Les infirmiers libéraux

Sélection des infirmiers libéraux (IDEL) dans chacun de leurs cabinets et de leurs caractéristiques administratives dans le fichier national des professionnels de santé (FINPS) de novembre 2010.

Les informations sur l'activité et les honoraires des infirmiers libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter – régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour l'année de remboursement 2010 ².

Les données sur le secteur libéral concernent les professionnels de France métropolitaine actifs au 31 décembre 2010 ayant perçu au moins 5 000 € d'honoraires.

Un professionnel de santé installé en cours d'année est comptabilisé en fonction du nombre de mois de présence. Les professionnels exerçant dans plusieurs cabinets d'un même bassin de vie sont comptés pour un seul ; lorsqu'ils exercent dans plusieurs bassins de vie/pseudo-cantons, ils sont comptés dans chacun au prorata de leur activité.

➤ Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Pour prendre en compte l'offre de soins infirmiers que constituent les SSIAD, une clé de conversion nationale de places en SSIAD en nombre d'IDEL qui s'applique à l'ensemble du territoire a été fixée comme suit : une place en SSIAD est considérée comme étant équivalente à 0,09 IDEL. La liste des SSIAD avec leur commune d'implantation ainsi que leur nombre de places disponibles est extraite du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

➤ Les Centres de Soins Infirmiers (CSI)

Les effectifs infirmiers sont estimés en rapportant les honoraires sans dépassement du CSI aux honoraires moyens sans dépassement du département dans lequel le CSI est implanté. Si l'activité d'un CSI est décomposée entre plusieurs bassins de vie/pseudo-cantons, les effectifs sont estimés à l'aide des HSD proratisés en fonction de la population.

➤ Méthodologie des scores

Quatre indicateurs ont été sélectionnés :

- **2 indicateurs de besoins de soins** (les honoraires moyens sans dépassement [HSD] par infirmier et la part des personnes âgées de plus de 75 ans)
- **2 indicateurs d'offre de soins** (la densité [standardisée par âge] pour 100 000 habitants et le nombre moyen d'indemnités kilométriques [IK] par IDEL)

Pour chaque indicateur, quatre seuils correspondant au premier décile, premier quartile, dernier quartile et dernier décile ont été établis au niveau national. Les références actualisées sont disponibles auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie si nécessaire.

² Sauf MSA, SNCF, MINES et APRIA-AMEXA sur le mois de décembre 2010

Chaque zone est répartie en fonction de ces seuils. Pour chaque indicateur, un score est attribué à chacune des zones, en fonction de son positionnement par rapport aux bornes nationales.

Le total des scores classe la zone dans une des cinq catégories suivantes : très sous-dotée, sous-dotée, intermédiaire, très dotée ou sur-dotée, en fonction des 5^e, 10^e, 90^e et 95^e percentiles de la distribution nationale des scores obtenus. Le nombre de zones très sous-dotées est ensuite doublé en ajoutant les zones sous-dotées de densités les plus faibles. De même, on double le nombre de zones sur-dotées en ajoutant les zones très dotées de densités les plus fortes.

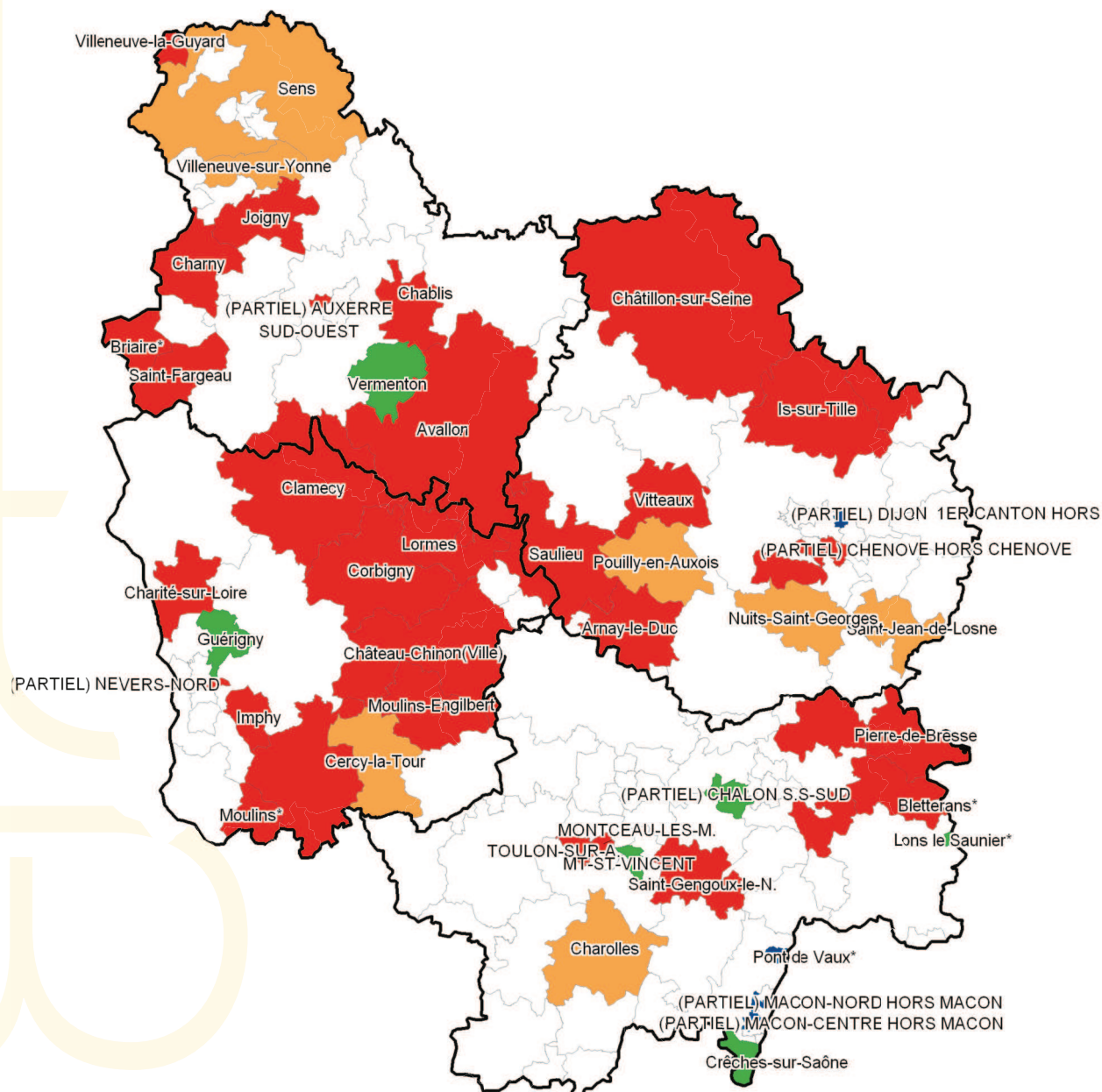
Tableau : Définition des scores

		0	1	2	3	4
Indicateurs des besoins de soins	HSD moyens/PS	< 1 ^{er} décile	(1 ^{er} décile – 1 ^{er} quartile)	(1 ^{er} quartile – 3 ^e quartile)	(3 ^e quartile – 9 ^e décile)	9 ^e décile
	Part des personnes de + de 75 ans	< 9 ^e décile	–	–	> ou = 9 ^e décile	–
Indicateurs d'offre de soins	Densité d'IDEL/100000 hab. (std)	> ou = 9 ^e décile	(3 ^e quartile – 9 ^e décile)	(1 ^{er} quartile – 3 ^e quartile)	(1 ^{er} décile – 1 ^{er} quartile)	< 1 ^{er} décile
	IK moyens/PS	< 1 ^{er} décile	(1 ^{er} décile – 1 ^{er} quartile)	(1 ^{er} quartile – 3 ^e quartile)	(3 ^e quartile – 9 ^e décile)	> ou = 9 ^e décile

Les bassins de vie/pseudo-cantons sont classés en fonction du total des scores et suivant la distribution nationale des scores obtenus :

- **Zones très sous-dotées :**
 - score ≥ 11 (95^e percentile)
 - ou score de 9 ou 10 et densité < 82 pour 100 000 habitants
- **Zones sous-dotées :**
 - score de 9 ou 10 (9^e décile) pour les densités de plus de 81 pour 100 000 habitants.
- **Zones intermédiaires :**
 - score compris entre 5 et 8
- **Zones très dotées :**
 - score de 4 (1^{er} décile) pour les densités de moins de 132 pour 100 000 habitants.
- **Zones sur-dotées :**
 - score ≤ 3 (5^e percentile)
 - ou score de 4 et densité de plus de 132

Résultat pour la Bourgogne : niveau de dotation des 123 bassins de vie en infirmiers
à compter du 26 mai 2012

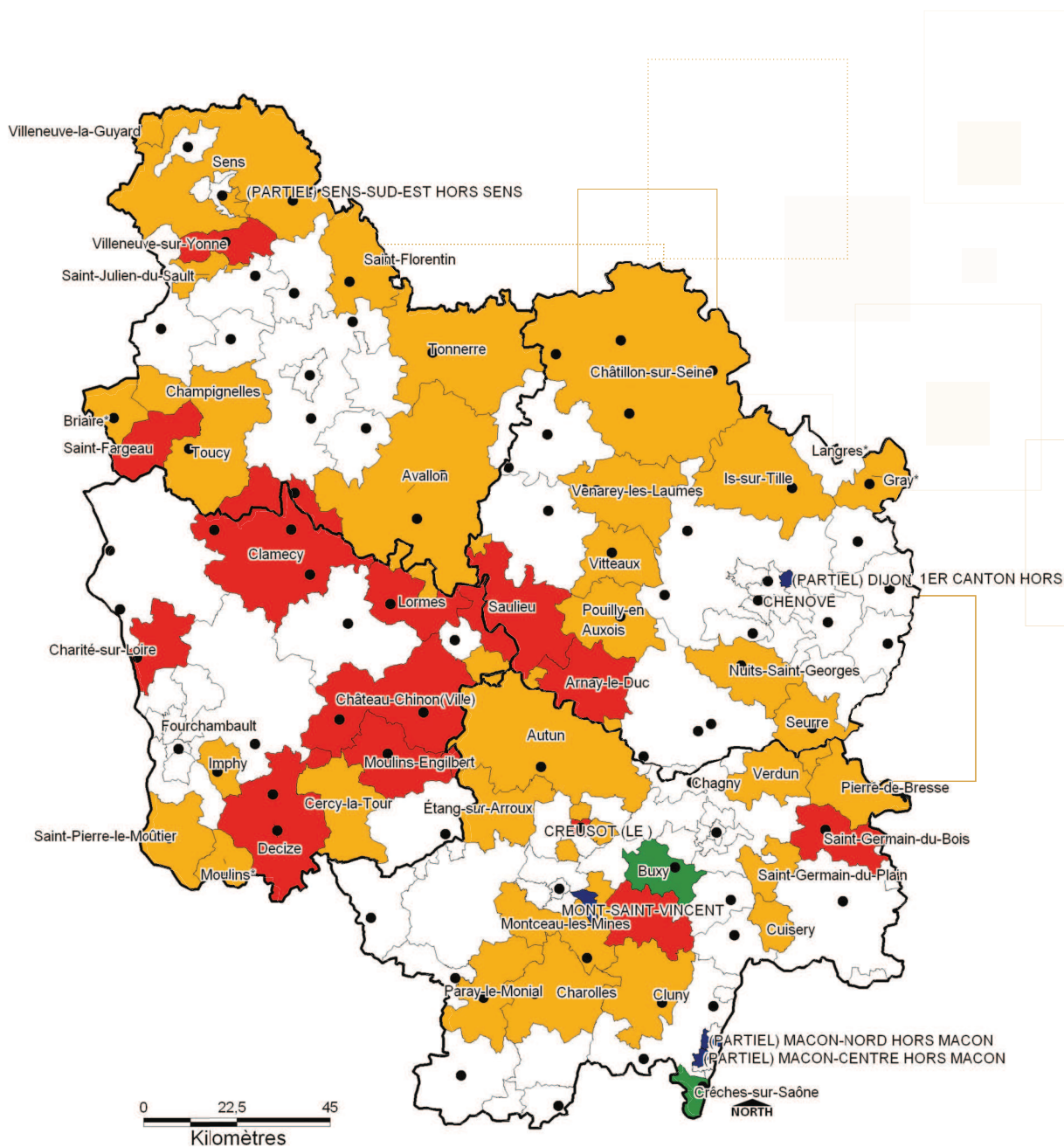


/// Niveau de dotation des bassins de vie en infirmiers - Juin 2011

zones sur-dotées	(4)
zones très dotées	(6)
zones intermédiaires	(73)
zones sous-dotées	(7)
zones très sous-dotées	(33)

□ Département

Zonage infirmier applicable jusqu'au 25 mai 2012



// Niveau de dotation des bassins de vie en infirmiers

■ zones sur-dotées	(4)
■ zones très dotées	(2)
■ zones intermédiaires	(71)
■ zones sous-dotées	(33)
■ zones très sous-dotées	(13)

● Sièges d'un ou plusieurs SSIAD

/// Annexe 1

Les zones fragiles prévues à l'article L.1434-7 du code de santé publique

Côte-d'Or	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Baigneux-les-Juifs	Ampilly-les-Bordes
	Baigneux-les-Juifs
	Billy-lès-Chanceaux
	Chanceaux
	Chaume-lès-Baigneux
	Corpoyer-la-Chapelle
	Étormay
	Frôlois
	Jours-lès-Baigneux
	La Villeneuve-les-Convers
	Oigny
	Orret
	Poiseul-la-Ville-et-Laperrière
	Quemigny-sur-Seine
	Saint-Marc-sur-Seine
	Semond
Châtillon-sur-Seine	Ampilly-le-Sec
	Belan-sur-Ource
	Brion-sur-Ource
	Buncey
	Cérilly
	Chamesson
	Châtillon-sur-Seine
	Chaumont-le-Bois
	Étrochey
	Maisey-le-Duc
	Massingy
	Montliot-et-Courcelles
	Mosson
	Obtrée
	Poithières
	Prusly-sur-Ource
	Sainte-Colombe-sur-Seine
	Thoires
	Vannaire
	Vanvey
	Villers-Patras
	Villiers-le-Duc
	Villotte-sur-Ource
	Vix
Liernais	Bard-le-Régulier
	Blanot
	Brazey-en-Morvan
	Censerey

Côte-d'Or	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Liernais	Diancéy
	Liernais
	Manlay
	Marcheseuil
	Saint-Martin-de-la-Mer
	Savilly
	Sussey
	Vianges
	Villiers-en-Morvan
Pouilly-en-Auxois	Arconcey
	Bellenot-sous-Pouilly
	Beurey-Bauguay
	Blancey
	Chailly-sur-Armançon
	Châteauneuf
	Châtellenot
	Chazilly
	Civry-en-Montagne
	Commarin
	Créancey
	Éguilly
	Essey
	Gissey-le-Vieil
	MÂCONge
	Marcilly-Ogny
	Martrois
	Meilly-sur-Rouvres
	Mont-Saint-Jean
	Pouilly-en-Auxois
	Rouvres-sous-Meilly
	Sainte-Sabine
	Semarey
	Thoisly-le-Désert
	Thorey-sous-Charny
	Vandenesse-en-Auxois
Venarey-les-Laumes	Bussy-le-Grand
	Darcey
	Flavigny-sur-Ozerain
	Gissey-sous-Flavigny
	GréSIGNY-Sainte-Reine
	Grignon
	Hauteroche
	La Roche-Vanneau
	Ménétreux-le-Pitois
	Mussy-la-Fosse
	Pouillenay
	Seigny
	Venarey-les-Laumes

Nièvre	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Château-Chinon (Ville)	Blismes
	Château-Chinon (Campagne)
	Château-Chinon (Ville)
	Châtin
	Chaumard
	Chouigny
	Corancy
	Dommartin
	Dun-sur-Grandry
	Fâchin
	Glux-en-Glenne
	Lavault-de-Frétoy
	Montigny-en-Morvan
	Saint-Hilaire-en-Morvan
	Saint-Léger-de-Fougeret
	Saint-Péreuse
Châtillon-en-Bazois	Achun
	Alluy
	Aunay-en-Bazois
	Biches
	Brinay
	Châtillon-en-Bazois
	Mont-et-Marré
	Ougny
	Tamnay-en-Bazois
	Tintury
Clamecy	Armes
	Billy-sur-Oisy
	Breugnon
	Brèves
	Chevroches
	Clamecy
	Dornecy
	Oisy
	Ouagne
	Pousseaux
	Rix
	Surgy
	Taconnay
	Trucy-l'Orgueilleux
Corbigny	Anthien
	Bazolles
	Beaulieu
	Cervon

Nièvre	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Corbigny	Chaumot
	Chitry-les-Mines
	Corbigny
	Dirol
	Dompierre-sur-Héry
	Epiry
	Germenay
	Guipy
	Héry
	La Collancelle
	Magny-Lormes
	Marigny-sur-Yonne
	Michaugues
	Moissy-Moulinot
	Montreuillon
	Mouron-sur-Yonne
	Neuilly
	Pazy
	Ruages
	Sardy-lès-Épiry
Donzy	Vauclaix
	Vitry-Laché
	Cessy-les-Bois
	Ciez
	Colméry
	Donzy
	Perroy
Dornes	Sainte-Colombe-des-Bois
	Suilly-la-Tour
	Dornes
Entrains-sur-Nohain	Neuville-lès-Decize
	Saint-Parize-en-Viry
	Bouhy
	Couloutre
	Entrains-sur-Nohain
Fours	Menestreau
	Sainpuits
	Charrin
	Cronat
	Fours
	La Nocle-Maulaix
	Lanty
	Montambert
	Rémilly
	Ternant
	Thaix
	Vandenesse

Nièvre	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
La Charité-sur-Loire	Champvoux
	La Charité-sur-Loire
	La Marche
	Narcy
	Raveau
	Varennnes-lès-Narcy
	Vielmanay
Luzy	Avrée
	Chiddes
	Cuzy
	Fléty
	Larochemillay
	Luzy
	Millay
	Poil
	Saint-Seine
	Savigny-Poil-Fol
	Sémelay
	Tazilly
	Gimouille
	Luthenay-Uxeloup
Magny-Cours	Magny-Cours
	Saincaize-Meauce
	Saint-Parize-le-Châtel
Moulins-Engilbert	Isenay
	Limanton
	Maux
	Moulins-Engilbert
	Onlay
	Préporché
	Sermages
	Villapourçon
Pouilly-sur-Loire	Bulcy
	Garchy
	Mesves-sur-Loire
	Pouilly-sur-Loire
	Saint-Andelain
	Saint-Laurent-l'Abbaye
	Saint-Martin-sur-Nohain
	Saint-Quentin-sur-Nohain
	Tracy-sur-Loire
Saint-Amand-en-Puisaye	Arquian
	Bitry
	Dampierre-sous-Bouhy
	Saint-Amand-en-Puisaye
	Saint-Vérain

Nièvre	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Varzy	Brinon-sur-Beuvron
	Chevannes-Changy
	Corvol-d'Embernard
	Corvol-l'Orgueilleux
	Courcelles
	Cuncy-lès-Varzy
	La Chapelle-Saint-André
	Marcy
	Menou
	Oudan
	Parigny-la-Rose
	Saint-Pierre-du-Mont
	Varzy
	Villiers-le-Sec

Saône-et-Loire	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Bellevesvre	Bellevesvre
	Mouthier-en-Bresse
	Torpes
Blanzay	Blanzay
Branges	Branges
Charolles	Baron
	Beaubery
	Champlecy
	Changy
	Charolles
	Fontenay
	Lugny-lès-Charolles
	Marcilly-la-Gueurce
	Prizy
	Saint-Julien-de-Civry
	Vaudebarrier
	Vendennes-lès-Charolles
	Viry
Ciry-le-Noble	Ciry-le-Noble
Cuiseaux	Cuiseaux
	Dommartin-lès-Cuiseaux
	Joudes

Saône-et-Loire	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
La Clayette	Amanzé
	Baudemont
	Châtenay
	Colombier-en-Brionnais
	Curbigny
	Dyo
	La Chapelle-sous-Dun
	La Clayette
	Ouroux-sous-le-Bois-Sainte-Marie
	Saint-Germain-en-Brionnais
	Saint-Laurent-en-Brionnais
	Saint-Racho
	Saint-Symphorien-des-Bois
	Vareilles
	Varennes-sous-Dun
Louhans	Bantanges
	Bruailles
	La Chapelle-Naude
	Louhans
	Montagny-près-Louhans
	Montcony
	Ratte
	Saint-Usage
	Vincelles
Montcenis	Charmoy
	Les Bizots
	Montcenis
Montret	Juif
	Montret
	Saint-André-en-Bresse
	Savigny-sur-Seille
	Vérissey
Pierre-de-Bresse	Authumes
	Charette-Varennes
	Fretterans
	La Chapelle-Saint-Sauveur
	Lays-sur-le-Doubs
	Pierre-de-Bresse

Saône-et-Loire	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Romenay	La Chapelle-Thècle
	Ratenelle
	Romenay
Saint-Germain-du-Bois	Bosjean
	Bouhans
	Devrouze
	Frangy-en-Bresse
	Le Planois
	Montjay
	Saint-Germain-du-Bois
	Sens-sur-Seille
	Serley
Saint-Vallier	Pouilloux
	Saint-Vallier
Sanvignes-les-Mines	Sanvignes-les-Mines
Viré	Clessé
	Fleurville
	Montbellet
	Péronne
	Saint-Albain
	Viré

Yonne	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Champignelles	Champignelles
	Tannerre-en-Puisaye
	Villeneuve-les-Genêts
Charny	Chambeugle
	Charny
	Chêne-Arnoult
	Chevillon
	Dicy
	Fontenouilles
	Grandchamp
	Malicorne
	Marchais-Beton
	Perreux
	Saint-Denis-sur-Ouanne
	Saint-Martin-sur-Ouanne

Yonne	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Saint-Florentin	Butteaux
	Chailley
	Chéu
	Germigny
	Jaulges
	Percey
	Saint-Florentin
	Turny
	Venizy
	Vergigny
Tanlay	Baon
	Cruzy-le-Châtel
	Mélisey
	Pimelles
	Tanlay
	Villon
Tonnerre	Cheney
	Collan
	Dannemoine
	Dyé
	Épineuil
	Junay
	Lézennes
	Molosmes
	Quincerot
	Roffey
	Rugny
	Saint-Martin-sur-Armançon
	Sambourg
	Serrigny
	Thorey
	Tissey
	Tonnerre
	Trichey
	Tronchoy
	Vézannes
	Vézennes
	Vireaux
	Viviers
	Yrouerre

Yonne	
Bassin d'activité	Communes appartenant au Bassin d'activité
Vermenton	Accolay
	Bazarnes
	Cravant
	Lucy-sur-Cure
	Prégilbert
	Sacy
	Sainte-Pallaye
	Vermenton

/// Annexe 2

Liste des communes par bassin de vie attachées au zonage infirmier dérogatoire applicable à compter du 26 mai 2012

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
(PARTIEL) CHENÔVE HORS CHENÔVE	Longvic	1.Très sous-doté
	Marsannay-la-Côte	1.Très sous-doté
	Neuilly-lès-Dijon	1.Très sous-doté
	Ouges	1.Très sous-doté
	Perrigny-lès-Dijon	1.Très sous-doté
(PARTIEL) DIJON 1^{ER} CANTON HORS	Saint-Apollinaire	5.Sur-doté
(PARTIEL) DIJON 2^E CANTON HORS	Chevigny-Saint-Sauveur	3.Intermédiaire
	Quetigny	3.Intermédiaire
	Sennecey-lès-Dijon	3.Intermédiaire
Arnay-le-Duc	Allerey	1.Très sous-doté
	Antigny-la-Ville	1.Très sous-doté
	Arnay-le-Duc	1.Très sous-doté
	Champignolles	1.Très sous-doté
	Clomot	1.Très sous-doté
	Culètre	1.Très sous-doté
	Cussy-le-Châtel	1.Très sous-doté
	Foissy	1.Très sous-doté
	Jouey	1.Très sous-doté
	Lacanche	1.Très sous-doté
	Le Fête	1.Très sous-doté
	Longecourt-lès-Culètre	1.Très sous-doté
	Magnien	1.Très sous-doté
	Maligny	1.Très sous-doté
	Manlay	1.Très sous-doté
	Marcheseuil	1.Très sous-doté
	Mimeure	1.Très sous-doté
	Musigny	1.Très sous-doté
	Saint-Pierre-en-Vaux	1.Très sous-doté
	Saint-Prix-lès-Arnay	1.Très sous-doté
	Vianges	1.Très sous-doté
	Viévy	1.Très sous-doté
	Voudenay	1.Très sous-doté
Autun	Bard-le-Régulier	3.Intermédiaire
	Ménessaire	3.Intermédiaire
	Savilly	3.Intermédiaire
	Thury	3.Intermédiaire
Auxonne	Athée	3.Intermédiaire
	Auxonne	3.Intermédiaire
	Billey	3.Intermédiaire
	Champdôtre	3.Intermédiaire
	Flagey-lès-Auxonne	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Auxonne	Flammerans	3.Intermédiaire
	Labergement-lès-Auxonne	3.Intermédiaire
	Les Maillys	3.Intermédiaire
	Magny-Montarlot	3.Intermédiaire
	Poncey-lès-Athée	3.Intermédiaire
	Pont	3.Intermédiaire
	Soirans	3.Intermédiaire
	Tillenay	3.Intermédiaire
	Tréclun	3.Intermédiaire
	Villers-les-Pots	3.Intermédiaire
	Villers-Rotin	3.Intermédiaire
Avallon	Rouvray	1.Très sous-doté
	Sincey-lès-Rouvray	1.Très sous-doté
Beaune	Aloxe-Corton	3.Intermédiaire
	Antheuil	3.Intermédiaire
	Aubaine	3.Intermédiaire
	Aubigny-la-Ronce	3.Intermédiaire
	Auxant	3.Intermédiaire
	Auxey-Duresses	3.Intermédiaire
	Baubigny	3.Intermédiaire
	Beaune	3.Intermédiaire
	Bessey-en-Chaume	3.Intermédiaire
	Bessey-la-Cour	3.Intermédiaire
	Bligny-lès-Beaune	3.Intermédiaire
	Bligny-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Bouilland	3.Intermédiaire
	Bouze-lès-Beaune	3.Intermédiaire
	Chaudenay-la-Ville	3.Intermédiaire
	Chaudenay-le-Château	3.Intermédiaire
	Chevigny-en-Valière	3.Intermédiaire
	Chorey-les-Beaune	3.Intermédiaire
	Colombier	3.Intermédiaire
	Combertault	3.Intermédiaire
	Corberon	3.Intermédiaire
	Corcelles-les-Arts	3.Intermédiaire
	Corgengoux	3.Intermédiaire
	Cormot-le-Grand	3.Intermédiaire
	Crugey	3.Intermédiaire
	Cussy-la-Colonne	3.Intermédiaire
	Echevronne	3.Intermédiaire
	Ecuitigny	3.Intermédiaire
	Fussey	3.Intermédiaire
	Ivry-en-Montagne	3.Intermédiaire
	Jours-en-Vaux	3.Intermédiaire
	La Bussière-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	La Rochepot	3.Intermédiaire
	Ladoix-Serrigny	3.Intermédiaire
	Levernois	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Beaune	Lusigny-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Magny-lès-Villers	3.Intermédiaire
	Marigny-lès-Reullée	3.Intermédiaire
	Mavilly-Mandelot	3.Intermédiaire
	Meloisey	3.Intermédiaire
	Merceuil	3.Intermédiaire
	Meursanges	3.Intermédiaire
	Meursault	3.Intermédiaire
	Molinot	3.Intermédiaire
	Montagny-lès-Beaune	3.Intermédiaire
	Montceau-et-Echarnant	3.Intermédiaire
	Monthelie	3.Intermédiaire
	Nantoux	3.Intermédiaire
	Nolay	3.Intermédiaire
	Painblanc	3.Intermédiaire
	Pernand-Vergelesses	3.Intermédiaire
	Pommard	3.Intermédiaire
	Puligny-Montrachet	3.Intermédiaire
	Ruffey-lès-Beaune	3.Intermédiaire
	Saint-Aubin	3.Intermédiaire
	Sainte-Marie-la-Blanche	3.Intermédiaire
	Saint-Romain	3.Intermédiaire
	Santosse	3.Intermédiaire
	Saussey	3.Intermédiaire
	Savigny-lès-Beaune	3.Intermédiaire
	Tailly	3.Intermédiaire
	Thomirey	3.Intermédiaire
	Thorey-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Vauchignon	3.Intermédiaire
	Veilly	3.Intermédiaire
	Veuvey-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Vic-des-Prés	3.Intermédiaire
	Vignoles	3.Intermédiaire
	Villy-le-Moutier	3.Intermédiaire
	Volnay	3.Intermédiaire
Chagny	Chassagne-Montrachet	3.Intermédiaire
	Corpeau	3.Intermédiaire
	Ebaty	3.Intermédiaire
	Santenay	3.Intermédiaire
Châtillon-sur-Seine	Aignay-le-Duc	1.Très sous-doté
	Aisey-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Ampilly-les-Bordes	1.Très sous-doté
	Ampilly-le-Sec	1.Très sous-doté
	Autricourt	1.Très sous-doté
	Baigneux-les-Juifs	1.Très sous-doté
	Balot	1.Très sous-doté
	Beaulieu	1.Très sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Châtillon-sur-Seine	Beaunotte	1.Très sous-doté
	Belan-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Bellenod-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Beneuvre	1.Très sous-doté
	Bissey-la-Côte	1.Très sous-doté
	Bissey-la-Pierre	1.Très sous-doté
	Boudreville	1.Très sous-doté
	Bouix	1.Très sous-doté
	Brémur-et-Vaurois	1.Très sous-doté
	Brion-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Buncey	1.Très sous-doté
	Bure-les-Templiers	1.Très sous-doté
	Busseaut	1.Très sous-doté
	Buxerolles	1.Très sous-doté
	Cérilly	1.Très sous-doté
	Chambain	1.Très sous-doté
	Chamesson	1.Très sous-doté
	Channay	1.Très sous-doté
	Charrey-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Châtillon-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Chaugey	1.Très sous-doté
	Chaume-lès-Baigneux	1.Très sous-doté
	Chaumont-le-Bois	1.Très sous-doté
	Chemin-d'Aisey	1.Très sous-doté
	Coulmier-le-Sec	1.Très sous-doté
	Courban	1.Très sous-doté
	Duesme	1.Très sous-doté
	Echalot	1.Très sous-doté
	Essarois	1.Très sous-doté
	Etalante	1.Très sous-doté
	Etrochey	1.Très sous-doté
	Faverolles-lès-Lucey	1.Très sous-doté
	Fontaines-en-Duesmois	1.Très sous-doté
	Fontaines-les-Sèches	1.Très sous-doté
	Gevrolles	1.Très sous-doté
	Gomméville	1.Très sous-doté
	Grancey-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Griselles	1.Très sous-doté
	Gurgy-la-Ville	1.Très sous-doté
	Gurgy-le-Château	1.Très sous-doté
	Jours-lès-Baigneux	1.Très sous-doté
	La Chaume	1.Très sous-doté
	Laignes	1.Très sous-doté
	Larrey	1.Très sous-doté
	Les Gouilles	1.Très sous-doté
	Leuglay	1.Très sous-doté
	Lignerolles	1.Très sous-doté
	Louesme	1.Très sous-doté
	Lucey	1.Très sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Châtillon-sur-Seine	Magny-Lambert	1.Très sous-doté
	Maisey-le-Duc	1.Très sous-doté
	Marcenay	1.Très sous-doté
	Massingy	1.Très sous-doté
	Mauvilly	1.Très sous-doté
	Menesble	1.Très sous-doté
	Meulson	1.Très sous-doté
	Minot	1.Très sous-doté
	Moitron	1.Très sous-doté
	Molesme	1.Très sous-doté
	Montigny-sur-Aube	1.Très sous-doté
	Montliot-et-Courcelles	1.Très sous-doté
	Montmoyen	1.Très sous-doté
	Mosson	1.Très sous-doté
	Nesle-et-Massoult	1.Très sous-doté
	Nicey	1.Très sous-doté
	Nod-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Noiron-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Obtrée	1.Très sous-doté
	Origny	1.Très sous-doté
	Orret	1.Très sous-doté
	Planay	1.Très sous-doté
	Poinçon-lès-Larrey	1.Très sous-doté
	Pothières	1.Très sous-doté
	Prusly-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Puits	1.Très sous-doté
	Quemigny-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Recey-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Riel-les-Eaux	1.Très sous-doté
	Rochefort-sur-Brévon	1.Très sous-doté
	Saint-Broing-les-Moines	1.Très sous-doté
	Sainte-Colombe-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-le-Rocheux	1.Très sous-doté
	Saint-Marc-sur-Seine	1.Très sous-doté
	Savoisy	1.Très sous-doté
	Semond	1.Très sous-doté
	Terrefondrée	1.Très sous-doté
	Thoires	1.Très sous-doté
	Vannaire	1.Très sous-doté
	Vanvey	1.Très sous-doté
	Vertault	1.Très sous-doté
	Veuxhaulles-sur-Aube	1.Très sous-doté
	Villaines-en-Duesmois	1.Très sous-doté
	Villedieu	1.Très sous-doté
	Villers-Patras	1.Très sous-doté
	Villiers-le-Duc	1.Très sous-doté
	Villotte-sur-Ource	1.Très sous-doté
	Vix	1.Très sous-doté
	Voulaïnes-les-Templiers	1.Très sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Chenôve	Chenôve	3.Intermédiaire
Dijon	Agey	3.Intermédiaire
	Ahuy	3.Intermédiaire
	Ancey	3.Intermédiaire
	Arceau	3.Intermédiaire
	Arcey	3.Intermédiaire
	Arc-sur-Tille	3.Intermédiaire
	Asnières-lès-Dijon	3.Intermédiaire
	Aubigny-lès-Sombernon	3.Intermédiaire
	Barbirey-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Barges	3.Intermédiaire
	Baulme-la-Roche	3.Intermédiaire
	Beire-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Bellefond	3.Intermédiaire
	Blaisy-Bas	3.Intermédiaire
	Blaisy-Haut	3.Intermédiaire
	Bligny-le-Sec	3.Intermédiaire
	Bressey-sur-Tille	3.Intermédiaire
	Bretenière	3.Intermédiaire
	Bretigny	3.Intermédiaire
	Brognon	3.Intermédiaire
	Broindon	3.Intermédiaire
	Bussy-la-Pesle	3.Intermédiaire
	Champagny	3.Intermédiaire
	Chanceaux	3.Intermédiaire
	Clénay	3.Intermédiaire
	Corcelles-lès-Cîteaux	3.Intermédiaire
	Corcelles-les-Monts	3.Intermédiaire
	Couchey	3.Intermédiaire
	Couternon	3.Intermédiaire
	Crimolois	3.Intermédiaire
	Curtil-Saint-Seine	3.Intermédiaire
	Darois	3.Intermédiaire
	Dijon	3.Intermédiaire
	Drée	3.Intermédiaire
	Echannay	3.Intermédiaire
	Epagny	3.Intermédiaire
	Etaules	3.Intermédiaire
	Fauverney	3.Intermédiaire
	Fénay	3.Intermédiaire
	Flacey	3.Intermédiaire
	Flavignerot	3.Intermédiaire
	Fleurey-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Francheville	3.Intermédiaire
	Gergueil	3.Intermédiaire
	Gissey-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Grenant-lès-Sombernon	3.Intermédiaire
	Hauteville-lès-Dijon	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Dijon	Lantenay	3.Intermédiaire
	Mâlain	3.Intermédiaire
	Mesmont	3.Intermédiaire
	Messigny-et-Vantoux	3.Intermédiaire
	Montoillot	3.Intermédiaire
	Noiron-sous-Gevrey	3.Intermédiaire
	Norges-la-Ville	3.Intermédiaire
	Orgeux	3.Intermédiaire
	Panges	3.Intermédiaire
	Pasques	3.Intermédiaire
	Pellerey	3.Intermédiaire
	Pichanges	3.Intermédiaire
	Poiseul-la-Grange	3.Intermédiaire
	Poncey-sur-l'IGNON	3.Intermédiaire
	Prâlon	3.Intermédiaire
	Prenois	3.Intermédiaire
	Remilly-en-Montagne	3.Intermédiaire
	Remilly-sur-Tille	3.Intermédiaire
	Ruffey-lès-Echirey	3.Intermédiaire
	Saint-Anthot	3.Intermédiaire
	Sainte-Marie-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Saint-Hélier	3.Intermédiaire
	Saint-Jean-de-Boeuf	3.Intermédiaire
	Saint-Julien	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-du-Mont	3.Intermédiaire
	Saint-Philibert	3.Intermédiaire
	Saint-Seine-l'Abbaye	3.Intermédiaire
	Saint-Victor-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Saulon-la-Chapelle	3.Intermédiaire
	Saulon-la-Rue	3.Intermédiaire
	Saussy	3.Intermédiaire
	Savigny-le-Sec	3.Intermédiaire
	Savigny-sous-Mâlain	3.Intermédiaire
	Savouges	3.Intermédiaire
	Sombernon	3.Intermédiaire
	Spoys	3.Intermédiaire
	Ternant	3.Intermédiaire
	Thorey-en-Plaine	3.Intermédiaire
	Trouhaut	3.Intermédiaire
	Turcey	3.Intermédiaire
	Val-Suzon	3.Intermédiaire
	Varois-et-Chaignot	3.Intermédiaire
	Vaux-Saules	3.Intermédiaire
	Velars-sur-Ouche	3.Intermédiaire
	Verrey-sous-Drée	3.Intermédiaire
	Vieilmoulin	3.Intermédiaire
	Villotte-Saint-Seine	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Fontaine-lès-Dijon	Daix	3.Intermédiaire
	Fontaine-lès-Dijon	3.Intermédiaire
	Plombières-lès-Dijon	3.Intermédiaire
	Talant	3.Intermédiaire
Genlis	Beire-le-Fort	3.Intermédiaire
	Cessey-sur-Tille	3.Intermédiaire
	Chambeire	3.Intermédiaire
	Collonges-lès-Premières	3.Intermédiaire
	Echigey	3.Intermédiaire
	Genlis	3.Intermédiaire
	Izeure	3.Intermédiaire
	Izier	3.Intermédiaire
	Labergement-Foigny	3.Intermédiaire
	Longchamp	3.Intermédiaire
	Longeault	3.Intermédiaire
	Longecourt-en-Plaine	3.Intermédiaire
	Magny-sur-Tille	3.Intermédiaire
	Marliens	3.Intermédiaire
	Pluvault	3.Intermédiaire
	Pluvet	3.Intermédiaire
	Premières	3.Intermédiaire
	Rouvres-en-Plaine	3.Intermédiaire
	Tart-l'Abbaye	3.Intermédiaire
	Tart-le-Bas	3.Intermédiaire
	Tart-le-Haut	3.Intermédiaire
	Tellecey	3.Intermédiaire
	Varanges	3.Intermédiaire
Gevrey-Chambertin	Brochon	1.Très sous-doté
	Chamboeuf	1.Très sous-doté
	Clémencey	1.Très sous-doté
	Curley	1.Très sous-doté
	Fixin	1.Très sous-doté
	Gevrey-Chambertin	1.Très sous-doté
	Quemigny-Poisot	1.Très sous-doté
	Semezanges	1.Très sous-doté
	Urcy	1.Très sous-doté
Gray	Bourberain	3.Intermédiaire
	Chaume-et-Courchamp	3.Intermédiaire
	Dampierre-et-Flée	3.Intermédiaire
	Fontaine-Française	3.Intermédiaire
	Fontenelle	3.Intermédiaire
	Licey-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Montigny-Mornay-Villeneuve-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Orain	3.Intermédiaire
	Pouilly-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Saint-Seine-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Is-sur-Tille	Avelanges	1.Très sous-doté
	Avot	1.Très sous-doté
	Barjon	1.Très sous-doté
	Busserotte-et-Montenaille	1.Très sous-doté
	Bussièrès	1.Très sous-doté
	Chaignay	1.Très sous-doté
	Courlon	1.Très sous-doté
	Courtivron	1.Très sous-doté
	Crécey-sur-Tille	1.Très sous-doté
	Cussey-les-Forges	1.Très sous-doté
	Diénay	1.Très sous-doté
	Echevannes	1.Très sous-doté
	Faignot-et-Vesvrotte	1.Très sous-doté
	Frénois	1.Très sous-doté
	Gemeaux	1.Très sous-doté
	Grancey-le-Château-Neuville	1.Très sous-doté
	Is-sur-Tille	1.Très sous-doté
	Lamargelle	1.Très sous-doté
	Le Meix	1.Très sous-doté
	Léry	1.Très sous-doté
	Lux	1.Très sous-doté
	Marcilly-sur-Tille	1.Très sous-doté
	Marey-sur-Tille	1.Très sous-doté
	Marsannay-le-Bois	1.Très sous-doté
	Moloy	1.Très sous-doté
	Poiseul-lès-Saulx	1.Très sous-doté
	Salives	1.Très sous-doté
	Saulx-le-Duc	1.Très sous-doté
	Tarsul	1.Très sous-doté
	Til-Châtel	1.Très sous-doté
	Vernot	1.Très sous-doté
	Villecomte	1.Très sous-doté
	Villey-sur-Tille	1.Très sous-doté
Langres	Boussenois	1.Très sous-doté
	Chazeuil	1.Très sous-doté
	Foncegrive	1.Très sous-doté
	Orville	1.Très sous-doté
	Sacquenay	1.Très sous-doté
	Selongey	1.Très sous-doté
	Vernois-lès-Vesvres	1.Très sous-doté
	Véronnes	1.Très sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Mirebeau-sur-Bèze	Beaumont-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Belleneuve	3.Intermédiaire
	Bèze	3.Intermédiaire
	Bézouotte	3.Intermédiaire
	Blagny-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Champagne-sur-Vingeanne	3.Intermédiaire
	Charmes	3.Intermédiaire
	Cheuge	3.Intermédiaire
	Cuiserey	3.Intermédiaire
	Jancigny	3.Intermédiaire
	Magny-Saint-Médard	3.Intermédiaire
	Mirebeau-sur-Bèze	3.Intermédiaire
	Noiron-sur-Bèze	3.Intermédiaire
	Oisilly	3.Intermédiaire
	Renève	3.Intermédiaire
	Savolles	3.Intermédiaire
	Tanay	3.Intermédiaire
	Trochères	3.Intermédiaire
	Viévine	3.Intermédiaire
Montbard	Arrans	3.Intermédiaire
	Asnières-en-Montagne	3.Intermédiaire
	Benoisey	3.Intermédiaire
	Buffon	3.Intermédiaire
	Champ-d'Oiseau	3.Intermédiaire
	Courcelles-lès-Montbard	3.Intermédiaire
	Crépand	3.Intermédiaire
	Eringes	3.Intermédiaire
	Étais	3.Intermédiaire
	Fain-lès-Montbard	3.Intermédiaire
	Fain-lès-Moutiers	3.Intermédiaire
	Fresnes	3.Intermédiaire
	Lucenay-le-Duc	3.Intermédiaire
	Marmagne	3.Intermédiaire
	Montbard	3.Intermédiaire
	Montigny-Montfort	3.Intermédiaire
	Nogent-lès-Montbard	3.Intermédiaire
	Quincerot	3.Intermédiaire
	Quincy-le-Vicomte	3.Intermédiaire
	Rougemont	3.Intermédiaire
	Saint-Germain-lès-Senailly	3.Intermédiaire
	Saint-Rémy	3.Intermédiaire
	Senailly	3.Intermédiaire
	Touillon	3.Intermédiaire
	Verdonnet	3.Intermédiaire
	Viserny	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Nuits-Saint-Georges	Agencourt	2.Sous-doté
	Arcenant	2.Sous-doté
	Argilly	2.Sous-doté
	Bévy	2.Sous-doté
	Boncourt-le-Bois	2.Sous-doté
	Chambolle-Musigny	2.Sous-doté
	Chaux	2.Sous-doté
	Chevannes	2.Sous-doté
	Collonges-lès-Bévy	2.Sous-doté
	Comblanchien	2.Sous-doté
	Corgoloin	2.Sous-doté
	Curtil-Vergy	2.Sous-doté
	Détain-et-Bruant	2.Sous-doté
	Epernay-sous-Gevrey	2.Sous-doté
	Flagey-Echézeaux	2.Sous-doté
	Gerland	2.Sous-doté
	Gilly-lès-Cîteaux	2.Sous-doté
	L'Etang-Vergy	2.Sous-doté
	Marey-lès-Fussey	2.Sous-doté
	Messanges	2.Sous-doté
	Meuilley	2.Sous-doté
	Morey-Saint-Denis	2.Sous-doté
	Nuits-Saint-Georges	2.Sous-doté
	Premeaux-Prissey	2.Sous-doté
	Quincey	2.Sous-doté
	Reulle-Vergy	2.Sous-doté
	Saint-Bernard	2.Sous-doté
	Saint-Nicolas-lès-Cîteaux	2.Sous-doté
	Segrois	2.Sous-doté
	Villars-Fontaine	2.Sous-doté
	Villebichot	2.Sous-doté
	Villers-la-Faye	2.Sous-doté
	Vosne-Romanée	2.Sous-doté
	Vougeot	2.Sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Pontailleur-sur-Saône	Binges	3.Intermédiaire
	Cirey-lès-Pontailleur	3.Intermédiaire
	Cléry	3.Intermédiaire
	Drambon	3.Intermédiaire
	Etevaux	3.Intermédiaire
	Heuilley-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Lamarche-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Marandeuil	3.Intermédiaire
	Maxilly-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Montmançon	3.Intermédiaire
	Perrigny-sur-l'Ognon	3.Intermédiaire
	Pontailleur-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-Triey	3.Intermédiaire
	Saint-Sauveur	3.Intermédiaire
	Soissons-sur-Nacey	3.Intermédiaire
	Talmay	3.Intermédiaire
	Vielverge	3.Intermédiaire
	Vonges	3.Intermédiaire
Pouilly-en-Auxois	Arconcey	2.Sous-doté
	Bellenot-sous-Pouilly	2.Sous-doté
	Beurey-Bauguay	2.Sous-doté
	Blancey	2.Sous-doté
	Bouhey	2.Sous-doté
	Chailly-sur-Armançon	2.Sous-doté
	Châteauneuf	2.Sous-doté
	Châtellenot	2.Sous-doté
	Chazilly	2.Sous-doté
	Civry-en-Montagne	2.Sous-doté
	Commarin	2.Sous-doté
	Créancey	2.Sous-doté
	Eguilly	2.Sous-doté
	Essey	2.Sous-doté
	Gissey-le-Vieil	2.Sous-doté
	Grosbois-en-Montagne	2.Sous-doté
	MÂCONge	2.Sous-doté
	Marcilly-Ogny	2.Sous-doté
	Martrois	2.Sous-doté
	Meilly-sur-Rouvres	2.Sous-doté
	Mont-Saint-Jean	2.Sous-doté
	Pouilly-en-Auxois	2.Sous-doté
	Rouvres-sous-Meilly	2.Sous-doté
	Sainte-Sabine	2.Sous-doté
	Semarey	2.Sous-doté
	Soussey-sur-Brionne	2.Sous-doté
	Thoisly-le-Désert	2.Sous-doté
	Vandenesse-en-Auxois	2.Sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Saint-Jean-de-Losne	Aiserey	2.Sous-doté
	Aubigny-en-Plaine	2.Sous-doté
	Bessey-lès-Cîteaux	2.Sous-doté
	Brazey-en-Plaine	2.Sous-doté
	Charrey-sur-Saône	2.Sous-doté
	Echenon	2.Sous-doté
	Esbarres	2.Sous-doté
	Franxault	2.Sous-doté
	Laperrière-sur-Saône	2.Sous-doté
	Losne	2.Sous-doté
	Magny-lès-Aubigny	2.Sous-doté
	Montagny-lès-Seurre	2.Sous-doté
	Montot	2.Sous-doté
	Saint-Jean-de-Losne	2.Sous-doté
	Saint-Seine-en-Bâche	2.Sous-doté
	Saint-Symphorien-sur-Saône	2.Sous-doté
	Saint-Usage	2.Sous-doté
	Samerey	2.Sous-doté
	Trouhans	2.Sous-doté
Saulieu	Blanot	1.Très sous-doté
	Brazey-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Censerey	1.Très sous-doté
	Champeau-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Diancey	1.Très sous-doté
	Juillenay	1.Très sous-doté
	La Motte-Ternant	1.Très sous-doté
	La Roche-en-Brenil	1.Très sous-doté
	Liernais	1.Très sous-doté
	Missery	1.Très sous-doté
	Molphey	1.Très sous-doté
	Montlay-en-Auxois	1.Très sous-doté
	Saint-Andeux	1.Très sous-doté
	Saint-Didier	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-de-Modéon	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-de-la-Mer	1.Très sous-doté
	Saulieu	1.Très sous-doté
	Sussey	1.Très sous-doté
	Thoisly-la-Berchère	1.Très sous-doté
	Villargoix	1.Très sous-doté
	Villiers-en-Morvan	1.Très sous-doté

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Semur-en-Auxois	Aisy-sous-Thil	3.Intermédiaire
	Athie	3.Intermédiaire
	Bard-lès-Epoisses	3.Intermédiaire
	Bierre-lès-Semur	3.Intermédiaire
	Braux	3.Intermédiaire
	Brianny	3.Intermédiaire
	Charigny	3.Intermédiaire
	Chassey	3.Intermédiaire
	Clamerey	3.Intermédiaire
	Corrombles	3.Intermédiaire
	Corsaint	3.Intermédiaire
	Courcelles-Frémy	3.Intermédiaire
	Courcelles-lès-Semur	3.Intermédiaire
	Dompierre-en-Morvan	3.Intermédiaire
	Époisses	3.Intermédiaire
	Flée	3.Intermédiaire
	Fontangy	3.Intermédiaire
	Forléans	3.Intermédiaire
	Genay	3.Intermédiaire
	Jeux-lès-Bard	3.Intermédiaire
	Juilly	3.Intermédiaire
	Lacour-d'Arcenay	3.Intermédiaire
	Lantilly	3.Intermédiaire
	Magny-la-Ville	3.Intermédiaire
	Marcigny-sous-Thil	3.Intermédiaire
	Marigny-le-Cahouët	3.Intermédiaire
	Massingy-lès-Semur	3.Intermédiaire
	Millery	3.Intermédiaire
	Montberthault	3.Intermédiaire
	Montigny-Saint-Barthélemy	3.Intermédiaire
	Montigny-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Moutiers-Saint-Jean	3.Intermédiaire
	Nan-sous-Thil	3.Intermédiaire
	Noidan	3.Intermédiaire
	Normier	3.Intermédiaire
	Pont-et-Massène	3.Intermédiaire
	Précly-sous-Thil	3.Intermédiaire
	Roilly	3.Intermédiaire
	Saint-Euphrône	3.Intermédiaire
	Semur-en-Auxois	3.Intermédiaire
	Souhey	3.Intermédiaire
	Thoste	3.Intermédiaire
	Torcy-et-Poulligny	3.Intermédiaire
	Toutry	3.Intermédiaire
	Vic-de-Chassenay	3.Intermédiaire
	Vic-sous-Thil	3.Intermédiaire
	Vieux-Château	3.Intermédiaire
	Villaines-les-Prévôtes	3.Intermédiaire
	Villars-et-Villenotte	3.Intermédiaire
	Villeneuve-sous-Charigny	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Seurre	Auvillars-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Bagnet	3.Intermédiaire
	Bonnencontre	3.Intermédiaire
	Bousselage	3.Intermédiaire
	Broin	3.Intermédiaire
	Chamblanc	3.Intermédiaire
	Chivres	3.Intermédiaire
	Glanon	3.Intermédiaire
	Grosbois-lès-Tichey	3.Intermédiaire
	Jallanges	3.Intermédiaire
	Labergement-lès-Seurre	3.Intermédiaire
	Labruyère	3.Intermédiaire
	Lanthes	3.Intermédiaire
	Lechâtelet	3.Intermédiaire
	Montmain	3.Intermédiaire
	Pagny-la-Ville	3.Intermédiaire
	Pagny-le-Château	3.Intermédiaire
	Pouilly-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Seurre	3.Intermédiaire
	Tichey	3.Intermédiaire
	Trugny	3.Intermédiaire
Venarey-les-Laumes	Alise-Sainte-Reine	3.Intermédiaire
	Billy-lès-Chanceaux	3.Intermédiaire
	Blessey	3.Intermédiaire
	Boux-sous-Salmaise	3.Intermédiaire
	Bussy-le-Grand	3.Intermédiaire
	Charencey	3.Intermédiaire
	Corpoyer-la-Chapelle	3.Intermédiaire
	Darcey	3.Intermédiaire
	Etormay	3.Intermédiaire
	Flavigny-sur-Ozerain	3.Intermédiaire
	Frôlois	3.Intermédiaire
	Gissey-sous-Flavigny	3.Intermédiaire
	Grésigny-Sainte-Reine	3.Intermédiaire
	Grignon	3.Intermédiaire
	Hauteroche	3.Intermédiaire
	Jailly-les-Moulins	3.Intermédiaire
	La Roche-Vanneau	3.Intermédiaire
	La Villeneuve-les-Convers	3.Intermédiaire
	Ménétreaux-le-Pitois	3.Intermédiaire
	Mussy-la-Fosse	3.Intermédiaire
	Oigny	3.Intermédiaire
	Poiseul-la-Ville-et-Laperrière	3.Intermédiaire
	Pouillenay	3.Intermédiaire
	Saint-Germain-Source-Seine	3.Intermédiaire
	Salmaise	3.Intermédiaire
	Seigny	3.Intermédiaire
	Thenissey	3.Intermédiaire
	Venarey-les-Laumes	3.Intermédiaire
	Verrey-sous-Salmaise	3.Intermédiaire

Côte-d'Or		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Vitteaux	Arnay-sous-Vitteaux	1.Très sous-doté
	Avosnes	1.Très sous-doté
	Beurizot	1.Très sous-doté
	Boussey	1.Très sous-doté
	Brain	1.Très sous-doté
	Champrenault	1.Très sous-doté
	Charny	1.Très sous-doté
	Chevannay	1.Très sous-doté
	Dampierre-en-Montagne	1.Très sous-doté
	Marcellois	1.Très sous-doté
	Marcilly-et-Dracy	1.Très sous-doté
	Massingy-lès-Vitteaux	1.Très sous-doté
	Posanges	1.Très sous-doté
	Saffres	1.Très sous-doté
	Sainte-Colombe	1.Très sous-doté
	Saint-Mesmin	1.Très sous-doté
	Saint-Thibault	1.Très sous-doté
	Thorey-sous-Charny	1.Très sous-doté
	Uncey-le-Franc	1.Très sous-doté
	Velogny	1.Très sous-doté
	Vesvres	1.Très sous-doté
	Villeberny	1.Très sous-doté
	Villeferry	1.Très sous-doté
	Villy-en-Auxois	1.Très sous-doté
	Vitteaux	1.Très sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
(PARTIEL) NEVERS-NORD HORS NEVERS	Coulanges-lès-Nevers	1.Très sous-doté
(PARTIEL) NEVERS-SUD HORS NEVERS	Challuy	3.Intermédiaire
	Sermoise-sur-Loire	3.Intermédiaire
Autun	Gien-sur-Cure	3.Intermédiaire
	Moux-en-Morvan	3.Intermédiaire
Avallon	Marigny-l'Eglise	1.Très sous-doté
	Saint-André-en-Morvan	1.Très sous-doté
Cercy-la-Tour	Cercy-la-Tour	2.Sous-doté
	Diennes-Aubigny	2.Sous-doté
	Fours	2.Sous-doté
	Isenay	2.Sous-doté
	La Nocle-Maulaix	2.Sous-doté
	Montambert	2.Sous-doté
	Montaron	2.Sous-doté
	Montigny-sur-Canne	2.Sous-doté
	Saint-Gratien-Savigny	2.Sous-doté
	Saint-Hilaire-Fontaine	2.Sous-doté
	Thaix	2.Sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Charité-sur-Loire	Bulcy	1.Très sous-doté
	Champvoux	1.Très sous-doté
	Chasnay	1.Très sous-doté
	La Charité-sur-Loire	1.Très sous-doté
	La Marche	1.Très sous-doté
	Murlin	1.Très sous-doté
	Nannay	1.Très sous-doté
	Narcy	1.Très sous-doté
	Raveau	1.Très sous-doté
	Tronsanges	1.Très sous-doté
	Varennes-lès-Narcy	1.Très sous-doté
	Vielmanay	1.Très sous-doté
Château-Chinon (Ville)	Achun	1.Très sous-doté
	Alluy	1.Très sous-doté
	Arleuf	1.Très sous-doté
	Aunay-en-Bazois	1.Très sous-doté
	Biches	1.Très sous-doté
	Blismes	1.Très sous-doté
	Brinay	1.Très sous-doté
	Château-Chinon (Campagne)	1.Très sous-doté
	Château-Chinon (Ville)	1.Très sous-doté
	Châtillon-en-Bazois	1.Très sous-doté
	Châtin	1.Très sous-doté
	Chaumard	1.Très sous-doté
	Chougny	1.Très sous-doté
	Corancy	1.Très sous-doté
	Dommartin	1.Très sous-doté
	Dun-sur-Grandry	1.Très sous-doté
	Fâchin	1.Très sous-doté
	Glux-en-Glenne	1.Très sous-doté
	Lavault-de-Frétoy	1.Très sous-doté
	Mont-et-Marré	1.Très sous-doté
	Montigny-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Ougny	1.Très sous-doté
	Ouroux-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Planchez	1.Très sous-doté
	Saint-Hilaire-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Saint-Léger-de-Fougeret	1.Très sous-doté
	Saint-Péreuse	1.Très sous-doté
	Tamnay-en-Bazois	1.Très sous-doté
	Tintury	1.Très sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Clamecy	Amazy	1.Très sous-doté
	Armes	1.Très sous-doté
	Asnan	1.Très sous-doté
	Asnois	1.Très sous-doté
	Beuvron	1.Très sous-doté
	Billy-sur-Oisy	1.Très sous-doté
	Breugnon	1.Très sous-doté
	Brèves	1.Très sous-doté
	Brinon-sur-Beuvron	1.Très sous-doté
	Bussy-la-Pesle	1.Très sous-doté
	Chevannes-Changy	1.Très sous-doté
	Chevroches	1.Très sous-doté
	Clamecy	1.Très sous-doté
	Corvol-d'Embernard	1.Très sous-doté
	Corvol-l'Orgueilleux	1.Très sous-doté
	Courcelles	1.Très sous-doté
	Cuncy-lès-Varzy	1.Très sous-doté
	Dornecy	1.Très sous-doté
	Entrains-sur-Nohain	1.Très sous-doté
	Flez-Cuzy	1.Très sous-doté
	Grenois	1.Très sous-doté
	La Chapelle-Saint-André	1.Très sous-doté
	La Maison-Dieu	1.Très sous-doté
	Lys	1.Très sous-doté
	Marcy	1.Très sous-doté
	Menou	1.Très sous-doté
	Metz-le-Comte	1.Très sous-doté
	Nuars	1.Très sous-doté
	Oisy	1.Très sous-doté
	Ouagne	1.Très sous-doté
	Oudan	1.Très sous-doté
	Parigny-la-Rose	1.Très sous-doté
	Pousseaux	1.Très sous-doté
	Rix	1.Très sous-doté
	Saint-Aubin-des-Chaumes	1.Très sous-doté
	Saint-Didier	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-des-Bois	1.Très sous-doté
	Saint-Pierre-du-Mont	1.Très sous-doté
	Surgy	1.Très sous-doté
	Taconnay	1.Très sous-doté
	Talon	1.Très sous-doté
	Tannay	1.Très sous-doté
	Teigny	1.Très sous-doté
	Trucy-l'Orgueilleux	1.Très sous-doté
	Varzy	1.Très sous-doté
	Villiers-le-Sec	1.Très sous-doté
	Villiers-sur-Yonne	1.Très sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Corbigny	Anthien	1.Très sous-doté
	Bazolles	1.Très sous-doté
	Beaulieu	1.Très sous-doté
	Cervon	1.Très sous-doté
	Challement	1.Très sous-doté
	Champallement	1.Très sous-doté
	Chaumot	1.Très sous-doté
	Chitry-les-Mines	1.Très sous-doté
	Corbigny	1.Très sous-doté
	Dirol	1.Très sous-doté
	Dompierre-sur-Héry	1.Très sous-doté
	Epiry	1.Très sous-doté
	Gâcogne	1.Très sous-doté
	Germenay	1.Très sous-doté
	Guipy	1.Très sous-doté
	Héry	1.Très sous-doté
	La Collancelle	1.Très sous-doté
	Magny-Lormes	1.Très sous-doté
	Marigny-sur-Yonne	1.Très sous-doté
	Mhère	1.Très sous-doté
	Michaugues	1.Très sous-doté
	Moissy-Moulinot	1.Très sous-doté
	Monceaux-le-Comte	1.Très sous-doté
	Montreuillon	1.Très sous-doté
	Moraches	1.Très sous-doté
	Mouron-sur-Yonne	1.Très sous-doté
	Neuffontaines	1.Très sous-doté
	Neuilly	1.Très sous-doté
	Pazy	1.Très sous-doté
	Ruages	1.Très sous-doté
	Saint-Révérien	1.Très sous-doté
	Saizy	1.Très sous-doté
	Sardy-lès-Epiry	1.Très sous-doté
	Vauclaix	1.Très sous-doté
	Vignol	1.Très sous-doté
	Vitry-Laché	1.Très sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Cosne-Cours-sur-Loire	Alligny-Cosne	3.Intermédiaire
	Annay	3.Intermédiaire
	Arquian	3.Intermédiaire
	Bitry	3.Intermédiaire
	Bouhy	3.Intermédiaire
	Cessy-les-Bois	3.Intermédiaire
	Châteauneuf-Val-de-Bargis	3.Intermédiaire
	Ciez	3.Intermédiaire
	Colméry	3.Intermédiaire
	Cosne-Cours-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Couloutre	3.Intermédiaire
	Dampierre-sous-Bouhy	3.Intermédiaire
	Donzy	3.Intermédiaire
	Garchy	3.Intermédiaire
	La Celle-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Menestreau	3.Intermédiaire
	Mesves-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Myennes	3.Intermédiaire
	Neuvy-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Perroy	3.Intermédiaire
	Pougny	3.Intermédiaire
	Pouilly-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Saint-Amand-en-Puisaye	3.Intermédiaire
	Saint-Andelain	3.Intermédiaire
	Sainte-Colombe-des-Bois	3.Intermédiaire
	Saint-Laurent-l'Abbaye	3.Intermédiaire
	Saint-Loup	3.Intermédiaire
	Saint-Malo-en-Donziois	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-sur-Nohain	3.Intermédiaire
	Saint-Père	3.Intermédiaire
	Saint-Quentin-sur-Nohain	3.Intermédiaire
	Saint-Vérain	3.Intermédiaire
	Suilly-la-Tour	3.Intermédiaire
	Tracy-sur-Loire	3.Intermédiaire

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Decize	Anlezy	1.Très sous-doté
	Avril-sur-Loire	1.Très sous-doté
	Béard	1.Très sous-doté
	Champvert	1.Très sous-doté
	Charrin	1.Très sous-doté
	Cossaye	1.Très sous-doté
	Decize	1.Très sous-doté
	Devay	1.Très sous-doté
	Druy-Parigny	1.Très sous-doté
	Fertrève	1.Très sous-doté
	Fleury-sur-Loire	1.Très sous-doté
	La Machine	1.Très sous-doté
	Lamenay-sur-Loire	1.Très sous-doté
	Lucenay-lès-Aix	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-Chassenay	1.Très sous-doté
	Saint-Léger-des-Vignes	1.Très sous-doté
	Sougy-sur-Loire	1.Très sous-doté
	Thianges	1.Très sous-doté
	Toury-Lurcy	1.Très sous-doté
	Trois-Vèvres	1.Très sous-doté
	Verneuil	1.Très sous-doté
	Ville-Langy	1.Très sous-doté
Fourchambault	Fourchambault	3.Intermédiaire
	Garchizy	3.Intermédiaire
GUERIGNY	Varennes-Vauzelles	3.Intermédiaire
Guérigny	Balleray	4.Très doté
	Guérigny	4.Très doté
	Poiseux	4.Très doté
	Saint-Aubin-les-Forges	4.Très doté
	Urzy	4.Très doté
Imphy	Imphy	1.Très sous-doté
	La Fermeté	1.Très sous-doté
	Saint-Ouen-sur-Loire	1.Très sous-doté
	Sauvigny-les-Bois	1.Très sous-doté
Lormes	Bazoches	1.Très sous-doté
	Brassy	1.Très sous-doté
	Chaloux	1.Très sous-doté
	Dun-les-Places	1.Très sous-doté
	Empury	1.Très sous-doté
	Lormes	1.Très sous-doté
	Pouques-Lormes	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-du-Puy	1.Très sous-doté

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Luzy	Avrée	3.Intermédiaire
	Chiddes	3.Intermédiaire
	Fléty	3.Intermédiaire
	Lanty	3.Intermédiaire
	Larochemillay	3.Intermédiaire
	Luzy	3.Intermédiaire
	Millay	3.Intermédiaire
	Poil	3.Intermédiaire
	Rémilly	3.Intermédiaire
	Saint-Seine	3.Intermédiaire
	Savigny-Poil-Fol	3.Intermédiaire
	Sémelay	3.Intermédiaire
	Tazilly	3.Intermédiaire
	Ternant	3.Intermédiaire
Montsauche-les-Settons	Gouloux	3.Intermédiaire
	Montsauche-les-Settons	3.Intermédiaire
Moulins	Dornes	1.Très sous-doté
	Neuville-lès-Decize	1.Très sous-doté
	Saint-Parize-en-Viry	1.Très sous-doté
	Toury-sur-Jour	1.Très sous-doté
Moulins-Engilbert	Limanton	1.Très sous-doté
	Maux	1.Très sous-doté
	Moulins-Engilbert	1.Très sous-doté
	Onlay	1.Très sous-doté
	Préporché	1.Très sous-doté
	Saint-Honoré-les-Bains	1.Très sous-doté
	Sermages	1.Très sous-doté
	Vandenesse	1.Très sous-doté
	Villapourçon	1.Très sous-doté
Nevers	Arbourse	3.Intermédiaire
	Arthel	3.Intermédiaire
	Arzembouy	3.Intermédiaire
	Authiou	3.Intermédiaire
	Beaumont-la-Ferrière	3.Intermédiaire
	Beaumont-Sardolles	3.Intermédiaire
	Billy-Chevannes	3.Intermédiaire
	Bona	3.Intermédiaire
	Champlemy	3.Intermédiaire
	Champlin	3.Intermédiaire
	Chaulgnes	3.Intermédiaire
	Chazeuil	3.Intermédiaire
	Chevenon	3.Intermédiaire
	Cizely	3.Intermédiaire
	Crux-la-Ville	3.Intermédiaire
	Dompierre-sur-Nièvre	3.Intermédiaire
	Frasnay-Reugny	3.Intermédiaire
	Germigny-sur-Loire	3.Intermédiaire

Nièvre		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Nevers	Gimouille	3.Intermédiaire
	Giry	3.Intermédiaire
	Jailly	3.Intermédiaire
	La Celle-sur-Nièvre	3.Intermédiaire
	Limon	3.Intermédiaire
	Lurcy-le-Bourg	3.Intermédiaire
	Luthenay-Uxeloup	3.Intermédiaire
	Magny-Cours	3.Intermédiaire
	Marzy	3.Intermédiaire
	Montapas	3.Intermédiaire
	Montenoison	3.Intermédiaire
	Montigny-aux-Amognes	3.Intermédiaire
	Moussy	3.Intermédiaire
	Nevers	3.Intermédiaire
	Nolay	3.Intermédiaire
	Oulon	3.Intermédiaire
	Ourouër	3.Intermédiaire
	Parigny-les-Vaux	3.Intermédiaire
	Pougues-les-Eaux	3.Intermédiaire
	Prémery	3.Intermédiaire
	Rouy	3.Intermédiaire
	Saincaize-Meauce	3.Intermédiaire
	Saint-Benin-d'Azy	3.Intermédiaire
	Saint-Benin-des-Bois	3.Intermédiaire
	Saint-Bonnot	3.Intermédiaire
	Saint-Eloi	3.Intermédiaire
	Sainte-Marie	3.Intermédiaire
	Saint-Firmin	3.Intermédiaire
	Saint-Franchy	3.Intermédiaire
	Saint-Jean-aux-Amognes	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-d'Heuille	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice	3.Intermédiaire
	Saint-Saulge	3.Intermédiaire
	Saint-Sulpice	3.Intermédiaire
	Saxi-Bourdon	3.Intermédiaire
Saint-Pierre-le-Moûtier	Sichamps	3.Intermédiaire
	Azy-le-Vif	3.Intermédiaire
	Chantenay-Saint-Imbert	3.Intermédiaire
	Langeron	3.Intermédiaire
	Livry	3.Intermédiaire
	Mars-sur-Allier	3.Intermédiaire
	Saint-Parize-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Saint-Pierre-le-Moûtier	3.Intermédiaire
Saulieu	Tresnay	3.Intermédiaire
	Alligny-en-Morvan	1.Très sous-doté
	Saint-Agnan	1.Très sous-doté
	Saint-Brisson	1.Très sous-doté

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-NORD H	Champforgeuil	3.Intermédiaire
	Crissey	3.Intermédiaire
	Fragnes	3.Intermédiaire
	La Loyère	3.Intermédiaire
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-OUEST	Châtenoy-le-Royal	3.Intermédiaire
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-SUD HO	Châtenoy-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Lux	3.Intermédiaire
	Oslon	3.Intermédiaire
	Saint-Marcel	3.Intermédiaire
	Saint-Rémy	3.Intermédiaire
(PARTIEL) CREUSOT (LE) – EST HORS C	Le Breuil	3.Intermédiaire
	Saint-Sernin-du-Bois	3.Intermédiaire
(PARTIEL) MÂCON-CENTRE HORS MÂCON	Charnay-lès-Mâcon	5.Sur-doté
(PARTIEL) MÂCON-NORD HORS MÂCON	Hurigny	5.Sur-doté
	Sancé	5.Sur-doté
(PARTIEL) MÂCON-SUD HORS MÂCON	Varennnes-lès-Mâcon	3.Intermédiaire
(PARTIEL) MONTCEAU-LES-MINES-SUD	Saint-Vallier	3.Intermédiaire
Autun	Anost	3.Intermédiaire
	Antully	3.Intermédiaire
	Autun	3.Intermédiaire
	Auxy	3.Intermédiaire
	Barnay	3.Intermédiaire
	Brion	3.Intermédiaire
	Chissey-en-Morvan	3.Intermédiaire
	Collonge-la-Madeleine	3.Intermédiaire
	Cordesne	3.Intermédiaire
	Couches	3.Intermédiaire
	Curgy	3.Intermédiaire
	Cussy-en-Morvan	3.Intermédiaire
	Dracy-lès-Couches	3.Intermédiaire
	Dracy-Saint-Loup	3.Intermédiaire
	Epinac	3.Intermédiaire
	Igornay	3.Intermédiaire
	La Celle-en-Morvan	3.Intermédiaire
	La Grande-Verrière	3.Intermédiaire
	La Petite-Verrière	3.Intermédiaire
	Laizy	3.Intermédiaire
	Lucenay-l'Évêque	3.Intermédiaire
	Monthelon	3.Intermédiaire
	Morlet	3.Intermédiaire
	Reclesne	3.Intermédiaire
	Roussillon-en-Morvan	3.Intermédiaire
	Saint-Emiland	3.Intermédiaire
	Saint-Forgeot	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Autun	Saint-Gervais-sur-Couches	3.Intermédiaire
	Saint-Jean-de-Trézy	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-du-Bois	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-de-Commune	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-lès-Couches	3.Intermédiaire
	Saint-Prix	3.Intermédiaire
	Saint-Sernin-du-Plain	3.Intermédiaire
	Saisy	3.Intermédiaire
	Sommant	3.Intermédiaire
	Sully	3.Intermédiaire
	Tavernay	3.Intermédiaire
	Tintry	3.Intermédiaire
Beaune	Change	3.Intermédiaire
	Créot	3.Intermédiaire
	Epertully	3.Intermédiaire
	Saint-Loup-Géanges	3.Intermédiaire
Bletterans	Le Tartre	3.Intermédiaire
Bourbon-Lancy	Le Tartre	3.Intermédiaire
	Chalmoux	3.Intermédiaire
	Cressy-sur-Somme	3.Intermédiaire
	Cronat	3.Intermédiaire
	Gilly-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Lesme	3.Intermédiaire
	Maltat	3.Intermédiaire
	Mont	3.Intermédiaire
	Saint-Aubin-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Vitry-sur-Loire	3.Intermédiaire
Buxy	Bissey-sous-Cruchaud	3.Intermédiaire
	Buxy	3.Intermédiaire
	Cersot	3.Intermédiaire
	Chenôves	3.Intermédiaire
	Fley	3.Intermédiaire
	Germagny	3.Intermédiaire
	Jully-lès-Buxy	3.Intermédiaire
	Marcilly-lès-Buxy	3.Intermédiaire
	Messey-sur-Grosne	3.Intermédiaire
	Montagny-lès-Buxy	3.Intermédiaire
	Moroges	3.Intermédiaire
	Sainte-Hélène	3.Intermédiaire
	Saint-Germain-lès-Buxy	3.Intermédiaire
	Saint-Privé	3.Intermédiaire
	Saint-Vallerin	3.Intermédiaire
	Sassangy	3.Intermédiaire
	Saules	3.Intermédiaire
	Savianges	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Chagny	Bouzeron	3.Intermédiaire
	Chagny	3.Intermédiaire
	Chamilly	3.Intermédiaire
	Chassey-le-Camp	3.Intermédiaire
	Chaudenay	3.Intermédiaire
	Cheilly-lès-Maranges	3.Intermédiaire
	Demigny	3.Intermédiaire
	Dezize-lès-Maranges	3.Intermédiaire
	Paris-l'Hôpital	3.Intermédiaire
	Remigny	3.Intermédiaire
	Rully	3.Intermédiaire
	Sampigny-lès-Maranges	3.Intermédiaire
Chalon-sur-Saône	Chalon-sur-Saône	3.Intermédiaire
Chalon-sur-Saône	Allériot	3.Intermédiaire
	Aluze	3.Intermédiaire
	Barizey	3.Intermédiaire
	Bey	3.Intermédiaire
	Charrecey	3.Intermédiaire
	Châtel-Moron	3.Intermédiaire
	Damerey	3.Intermédiaire
	Dennevry	3.Intermédiaire
	Dracy-le-Fort	3.Intermédiaire
	Epervans	3.Intermédiaire
	Farges-lès-Chalon	3.Intermédiaire
	Fontaines	3.Intermédiaire
	Guerfand	3.Intermédiaire
	La Charmée	3.Intermédiaire
	Lans	3.Intermédiaire
	Lessard-le-National	3.Intermédiaire
	Marnay	3.Intermédiaire
	Mellecey	3.Intermédiaire
	Mercurey	3.Intermédiaire
	Montcoy	3.Intermédiaire
	Morey	3.Intermédiaire
	Saint-Bérain-sur-Dheune	3.Intermédiaire
	Saint-Christophe-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Saint-Didier-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Saint-Gilles	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-sur-Dheune	3.Intermédiaire
	Saint-Loup-de-Varennes	3.Intermédiaire
	Saint-Mard-de-Vaux	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-sous-Montaigu	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-en-Rivière	3.Intermédiaire
	Sassenay	3.Intermédiaire
	Sevrey	3.Intermédiaire
	Varennes-le-Grand	3.Intermédiaire
	Villegaudin	3.Intermédiaire
	Virey-le-Grand	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Charlieu	Fleury-la-Montagne	3.Intermédiaire
	Ligny-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Saint-Bonnet-de-Cray	3.Intermédiaire
	Saint-Edmond	3.Intermédiaire
Charolles	Ballore	2.Sous-doté
	Baron	2.Sous-doté
	Beaubery	2.Sous-doté
	Champlecy	2.Sous-doté
	Changy	2.Sous-doté
	Charolles	2.Sous-doté
	Fontenay	2.Sous-doté
	Grandvaux	2.Sous-doté
	Lugny-lès-Charolles	2.Sous-doté
	Marcilly-la-Gueurce	2.Sous-doté
	Martigny-le-Comte	2.Sous-doté
	Mornay	2.Sous-doté
	Ozolles	2.Sous-doté
	Pressy-sous-Dondin	2.Sous-doté
	Prizy	2.Sous-doté
	Saint-Bonnet-de-Joux	2.Sous-doté
	Saint-Julien-de-Civry	2.Sous-doté
	Suin	2.Sous-doté
	Vaudebarrier	2.Sous-doté
	Vendennes-lès-Charolles	2.Sous-doté
	Verosvres	2.Sous-doté
	Viry	2.Sous-doté
Chauffailles	Anglure-sous-Dun	3.Intermédiaire
	Chassigny-sous-Dun	3.Intermédiaire
	Châteauneuf	3.Intermédiaire
	Chauffailles	3.Intermédiaire
	Coublanc	3.Intermédiaire
	Mussy-sous-Dun	3.Intermédiaire
	Saint-Igny-de-Roche	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-de-Lixy	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-lès-Châteauneuf	3.Intermédiaire
	Tancon	3.Intermédiaire
	Amanzé	3.Intermédiaire
Clayette	Baudemont	3.Intermédiaire
	Bois-Sainte-Marie	3.Intermédiaire
	Châtenay	3.Intermédiaire
	Colombier-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Curbigny	3.Intermédiaire
	Dyo	3.Intermédiaire
	Gibles	3.Intermédiaire
	La Chapelle-sous-Dun	3.Intermédiaire
	La Clayette	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Clayette	Montmelard	3.Intermédiaire
	Ouroux-sous-le-Bois-Sainte-Marie	3.Intermédiaire
	Saint-Germain-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Saint-Laurent-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Saint-Racho	3.Intermédiaire
	Saint-Symphorien-des-Bois	3.Intermédiaire
	Vareilles	3.Intermédiaire
	Varennes-sous-Dun	3.Intermédiaire
	Vauban	3.Intermédiaire
Cluny	Ameugny	3.Intermédiaire
	Bergesserin	3.Intermédiaire
	Berzé-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Blanot	3.Intermédiaire
	Bonnay	3.Intermédiaire
	Bourgvilain	3.Intermédiaire
	Brandon	3.Intermédiaire
	Bray	3.Intermédiaire
	Buffières	3.Intermédiaire
	Château	3.Intermédiaire
	Chériset	3.Intermédiaire
	Chiddes	3.Intermédiaire
	Chissey-lès-Mâcon	3.Intermédiaire
	Clermain	3.Intermédiaire
	Cluny	3.Intermédiaire
	Cortambert	3.Intermédiaire
	Cortevaix	3.Intermédiaire
	Curtil-sous-Buffières	3.Intermédiaire
	Donzy-le-National	3.Intermédiaire
	Donzy-le-Pertuis	3.Intermédiaire
	Flagy	3.Intermédiaire
	Jalogny	3.Intermédiaire
	La Vineuse	3.Intermédiaire
	Lournand	3.Intermédiaire
	Massilly	3.Intermédiaire
	Massy	3.Intermédiaire
	Mazille	3.Intermédiaire
	Montagny-sur-Grosne	3.Intermédiaire
	Passy	3.Intermédiaire
	Sailly	3.Intermédiaire
	Saint-André-le-Désert	3.Intermédiaire
	Sainte-Cécile	3.Intermédiaire
	Saint-Vincent-des-Prés	3.Intermédiaire
	Salornay-sur-Guye	3.Intermédiaire
	Sigy-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Sivignon	3.Intermédiaire
	Taizé	3.Intermédiaire
	Vitry-lès-Cluny	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Crêches-sur-Saône	Chaintré	4.Très doté
	Chânes	4.Très doté
	Chasselas	4.Très doté
	Crêches-sur-Saône	4.Très doté
	La Chapelle-de-Guinchay	4.Très doté
	Leynes	4.Très doté
	Pruzilly	4.Très doté
	Romanèche-Thorins	4.Très doté
	Saint-Amour-Bellevue	4.Très doté
	Saint-Symphorien-d'Ancelles	4.Très doté
	Saint-Vérand	4.Très doté
Creusot	Charmoy	3.Intermédiaire
	Essertenne	3.Intermédiaire
	Marmagne	3.Intermédiaire
	Perreuil	3.Intermédiaire
	Saint-Firmin	3.Intermédiaire
	Saint-Pierre-de-Varennes	3.Intermédiaire
	Saint-Symphorien-de-Marmagne	3.Intermédiaire
Creusot (Le)	Le Creusot	3.Intermédiaire
Cuisery	Brienne	3.Intermédiaire
	Cuisery	3.Intermédiaire
	Huilly-sur-Seille	3.Intermédiaire
	Jouvençon	3.Intermédiaire
	La Genête	3.Intermédiaire
	Loisy	3.Intermédiaire
	Ormes	3.Intermédiaire
	Simandre	3.Intermédiaire
Digoin	Digoin	3.Intermédiaire
	La Motte-Saint-Jean	3.Intermédiaire
	Les Guerreux	3.Intermédiaire
	Perrigny-sur-Loire	3.Intermédiaire
	Saint-Agnan	3.Intermédiaire
	Varenne-Saint-Germain	3.Intermédiaire
Étang-sur-Arroux	Broye	3.Intermédiaire
	Charbonnat	3.Intermédiaire
	Etang-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	La Chapelle-sous-Uchon	3.Intermédiaire
	La Comelle	3.Intermédiaire
	La Tagnière	3.Intermédiaire
	Mesvres	3.Intermédiaire
	Saint-Didier-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-sous-Beuvray	3.Intermédiaire
	Saint-Nizier-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Thil-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Uchon	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Givry	Givry	4.Très doté
	Granges	4.Très doté
	Jambles	4.Très doté
	Rosey	4.Très doté
	Saint-Denis-de-Vaux	4.Très doté
	Saint-Désert	4.Très doté
	Saint-Jean-de-Vaux	4.Très doté
Gueugnon	Chassy	3.Intermédiaire
	Clessy	3.Intermédiaire
	Curdin	3.Intermédiaire
	Dettey	3.Intermédiaire
	Grury	3.Intermédiaire
	Gueugnon	3.Intermédiaire
	Issy-l'Evêque	3.Intermédiaire
	La Boulaye	3.Intermédiaire
	La Chapelle-au-Mans	3.Intermédiaire
	Marly-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Montmort	3.Intermédiaire
	Neuvy-Grandchamp	3.Intermédiaire
	Oudry	3.Intermédiaire
	Rigny-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Sainte-Radegonde	3.Intermédiaire
	Saint-Eugène	3.Intermédiaire
	Toulon-sur-Arroux	3.Intermédiaire
	Uxeau	3.Intermédiaire
	Vendenesse-sur-Arroux	3.Intermédiaire
Lons le Saunier	Beaurepaire-en-Bresse	4.Très doté
Louhans	Bantanges	3.Intermédiaire
	Branges	3.Intermédiaire
	Bruailles	3.Intermédiaire
	Champagnat	3.Intermédiaire
	Cuiseaux	3.Intermédiaire
	Dommartin-lès-Cuiseaux	3.Intermédiaire
	Flacey-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Frontenard	3.Intermédiaire
	Juif	3.Intermédiaire
	La Chapelle-Naude	3.Intermédiaire
	La Chapelle-Thècle	3.Intermédiaire
	La Frette	3.Intermédiaire
	Le Fay	3.Intermédiaire
	Le Miroir	3.Intermédiaire
	Louhans	3.Intermédiaire
	Ménestreuil	3.Intermédiaire
	Montagny-près-Louhans	3.Intermédiaire
	Montcony	3.Intermédiaire
	Montpont-en-Bresse	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Louhans	Montret	3.Intermédiaire
	Rancy	3.Intermédiaire
	Ratte	3.Intermédiaire
	Romenay	3.Intermédiaire
	Sagy	3.Intermédiaire
	Saillenard	3.Intermédiaire
	Saint-André-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Sainte-Croix	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-du-Mont	3.Intermédiaire
	Saint-Usuge	3.Intermédiaire
	Saint-Vincent-en-Bresse	3.Intermédiaire
	Savigny-en-Revermont	3.Intermédiaire
	Savigny-sur-Seille	3.Intermédiaire
	Simard	3.Intermédiaire
	Sornay	3.Intermédiaire
	Varennes-Saint-Sauveur	3.Intermédiaire
	Vérissey	3.Intermédiaire
	Vincelles	3.Intermédiaire
Luzy	Cuzy	3.Intermédiaire
	Marly-sous-Issy	3.Intermédiaire
Mâcon	Mâcon	3.Intermédiaire
Mâcon	Azé	3.Intermédiaire
	Berzé-la-Ville	3.Intermédiaire
	Bissy-la-Mâconnaise	3.Intermédiaire
	Burgy	3.Intermédiaire
	Bussièrès	3.Intermédiaire
	Charbonnières	3.Intermédiaire
	Chevagny-les-Chevrières	3.Intermédiaire
	Clessé	3.Intermédiaire
	Cruzille	3.Intermédiaire
	Davayé	3.Intermédiaire
	Dompierre-les-Ormes	3.Intermédiaire
	Fuissé	3.Intermédiaire
	Germolles-sur-Grosne	3.Intermédiaire
	Grevilly	3.Intermédiaire
	Igé	3.Intermédiaire
	La Chapelle-du-Mont-de-France	3.Intermédiaire
	La Roche-Vineuse	3.Intermédiaire
	La Salle	3.Intermédiaire
	Laizé	3.Intermédiaire
	Lugny	3.Intermédiaire
	Matour	3.Intermédiaire
	Milly-Lamartine	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Mâcon	Montbellet	3.Intermédiaire
	Péronne	3.Intermédiaire
	Pierreclos	3.Intermédiaire
	Prissé	3.Intermédiaire
	Saint-Albain	3.Intermédiaire
	Saint-Gengoux-de-Scissé	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-sous-la-Bussière	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-Belle-Roche	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-de-Satonnay	3.Intermédiaire
	Saint-Pierre-le-Vieux	3.Intermédiaire
	Saint-Point	3.Intermédiaire
	Senozan	3.Intermédiaire
	Serrières	3.Intermédiaire
	Sologny	3.Intermédiaire
	Solutré-Pouilly	3.Intermédiaire
	Tramayes	3.Intermédiaire
	Trambly	3.Intermédiaire
	Trivy	3.Intermédiaire
	Vergisson	3.Intermédiaire
	Verzé	3.Intermédiaire
Marcigny	Vinzelles	3.Intermédiaire
	Anzy-le-Duc	3.Intermédiaire
	Artaix	3.Intermédiaire
	Baugy	3.Intermédiaire
	Bourg-le-Comte	3.Intermédiaire
	Briant	3.Intermédiaire
	Céron	3.Intermédiaire
	Chambilly	3.Intermédiaire
	Chenay-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Iguerande	3.Intermédiaire
	Mailly	3.Intermédiaire
	Marcigny	3.Intermédiaire
	Melay	3.Intermédiaire
	Montceaux-l'Etoile	3.Intermédiaire
	Oyé	3.Intermédiaire
	Saint-Christophe-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Saint-Didier-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Sainte-Foy	3.Intermédiaire
	Saint-Julien-de-Jonzy	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-du-Lac	3.Intermédiaire
	Sarry	3.Intermédiaire
	Semur-en-Brionnais	3.Intermédiaire
	Vindécy	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Montceau-les-Mines	Chevagny-sur-Guye	3.Intermédiaire
	Ciry-le-Noble	3.Intermédiaire
	Dompierre-sous-Sanvignes	3.Intermédiaire
	Génelard	3.Intermédiaire
	La Guiche	3.Intermédiaire
	Le Rousset	3.Intermédiaire
	Les Bizots	3.Intermédiaire
	Marigny	3.Intermédiaire
	Marizy	3.Intermédiaire
	Mary	3.Intermédiaire
	Montceau-les-Mines	1.Très sous-doté
	Mont-Saint-Vincent	3.Intermédiaire
	Perrecy-les-Forges	3.Intermédiaire
	Pouilloux	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-de-Salencey	3.Intermédiaire
	Saint-Romain-sous-Gourdon	3.Intermédiaire
	Saint-Romain-sous-Versigny	3.Intermédiaire
Montcenis	Blanzay	3.Intermédiaire
	Montcenis	3.Intermédiaire
	Saint-Berain-sous-Sanvignes	3.Intermédiaire
	Torcy	3.Intermédiaire
Montchanin	Écuisses	3.Intermédiaire
	Montchanin	3.Intermédiaire
	Saint-Eusèbe	3.Intermédiaire
	Saint-Julien-sur-Dheune	3.Intermédiaire
	Saint-Laurent-d'Andenay	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-d'Auxy	3.Intermédiaire
	Saint-Micaud	3.Intermédiaire
	Villeneuve-en-Montagne	3.Intermédiaire
Mont-Saint-Vincent	Gourdon	4, très doté
Paray-le-Monial	Hautefond	3.Intermédiaire
	L'Hôpital-le-Mercier	3.Intermédiaire
	Nochize	3.Intermédiaire
	Palinges	3.Intermédiaire
	Paray-le-Monial	3.Intermédiaire
	Poisson	3.Intermédiaire
	Saint-Aubin-en-Charollais	3.Intermédiaire
	Saint-Bonnet-de-Vieille-Vigne	3.Intermédiaire
	Saint-Léger-lès-Paray	3.Intermédiaire
	Saint-Vincent-Bragny	3.Intermédiaire
	Saint-Yan	3.Intermédiaire
	Varenne-l'Arconce	3.Intermédiaire
	Versaugues	3.Intermédiaire
	Vitry-en-Charollais	3.Intermédiaire
	Volesvres	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Pierre-de-Bresse	Authumes	1.Très sous-doté
	Beauvernois	1.Très sous-doté
	Bellevesvre	1.Très sous-doté
	Charette-Varennes	1.Très sous-doté
	Fretterans	1.Très sous-doté
	Frontenard	1.Très sous-doté
	La Chapelle-Saint-Sauveur	1.Très sous-doté
	La Chaux	1.Très sous-doté
	Lays-sur-le-Doubs	1.Très sous-doté
	Longepierre	1.Très sous-doté
	Montjay	1.Très sous-doté
	Mouthier-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Pierre-de-Bresse	1.Très sous-doté
	Pourlans	1.Très sous-doté
	Saint-Bonnet-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Torpes	1.Très sous-doté
Pont de Vaux	Fleurville	5.Sur-doté
	Viré	5.Sur-doté
Saint Amour	Condal	3.Intermédiaire
	Joudes	3.Intermédiaire
Saint-Gengoux-le-National	Bissy-sous-Uxelles	1.Très sous-doté
	Bissy-sur-Fley	1.Très sous-doté
	Bresse-sur-Grosne	1.Très sous-doté
	Burnand	1.Très sous-doté
	Burzy	1.Très sous-doté
	Champagny-sous-Uxelles	1.Très sous-doté
	Chapaize	1.Très sous-doté
	Collonge-en-Charollais	1.Très sous-doté
	Cormatin	1.Très sous-doté
	Culles-les-Roches	1.Très sous-doté
	Curtil-sous-Burnand	1.Très sous-doté
	Genouilly	1.Très sous-doté
	Joncy	1.Très sous-doté
	Le Puley	1.Très sous-doté
	Malay	1.Très sous-doté
	Saint-Boil	1.Très sous-doté
	Saint-Clément-sur-Guye	1.Très sous-doté
	Saint-Gengoux-le-National	1.Très sous-doté
	Saint-Huruge	1.Très sous-doté
	Saint-Marcelin-de-Cray	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-du-Tartre	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-la-Patrouille	1.Très sous-doté
	Saint-Maurice-des-Champs	1.Très sous-doté
	Saint-Ythaire	1.Très sous-doté
	Santilly	1.Très sous-doté
	Savigny-sur-Grosne	1.Très sous-doté
	Sercy	1.Très sous-doté
	Vaux-en-Pré	1.Très sous-doté

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Saint-Germain-du-Bois	Bosjean	1.Très sous-doté
	Bouhans	1.Très sous-doté
	Dampierre-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Devrouze	1.Très sous-doté
	Diconne	1.Très sous-doté
	Frangy-en-Bresse	1.Très sous-doté
	La Racineuse	1.Très sous-doté
	Le Planois	1.Très sous-doté
	Mervans	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-du-Bois	1.Très sous-doté
	Sens-sur-Seille	1.Très sous-doté
	Serley	1.Très sous-doté
	Serrigny-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Thurey	1.Très sous-doté
	Baudrières	1.Très sous-doté
Saint-Germain-du-Plain	L'Abergement-Sainte-Colombe	1.Très sous-doté
	Lessard-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Ouroux-sur-Saône	1.Très sous-doté
	Saint-Etienne-en-Bresse	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-du-Plain	1.Très sous-doté
	Tronchy	1.Très sous-doté
	Beaumont-sur-Grosne	3.Intermédiaire
Sennecey-le-Grand	Etrigny	3.Intermédiaire
	Gigny-sur-Saône	3.Intermédiaire
	Jugy	3.Intermédiaire
	La Chapelle-de-Bragny	3.Intermédiaire
	Laives	3.Intermédiaire
	Lalheue	3.Intermédiaire
	Montceaux-Ragny	3.Intermédiaire
	Nanton	3.Intermédiaire
	Saint-Ambreuil	3.Intermédiaire
	Saint-Cyr	3.Intermédiaire
	Sennecey-le-Grand	3.Intermédiaire
	Clux	3.Intermédiaire
	La Villeneuve	3.Intermédiaire
Seurre	Mont-lès-Seurre	3.Intermédiaire
	Navilly	3.Intermédiaire
	Toulon-sur-Arroux	1.Très sous-doté
	Sanvignes-les-Mines	1.Très sous-doté
Tournus	Boyer	3.Intermédiaire
	Chardonnay	3.Intermédiaire
	Farges-lès-Mâcon	3.Intermédiaire
	L'Abergement-de-Cuisery	3.Intermédiaire
	La Chapelle-sous-Brancion	3.Intermédiaire
	La Truchère	3.Intermédiaire
	Lacrost	3.Intermédiaire
	Le Villars	3.Intermédiaire
	Mancey	3.Intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Tournus	Martailly-lès-Brancion	3.Intermédiaire
	Ozenay	3.Intermédiaire
	Plottes	3.Intermédiaire
	Préty	3.Intermédiaire
	Ratenelle	3.Intermédiaire
	Royer	3.Intermédiaire
	Tournus	3.Intermédiaire
	Uchizy	3.Intermédiaire
	Vers	3.Intermédiaire
Verdun-sur-le-Doubs	Allerey-sur-Saône	1.Très sous-doté
	Bragny-sur-Saône	1.Très sous-doté
	Charnay-lès-Chalon	1.Très sous-doté
	Ciel	1.Très sous-doté
	Écueilles	1.Très sous-doté
	Gergy	1.Très sous-doté
	Les Bordes	1.Très sous-doté
	Palleau	1.Très sous-doté
	Pontoux	1.Très sous-doté
	Saint-Gervais-en-Vallière	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-en-Gâtinois	1.Très sous-doté
	Saunières	1.Très sous-doté
	Sermesse	1.Très sous-doté
	Toutenant	1.Très sous-doté
	Verdun-sur-le-Doubs	1.Très sous-doté
	Verjux	1.Très sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
(PARTIEL) AUXERRE-SUD-OUEST HORS	Saint-Georges-sur-Baulche	1.Très sous-doté
(PARTIEL) SENS-NORD-EST HORS SENS	Saint-Clément	3.Intermédiaire
(PARTIEL) SENS-OUEST HORS SENS	Paron	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-du-Tertre	3.Intermédiaire
(PARTIEL) SENS-SUD-EST HORS SENS	Maillot	3.Intermédiaire
	Malay-le-Grand	3.Intermédiaire
Aillant-sur-Tholon	Aillant-sur-Tholon	3.Intermédiaire
	Chassy	3.Intermédiaire
	Guerchy	3.Intermédiaire
	Laduz	3.Intermédiaire
	Les Ormes	3.Intermédiaire
	Poilly-sur-Tholon	3.Intermédiaire
	Saint-Aubin-Château-Neuf	3.Intermédiaire

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Aillant-sur-Tholon	Saint-Martin-sur-Ocre	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-le-Vieil	3.Intermédiaire
	Saint-Maurice-Thizouaille	3.Intermédiaire
	Senan	3.Intermédiaire
	Sommecaise	3.Intermédiaire
	Villiers-sur-Tholon	3.Intermédiaire
	Volgré	3.Intermédiaire
Auxerre	Appoigny	3.Intermédiaire
	Augy	3.Intermédiaire
	Auxerre	3.Intermédiaire
	Bleigny-le-Carreau	3.Intermédiaire
	Branches	3.Intermédiaire
	Champs-sur-Yonne	3.Intermédiaire
	Charbuy	3.Intermédiaire
	Charentenay	3.Intermédiaire
	Chemilly-sur-Yonne	3.Intermédiaire
	Chevannes	3.Intermédiaire
	Chichery	3.Intermédiaire
	Chitry	3.Intermédiaire
	Coulangeron	3.Intermédiaire
	Coulanges-la-Vineuse	3.Intermédiaire
	Courson-les-Carières	3.Intermédiaire
	Escamps	3.Intermédiaire
	Escolives-Sainte-Camille	3.Intermédiaire
	Fleury-la-Vallée	3.Intermédiaire
	Fontenailles	3.Intermédiaire
	Fontenay-sous-Fouronnes	3.Intermédiaire
	Fouronnes	3.Intermédiaire
	Gurgy	3.Intermédiaire
	Gy-l'Evêque	3.Intermédiaire
	Hauterive	3.Intermédiaire
	Héry	3.Intermédiaire
	Irancy	3.Intermédiaire
	Jussy	3.Intermédiaire
	Lignorelles	3.Intermédiaire
	Ligny-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Lindry	3.Intermédiaire
	Mailly-le-Château	3.Intermédiaire
	Maligny	3.Intermédiaire
	Méré	3.Intermédiaire
	Merry-Sec	3.Intermédiaire
	Migé	3.Intermédiaire
	Molesmes	3.Intermédiaire
	Monéteau	3.Intermédiaire
	Montigny-la-Resle	3.Intermédiaire
	Mouffy	3.Intermédiaire
	Ouanne	3.Intermédiaire

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Auxerre	Perrigny	3.Intermédiaire
	Pontigny	3.Intermédiaire
	Quenne	3.Intermédiaire
	Rouvray	3.Intermédiaire
	Saint-Bris-le-Vineux	3.Intermédiaire
	Seignelay	3.Intermédiaire
	Taingy	3.Intermédiaire
	Val-de-Mercy	3.Intermédiaire
	Vallan	3.Intermédiaire
	Varennes	3.Intermédiaire
	Venouse	3.Intermédiaire
	Venoy	3.Intermédiaire
	Villefargeau	3.Intermédiaire
	Villeneuve-Saint-Salves	3.Intermédiaire
	Vincelles	3.Intermédiaire
	Vincelottes	3.Intermédiaire
Avallon	Angely	1.Très sous-doté
	Annay-la-Côte	1.Très sous-doté
	Annay-sur-Serein	1.Très sous-doté
	Annéot	1.Très sous-doté
	Annoux	1.Très sous-doté
	Asquins	1.Très sous-doté
	Athie	1.Très sous-doté
	Avallon	1.Très sous-doté
	Beauvilliers	1.Très sous-doté
	Blacy	1.Très sous-doté
	Blannay	1.Très sous-doté
	Bois-d'Arcy	1.Très sous-doté
	Brosses	1.Très sous-doté
	Bussièrès	1.Très sous-doté
	Censy	1.Très sous-doté
	Chastellux-sur-Cure	1.Très sous-doté
	Châtel-Censoir	1.Très sous-doté
	Châtel-Gérard	1.Très sous-doté
	Cisery	1.Très sous-doté
	Coutarnoux	1.Très sous-doté
	Cussy-les-Forges	1.Très sous-doté
	Dissangis	1.Très sous-doté
	Domecy-sur-Cure	1.Très sous-doté
	Domecy-sur-le-Vault	1.Très sous-doté
	Etaule	1.Très sous-doté
	Etivey	1.Très sous-doté
	Foissy-lès-Vézelay	1.Très sous-doté
	Fontenay-près-Vézelay	1.Très sous-doté
	Fresnes	1.Très sous-doté
	Girolles	1.Très sous-doté
	Givry	1.Très sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Avallon	Grimault	1.Très sous-doté
	Guillon	1.Très sous-doté
	Island	1.Très sous-doté
	Jouancy	1.Très sous-doté
	Joux-la-Ville	1.Très sous-doté
	L'Isle-sur-Serein	1.Très sous-doté
	Lucy-le-Bois	1.Très sous-doté
	Magny	1.Très sous-doté
	Marmeaux	1.Très sous-doté
	Massangis	1.Très sous-doté
	Montillot	1.Très sous-doté
	Montréal	1.Très sous-doté
	Moulins-en-Tonnerrois	1.Très sous-doté
	Nitry	1.Très sous-doté
	Noyers	1.Très sous-doté
	Pasilly	1.Très sous-doté
	Pierre-Perthuis	1.Très sous-doté
	Pisy	1.Très sous-doté
	Pontaubert	1.Très sous-doté
	Précy-le-Sec	1.Très sous-doté
	Provency	1.Très sous-doté
	Quarré-les-Tombes	1.Très sous-doté
	Saint-André-en-Terre-Plaine	1.Très sous-doté
	Saint-Brancher	1.Très sous-doté
	Sainte-Colombe	1.Très sous-doté
	Sainte-Magnance	1.Très sous-doté
	Saint-Germain-des-Champs	1.Très sous-doté
	Saint-Léger-Vauban	1.Très sous-doté
	Saint-Moré	1.Très sous-doté
	Saint-Père	1.Très sous-doté
	Santigny	1.Très sous-doté
	Sarry	1.Très sous-doté
	Sauvigny-le-Beuréal	1.Très sous-doté
	Sauvigny-le-Bois	1.Très sous-doté
	Savigny-en-Terre-Plaine	1.Très sous-doté
	Sceaux	1.Très sous-doté
	Sermizelles	1.Très sous-doté
	Talcy	1.Très sous-doté
	Tharoiseau	1.Très sous-doté
	Tharot	1.Très sous-doté
	Thizy	1.Très sous-doté
	Thory	1.Très sous-doté
	Trévilly	1.Très sous-doté
	Vassy	1.Très sous-doté
	Vault-de-Lugny	1.Très sous-doté
	Vézelay	1.Très sous-doté
	Vignes	1.Très sous-doté
	Voutenay-sur-Cure	1.Très sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Briare	Bléneau	1.Très sous-doté
	Champcevrains	1.Très sous-doté
	Rogny-les-Sept-Ecluses	1.Très sous-doté
	Saint-Privé	1.Très sous-doté
Chablis	Aigremont	1.Très sous-doté
	Beine	1.Très sous-doté
	Chablis	1.Très sous-doté
	Chemilly-sur-Serein	1.Très sous-doté
	Chichée	1.Très sous-doté
	Courgis	1.Très sous-doté
	Fleys	1.Très sous-doté
	Fontenay-près-Chablis	1.Très sous-doté
	La Chapelle-Vaupelteigne	1.Très sous-doté
	Lichères-près-Aigremont	1.Très sous-doté
	Préhy	1.Très sous-doté
	Saint-Cyr-les-Colons	1.Très sous-doté
	Villy	1.Très sous-doté
Champignelles	Champignelles	3.Intermédiaire
	Tannerre-en-Puisaye	3.Intermédiaire
	Villeneuve-les-Genêts	3.Intermédiaire
Charny	Chambeugle	1.Très sous-doté
	Charny	1.Très sous-doté
	Chêne-Arnoult	1.Très sous-doté
	Chevillon	1.Très sous-doté
	Dicy	1.Très sous-doté
	Fontenouilles	1.Très sous-doté
	Grandchamp	1.Très sous-doté
	La Ferté-Loupière	1.Très sous-doté
	Malicorne	1.Très sous-doté
	Marchais-Beton	1.Très sous-doté
	Perreux	1.Très sous-doté
	Prunoy	1.Très sous-doté
	Saint-Denis-sur-Ouanne	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-sur-Ouanne	1.Très sous-doté
	Villefranche	1.Très sous-doté
Clamecy	Andryes	1.Très sous-doté
	Asnières-sous-Bois	1.Très sous-doté
	Chamoux	1.Très sous-doté
	Coulanges-sur-Yonne	1.Très sous-doté
	Crain	1.Très sous-doté
	Druyes-les-Belles-Fontaines	1.Très sous-doté
	Etais-la-Sauvin	1.Très sous-doté
	Festigny	1.Très sous-doté
	Lichères-sur-Yonne	1.Très sous-doté
	Lucy-sur-Yonne	1.Très sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Courtenay	Piffonds	3.Intermédiaire
	Saint-Loup-d'Ordon	3.Intermédiaire
	Savigny-sur-Clairis	3.Intermédiaire
	Vernoy	3.Intermédiaire
Joigny	Béon	1.Très sous-doté
	Brion	1.Très sous-doté
	Cézy	1.Très sous-doté
	Champlay	1.Très sous-doté
	Champvallon	1.Très sous-doté
	Chamvres	1.Très sous-doté
	Joigny	1.Très sous-doté
	La Celle-Saint-Cyr	1.Très sous-doté
	Looze	1.Très sous-doté
	Neuilly	1.Très sous-doté
	Paroy-sur-Tholon	1.Très sous-doté
	Précy-sur-Vrin	1.Très sous-doté
	Saint-Aubin-sur-Yonne	1.Très sous-doté
	Saint-Romain-le-Preux	1.Très sous-doté
	Sépeaux	1.Très sous-doté
	Villechien	1.Très sous-doté
Migennes	Arces-Dilo	3.Intermédiaire
	Bassou	3.Intermédiaire
	Beaumont	3.Intermédiaire
	Bellechaume	3.Intermédiaire
	Bonnard	3.Intermédiaire
	Brienon-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Bussy-en-Othe	3.Intermédiaire
	Charmoy	3.Intermédiaire
	Chenay	3.Intermédiaire
	Epineau-les-Voves	3.Intermédiaire
	Esnon	3.Intermédiaire
	Laroche-Saint-Cydroine	3.Intermédiaire
	Mercy	3.Intermédiaire
	Migennes	3.Intermédiaire
	Mont-Saint-Sulpice	3.Intermédiaire
	Ormoy	3.Intermédiaire
	Paroy-en-Othe	3.Intermédiaire
	Villemer	3.Intermédiaire
Montbard	Aisy-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Bierry-les-Belles-Fontaines	3.Intermédiaire
	Cry	3.Intermédiaire
	Jully	3.Intermédiaire
	Nuits	3.Intermédiaire
	Perrigny-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Ravières	3.Intermédiaire

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Pont-sur-Yonne	Gisy-les-Nobles	3.Intermédiaire
	Lixy	3.Intermédiaire
	Michery	3.Intermédiaire
	Pont-sur-Yonne	3.Intermédiaire
	Villemanache	3.Intermédiaire
	Villeperrot	3.Intermédiaire
Saint-Fargeau	Lavau	1.Très sous-doté
	Mézilles	1.Très sous-doté
	Ronchères	1.Très sous-doté
	Saint-Fargeau	1.Très sous-doté
	Saint-Martin-des-Champs	1.Très sous-doté
Saint-Florentin	Beugnon	3.Intermédiaire
	Boeurs-en-Othe	3.Intermédiaire
	Butteaux	3.Intermédiaire
	Chailley	3.Intermédiaire
	Champlost	3.Intermédiaire
	Chéu	3.Intermédiaire
	Germigny	3.Intermédiaire
	Jaulges	3.Intermédiaire
	Lasson	3.Intermédiaire
	Neuvy-Sautour	3.Intermédiaire
	Percey	3.Intermédiaire
	Saint-Florentin	3.Intermédiaire
	Sormery	3.Intermédiaire
	Soumaintrain	3.Intermédiaire
	Turny	3.Intermédiaire
	Venizy	3.Intermédiaire
	Vergigny	3.Intermédiaire
	Villiers-Vineux	3.Intermédiaire
Saint-Julien-du-Sault	Cudot	3.Intermédiaire
	Saint-Julien-du-Sault	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-d'Ordon	3.Intermédiaire
	Verlin	3.Intermédiaire
	Villevallier	3.Intermédiaire
Sens	Bagneaux	2.Sous-doté
	Brannay	2.Sous-doté
	Cérilly	2.Sous-doté
	Cerisiers	2.Sous-doté
	Champigny	2.Sous-doté
	Chéroy	2.Sous-doté
	Chigy	2.Sous-doté
	Collemiers	2.Sous-doté
	Compigny	2.Sous-doté
	Cornant	2.Sous-doté
	Coulours	2.Sous-doté
	Courgenay	2.Sous-doté
	Courlon-sur-Yonne	2.Sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Sens	Courtoin	2.Sous-doté
	Courtois-sur-Yonne	2.Sous-doté
	Cuy	2.Sous-doté
	Dollot	2.Sous-doté
	Domats	2.Sous-doté
	Egriselles-le-Bocage	2.Sous-doté
	Etigny	2.Sous-doté
	Évry	2.Sous-doté
	Flacy	2.Sous-doté
	Foissy-sur-Vanne	2.Sous-doté
	Fontaine-la-Gaillarde	2.Sous-doté
	Fouchères	2.Sous-doté
	Fournaudin	2.Sous-doté
	Gron	2.Sous-doté
	Jouy	2.Sous-doté
	La Belliole	2.Sous-doté
	La Chapelle-sur-Oreuse	2.Sous-doté
	La Postolle	2.Sous-doté
	Lailly	2.Sous-doté
	Les Clérimois	2.Sous-doté
	Les Sièges	2.Sous-doté
	Malay-le-Petit	2.Sous-doté
	Marsangy	2.Sous-doté
	Molinons	2.Sous-doté
	Montacher-Villegardin	2.Sous-doté
	Nailly	2.Sous-doté
	Noé	2.Sous-doté
	Pailly	2.Sous-doté
	Passy	2.Sous-doté
	Perceneige	2.Sous-doté
	Plessis-Saint-Jean	2.Sous-doté
	Pont-sur-Vanne	2.Sous-doté
	Saint-Denis	2.Sous-doté
	Saint-Maurice-aux-Riches-Hommes	2.Sous-doté
	Saint-Sérotin	2.Sous-doté
	Saint-Valérien	2.Sous-doté
	Saligny	2.Sous-doté
	Sens	3.Intermédiaire
	Serbonnes	2.Sous-doté
	Sergines	2.Sous-doté
	Soucy	2.Sous-doté

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Sens	Subligny	2.Sous-doté
	Theil-sur-Vanne	2.Sous-doté
	Thorigny-sur-Oreuse	2.Sous-doté
	Vallery	2.Sous-doté
	Vareilles	2.Sous-doté
	Vaudeurs	2.Sous-doté
	Vaumort	2.Sous-doté
	Véron	2.Sous-doté
	Villebougis	2.Sous-doté
	Villechétive	2.Sous-doté
	Villenavotte	2.Sous-doté
	Villeneuve-la-Dondagre	2.Sous-doté
	Villeneuve-l'Archevêque	2.Sous-doté
	Villerooy	2.Sous-doté
	Villethierry	2.Sous-doté
	Villiers-Louis	2.Sous-doté
	Vinneuf	2.Sous-doté
	Voisines	2.Sous-doté
Tonnerre	Ancy-le-Franc	3.Intermédiaire
	Ancy-le-Libre	3.Intermédiaire
	Argentenay	3.Intermédiaire
	Argenteuil-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Arthonnay	3.Intermédiaire
	Baon	3.Intermédiaire
	Bernouil	3.Intermédiaire
	Béru	3.Intermédiaire
	Carisey	3.Intermédiaire
	Chassignelles	3.Intermédiaire
	Cheney	3.Intermédiaire
	Collan	3.Intermédiaire
	Cruzy-le-Châtel	3.Intermédiaire
	Dannemoine	3.Intermédiaire
	Dyé	3.Intermédiaire
	Epineuil	3.Intermédiaire
	Flogny-la-Chapelle	3.Intermédiaire
	Fulvy	3.Intermédiaire
	Gigny	3.Intermédiaire
	Gland	3.Intermédiaire
	Junay	3.Intermédiaire
	Lézinnes	3.Intermédiaire
	Mélisey	3.Intermédiaire
	Molosmes	3.Intermédiaire
	Pacy-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Pimelles	3.Intermédiaire
	Poilly-sur-Serein	3.Intermédiaire
	Quincerot	3.Intermédiaire
	Roffey	3.Intermédiaire

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Tonnerre	Rugny	3.Intermédiaire
	Sainte-Vertu	3.Intermédiaire
	Saint-Martin-sur-Armançon	3.Intermédiaire
	Sambourg	3.Intermédiaire
	Sennevoy-le-Bas	3.Intermédiaire
	Sennevoy-le-Haut	3.Intermédiaire
	Serrigny	3.Intermédiaire
	Stigny	3.Intermédiaire
	Tanlay	3.Intermédiaire
	Thorey	3.Intermédiaire
	Tissey	3.Intermédiaire
	Tonnerre	3.Intermédiaire
	Trichey	3.Intermédiaire
	Tronchoy	3.Intermédiaire
	Vézannes	3.Intermédiaire
	Vézennes	3.Intermédiaire
	Villiers-les-Hauts	3.Intermédiaire
	Villon	3.Intermédiaire
	Vireaux	3.Intermédiaire
	Viviers	3.Intermédiaire
Toucy	Yrouerre	3.Intermédiaire
	Beauvoir	3.Intermédiaire
	Diges	3.Intermédiaire
	Dracy	3.Intermédiaire
	Egleny	3.Intermédiaire
	Fontaines	3.Intermédiaire
	Fontenoy	3.Intermédiaire
	Lain	3.Intermédiaire
	Lainsecq	3.Intermédiaire
	Lalande	3.Intermédiaire
	Leugny	3.Intermédiaire
	Levis	3.Intermédiaire
	Merry-la-Vallée	3.Intermédiaire
	Moulins-sur-Ouanne	3.Intermédiaire
	Moutiers-en-Puisaye	3.Intermédiaire
	Parly	3.Intermédiaire
	Pourrain	3.Intermédiaire
	Sainpuits	3.Intermédiaire
	Sainte-Colombe-sur-Loing	3.Intermédiaire
	Saints	3.Intermédiaire
	Saint-Sauveur-en-Puisaye	3.Intermédiaire
	Sementron	3.Intermédiaire
	Sougères-en-Puisaye	3.Intermédiaire
	Thury	3.Intermédiaire
	Toucy	3.Intermédiaire
	Treigny	3.Intermédiaire
	Villiers-Saint-Benoît	3.Intermédiaire

Yonne		
Noms des Bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation 2011
Vermenton	Accolay	4.Très doté
	Arcy-sur-Cure	4.Très doté
	Bazarnes	4.Très doté
	Bessy-sur-Cure	4.Très doté
	Cravant	4.Très doté
	Lucy-sur-Cure	4.Très doté
	Mailly-la-Ville	4.Très doté
	Prégilbert	4.Très doté
	Sacy	4.Très doté
	Sainte-Pallaye	4.Très doté
	Sery	4.Très doté
	Trucy-sur-Yonne	4.Très doté
	Vermenton	4.Très doté
Villeneuve-la-Guyard	Chaumont	1.Très sous-doté
	Saint-Agnan	1.Très sous-doté
	Villeblevin	1.Très sous-doté
	Villeneuve-la-Guyard	1.Très sous-doté
Villeneuve-sur-Yonne	Armeau	2.Sous-doté
	Bussy-le-Repos	2.Sous-doté
	Chaumot	2.Sous-doté
	Dixmont	2.Sous-doté
	Les Bordes	2.Sous-doté
	Rousson	2.Sous-doté
	Villeneuve-sur-Yonne	2.Sous-doté

/// Annexe 3

Liste des communes par bassin de vie attachées au zonage infirmier applicable jusqu'au 25 mai 2012

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
(PARTIEL) CHENÔVE HORS CHENÔVE	Longvic	Zone intermédiaire
	Marsannay-la-Côte	Zone intermédiaire
	Neuilly-lès-Dijon	Zone intermédiaire
	Ouges	Zone intermédiaire
	Perrigny-lès-Dijon	Zone intermédiaire
(PARTIEL) DIJON 1ER CANTON HORS	Saint-Apollinaire	Zone très sur-dotée
(PARTIEL) DIJON 2E CANTON HORS	Chevigny-Saint-Sauveur	Zone intermédiaire
	Quetigny	Zone intermédiaire
	Sennecey-lès-Dijon	Zone intermédiaire
Arnay-le-Duc	Allerey	Zone très sous-dotée
	Antigny-la-Ville	Zone très sous-dotée
	Arnay-le-Duc	Zone très sous-dotée
	Champignolles	Zone très sous-dotée
	Clomot	Zone très sous-dotée
	Culètre	Zone très sous-dotée
	Cussy-le-Châtel	Zone très sous-dotée
	Foissy	Zone très sous-dotée
	Jouey	Zone très sous-dotée
	Lacanche	Zone très sous-dotée
	Le Fête	Zone très sous-dotée
	Longecourt-lès-Culètre	Zone très sous-dotée
	Magnien	Zone très sous-dotée
	Maligny	Zone très sous-dotée
	Manlay	Zone très sous-dotée
	Marcheseuil	Zone très sous-dotée
	Mimeure	Zone très sous-dotée
	Musigny	Zone très sous-dotée
	Saint-Pierre-en-Vaux	Zone très sous-dotée
	Saint-Prix-lès-Arnay	Zone très sous-dotée
	Vianges	Zone très sous-dotée
	Viévy	Zone très sous-dotée
	Voudenay	Zone très sous-dotée
Autun	Bard-le-Régulier	Zone sous-dotée
	Ménessaire	Zone sous-dotée
	Savilly	Zone sous-dotée
	Thury	Zone sous-dotée
Auxonne	Athée	Zone intermédiaire
	Auxonne	Zone intermédiaire
	Billey	Zone intermédiaire
	Champdôtre	Zone intermédiaire
	Flagey-lès-Auxonne	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Auxonne	Flammerans	Zone intermédiaire
	Labergement-lès-Auxonne	Zone intermédiaire
	Les Maillys	Zone intermédiaire
	Magny-Montarlot	Zone intermédiaire
	Poncey-lès-Athée	Zone intermédiaire
	Pont	Zone intermédiaire
	Soirans	Zone intermédiaire
	Tillenay	Zone intermédiaire
	Tréclun	Zone intermédiaire
	Villers-les-Pots	Zone intermédiaire
	Villers-Rotin	Zone intermédiaire
Avallon	Rouvray	Zone sous-dotée
	Sincey-lès-Rouvray	Zone sous-dotée
Beaune	Aloxe-Corton	Zone intermédiaire
	Antheuil	Zone intermédiaire
	Aubaine	Zone intermédiaire
	Aubigny-la-Ronce	Zone intermédiaire
	Auxant	Zone intermédiaire
	Auxey-Duresses	Zone intermédiaire
	Baubigny	Zone intermédiaire
	Beaune	Zone intermédiaire
	Bessey-en-Chaume	Zone intermédiaire
	Bessey-la-Cour	Zone intermédiaire
	Bligny-lès-Beaune	Zone intermédiaire
	Bligny-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Bouilland	Zone intermédiaire
	Bouze-lès-Beaune	Zone intermédiaire
	Chaudenay-la-Ville	Zone intermédiaire
	Chaudenay-le-Château	Zone intermédiaire
	Chevigny-en-Valière	Zone intermédiaire
	Chorey-les-Beaune	Zone intermédiaire
	Colombier	Zone intermédiaire
	Combertault	Zone intermédiaire
	Corberon	Zone intermédiaire
	Corcelles-les-Arts	Zone intermédiaire
	Corgengoux	Zone intermédiaire
	Cormot-le-Grand	Zone intermédiaire
	Crugey	Zone intermédiaire
	Cussy-la-Colonne	Zone intermédiaire
	Echevronte	Zone intermédiaire
	Ecutigny	Zone intermédiaire
	Fussey	Zone intermédiaire
	Ivry-en-Montagne	Zone intermédiaire
	Jours-en-Vaux	Zone intermédiaire
	La Bussière-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	La Rochepot	Zone intermédiaire
	Ladoix-Serrigny	Zone intermédiaire
	Levernois	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
	Lusigny-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Magny-lès-Villers	Zone intermédiaire
	Marigny-lès-Reuillée	Zone intermédiaire
	Mavilly-Mandelot	Zone intermédiaire
	Meloisey	Zone intermédiaire
	Merceuil	Zone intermédiaire
	Meursanges	Zone intermédiaire
	Meursault	Zone intermédiaire
	Molinot	Zone intermédiaire
	Montagny-lès-Beaune	Zone intermédiaire
	Montceau-et-Echarnant	Zone intermédiaire
	Monthelie	Zone intermédiaire
	Nantoux	Zone intermédiaire
	Nolay	Zone intermédiaire
	Painblanc	Zone intermédiaire
	Pernand-Vergelesses	Zone intermédiaire
	Pommard	Zone intermédiaire
	Puligny-Montrachet	Zone intermédiaire
	Ruffey-lès-Beaune	Zone intermédiaire
	Saint-Aubin	Zone intermédiaire
	Sainte-Marie-la-Blanche	Zone intermédiaire
	Saint-Romain	Zone intermédiaire
	Santosse	Zone intermédiaire
	Saussey	Zone intermédiaire
	Savigny-lès-Beaune	Zone intermédiaire
	Tailly	Zone intermédiaire
	Thomirey	Zone intermédiaire
	Thorey-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Vauchignon	Zone intermédiaire
	Veilly	Zone intermédiaire
	Veuvey-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Vic-des-Prés	Zone intermédiaire
	Vignoles	Zone intermédiaire
	Villy-le-Moutier	Zone intermédiaire
	Volnay	Zone intermédiaire
Chagny	Chassagne-Montrachet	Zone intermédiaire
	Corpeau	Zone intermédiaire
	Ebaty	Zone intermédiaire
	Santenay	Zone intermédiaire
Châtillon-sur-Seine	Aignay-le-Duc	Zone sous-dotée
	Aisey-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Ampilly-les-Bordes	Zone sous-dotée
	Ampilly-le-Sec	Zone sous-dotée
	Autricourt	Zone sous-dotée
	Baigneux-les-Juifs	Zone sous-dotée
	Balot	Zone sous-dotée

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Châtillon-sur-Seine	Beaulieu	Zone sous-dotée
	Beaunotte	Zone sous-dotée
	Belan-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Bellenod-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Beneuvre	Zone sous-dotée
	Bissey-la-Côte	Zone sous-dotée
	Bissey-la-Pierre	Zone sous-dotée
	Boudreville	Zone sous-dotée
	Boux	Zone sous-dotée
	Brémur-et-Vaurois	Zone sous-dotée
	Brion-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Buncey	Zone sous-dotée
	Bure-les-Templiers	Zone sous-dotée
	Busseaut	Zone sous-dotée
	Buxerolles	Zone sous-dotée
	Cérilly	Zone sous-dotée
	Chambain	Zone sous-dotée
	Chamesson	Zone sous-dotée
	Channay	Zone sous-dotée
	Charrey-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Châtillon-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Chaugey	Zone sous-dotée
	Chaume-lès-Baigneux	Zone sous-dotée
	Chaumont-le-Bois	Zone sous-dotée
	Chemin-d'Aisey	Zone sous-dotée
	Coulmier-le-Sec	Zone sous-dotée
	Courban	Zone sous-dotée
	Duesme	Zone sous-dotée
	Echalot	Zone sous-dotée
	Essarois	Zone sous-dotée
	Etalante	Zone sous-dotée
	Etrochey	Zone sous-dotée
	Faverolles-lès-Lucey	Zone sous-dotée
	Fontaines-en-Duesmois	Zone sous-dotée
	Fontaines-les-Sèches	Zone sous-dotée
	Gevrolles	Zone sous-dotée
	Gomméville	Zone sous-dotée
	Grancey-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Griselles	Zone sous-dotée
	Gurgy-la-Ville	Zone sous-dotée
	Gurgy-le-Château	Zone sous-dotée
	Jours-lès-Baigneux	Zone sous-dotée
	La Chaume	Zone sous-dotée
	Laignes	Zone sous-dotée
	Larrey	Zone sous-dotée
	Les Goulles	Zone sous-dotée

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Châtillon-sur-Seine	Leuglay	Zone sous-dotée
	Lignerolles	Zone sous-dotée
	Louesme	Zone sous-dotée
	Lucey	Zone sous-dotée
	Magny-Lambert	Zone sous-dotée
	Maisey-le-Duc	Zone sous-dotée
	Marcenay	Zone sous-dotée
	Massingy	Zone sous-dotée
	Mauvilly	Zone sous-dotée
	Menesble	Zone sous-dotée
	Meulson	Zone sous-dotée
	Minot	Zone sous-dotée
	Moitron	Zone sous-dotée
	Molesme	Zone sous-dotée
	Montigny-sur-Aube	Zone sous-dotée
	Montliot-et-Courcelles	Zone sous-dotée
	Montmoyen	Zone sous-dotée
	Mosson	Zone sous-dotée
	Nesle-et-Massoult	Zone sous-dotée
	Nicey	Zone sous-dotée
	Nod-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Noiron-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Obtrée	Zone sous-dotée
	Origny	Zone sous-dotée
	Orret	Zone sous-dotée
	Planay	Zone sous-dotée
	Poinçon-lès-Larrey	Zone sous-dotée
	Pothières	Zone sous-dotée
	Prusly-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Puits	Zone sous-dotée
	Quemigny-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Recey-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Riel-les-Eaux	Zone sous-dotée
	Rocheft-sur-Brévon	Zone sous-dotée
	Saint-Broing-les-Moines	Zone sous-dotée
	Sainte-Colombe-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Saint-Germain-le-Rocheux	Zone sous-dotée
	Saint-Marc-sur-Seine	Zone sous-dotée
	Savoisy	Zone sous-dotée
	Semond	Zone sous-dotée
	Terrefondrée	Zone sous-dotée
	Thoires	Zone sous-dotée
	Vannaire	Zone sous-dotée
	Vanvey	Zone sous-dotée
	Vertault	Zone sous-dotée
	Veuxhautes-sur-Aube	Zone sous-dotée
	Villaines-en-Duesmois	Zone sous-dotée
	Villedieu	Zone sous-dotée
	Villers-Patras	Zone sous-dotée
	Villiers-le-Duc	Zone sous-dotée
	Villotte-sur-Ource	Zone sous-dotée
	Vix	Zone sous-dotée
	Voullaines-les-Templiers	Zone sous-dotée

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Chenôve	Chenôve	Zone intermédiaire
Dijon	Agey	Zone intermédiaire
	Ahuy	Zone intermédiaire
	Ancey	Zone intermédiaire
	Arceau	Zone intermédiaire
	Arcey	Zone intermédiaire
	Arc-sur-Tille	Zone intermédiaire
	Asnières-lès-Dijon	Zone intermédiaire
	Aubigny-lès-Sombernon	Zone intermédiaire
	Barbirey-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Barges	Zone intermédiaire
	Baulme-la-Roche	Zone intermédiaire
	Beire-le-Châtel	Zone intermédiaire
	Bellefond	Zone intermédiaire
	Blaisy-Bas	Zone intermédiaire
	Blaisy-Haut	Zone intermédiaire
	Bligny-le-Sec	Zone intermédiaire
	Bressey-sur-Tille	Zone intermédiaire
	Bretenière	Zone intermédiaire
	Bretigny	Zone intermédiaire
	Brognon	Zone intermédiaire
	Broindon	Zone intermédiaire
	Bussy-la-Pesle	Zone intermédiaire
	Champagny	Zone intermédiaire
	Chanceaux	Zone intermédiaire
	Clénay	Zone intermédiaire
	Corcelles-lès-Cîteaux	Zone intermédiaire
	Corcelles-les-Monts	Zone intermédiaire
	Couchey	Zone intermédiaire
	Couternon	Zone intermédiaire
	Crimolois	Zone intermédiaire
	Curtil-Saint-Seine	Zone intermédiaire
	Darois	Zone intermédiaire
	Dijon	Zone intermédiaire
	Drée	Zone intermédiaire
	Echannay	Zone intermédiaire
	Epagny	Zone intermédiaire
	Etaules	Zone intermédiaire
	Fauverney	Zone intermédiaire
	Fénay	Zone intermédiaire
	Flacey	Zone intermédiaire
	Flavignerot	Zone intermédiaire
	Fleurey-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Francheville	Zone intermédiaire
	Gergueil	Zone intermédiaire
	Gissey-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Grenant-lès-Sombernon	Zone intermédiaire
	Hauteville-lès-Dijon	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Dijon	Lantenay	Zone intermédiaire
	Mâlain	Zone intermédiaire
	Mesmont	Zone intermédiaire
	Messigny-et-Vantoux	Zone intermédiaire
	Montoillot	Zone intermédiaire
	Noiron-sous-Gevrey	Zone intermédiaire
	Norges-la-Ville	Zone intermédiaire
	Orgeux	Zone intermédiaire
	Panges	Zone intermédiaire
	Pasques	Zone intermédiaire
	Pellerey	Zone intermédiaire
	Pichanges	Zone intermédiaire
	Poiseul-la-Grange	Zone intermédiaire
	Poncey-sur-l'Ingon	Zone intermédiaire
	Prâlon	Zone intermédiaire
	Prenois	Zone intermédiaire
	Remilly-en-Montagne	Zone intermédiaire
	Remilly-sur-Tille	Zone intermédiaire
	Ruffey-lès-Echirey	Zone intermédiaire
	Saint-Anthot	Zone intermédiaire
	Sainte-Marie-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Saint-Hélier	Zone intermédiaire
	Saint-Jean-de-Boeuf	Zone intermédiaire
	Saint-Julien	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-du-Mont	Zone intermédiaire
	Saint-Philibert	Zone intermédiaire
	Saint-Seine-l'Abbaye	Zone intermédiaire
	Saint-Victor-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Saulon-la-Chapelle	Zone intermédiaire
	Saulon-la-Rue	Zone intermédiaire
	Saussy	Zone intermédiaire
	Savigny-le-Sec	Zone intermédiaire
	Savigny-sous-Mâlain	Zone intermédiaire
	Savouges	Zone intermédiaire
	Sombernon	Zone intermédiaire
	Spoys	Zone intermédiaire
	Ternant	Zone intermédiaire
	Thorey-en-Plaine	Zone intermédiaire
	Trouhaut	Zone intermédiaire
	Turcey	Zone intermédiaire
	Val-Suzon	Zone intermédiaire
	Varois-et-Chaignot	Zone intermédiaire
	Vaux-Saules	Zone intermédiaire
	Velars-sur-Ouche	Zone intermédiaire
	Verrey-sous-Drée	Zone intermédiaire
	Vieilmoulin	Zone intermédiaire
	Villotte-Saint-Seine	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
FONTAINE-LES-DIJON	Daix	Zone intermédiaire
	Fontaine-lès-Dijon	Zone intermédiaire
	Plombières-lès-Dijon	Zone intermédiaire
	Talant	Zone intermédiaire
Genlis	Beire-le-Fort	Zone intermédiaire
	Cessey-sur-Tille	Zone intermédiaire
	Chambeire	Zone intermédiaire
	Collonges-lès-Premières	Zone intermédiaire
	Echigey	Zone intermédiaire
	Genlis	Zone intermédiaire
	Izeure	Zone intermédiaire
	Izier	Zone intermédiaire
	Labergement-Foigny	Zone intermédiaire
	Longchamp	Zone intermédiaire
	Longeault	Zone intermédiaire
	Longecourt-en-Plaine	Zone intermédiaire
	Magny-sur-Tille	Zone intermédiaire
	Marliens	Zone intermédiaire
	Pluvault	Zone intermédiaire
	Pluvet	Zone intermédiaire
	Premières	Zone intermédiaire
	Rouvres-en-Plaine	Zone intermédiaire
	Tart-l'Abbaye	Zone intermédiaire
	Tart-le-Bas	Zone intermédiaire
	Tart-le-Haut	Zone intermédiaire
	Tellecey	Zone intermédiaire
	Varanges	Zone intermédiaire
Gevrey-Chambertin	Brochon	Zone intermédiaire
	Chamboeuf	Zone intermédiaire
	Clémencey	Zone intermédiaire
	Curley	Zone intermédiaire
	Fixin	Zone intermédiaire
	Gevrey-Chambertin	Zone intermédiaire
	Quemigny-Poisot	Zone intermédiaire
	Semezanges	Zone intermédiaire
	Urcy	Zone intermédiaire
Gray	Bourberain	Zone sous-dotée
	Chaume-et-Courchamp	Zone sous-dotée
	Dampierre-et-Flée	Zone sous-dotée
	Fontaine-Française	Zone sous-dotée
	Fontenelle	Zone sous-dotée
	Licey-sur-Vingeanne	Zone sous-dotée
	Montigny-Mornay-Villeneuve-sur-Vingeanne	Zone sous-dotée
	Orain	Zone sous-dotée
	Pouilly-sur-Vingeanne	Zone sous-dotée
	Saint-Maurice-sur-Vingeanne	Zone sous-dotée
	Saint-Seine-sur-Vingeanne	Zone sous-dotée

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Is-sur-Tille	Avelanges	Zone sous-dotée
	Avot	Zone sous-dotée
	Barjon	Zone sous-dotée
	Busserotte-et-Montenaille	Zone sous-dotée
	Bussièrès	Zone sous-dotée
	Chaignay	Zone sous-dotée
	Courlon	Zone sous-dotée
	Courtivron	Zone sous-dotée
	Crécey-sur-Tille	Zone sous-dotée
	Cussey-les-Forges	Zone sous-dotée
	Diénay	Zone sous-dotée
	Echevannes	Zone sous-dotée
	Faignot-et-Vesvrotte	Zone sous-dotée
	Frénois	Zone sous-dotée
	Gemeaux	Zone sous-dotée
	Grancey-le-Château-Neuville	Zone sous-dotée
	Is-sur-Tille	Zone sous-dotée
	Lamargelle	Zone sous-dotée
	Le Meix	Zone sous-dotée
	Léry	Zone sous-dotée
	Lux	Zone sous-dotée
	Marcilly-sur-Tille	Zone sous-dotée
	Marey-sur-Tille	Zone sous-dotée
	Marsannay-le-Bois	Zone sous-dotée
	Moloy	Zone sous-dotée
	Poiseul-lès-Saulx	Zone sous-dotée
	Salives	Zone sous-dotée
	Saulx-le-Duc	Zone sous-dotée
	Tarsul	Zone sous-dotée
	Til-Châtel	Zone sous-dotée
	Vernot	Zone sous-dotée
	Villecomte	Zone sous-dotée
	Villey-sur-Tille	Zone sous-dotée
Langres	Boussenois	Zone intermédiaire
	Chazeuil	Zone intermédiaire
	Foncegrive	Zone intermédiaire
	Orville	Zone intermédiaire
	Sacquenay	Zone intermédiaire
	Selongey	Zone intermédiaire
	Vernois-lès-Vesvres	Zone intermédiaire
	Véronnes	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Mirebeau-sur-Bèze	Beaumont-sur-Vingeanne	Zone intermédiaire
	Belleneuve	Zone intermédiaire
	Bèze	Zone intermédiaire
	Bézouotte	Zone intermédiaire
	Blagny-sur-Vingeanne	Zone intermédiaire
	Champagne-sur-Vingeanne	Zone intermédiaire
	Charmes	Zone intermédiaire
	Cheuge	Zone intermédiaire
	Cuiserey	Zone intermédiaire
	Jancigny	Zone intermédiaire
	Magny-Saint-Médard	Zone intermédiaire
	Mirebeau-sur-Bèze	Zone intermédiaire
	Noiron-sur-Bèze	Zone intermédiaire
	Oisilly	Zone intermédiaire
	Renève	Zone intermédiaire
	Savolles	Zone intermédiaire
	Tanay	Zone intermédiaire
	Trochères	Zone intermédiaire
	Viévigne	Zone intermédiaire
Montbard	Arrans	Zone intermédiaire
	Asnières-en-Montagne	Zone intermédiaire
	Benoisey	Zone intermédiaire
	Buffon	Zone intermédiaire
	Champ-d'Oiseau	Zone intermédiaire
	Courcelles-lès-Montbard	Zone intermédiaire
	Crépand	Zone intermédiaire
	Eringes	Zone intermédiaire
	Étais	Zone intermédiaire
	Fain-lès-Montbard	Zone intermédiaire
	Fain-lès-Moutiers	Zone intermédiaire
	Fresnes	Zone intermédiaire
	Lucenay-le-Duc	Zone intermédiaire
	Marmagne	Zone intermédiaire
	Montbard	Zone intermédiaire
	Montigny-Montfort	Zone intermédiaire
	Nogent-lès-Montbard	Zone intermédiaire
	Quincerot	Zone intermédiaire
	Quincy-le-Vicomte	Zone intermédiaire
	Rougemont	Zone intermédiaire
	Saint-Germain-lès-Senailly	Zone intermédiaire
	Saint-Rémy	Zone intermédiaire
	Senailly	Zone intermédiaire
	Touillon	Zone intermédiaire
	Verdonnet	Zone intermédiaire
	Viserny	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Nuits-Saint-Georges	Agencourt	Zone sous-dotée
	Arcenant	Zone sous-dotée
	Argilly	Zone sous-dotée
	Bévy	Zone sous-dotée
	Boncourt-le-Bois	Zone sous-dotée
	Chambolle-Musigny	Zone sous-dotée
	Chaux	Zone sous-dotée
	Chevannes	Zone sous-dotée
	Collonges-lès-Bévy	Zone sous-dotée
	Comblanchien	Zone sous-dotée
	Corgoloin	Zone sous-dotée
	Curtil-Vergy	Zone sous-dotée
	Détain-et-Bruant	Zone sous-dotée
	Epernay-sous-Gevrey	Zone sous-dotée
	Flagey-Echézeaux	Zone sous-dotée
	Gerland	Zone sous-dotée
	Gilly-lès-Cîteaux	Zone sous-dotée
	L'Etang-Vergy	Zone sous-dotée
	Marey-lès-Fussey	Zone sous-dotée
	Messanges	Zone sous-dotée
	Meuilley	Zone sous-dotée
	Morey-Saint-Denis	Zone sous-dotée
	Nuits-Saint-Georges	Zone sous-dotée
	Premeaux-Prissey	Zone sous-dotée
	Quincey	Zone sous-dotée
	Reulle-Vergy	Zone sous-dotée
	Saint-Bernard	Zone sous-dotée
	Saint-Nicolas-lès-Cîteaux	Zone sous-dotée
	Segrois	Zone sous-dotée
	Villars-Fontaine	Zone sous-dotée
	Villebichot	Zone sous-dotée
	Villers-la-Faye	Zone sous-dotée
	Vosne-Romanée	Zone sous-dotée
	Vougeot	Zone sous-dotée
Pontailler-sur-Saône	Binges	Zone intermédiaire
	Cirey-lès-Pontailier	Zone intermédiaire
	Cléry	Zone intermédiaire
	Drambon	Zone intermédiaire
	Etevaux	Zone intermédiaire
	Heuilley-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Lamarche-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Marandeuil	Zone intermédiaire
	Maxilly-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Montmançon	Zone intermédiaire
	Perrigny-sur-l'Ognon	Zone intermédiaire
	Pontailler-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Saint-Léger-Triey	Zone intermédiaire
	Saint-Sauveur	Zone intermédiaire
	Soissons-sur-Nacey	Zone intermédiaire
	Talmay	Zone intermédiaire
	Vielverge	Zone intermédiaire
	Vonges	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Pouilly-en-Auxois	Arconcey	Zone sous-dotée
	Bellenot-sous-Pouilly	Zone sous-dotée
	Beurey-Bauguay	Zone sous-dotée
	Blancey	Zone sous-dotée
	Bouhey	Zone sous-dotée
	Chailly-sur-Armançon	Zone sous-dotée
	Châteauneuf	Zone sous-dotée
	Châtellenot	Zone sous-dotée
	Chazilly	Zone sous-dotée
	Civry-en-Montagne	Zone sous-dotée
	Commarin	Zone sous-dotée
	Créancey	Zone sous-dotée
	Eguilly	Zone sous-dotée
	Essey	Zone sous-dotée
	Gissey-le-Vieil	Zone sous-dotée
	Grosbois-en-Montagne	Zone sous-dotée
	MÂCONge	Zone sous-dotée
	Marcilly-Ogny	Zone sous-dotée
	Martrois	Zone sous-dotée
	Meilly-sur-Rouvres	Zone sous-dotée
	Mont-Saint-Jean	Zone sous-dotée
	Pouilly-en-Auxois	Zone sous-dotée
	Rouvres-sous-Meilly	Zone sous-dotée
	Sainte-Sabine	Zone sous-dotée
	Semarey	Zone sous-dotée
	Soussey-sur-Brionne	Zone sous-dotée
	Thoisly-le-Désert	Zone sous-dotée
	Vandenesse-en-Auxois	Zone sous-dotée
Saint-Jean-de-Losne	Aiserey	Zone intermédiaire
	Aubigny-en-Plaine	Zone intermédiaire
	Bessey-lès-Cîteaux	Zone intermédiaire
	Brazey-en-Plaine	Zone intermédiaire
	Charrey-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Echenon	Zone intermédiaire
	Esbarres	Zone intermédiaire
	Franxault	Zone intermédiaire
	Laperrière-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Losne	Zone intermédiaire
	Magny-lès-Aubigny	Zone intermédiaire
	Montagny-lès-Seurre	Zone intermédiaire
	Montot	Zone intermédiaire
	Saint-Jean-de-Losne	Zone intermédiaire
	Saint-Seine-en-Bâche	Zone intermédiaire
	Saint-Symphorien-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Saint-Usage	Zone intermédiaire
	Samerey	Zone intermédiaire
	Trouhans	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Saulieu	Blanot	Zone très sous-dotée
	Brazey-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Censerey	Zone très sous-dotée
	Champeau-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Diancey	Zone très sous-dotée
	Juillenay	Zone très sous-dotée
	La Motte-Ternant	Zone très sous-dotée
	La Roche-en-Brenil	Zone très sous-dotée
	Liernais	Zone très sous-dotée
	Missery	Zone très sous-dotée
	Molphey	Zone très sous-dotée
	Montlay-en-Auxois	Zone très sous-dotée
	Saint-Andeux	Zone très sous-dotée
	Saint-Didier	Zone très sous-dotée
	Saint-Germain-de-Modéon	Zone très sous-dotée
	Saint-Martin-de-la-Mer	Zone très sous-dotée
	Saulieu	Zone très sous-dotée
	Sussey	Zone très sous-dotée
	Thoisly-la-Berchère	Zone très sous-dotée
	Villargoix	Zone très sous-dotée
	Villiers-en-Morvan	Zone très sous-dotée
Semur-en-Auxois	Aisy-sous-Thil	Zone intermédiaire
	Athie	Zone intermédiaire
	Bard-lès-Epoisses	Zone intermédiaire
	Bierre-lès-Semur	Zone intermédiaire
	Braux	Zone intermédiaire
	Brianny	Zone intermédiaire
	Charigny	Zone intermédiaire
	Chassey	Zone intermédiaire
	Clamerey	Zone intermédiaire
	Corrombles	Zone intermédiaire
	Corsaint	Zone intermédiaire
	Courcelles-Fré moy	Zone intermédiaire
	Courcelles-lès-Semur	Zone intermédiaire
	Dompierre-en-Morvan	Zone intermédiaire
	Époisses	Zone intermédiaire
	Flée	Zone intermédiaire
	Fontangy	Zone intermédiaire
	Forléans	Zone intermédiaire
	Genay	Zone intermédiaire
	Jeux-lès-Bard	Zone intermédiaire
	Juilly	Zone intermédiaire
	Lacour-d'Arcenay	Zone intermédiaire
	Lantilly	Zone intermédiaire
	Magny-la-Ville	Zone intermédiaire
	Marcigny-sous-Thil	Zone intermédiaire

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Semur-en-Auxois	Marigny-le-Cahouët	Zone intermédiaire
	Massingy-lès-Semur	Zone intermédiaire
	Millery	Zone intermédiaire
	Montberthault	Zone intermédiaire
	Montigny-Saint-Barthélemy	Zone intermédiaire
	Montigny-sur-Armançon	Zone intermédiaire
	Moutiers-Saint-Jean	Zone intermédiaire
	Nan-sous-Thil	Zone intermédiaire
	Noidan	Zone intermédiaire
	Normier	Zone intermédiaire
	Pont-et-Massène	Zone intermédiaire
	Précy-sous-Thil	Zone intermédiaire
	Roilly	Zone intermédiaire
	Saint-Euphrône	Zone intermédiaire
	Semur-en-Auxois	Zone intermédiaire
	Souhey	Zone intermédiaire
	Thoste	Zone intermédiaire
	Torcy-et-Poulligny	Zone intermédiaire
	Toutry	Zone intermédiaire
	Vic-de-Chassenay	Zone intermédiaire
	Vic-sous-Thil	Zone intermédiaire
	Vieux-Château	Zone intermédiaire
	Villaines-les-Prévôtes	Zone intermédiaire
	Villars-et-Villenotte	Zone intermédiaire
	Villeneuve-sous-Charigny	Zone intermédiaire
Seurre	Auvillars-sur-Saône	Zone sous-dotée
	Bagnot	Zone sous-dotée
	Bonnencontre	Zone sous-dotée
	Bousselage	Zone sous-dotée
	Broin	Zone sous-dotée
	Chamblanc	Zone sous-dotée
	Chivres	Zone sous-dotée
	Glanon	Zone sous-dotée
	Grosbois-lès-Tichey	Zone sous-dotée
	Jallanges	Zone sous-dotée
	Labergement-lès-Seurre	Zone sous-dotée
	Labruyère	Zone sous-dotée
	Lanthes	Zone sous-dotée
	Lechâtelet	Zone sous-dotée
	Montmain	Zone sous-dotée
	Pagny-la-Ville	Zone sous-dotée
	Pagny-le-Château	Zone sous-dotée
	Pouilly-sur-Saône	Zone sous-dotée
	Seurre	Zone sous-dotée
	Tichey	Zone sous-dotée
	Trugny	Zone sous-dotée

Côte d'Or		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Venarey-les-Laumes	Alise-Sainte-Reine	Zone sous-dotée
	Billy-lès-Chanceaux	Zone sous-dotée
	Blessey	Zone sous-dotée
	Boux-sous-Salmaise	Zone sous-dotée
	Bussy-le-Grand	Zone sous-dotée
	Charencey	Zone sous-dotée
	Corpoyer-la-Chapelle	Zone sous-dotée
	Darcey	Zone sous-dotée
	Etormay	Zone sous-dotée
	Flavigny-sur-Ozerain	Zone sous-dotée
	Frôlois	Zone sous-dotée
	Gissey-sous-Flavigny	Zone sous-dotée
	Grésigny-Sainte-Reine	Zone sous-dotée
	Grignon	Zone sous-dotée
	Hauteroche	Zone sous-dotée
	Jailly-les-Moulins	Zone sous-dotée
	La Roche-Vanneau	Zone sous-dotée
	La Villeneuve-les-Convers	Zone sous-dotée
	Ménétreux-le-Pitois	Zone sous-dotée
	Mussy-la-Fosse	Zone sous-dotée
	Oigny	Zone sous-dotée
	Poiseul-la-Ville-et-Laperrière	Zone sous-dotée
	Pouillenay	Zone sous-dotée
	Saint-Germain-Source-Seine	Zone sous-dotée
	Salmaise	Zone sous-dotée
	Seigny	Zone sous-dotée
	Thenissey	Zone sous-dotée
	Venarey-les-Laumes	Zone sous-dotée
	Verrey-sous-Salmaise	Zone sous-dotée
Vitteaux	Arnay-sous-Vitteaux	Zone sous-dotée
	Avosnes	Zone sous-dotée
	Beurizot	Zone sous-dotée
	Boussey	Zone sous-dotée
	Brain	Zone sous-dotée
	Champrenault	Zone sous-dotée
	Charny	Zone sous-dotée
	Chevannay	Zone sous-dotée
	Dampierre-en-Montagne	Zone sous-dotée
	Marcellois	Zone sous-dotée
	Marcilly-et-Dracy	Zone sous-dotée
	Massingy-lès-Vitteaux	Zone sous-dotée
	Posanges	Zone sous-dotée
	Saffres	Zone sous-dotée
	Sainte-Colombe	Zone sous-dotée
	Saint-Mesmin	Zone sous-dotée
	Saint-Thibault	Zone sous-dotée
	Thorey-sous-Charny	Zone sous-dotée
	Uncey-le-Franc	Zone sous-dotée
	Velogny	Zone sous-dotée
	Vesvres	Zone sous-dotée
	Villeberny	Zone sous-dotée
	Villeferry	Zone sous-dotée
	Villy-en-Auxois	Zone sous-dotée
	Vitteaux	Zone sous-dotée

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
(PARTIEL) NEVERS-SUD HORS NEVERS	Challuy	Zone intermédiaire
	Sermoise-sur-Loire	Zone intermédiaire
Autun	Gien-sur-Cure	Zone sous-dotée
	Moux-en-Morvan	Zone sous-dotée
Avallon	Marigny-l'Eglise	Zone sous-dotée
	Saint-André-en-Morvan	Zone sous-dotée
Cercy-la-Tour	Cercy-la-Tour	Zone sous-dotée
	Diennes-Aubigny	Zone sous-dotée
	Fours	Zone sous-dotée
	Isenay	Zone sous-dotée
	La Nocle-Maulaix	Zone sous-dotée
	Montambert	Zone sous-dotée
	Montaron	Zone sous-dotée
	Montigny-sur-Canne	Zone sous-dotée
	Saint-Gratien-Savigny	Zone sous-dotée
	Saint-Hilaire-Fontaine	Zone sous-dotée
	Thaix	Zone sous-dotée
	Bulcy	Zone très sous-dotée
Charité-sur-Loire	Champvoux	Zone très sous-dotée
	Chasnay	Zone très sous-dotée
	La Charité-sur-Loire	Zone très sous-dotée
	La Marche	Zone très sous-dotée
	Murlin	Zone très sous-dotée
	Nannay	Zone très sous-dotée
	Narcy	Zone très sous-dotée
	Raveau	Zone très sous-dotée
	Tronsanges	Zone très sous-dotée
	Varennes-lès-Narcy	Zone très sous-dotée
	Vielmanay	Zone très sous-dotée
Château-Chinon (Ville)	Achun	Zone très sous-dotée
	Alluy	Zone très sous-dotée
	Arleuf	Zone très sous-dotée
	Aunay-en-Bazois	Zone très sous-dotée
	Biches	Zone très sous-dotée
	Blismes	Zone très sous-dotée
	Brinay	Zone très sous-dotée
	Château-Chinon (Campagne)	Zone très sous-dotée
	Château-Chinon (Ville)	Zone très sous-dotée
	Châtillon-en-Bazois	Zone très sous-dotée
	Châtin	Zone très sous-dotée
	Chaumard	Zone très sous-dotée
	Chouigny	Zone très sous-dotée
	Corancy	Zone très sous-dotée
	Dommartin	Zone très sous-dotée

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Château-Chinon (Ville)	Dun-sur-Grandry	Zone très sous-dotée
	Fâchin	Zone très sous-dotée
	Glux-en-Glenne	Zone très sous-dotée
	Lavault-de-Frétoy	Zone très sous-dotée
	Mont-et-Marré	Zone très sous-dotée
	Montigny-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Ougny	Zone très sous-dotée
	Ouroux-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Planchez	Zone très sous-dotée
	Saint-Hilaire-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Saint-Léger-de-Fougeret	Zone très sous-dotée
	Saint-Péreuse	Zone très sous-dotée
	Tamnay-en-Bazois	Zone très sous-dotée
	Tintury	Zone très sous-dotée
Clamecy	Amazy	Zone très sous-dotée
	Armes	Zone très sous-dotée
	Asnan	Zone très sous-dotée
	Asnois	Zone très sous-dotée
	Beuvron	Zone très sous-dotée
	Billy-sur-Oisy	Zone très sous-dotée
	Breugnon	Zone très sous-dotée
	Brèves	Zone très sous-dotée
	Brinon-sur-Beuvron	Zone très sous-dotée
	Bussy-la-Pesle	Zone très sous-dotée
	Chevannes-Changy	Zone très sous-dotée
	Chevroches	Zone très sous-dotée
	Clamecy	Zone très sous-dotée
	Corvol-d'Embernard	Zone très sous-dotée
	Corvol-l'Orgueilleux	Zone très sous-dotée
	Courcelles	Zone très sous-dotée
	Cuncy-lès-Varzy	Zone très sous-dotée
	Dornecy	Zone très sous-dotée
	Entrains-sur-Nohain	Zone très sous-dotée
	Flez-Cuzy	Zone très sous-dotée
	Grenois	Zone très sous-dotée
	La Chapelle-Saint-André	Zone très sous-dotée
	La Maison-Dieu	Zone très sous-dotée
	Lys	Zone très sous-dotée
	Marcy	Zone très sous-dotée
	Menou	Zone très sous-dotée
	Metz-le-Comte	Zone très sous-dotée
	Nuars	Zone très sous-dotée
	Oisy	Zone très sous-dotée
	Ouagne	Zone très sous-dotée
	Oudan	Zone très sous-dotée
	Parigny-la-Rose	Zone très sous-dotée
	Pousseaux	Zone très sous-dotée
	Rix	Zone très sous-dotée

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Clamecy	Saint-Aubin-des-Chaumes	Zone très sous-dotée
	Saint-Didier	Zone très sous-dotée
	Saint-Germain-des-Bois	Zone très sous-dotée
	Saint-Pierre-du-Mont	Zone très sous-dotée
	Surgy	Zone très sous-dotée
	Taconnay	Zone très sous-dotée
	Talon	Zone très sous-dotée
	Tannay	Zone très sous-dotée
	Teigny	Zone très sous-dotée
	Trucy-l'Orgueilleux	Zone très sous-dotée
	Varzy	Zone très sous-dotée
	Villiers-le-Sec	Zone très sous-dotée
	Villiers-sur-Yonne	Zone très sous-dotée
Corbigny	Anthien	Zone intermédiaire
	Bazolles	Zone intermédiaire
	Beaulieu	Zone intermédiaire
	Cervon	Zone intermédiaire
	Challement	Zone intermédiaire
	Champallement	Zone intermédiaire
	Chaumot	Zone intermédiaire
	Chitry-les-Mines	Zone intermédiaire
	Corbigny	Zone intermédiaire
	Dirol	Zone intermédiaire
	Dompierre-sur-Héry	Zone intermédiaire
	Epiry	Zone intermédiaire
	Gâcogne	Zone intermédiaire
	Germenay	Zone intermédiaire
	Guipy	Zone intermédiaire
	Héry	Zone intermédiaire
	La Collancelle	Zone intermédiaire
	Magny-Lormes	Zone intermédiaire
	Marigny-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Mhère	Zone intermédiaire
	Michaugues	Zone intermédiaire
	Moissy-Moulinot	Zone intermédiaire
	Monceaux-le-Comte	Zone intermédiaire
	Montreuillon	Zone intermédiaire
	Moraches	Zone intermédiaire
	Mouron-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Neuffontaines	Zone intermédiaire
	Neuilly	Zone intermédiaire
	Pazy	Zone intermédiaire
	Ruages	Zone intermédiaire
	Saint-Révérien	Zone intermédiaire
	Saizy	Zone intermédiaire
	Sardy-lès-Epiry	Zone intermédiaire
	Vauclaix	Zone intermédiaire
	Vignol	Zone intermédiaire
	Vitry-Laché	Zone intermédiaire

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Cosne-Cours-sur-Loire	Alligny-Cosne	Zone intermédiaire
	Annay	Zone intermédiaire
	Arquian	Zone intermédiaire
	Bitry	Zone intermédiaire
	Bouhy	Zone intermédiaire
	Cessy-les-Bois	Zone intermédiaire
	Châteauneuf-Val-de-Bargis	Zone intermédiaire
	Ciez	Zone intermédiaire
	Colméry	Zone intermédiaire
	Cosne-Cours-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Couloutre	Zone intermédiaire
	Dampierre-sous-Bouhy	Zone intermédiaire
	Donzy	Zone intermédiaire
	Garchy	Zone intermédiaire
	La Celle-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Menestreau	Zone intermédiaire
	Mesves-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Myennes	Zone intermédiaire
	Neuvy-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Perroy	Zone intermédiaire
	Pouigny	Zone intermédiaire
	Pouilly-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Saint-Amand-en-Puisaye	Zone intermédiaire
	Saint-Andelain	Zone intermédiaire
	Sainte-Colombe-des-Bois	Zone intermédiaire
	Saint-Laurent-l'Abbaye	Zone intermédiaire
	Saint-Loup	Zone intermédiaire
	Saint-Malo-en-Donziois	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-sur-Nohain	Zone intermédiaire
	Saint-Père	Zone intermédiaire
	Saint-Quentin-sur-Nohain	Zone intermédiaire
	Saint-Vérain	Zone intermédiaire
	Sully-la-Tour	Zone intermédiaire
	Tracy-sur-Loire	Zone intermédiaire

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Decize	Anlezy	Zone très sous-dotée
	Avril-sur-Loire	Zone très sous-dotée
	Béard	Zone très sous-dotée
	Champvert	Zone très sous-dotée
	Charrin	Zone très sous-dotée
	Cossaye	Zone très sous-dotée
	Decize	Zone très sous-dotée
	Devay	Zone très sous-dotée
	Druy-Parigny	Zone très sous-dotée
	Ferrière	Zone très sous-dotée
	Fleury-sur-Loire	Zone très sous-dotée
	La Machine	Zone très sous-dotée
	Lamenay-sur-Loire	Zone très sous-dotée
	Lucenay-lès-Aix	Zone très sous-dotée
	Saint-Germain-Chassenay	Zone très sous-dotée
	Saint-Léger-des-Vignes	Zone très sous-dotée
	Sougy-sur-Loire	Zone très sous-dotée
	Thianges	Zone très sous-dotée
	Toury-Lurcy	Zone très sous-dotée
	Trois-Vèvres	Zone très sous-dotée
	Verneuil	Zone très sous-dotée
	Ville-Langy	Zone très sous-dotée
Fourchambault	Fourchambault	Zone intermédiaire
	Garchizy	Zone intermédiaire
GUERIGNY	Varenes-Vauzelles	Zone intermédiaire
Guérigny	Balleray	Zone intermédiaire
	Guérigny	Zone intermédiaire
	Poiseux	Zone intermédiaire
	Saint-Aubin-les-Forges	Zone intermédiaire
	Urzy	Zone intermédiaire
Imphy	Imphy	Zone sous-dotée
	La Fermeté	Zone sous-dotée
	Saint-Ouen-sur-Loire	Zone sous-dotée
	Sauvigny-les-Bois	Zone sous-dotée
Lormes	Bazoches	Zone très sous-dotée
	Brassy	Zone très sous-dotée
	Chaloux	Zone très sous-dotée
	Dun-les-Places	Zone très sous-dotée
	Empury	Zone très sous-dotée
	Lormes	Zone très sous-dotée
	Pouques-Lormes	Zone très sous-dotée
	Saint-Martin-du-Puy	Zone très sous-dotée

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Luzy	Avrée	Zone intermédiaire
	Chiddes	Zone intermédiaire
	Fléty	Zone intermédiaire
	Lanty	Zone intermédiaire
	Larochemillay	Zone intermédiaire
	Luzy	Zone intermédiaire
	Millay	Zone intermédiaire
	Poil	Zone intermédiaire
	Rémilly	Zone intermédiaire
	Saint-Seine	Zone intermédiaire
	Savigny-Poil-Fol	Zone intermédiaire
	Sémelay	Zone intermédiaire
	Tazilly	Zone intermédiaire
	Ternant	Zone intermédiaire
Montsauche-les-Settons	Gouloux	Zone intermédiaire
	Montsauche-les-Settons	Zone intermédiaire
Moulins	Dornes	Zone sous-dotée
	Neuville-lès-Decize	Zone sous-dotée
	Saint-Parize-en-Viry	Zone sous-dotée
	Toury-sur-Jour	Zone sous-dotée
Moulins-Engilbert	Limanton	Zone très sous-dotée
	Maux	Zone très sous-dotée
	Moulins-Engilbert	Zone très sous-dotée
	Onlay	Zone très sous-dotée
	Préporché	Zone très sous-dotée
	Saint-Honoré-les-Bains	Zone très sous-dotée
	Sermages	Zone très sous-dotée
	Vandenesse	Zone très sous-dotée
	Villapourçon	Zone très sous-dotée
Nevers	Arbourse	Zone intermédiaire
	Arthel	Zone intermédiaire
	Arzembouy	Zone intermédiaire
	Authiou	Zone intermédiaire
	Beaumont-la-Ferrière	Zone intermédiaire
	Beaumont-Sardolles	Zone intermédiaire
	Billy-Chevannes	Zone intermédiaire
	Bona	Zone intermédiaire
	Champlemy	Zone intermédiaire
	Champlin	Zone intermédiaire
	Chaulgnes	Zone intermédiaire
	Chazeuil	Zone intermédiaire
	Chevenon	Zone intermédiaire
	Cizely	Zone intermédiaire
	Crux-la-Ville	Zone intermédiaire
	Dompierre-sur-Nièvre	Zone intermédiaire
	Frasnay-Reugny	Zone intermédiaire
	Germigny-sur-Loire	Zone intermédiaire

Nièvre		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Nevers	Gimouille	Zone intermédiaire
	Giry	Zone intermédiaire
	Jailly	Zone intermédiaire
	La Celle-sur-Nièvre	Zone intermédiaire
	Limon	Zone intermédiaire
	Lurcy-le-Bourg	Zone intermédiaire
	Luthenay-Uxeloup	Zone intermédiaire
	Magny-Cours	Zone intermédiaire
	Marzy	Zone intermédiaire
	Montapas	Zone intermédiaire
	Montenoison	Zone intermédiaire
	Montigny-aux-Amognes	Zone intermédiaire
	Moussy	Zone intermédiaire
	Nevers	Zone intermédiaire
	Nolay	Zone intermédiaire
	Oulon	Zone intermédiaire
	Ourouër	Zone intermédiaire
	Parigny-les-Vaux	Zone intermédiaire
	Pougues-les-Eaux	Zone intermédiaire
	Prémery	Zone intermédiaire
	Rouy	Zone intermédiaire
	Saincaize-Meauce	Zone intermédiaire
	Saint-Benin-d'Azy	Zone intermédiaire
	Saint-Benin-des-Bois	Zone intermédiaire
	Saint-Bonnot	Zone intermédiaire
	Saint-Eloi	Zone intermédiaire
	Sainte-Marie	Zone intermédiaire
	Saint-Firmin	Zone intermédiaire
	Saint-Franchy	Zone intermédiaire
	Saint-Jean-aux-Amognes	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-d'Heuille	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice	Zone intermédiaire
	Saint-Saulge	Zone intermédiaire
	Saint-Sulpice	Zone intermédiaire
	Saxi-Bourdon	Zone intermédiaire
	Sichamps	Zone intermédiaire
Saint-Pierre-le-Moûtier	Azy-le-Vif	Zone sous-dotée
	Chantenay-Saint-Imbert	Zone sous-dotée
	Langeron	Zone sous-dotée
	Livry	Zone sous-dotée
	Mars-sur-Allier	Zone sous-dotée
	Saint-Parize-le-Châtel	Zone sous-dotée
	Saint-Pierre-le-Moûtier	Zone sous-dotée
	Tresnay	Zone sous-dotée
Saulieu	Alligny-en-Morvan	Zone très sous-dotée
	Saint-Agnan	Zone très sous-dotée
	Saint-Brissou	Zone très sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-NORD H	Champforgeuil	Zone intermédiaire
	Crissey	Zone intermédiaire
	Fragnes	Zone intermédiaire
	La Loyère	Zone intermédiaire
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-OUEST	Châtenoy-le-Royal	Zone intermédiaire
(PARTIEL) CHALON-SUR-SAÔNE-SUD HO	Châtenoy-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Lux	Zone intermédiaire
	Oslon	Zone intermédiaire
	Saint-Marcel	Zone intermédiaire
	Saint-Rémy	Zone intermédiaire
(PARTIEL) CREUSOT (LE) – EST HORS C	Le Breuil	Zone sous-dotée
	Saint-Sernin-du-Bois	Zone sous-dotée
(PARTIEL) MÂCON-CENTRE HORS MÂCON	Charnay-lès-Mâcon	Zone très sur-dotée
(PARTIEL) MÂCON-NORD HORS MÂCON	Hurigny	Zone très sur-dotée
	Sancé	Zone très sur-dotée
(PARTIEL) MÂCON-SUD HORS MÂCON	Varennes-lès-Mâcon	Zone intermédiaire
(PARTIEL) MONTCEAU-LES-MINES-SUD	Saint-Vallier	Zone intermédiaire
Autun	Anost	Zone sous-dotée
	Antully	Zone sous-dotée
	Autun	Zone sous-dotée
	Auxy	Zone sous-dotée
	Barnay	Zone sous-dotée
	Brion	Zone sous-dotée
	Chissey-en-Morvan	Zone sous-dotée
	Collonge-la-Madeleine	Zone sous-dotée
	Cordesse	Zone sous-dotée
	Couches	Zone sous-dotée
	Curgy	Zone sous-dotée
	Cussy-en-Morvan	Zone sous-dotée
	Dracy-lès-Couches	Zone sous-dotée
	Dracy-Saint-Loup	Zone sous-dotée
	Epinac	Zone sous-dotée
	Igornay	Zone sous-dotée
	La Celle-en-Morvan	Zone sous-dotée
	La Grande-Verrière	Zone sous-dotée
	La Petite-Verrière	Zone sous-dotée
	Laizy	Zone sous-dotée
	Lucenay-l'Évêque	Zone sous-dotée
	Monthelon	Zone sous-dotée
	Morlet	Zone sous-dotée
	Reclesne	Zone sous-dotée
	Roussillon-en-Morvan	Zone sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Autun	Saint-Emiland	Zone sous-dotée
	Saint-Forgeot	Zone sous-dotée
	Saint-Gervais-sur-Couches	Zone sous-dotée
	Saint-Jean-de-Trézy	Zone sous-dotée
	Saint-Léger-du-Bois	Zone sous-dotée
	Saint-Martin-de-Commune	Zone sous-dotée
	Saint-Maurice-lès-Couches	Zone sous-dotée
	Saint-Prix	Zone sous-dotée
	Saint-Sernin-du-Plain	Zone sous-dotée
	Saisy	Zone sous-dotée
	Sommant	Zone sous-dotée
	Sully	Zone sous-dotée
	Tavernay	Zone sous-dotée
	Tintry	Zone sous-dotée
Beaune	Change	Zone intermédiaire
	Créot	Zone intermédiaire
	Epartully	Zone intermédiaire
	Saint-Loup-Géanges	Zone intermédiaire
Bletterans	Le Tartre	Zone intermédiaire
Bourbon-Lancy	Bourbon-Lancy	Zone intermédiaire
	Chalmoux	Zone intermédiaire
	Cressy-sur-Somme	Zone intermédiaire
	Cronat	Zone intermédiaire
	Gilly-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Lesme	Zone intermédiaire
	Maltat	Zone intermédiaire
	Mont	Zone intermédiaire
	Saint-Aubin-sur-Loire	Zone intermédiaire
Buxy	Vitry-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Bissey-sous-Cruchaud	Zone sur-dotée
	Buxy	Zone sur-dotée
	Cersot	Zone sur-dotée
	Chenôves	Zone sur-dotée
	Fley	Zone sur-dotée
	Germagny	Zone sur-dotée
	Jully-lès-Buxy	Zone sur-dotée
	Marcilly-lès-Buxy	Zone sur-dotée
	Messey-sur-Grosne	Zone sur-dotée
	Montagny-lès-Buxy	Zone sur-dotée
	Moroges	Zone sur-dotée
	Sainte-Hélène	Zone sur-dotée
	Saint-Germain-lès-Buxy	Zone sur-dotée
	Saint-Privé	Zone sur-dotée
	Saint-Vallerin	Zone sur-dotée
	Sassangy	Zone sur-dotée
	Saules	Zone sur-dotée
	Savianges	Zone sur-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Chagny	Bouzeron	Zone intermédiaire
	Chagny	Zone intermédiaire
	Chamilly	Zone intermédiaire
	Chassey-le-Camp	Zone intermédiaire
	Chaudenay	Zone intermédiaire
	Cheilly-lès-Maranges	Zone intermédiaire
	Demigny	Zone intermédiaire
	Dezize-lès-Maranges	Zone intermédiaire
	Paris-l'Hôpital	Zone intermédiaire
	Remigny	Zone intermédiaire
	Rully	Zone intermédiaire
	Sampigny-lès-Maranges	Zone intermédiaire
Chalon-sur-Saône	Chalon-sur-Saône	Zone intermédiaire
Chalon-sur-Saône	Allériot	Zone intermédiaire
	Aluze	Zone intermédiaire
	Barizey	Zone intermédiaire
	Bey	Zone intermédiaire
	Charresey	Zone intermédiaire
	Châtel-Moron	Zone intermédiaire
	Damerey	Zone intermédiaire
	Dennevay	Zone intermédiaire
	Dracy-le-Fort	Zone intermédiaire
	Epervans	Zone intermédiaire
	Farges-lès-Chalon	Zone intermédiaire
	Fontaines	Zone intermédiaire
	Guerfand	Zone intermédiaire
	La Charmée	Zone intermédiaire
	Lans	Zone intermédiaire
	Lessard-le-National	Zone intermédiaire
	Marnay	Zone intermédiaire
	Mellecey	Zone intermédiaire
	Mercurey	Zone intermédiaire
	Montcoy	Zone intermédiaire
	Morey	Zone intermédiaire
	Saint-Bérain-sur-Dheune	Zone intermédiaire
	Saint-Christophe-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Saint-Didier-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Saint-Gilles	Zone intermédiaire
	Saint-Léger-sur-Dheune	Zone intermédiaire
	Saint-Loup-de-Varennnes	Zone intermédiaire
	Saint-Mard-de-Vaux	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-sous-Montaigu	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice-en-Rivière	Zone intermédiaire
	Sassenay	Zone intermédiaire
	Sevrey	Zone intermédiaire
	Varennnes-le-Grand	Zone intermédiaire
	Villegaudin	Zone intermédiaire
	Virey-le-Grand	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Charlieu	Fleury-la-Montagne	Zone intermédiaire
	Ligny-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Saint-Bonnet-de-Cray	Zone intermédiaire
	Saint-Edmond	Zone intermédiaire
Charolles	Ballore	Zone sous-dotée
	Baron	Zone sous-dotée
	Beaubery	Zone sous-dotée
	Champlecy	Zone sous-dotée
	Changy	Zone sous-dotée
	Charolles	Zone sous-dotée
	Fontenay	Zone sous-dotée
	Grandvaux	Zone sous-dotée
	Lugny-lès-Charolles	Zone sous-dotée
	Marcilly-la-Gueurce	Zone sous-dotée
	Martigny-le-Comte	Zone sous-dotée
	Mornay	Zone sous-dotée
	Ozolles	Zone sous-dotée
	Pressy-sous-Dondin	Zone sous-dotée
	Prizy	Zone sous-dotée
	Saint-Bonnet-de-Joux	Zone sous-dotée
	Saint-Julien-de-Civry	Zone sous-dotée
	Suin	Zone sous-dotée
	Vaudebarrier	Zone sous-dotée
	Vendenesse-lès-Charolles	Zone sous-dotée
	Verosvres	Zone sous-dotée
	Viry	Zone sous-dotée
Chauffailles	Anglure-sous-Dun	Zone intermédiaire
	Chassigny-sous-Dun	Zone intermédiaire
	Châteauneuf	Zone intermédiaire
	Chauffailles	Zone intermédiaire
	Coublanc	Zone intermédiaire
	Mussy-sous-Dun	Zone intermédiaire
	Saint-Igny-de-Roche	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-de-Lixy	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice-lès-Châteauneuf	Zone intermédiaire
	Tancon	Zone intermédiaire
Clayette	Amanzé	Zone intermédiaire
	Baudemont	Zone intermédiaire
	Bois-Sainte-Marie	Zone intermédiaire
	Châtenay	Zone intermédiaire
	Colombier-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Curbigny	Zone intermédiaire
	Dyo	Zone intermédiaire
	Gibles	Zone intermédiaire
	La Chapelle-sous-Dun	Zone intermédiaire
	La Clayette	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Clayette	Montmelard	Zone intermédiaire
	Ouroux-sous-le-Bois-Sainte-Marie	Zone intermédiaire
	Saint-Germain-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Saint-Laurent-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Saint-Racho	Zone intermédiaire
	Saint-Symphorien-des-Bois	Zone intermédiaire
	Vareilles	Zone intermédiaire
	Varennes-sous-Dun	Zone intermédiaire
	Vauban	Zone intermédiaire
Cluny	Ameugny	Zone sous-dotée
	Bergesserin	Zone sous-dotée
	Berzé-le-Châtel	Zone sous-dotée
	Blanot	Zone sous-dotée
	Bonnay	Zone sous-dotée
	Bourgvilain	Zone sous-dotée
	Brandon	Zone sous-dotée
	Bray	Zone sous-dotée
	Buffières	Zone sous-dotée
	Château	Zone sous-dotée
	Chériset	Zone sous-dotée
	Chiddes	Zone sous-dotée
	Chissey-lès-Mâcon	Zone sous-dotée
	Clermain	Zone sous-dotée
	Cluny	Zone sous-dotée
	Cortambert	Zone sous-dotée
	Cortevaix	Zone sous-dotée
	Curtil-sous-Bufferières	Zone sous-dotée
	Donzy-le-National	Zone sous-dotée
	Donzy-le-Pertuis	Zone sous-dotée
	Flagy	Zone sous-dotée
	Jalogny	Zone sous-dotée
	La Vineuse	Zone sous-dotée
	Lournand	Zone sous-dotée
	Massilly	Zone sous-dotée
	Massy	Zone sous-dotée
	Mazille	Zone sous-dotée
	Montagny-sur-Grosne	Zone sous-dotée
	Passy	Zone sous-dotée
	Sailly	Zone sous-dotée
	Saint-André-le-Désert	Zone sous-dotée
	Sainte-Cécile	Zone sous-dotée
	Saint-Vincent-des-Prés	Zone sous-dotée
	Salornay-sur-Guye	Zone sous-dotée
	Sigy-le-Châtel	Zone sous-dotée
	Sivignon	Zone sous-dotée
	Taizé	Zone sous-dotée
	Vitry-lès-Cluny	Zone sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Crêches-sur-Saône	Chaintré	Zone sur-dotée
	Chânes	Zone sur-dotée
	Chasselas	Zone sur-dotée
	Crêches-sur-Saône	Zone sur-dotée
	La Chapelle-de-Guinchay	Zone sur-dotée
	Leynes	Zone sur-dotée
	Pruzilly	Zone sur-dotée
	Romanèche-Thorins	Zone sur-dotée
	Saint-Amour-Bellevue	Zone sur-dotée
	Saint-Symphorien-d'Ancelles	Zone sur-dotée
	Saint-Vérand	Zone sur-dotée
Creusot	Charmoy	Zone intermédiaire
	Essertenne	Zone intermédiaire
	Marmagne	Zone intermédiaire
	Perreuil	Zone intermédiaire
	Saint-Firmin	Zone intermédiaire
	Saint-Pierre-de-Varennes	Zone intermédiaire
	Saint-Symphorien-de-Marmagne	Zone intermédiaire
Creusot (Le)	Le Creusot	Zone très sous-dotée
Cuisery	Brienne	Zone sous-dotée
	Cuisery	Zone sous-dotée
	Huilly-sur-Seille	Zone sous-dotée
	Jouvençon	Zone sous-dotée
	La Genête	Zone sous-dotée
	Loisy	Zone sous-dotée
	Ormes	Zone sous-dotée
	Simandre	Zone sous-dotée
Digoin	Digoin	Zone intermédiaire
	La Motte-Saint-Jean	Zone intermédiaire
	Les Guerreaux	Zone intermédiaire
	Perrigny-sur-Loire	Zone intermédiaire
	Saint-Agnan	Zone intermédiaire
	Varenne-Saint-Germain	Zone intermédiaire
Étang-sur-Arroux	Broye	Zone sous-dotée
	Charbonnat	Zone sous-dotée
	Étang-sur-Arroux	Zone sous-dotée
	La Chapelle-sous-Uchon	Zone sous-dotée
	La Comelle	Zone sous-dotée
	La Tagnière	Zone sous-dotée
	Mesvres	Zone sous-dotée
	Saint-Didier-sur-Arroux	Zone sous-dotée
	Saint-Léger-sous-Beuvray	Zone sous-dotée
	Saint-Nizier-sur-Arroux	Zone sous-dotée
	Thil-sur-Arroux	Zone sous-dotée
	Uchon	Zone sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Givry	Givry	Zone intermédiaire
	Granges	Zone intermédiaire
	Jambles	Zone intermédiaire
	Rosey	Zone intermédiaire
	Saint-Denis-de-Vaux	Zone intermédiaire
	Saint-Désert	Zone intermédiaire
	Saint-Jean-de-Vaux	Zone intermédiaire
Gueugnon	Chassy	Zone intermédiaire
	Clessy	Zone intermédiaire
	Curdin	Zone intermédiaire
	Dettey	Zone intermédiaire
	Grury	Zone intermédiaire
	Gueugnon	Zone intermédiaire
	Issy-l'Évêque	Zone intermédiaire
	La Boulaye	Zone intermédiaire
	La Chapelle-au-Mans	Zone intermédiaire
	Marly-sur-Arroux	Zone intermédiaire
	Montmort	Zone intermédiaire
	Neuvy-Grandchamp	Zone intermédiaire
	Oudry	Zone intermédiaire
	Rigny-sur-Arroux	Zone intermédiaire
	Sainte-Radegonde	Zone intermédiaire
	Saint-Eugène	Zone intermédiaire
	Toulon-sur-Arroux	Zone intermédiaire
	Uxeau	Zone intermédiaire
	Vendennes-sur-Arroux	Zone intermédiaire
Lons le Saunier	Beaurepaire-en-Bresse	Zone intermédiaire
Louhans	Bantanges	Zone intermédiaire
	Branges	Zone intermédiaire
	Bruailles	Zone intermédiaire
	Champagnat	Zone intermédiaire
	Cuiseaux	Zone intermédiaire
	Dommartin-lès-Cuiseaux	Zone intermédiaire
	Flacey-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Frontenaud	Zone intermédiaire
	Juif	Zone intermédiaire
	La Chapelle-Naude	Zone intermédiaire
	La Chapelle-Thècle	Zone intermédiaire
	La Frette	Zone intermédiaire
	Le Fay	Zone intermédiaire
	Le Miroir	Zone intermédiaire
	Louhans	Zone intermédiaire
	Ménetreuil	Zone intermédiaire
	Montagny-près-Louhans	Zone intermédiaire
	Montcony	Zone intermédiaire
	Montpont-en-Bresse	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Louhans	Montret	Zone intermédiaire
	Rancy	Zone intermédiaire
	Ratte	Zone intermédiaire
	Romenay	Zone intermédiaire
	Sagy	Zone intermédiaire
	Saillenard	Zone intermédiaire
	Saint-André-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Sainte-Croix	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-du-Mont	Zone intermédiaire
	Saint-Usuge	Zone intermédiaire
	Saint-Vincent-en-Bresse	Zone intermédiaire
	Savigny-en-Revermont	Zone intermédiaire
	Savigny-sur-Seille	Zone intermédiaire
	Simard	Zone intermédiaire
	Sornay	Zone intermédiaire
	Varennes-Saint-Sauveur	Zone intermédiaire
	Vérissey	Zone intermédiaire
	Vincelles	Zone intermédiaire
Luzy	Cuzy	Zone intermédiaire
	Marly-sous-Issy	Zone intermédiaire
Mâcon	Mâcon	Zone intermédiaire
Mâcon	Azé	Zone intermédiaire
	Berzé-la-Ville	Zone intermédiaire
	Bissy-la-Mâconnaise	Zone intermédiaire
	Burgy	Zone intermédiaire
	Bussièrès	Zone intermédiaire
	Charbonnières	Zone intermédiaire
	Chevagny-les-Chevrières	Zone intermédiaire
	Clessé	Zone intermédiaire
	Cruzille	Zone intermédiaire
	Davayé	Zone intermédiaire
	Dompierre-les-Ormes	Zone intermédiaire
	Fuissé	Zone intermédiaire
	Germolles-sur-Grosne	Zone intermédiaire
	Grevilly	Zone intermédiaire
	Igé	Zone intermédiaire
	La Chapelle-du-Mont-de-France	Zone intermédiaire
	La Roche-Vineuse	Zone intermédiaire
	La Salle	Zone intermédiaire
	Laizé	Zone intermédiaire
	Lugny	Zone intermédiaire
	Matour	Zone intermédiaire
	Milly-Lamartine	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Mâcon	Montbellet	Zone intermédiaire
	Péronne	Zone intermédiaire
	Pierreclos	Zone intermédiaire
	Prissé	Zone intermédiaire
	Saint-Albain	Zone intermédiaire
	Saint-Gengoux-de-Scissé	Zone intermédiaire
	Saint-Léger-sous-la-Bussière	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-Belle-Roche	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice-de-Satonnay	Zone intermédiaire
	Saint-Pierre-le-Vieux	Zone intermédiaire
	Saint-Point	Zone intermédiaire
	Senozan	Zone intermédiaire
	Serrières	Zone intermédiaire
	Sologny	Zone intermédiaire
	Solutré-Pouilly	Zone intermédiaire
	Tramayes	Zone intermédiaire
	Trambly	Zone intermédiaire
	Trivy	Zone intermédiaire
	Vergisson	Zone intermédiaire
	Verzé	Zone intermédiaire
	Vinzelles	Zone intermédiaire
Marcigny	Anzy-le-Duc	Zone intermédiaire
	Artaix	Zone intermédiaire
	Baugy	Zone intermédiaire
	Bourg-le-Comte	Zone intermédiaire
	Briant	Zone intermédiaire
	Céron	Zone intermédiaire
	Chambilly	Zone intermédiaire
	Chenay-le-Châtel	Zone intermédiaire
	Iguerande	Zone intermédiaire
	Mailly	Zone intermédiaire
	Marcigny	Zone intermédiaire
	Melay	Zone intermédiaire
	Montceaux-l'Etoile	Zone intermédiaire
	Oyé	Zone intermédiaire
	Saint-Christophe-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Saint-Didier-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Sainte-Foy	Zone intermédiaire
	Saint-Julien-de-Jonzy	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-du-Lac	Zone intermédiaire
	Sarry	Zone intermédiaire
	Semur-en-Brionnais	Zone intermédiaire
	Vindecy	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Montceau-les-Mines	Chevagny-sur-Guye	Zone sous-dotée
	Ciry-le-Noble	Zone sous-dotée
	Dompierre-sous-Sanvignes	Zone sous-dotée
	Génelard	Zone sous-dotée
	La Guiche	Zone sous-dotée
	Le Rousset	Zone sous-dotée
	Les Bizots	Zone sous-dotée
	Marigny	Zone sous-dotée
	Marizy	Zone sous-dotée
	Mary	Zone sous-dotée
	Montceau-les-Mines	Zone intermédiaire
	Mont-Saint-Vincent	Zone sous-dotée
	Perrecy-les-Forges	Zone sous-dotée
	Pouilloux	Zone sous-dotée
	Saint-Martin-de-Salencey	Zone sous-dotée
	Saint-Romain-sous-Gourdon	Zone sous-dotée
	Saint-Romain-sous-Versigny	Zone sous-dotée
MONTCENIS	Blanzay	Zone intermédiaire
	Montcenis	Zone intermédiaire
	Saint-Berain-sous-Sanvignes	Zone intermédiaire
	Torcy	Zone intermédiaire
Montchanin	Écuisses	Zone intermédiaire
	Montchanin	Zone intermédiaire
	Saint-Eusèbe	Zone intermédiaire
	Saint-Julien-sur-Dheune	Zone intermédiaire
	Saint-Laurent-d'Andenay	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-d'Auxy	Zone intermédiaire
	Saint-Micaud	Zone intermédiaire
	Villeneuve-en-Montagne	Zone intermédiaire
MONT-SAINT-VINCENT	Gourdon	Zone très sur-dotée
Paray-le-Monial	Hautefond	Zone sous-dotée
	L'Hôpital-le-Mercier	Zone sous-dotée
	Nochize	Zone sous-dotée
	Palinges	Zone sous-dotée
	Paray-le-Monial	Zone sous-dotée
	Poisson	Zone sous-dotée
	Saint-Aubin-en-Charollais	Zone sous-dotée
	Saint-Bonnet-de-Vieille-Vigne	Zone sous-dotée
	Saint-Léger-lès-Paray	Zone sous-dotée
	Saint-Vincent-Bragny	Zone sous-dotée
	Saint-Yan	Zone sous-dotée
	Varenne-l'Arconce	Zone sous-dotée
	Versaugues	Zone sous-dotée
	Vitry-en-Charollais	Zone sous-dotée
	Volesvres	Zone sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Pierre-de-Bresse	Authumes	Zone sous-dotée
	Beauvernois	Zone sous-dotée
	Bellevesvre	Zone sous-dotée
	Charette-Varennes	Zone sous-dotée
	Fretterans	Zone sous-dotée
	Frontenard	Zone sous-dotée
	La Chapelle-Saint-Sauveur	Zone sous-dotée
	La Chaux	Zone sous-dotée
	Lays-sur-le-Doubs	Zone sous-dotée
	Longepierre	Zone sous-dotée
	Montjay	Zone sous-dotée
	Mouthier-en-Bresse	Zone sous-dotée
	Pierre-de-Bresse	Zone sous-dotée
	Pourlans	Zone sous-dotée
	Saint-Bonnet-en-Bresse	Zone sous-dotée
	Torpes	Zone sous-dotée
Pont de Vaux	Fleurville	Zone intermédiaire
	Viré	Zone intermédiaire
Saint Amour	Condal	Zone intermédiaire
	Joudes	Zone intermédiaire
Saint-Gengoux-le-National	Bissy-sous-Uxelles	Zone très sous-dotée
	Bissy-sur-Fley	Zone très sous-dotée
	Bresse-sur-Grosne	Zone très sous-dotée
	Burnand	Zone très sous-dotée
	Burzy	Zone très sous-dotée
	Champagny-sous-Uxelles	Zone très sous-dotée
	Chapaize	Zone très sous-dotée
	Collonge-en-Charollais	Zone très sous-dotée
	Cormatin	Zone très sous-dotée
	Culles-les-Roches	Zone très sous-dotée
	Curtil-sous-Burnand	Zone très sous-dotée
	Genouilly	Zone très sous-dotée
	Joncy	Zone très sous-dotée
	Le Puley	Zone très sous-dotée
	Malay	Zone très sous-dotée
	Saint-Boil	Zone très sous-dotée
	Saint-Clément-sur-Guye	Zone très sous-dotée
	Saint-Gengoux-le-National	Zone très sous-dotée
	Saint-Huruge	Zone très sous-dotée
	Saint-Marcelin-de-Cray	Zone très sous-dotée
	Saint-Martin-du-Tartre	Zone très sous-dotée
	Saint-Martin-la-Patrouille	Zone très sous-dotée
	Saint-Maurice-des-Champs	Zone très sous-dotée
	Saint-Ythaire	Zone très sous-dotée
	Santilly	Zone très sous-dotée
	Savigny-sur-Grosne	Zone très sous-dotée
	Sercy	Zone très sous-dotée
	Vaux-en-Pré	Zone très sous-dotée

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Saint-Germain-du-Bois	Bosjean	Zone très sous-dotée
	Bouhans	Zone très sous-dotée
	Dampierre-en-Bresse	Zone très sous-dotée
	Devrouze	Zone très sous-dotée
	Diconne	Zone très sous-dotée
	Frangy-en-Bresse	Zone très sous-dotée
	La Racineuse	Zone très sous-dotée
	Le Planois	Zone très sous-dotée
	Mervans	Zone très sous-dotée
	Saint-Germain-du-Bois	Zone très sous-dotée
	Sens-sur-Seille	Zone très sous-dotée
	Serley	Zone très sous-dotée
	Serrigny-en-Bresse	Zone très sous-dotée
	Thurey	Zone très sous-dotée
Saint-Germain-du-Plain	Baudrières	Zone sous-dotée
	L'Abergement-Sainte-Colombe	Zone sous-dotée
	Lessard-en-Bresse	Zone sous-dotée
	Ouroux-sur-Saône	Zone sous-dotée
	Saint-Etienne-en-Bresse	Zone sous-dotée
	Saint-Germain-du-Plain	Zone sous-dotée
	Tronchy	Zone sous-dotée
Sennecey-le-Grand	Beaumont-sur-Grosne	Zone intermédiaire
	Etrigny	Zone intermédiaire
	Gigny-sur-Saône	Zone intermédiaire
	Jugy	Zone intermédiaire
	La Chapelle-de-Bragny	Zone intermédiaire
	Laives	Zone intermédiaire
	Lalheue	Zone intermédiaire
	Montceaux-Ragny	Zone intermédiaire
	Nanton	Zone intermédiaire
	Saint-Ambreuil	Zone intermédiaire
	Saint-Cyr	Zone intermédiaire
	Sennecey-le-Grand	Zone intermédiaire
Seurre	Clux	Zone sous-dotée
	La Villeneuve	Zone sous-dotée
	Mont-lès-Seurre	Zone sous-dotée
	Navilly	Zone sous-dotée
Toulon-sur-Arroux	Sanvignes-les-Mines	Zone intermédiaire
Tournus	Boyer	Zone intermédiaire
	Chardonnay	Zone intermédiaire
	Farges-lès-Mâcon	Zone intermédiaire
	L'Abergement-de-Cuisery	Zone intermédiaire
	La Chapelle-sous-Brancion	Zone intermédiaire
	La Truchère	Zone intermédiaire
	Lacrost	Zone intermédiaire
	Le Villars	Zone intermédiaire
	Mancey	Zone intermédiaire

Saône-et-Loire		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Tournus	Martailly-lès-Brancion	Zone intermédiaire
	Ozenay	Zone intermédiaire
	Plottes	Zone intermédiaire
	Préty	Zone intermédiaire
	Ratenelle	Zone intermédiaire
	Royer	Zone intermédiaire
	Tournus	Zone intermédiaire
	Uchizy	Zone intermédiaire
	Vers	Zone intermédiaire
Verdun-sur-le-Doubs	Allerey-sur-Saône	Zone sous-dotée
	Bragny-sur-Saône	Zone sous-dotée
	Charnay-lès-Chalon	Zone sous-dotée
	Ciel	Zone sous-dotée
	Écuellen	Zone sous-dotée
	Gergy	Zone sous-dotée
	Les Bordes	Zone sous-dotée
	Palleau	Zone sous-dotée
	Pontoux	Zone sous-dotée
	Saint-Gervais-en-Vallière	Zone sous-dotée
	Saint-Martin-en-Gâtinois	Zone sous-dotée
	Saunières	Zone sous-dotée
	Sermesse	Zone sous-dotée
	Toutenant	Zone sous-dotée
	Verdun-sur-le-Doubs	Zone sous-dotée
	Verjux	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
(PARTIEL) AUXERRE-SUD-OUEST HORS	Saint-Georges-sur-Baulche	Zone intermédiaire
(PARTIEL) SENS-NORD-EST HORS SENS	Saint-Clément	Zone intermédiaire
(PARTIEL) SENS-OUEST HORS SENS	Paron	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-du-Tertre	Zone intermédiaire
(PARTIEL) SENS-SUD-EST HORS SENS	Maillot	Zone sous-dotée
	Malay-le-Grand	Zone sous-dotée
Aillant-sur-Tholon	Aillant-sur-Tholon	Zone intermédiaire
	Chassy	Zone intermédiaire
	Guerchy	Zone intermédiaire
	Laduz	Zone intermédiaire
	Les Ormes	Zone intermédiaire
	Poilly-sur-Tholon	Zone intermédiaire
	Saint-Aubin-Château-Neuf	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-sur-Ocre	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice-le-Vieil	Zone intermédiaire
	Saint-Maurice-Thizouaille	Zone intermédiaire
	Senan	Zone intermédiaire
	Sommecaise	Zone intermédiaire
	Villiers-sur-Tholon	Zone intermédiaire
	Volgré	Zone intermédiaire
Auxerre	Appoigny	Zone intermédiaire
	Augy	Zone intermédiaire
	Auxerre	Zone intermédiaire
	Bleigny-le-Carreau	Zone intermédiaire
	Branches	Zone intermédiaire
	Champs-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Charbuy	Zone intermédiaire
	Charentenay	Zone intermédiaire
	Chemilly-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Chevannes	Zone intermédiaire
	Chichery	Zone intermédiaire
	Chitry	Zone intermédiaire
	Coulangeron	Zone intermédiaire
	Coulanges-la-Vineuse	Zone intermédiaire
	Courson-les-Carrières	Zone intermédiaire
	Escamps	Zone intermédiaire
	Escolives-Sainte-Camille	Zone intermédiaire
	Fleury-la-Vallée	Zone intermédiaire
	Fontenailles	Zone intermédiaire
	Fontenay-sous-Fouronnes	Zone intermédiaire
	Fouronnes	Zone intermédiaire
	Gurgy	Zone intermédiaire
	Gy-l'Evêque	Zone intermédiaire
	Hauterive	Zone intermédiaire
	Héry	Zone intermédiaire
	Irancy	Zone intermédiaire
	Jussy	Zone intermédiaire
	Lignorelles	Zone intermédiaire

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Auxerre	Ligny-le-Châtel	Zone intermédiaire
	Lindry	Zone intermédiaire
	Mailly-le-Château	Zone intermédiaire
	Maligny	Zone intermédiaire
	Méré	Zone intermédiaire
	Merry-Sec	Zone intermédiaire
	Migé	Zone intermédiaire
	Molesmes	Zone intermédiaire
	Monéteau	Zone intermédiaire
	Montigny-la-Resle	Zone intermédiaire
	Mouffy	Zone intermédiaire
	Ouanne	Zone intermédiaire
	Perrigny	Zone intermédiaire
	Pontigny	Zone intermédiaire
	Quenne	Zone intermédiaire
	Rouvray	Zone intermédiaire
	Saint-Bris-le-Vineux	Zone intermédiaire
	Seignelay	Zone intermédiaire
	Taingy	Zone intermédiaire
	Val-de-Mercy	Zone intermédiaire
	Vallan	Zone intermédiaire
	Varennes	Zone intermédiaire
	Venouse	Zone intermédiaire
	Venoy	Zone intermédiaire
	Villefargeau	Zone intermédiaire
	Villeneuve-Saint-Salves	Zone intermédiaire
	Vincelles	Zone intermédiaire
	Vincelottes	Zone intermédiaire
Avallon	Angely	Zone sous-dotée
	Annay-la-Côte	Zone sous-dotée
	Annay-sur-Serein	Zone sous-dotée
	Annéot	Zone sous-dotée
	Annoux	Zone sous-dotée
	Asquins	Zone sous-dotée
	Athie	Zone sous-dotée
	Avallon	Zone sous-dotée
	Beauvilliers	Zone sous-dotée
	Blacy	Zone sous-dotée
	Blannay	Zone sous-dotée
	Bois-d'Arcy	Zone sous-dotée
	Brosses	Zone sous-dotée
	Bussièrès	Zone sous-dotée
	Censy	Zone sous-dotée
	Chastellux-sur-Cure	Zone sous-dotée
	Châtel-Censoir	Zone sous-dotée
	Châtel-Gérard	Zone sous-dotée
	Cisery	Zone sous-dotée
	Coutarnoux	Zone sous-dotée
	Cussy-les-Forges	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Avallon	Dissangis	Zone sous-dotée
	Domecy-sur-Cure	Zone sous-dotée
	Domecy-sur-le-Vault	Zone sous-dotée
	Etaule	Zone sous-dotée
	Etivey	Zone sous-dotée
	Foissy-lès-Vézelay	Zone sous-dotée
	Fontenay-près-Vézelay	Zone sous-dotée
	Fresnes	Zone sous-dotée
	Girolles	Zone sous-dotée
	Givry	Zone sous-dotée
	Grimault	Zone sous-dotée
	Guillon	Zone sous-dotée
	Island	Zone sous-dotée
	Jouancy	Zone sous-dotée
	Joux-la-Ville	Zone sous-dotée
	L'Isle-sur-Serein	Zone sous-dotée
	Lucy-le-Bois	Zone sous-dotée
	Magny	Zone sous-dotée
	Marmeaux	Zone sous-dotée
	Massangis	Zone sous-dotée
	Menades	Zone sous-dotée
	Merry-sur-Yonne	Zone sous-dotée
	Môlay	Zone sous-dotée
	Montillot	Zone sous-dotée
	Montréal	Zone sous-dotée
	Moulins-en-Tonnerrois	Zone sous-dotée
	Nitry	Zone sous-dotée
	Noyers	Zone sous-dotée
	Pasilly	Zone sous-dotée
	Pierre-Perthuis	Zone sous-dotée
	Pisy	Zone sous-dotée
	Pontaubert	Zone sous-dotée
	Précý-le-Sec	Zone sous-dotée
	Provençy	Zone sous-dotée
	Quarré-les-Tombes	Zone sous-dotée
	Saint-André-en-Terre-Plaine	Zone sous-dotée
	Saint-Brancher	Zone sous-dotée
	Sainte-Colombe	Zone sous-dotée
	Sainte-Magnance	Zone sous-dotée
	Saint-Germain-des-Champs	Zone sous-dotée
	Saint-Léger-Vauban	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Avallon	Saint-Moré	Zone sous-dotée
	Saint-Père	Zone sous-dotée
	Santigny	Zone sous-dotée
	Sarry	Zone sous-dotée
	Sauvigny-le-Beuréal	Zone sous-dotée
	Sauvigny-le-Bois	Zone sous-dotée
	Savigny-en-Terre-Plaine	Zone sous-dotée
	Sceaux	Zone sous-dotée
	Sermizelles	Zone sous-dotée
	Talcy	Zone sous-dotée
	Tharoiseau	Zone sous-dotée
	Tharot	Zone sous-dotée
	Thizy	Zone sous-dotée
	Thory	Zone sous-dotée
	Trévilly	Zone sous-dotée
	Vassy	Zone sous-dotée
	Vault-de-Lugny	Zone sous-dotée
	Vézelay	Zone sous-dotée
	Vignes	Zone sous-dotée
	Voutenay-sur-Cure	Zone sous-dotée
Briare	Bléneau	Zone sous-dotée
	Champcevrains	Zone sous-dotée
	Rogny-les-Sept-Ecluses	Zone sous-dotée
	Saint-Privé	Zone sous-dotée
Chablis	Aigremont	Zone intermédiaire
	Beine	Zone intermédiaire
	Chablis	Zone intermédiaire
	Chemilly-sur-Serein	Zone intermédiaire
	Chichée	Zone intermédiaire
	Courgis	Zone intermédiaire
	Fleys	Zone intermédiaire
	Fontenay-près-Chablis	Zone intermédiaire
	La Chapelle-Vaupelteigne	Zone intermédiaire
	Lichères-près-Aigremont	Zone intermédiaire
	Préhy	Zone intermédiaire
	Saint-Cyr-les-Colons	Zone intermédiaire
	Villy	Zone intermédiaire
Champignelles	Champignelles	Zone sous-dotée
	Tannerre-en-Puisaye	Zone sous-dotée
	Villeneuve-les-Genêts	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Charny	Chambeugle	Zone intermédiaire
	Charny	Zone intermédiaire
	Chêne-Arnoult	Zone intermédiaire
	Chevillon	Zone intermédiaire
	Dicy	Zone intermédiaire
	Fontenouilles	Zone intermédiaire
	Grandchamp	Zone intermédiaire
	La Ferté-Loupière	Zone intermédiaire
	Malicorne	Zone intermédiaire
	Marchais-Beton	Zone intermédiaire
	Perreux	Zone intermédiaire
	Prunoy	Zone intermédiaire
	Saint-Denis-sur-Ouanne	Zone intermédiaire
	Saint-Martin-sur-Ouanne	Zone intermédiaire
	Villefranche	Zone intermédiaire
Clamecy	Andryes	Zone très sous-dotée
	Asnières-sous-Bois	Zone très sous-dotée
	Chamoux	Zone très sous-dotée
	Coulanges-sur-Yonne	Zone très sous-dotée
	Crain	Zone très sous-dotée
	Druyes-les-Belles-Fontaines	Zone très sous-dotée
	Etais-la-Sauvin	Zone très sous-dotée
	Festigny	Zone très sous-dotée
	Lichères-sur-Yonne	Zone très sous-dotée
	Lucy-sur-Yonne	Zone très sous-dotée
Courtenay	Piffonds	Zone intermédiaire
	Saint-Loup-d'Ordon	Zone intermédiaire
	Savigny-sur-Clairis	Zone intermédiaire
	Vernoy	Zone intermédiaire
Joigny	Béon	Zone intermédiaire
	Brion	Zone intermédiaire
	Cézy	Zone intermédiaire
	Champlay	Zone intermédiaire
	Champvallon	Zone intermédiaire
	Chamvres	Zone intermédiaire
	Joigny	Zone intermédiaire
	La Celle-Saint-Cyr	Zone intermédiaire
	Looze	Zone intermédiaire
	Neuilly	Zone intermédiaire
	Paroy-sur-Tholon	Zone intermédiaire
	Précy-sur-Vrin	Zone intermédiaire
	Saint-Aubin-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Saint-Romain-le-Preux	Zone intermédiaire
	Sépeaux	Zone intermédiaire
	Villecien	Zone intermédiaire

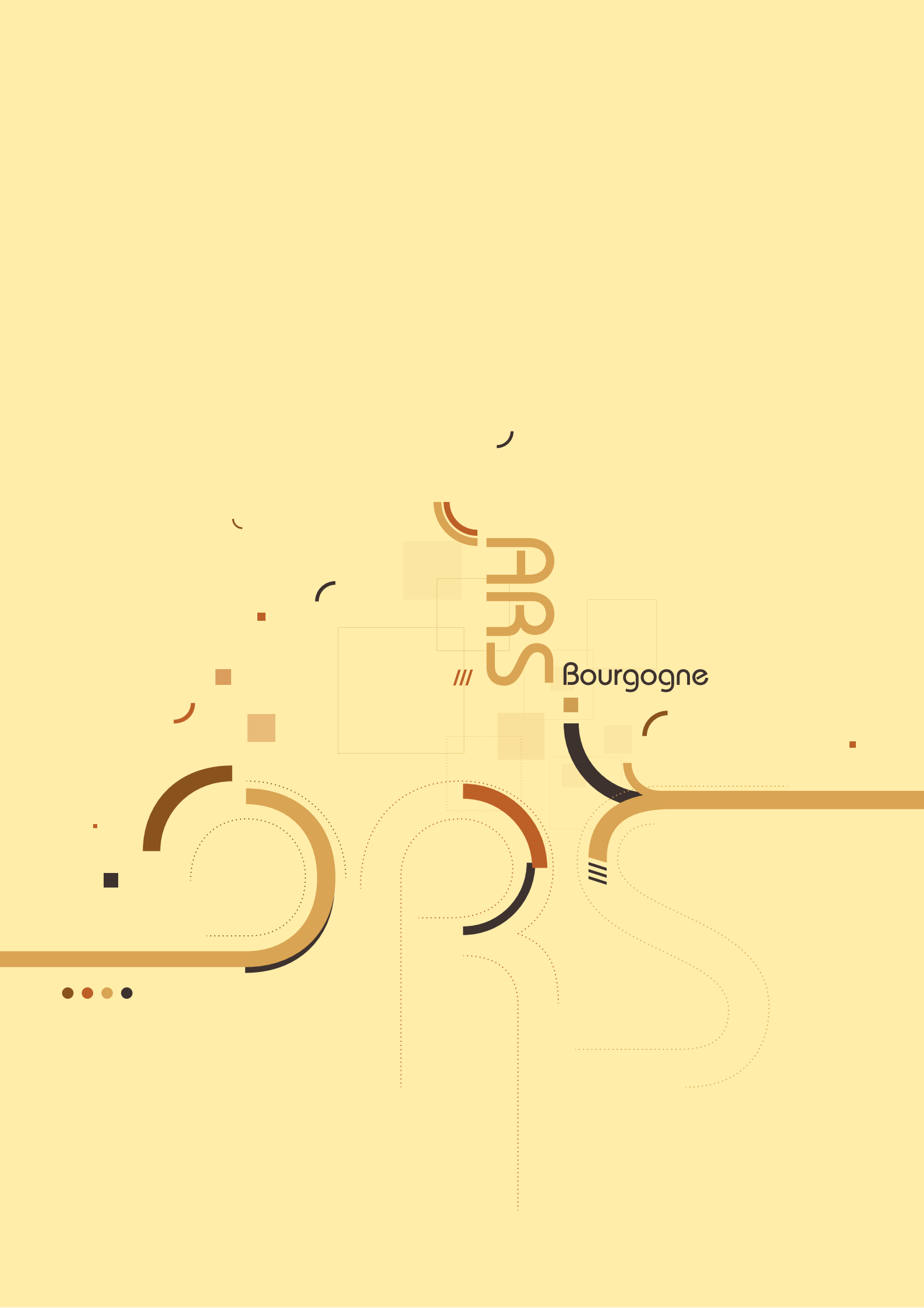
Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Migennes	Arces-Dilo	Zone intermédiaire
	Bassou	Zone intermédiaire
	Beaumont	Zone intermédiaire
	Bellechaume	Zone intermédiaire
	Bonnard	Zone intermédiaire
	Brienon-sur-Armançon	Zone intermédiaire
	Bussy-en-Othe	Zone intermédiaire
	Charmoy	Zone intermédiaire
	Cheny	Zone intermédiaire
	Epineau-les-Voves	Zone intermédiaire
	Esnon	Zone intermédiaire
	Laroche-Saint-Cydroine	Zone intermédiaire
	Mercy	Zone intermédiaire
	Migennes	Zone intermédiaire
	Mont-Saint-Sulpice	Zone intermédiaire
	Ormoy	Zone intermédiaire
	Paroy-en-Othe	Zone intermédiaire
	Villemer	Zone intermédiaire
Montbard	Aisy-sur-Armançon	Zone intermédiaire
	Bierry-les-Belles-Fontaines	Zone intermédiaire
	Cry	Zone intermédiaire
	Jully	Zone intermédiaire
	Nuits	Zone intermédiaire
	Perrigny-sur-Armançon	Zone intermédiaire
	Ravières	Zone intermédiaire
Pont-sur-Yonne	Gisy-les-Nobles	Zone intermédiaire
	Lixy	Zone intermédiaire
	Michery	Zone intermédiaire
	Pont-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Villemananche	Zone intermédiaire
	Villeperrot	Zone intermédiaire
Saint-Fargeau	Lavau	Zone très sous-dotée
	Mézilles	Zone très sous-dotée
	Ronchères	Zone très sous-dotée
	Saint-Fargeau	Zone très sous-dotée
	Saint-Martin-des-Champs	Zone très sous-dotée
Saint-Florentin	Beugnon	Zone sous-dotée
	Boeurs-en-Othe	Zone sous-dotée
	Butteaux	Zone sous-dotée
	Chailley	Zone sous-dotée
	Champlost	Zone sous-dotée
	Chéu	Zone sous-dotée
	Germigny	Zone sous-dotée
	Jaulges	Zone sous-dotée
	Lasson	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Saint-Florentin	Neuvy-Sautour	Zone sous-dotée
	Percey	Zone sous-dotée
	Saint-Florentin	Zone sous-dotée
	Sormery	Zone sous-dotée
	Soumaintrain	Zone sous-dotée
	Turny	Zone sous-dotée
	Venizy	Zone sous-dotée
	Vergigny	Zone sous-dotée
	Villiers-Vineux	Zone sous-dotée
Saint-Julien-du-Sault	Cudot	Zone sous-dotée
	Saint-Julien-du-Sault	Zone sous-dotée
	Saint-Martin-d'Ordon	Zone sous-dotée
	Verlin	Zone sous-dotée
	Villevallier	Zone sous-dotée
Sens	Bagneaux	Zone sous-dotée
	Brannay	Zone sous-dotée
	Cérilly	Zone sous-dotée
	Cerisiers	Zone sous-dotée
	Champigny	Zone sous-dotée
	Chéroy	Zone sous-dotée
	Chigy	Zone sous-dotée
	Collemiers	Zone sous-dotée
	Compigny	Zone sous-dotée
	Cornant	Zone sous-dotée
	Coulours	Zone sous-dotée
	Courgenay	Zone sous-dotée
	Courlon-sur-Yonne	Zone sous-dotée
	Courtoin	Zone sous-dotée
	Courtois-sur-Yonne	Zone sous-dotée
	Cuy	Zone sous-dotée
	Dollot	Zone sous-dotée
	Domats	Zone sous-dotée
	Egriselles-le-Bocage	Zone sous-dotée
	Etigny	Zone sous-dotée
	Évry	Zone sous-dotée
	Flacy	Zone sous-dotée
	Foissy-sur-Vanne	Zone sous-dotée
	Fontaine-la-Gaillarde	Zone sous-dotée
	Fouchères	Zone sous-dotée
	Fournaudin	Zone sous-dotée
	Gron	Zone sous-dotée
	Jouy	Zone sous-dotée
	La Belliole	Zone sous-dotée
	La Chapelle-sur-Oreuse	Zone sous-dotée
	La Postolle	Zone sous-dotée
	Lailly	Zone sous-dotée
	Les Clérimois	Zone sous-dotée
	Les Sièges	Zone sous-dotée
	Malay-le-Petit	Zone sous-dotée
	Marsangy	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Sens	Molinons	Zone sous-dotée
	Montacher-Villegardin	Zone sous-dotée
	Nailly	Zone sous-dotée
	Noé	Zone sous-dotée
	Pailly	Zone sous-dotée
	Passy	Zone sous-dotée
	Perceneige	Zone sous-dotée
	Plessis-Saint-Jean	Zone sous-dotée
	Pont-sur-Vanne	Zone sous-dotée
	Saint-Denis	Zone sous-dotée
	Saint-Maurice-aux-Riches-Hommes	Zone sous-dotée
	Saint-Sérotin	Zone sous-dotée
	Saint-Valérien	Zone sous-dotée
	Saligny	Zone sous-dotée
	Sens	Zone intermédiaire
	Serbonnes	Zone sous-dotée
	Sergines	Zone sous-dotée
	Soucy	Zone sous-dotée
	Subigny	Zone sous-dotée
	Theil-sur-Vanne	Zone sous-dotée
	Thorigny-sur-Oreuse	Zone sous-dotée
	Vallery	Zone sous-dotée
	Vareilles	Zone sous-dotée
	Vaudeurs	Zone sous-dotée
	Vaumort	Zone sous-dotée
	Véron	Zone sous-dotée
	Villebougis	Zone sous-dotée
	Villechétive	Zone sous-dotée
	Villenvotte	Zone sous-dotée
	Villeneuve-la-Dondagre	Zone sous-dotée
	Villeneuve-l'Archevêque	Zone sous-dotée
	Villeroie	Zone sous-dotée
	Villethierry	Zone sous-dotée
	Villiers-Louis	Zone sous-dotée
	Vinneuf	Zone sous-dotée
	Voisines	Zone sous-dotée
Tonnerre	Ancy-le-Franc	Zone sous-dotée
	Ancy-le-Libre	Zone sous-dotée
	Argentenay	Zone sous-dotée
	Argenteuil-sur-Armançon	Zone sous-dotée
	Arthonnay	Zone sous-dotée
	Baon	Zone sous-dotée
	Bernouil	Zone sous-dotée
	Béru	Zone sous-dotée
	Carisey	Zone sous-dotée
	Chassignelles	Zone sous-dotée
	Cheney	Zone sous-dotée
	Collan	Zone sous-dotée
	Cruzy-le-Châtel	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Tonnerre	Dannemoine	Zone sous-dotée
	Dyé	Zone sous-dotée
	Epineuil	Zone sous-dotée
	Flogny-la-Chapelle	Zone sous-dotée
	Fulvy	Zone sous-dotée
	Gigny	Zone sous-dotée
	Gland	Zone sous-dotée
	Junay	Zone sous-dotée
	Lézinnes	Zone sous-dotée
	Mélisey	Zone sous-dotée
	Molosmes	Zone sous-dotée
	Pacy-sur-Armançon	Zone sous-dotée
	Pimelles	Zone sous-dotée
	Poilly-sur-Serein	Zone sous-dotée
	Quincerot	Zone sous-dotée
	Roffey	Zone sous-dotée
	Rugny	Zone sous-dotée
	Sainte-Vertu	Zone sous-dotée
	Saint-Martin-sur-Armançon	Zone sous-dotée
	Sambourg	Zone sous-dotée
	Sennevoy-le-Bas	Zone sous-dotée
	Sennevoy-le-Haut	Zone sous-dotée
	Serrigny	Zone sous-dotée
	Stigny	Zone sous-dotée
	Tanlay	Zone sous-dotée
	Thorey	Zone sous-dotée
	Tissey	Zone sous-dotée
	Tonnerre	Zone sous-dotée
	Trichey	Zone sous-dotée
	Tronchoy	Zone sous-dotée
	Vézannes	Zone sous-dotée
	Vézinnes	Zone sous-dotée
	Villiers-les-Hauts	Zone sous-dotée
	Villon	Zone sous-dotée
	Vireaux	Zone sous-dotée
	Viviers	Zone sous-dotée
	Yrouerre	Zone sous-dotée

Yonne		
Noms des bassins de vie ou cantons-villes	Communes	Niveaux de dotation
Toucy	Beauvoir	Zone sous-dotée
	Diges	Zone sous-dotée
	Dracy	Zone sous-dotée
	Egleny	Zone sous-dotée
	Fontaines	Zone sous-dotée
	Fontenoy	Zone sous-dotée
	Lain	Zone sous-dotée
	Lainsecq	Zone sous-dotée
	Lalande	Zone sous-dotée
	Leugny	Zone sous-dotée
	Levis	Zone sous-dotée
	Merry-la-Vallée	Zone sous-dotée
	Moulins-sur-Ouanne	Zone sous-dotée
	Moutiers-en-Puisaye	Zone sous-dotée
	Parly	Zone sous-dotée
	Pourrain	Zone sous-dotée
	Sainpuits	Zone sous-dotée
	Sainte-Colombe-sur-Loing	Zone sous-dotée
	Saints	Zone sous-dotée
	Saint-Sauveur-en-Puisaye	Zone sous-dotée
	Sementron	Zone sous-dotée
	Sougères-en-Puisaye	Zone sous-dotée
	Thury	Zone sous-dotée
	Toucy	Zone sous-dotée
	Treigny	Zone sous-dotée
	Villiers-Saint-Benoît	Zone sous-dotée
Vermenton	Accolay	Zone intermédiaire
	Arcy-sur-Cure	Zone intermédiaire
	Bazarnes	Zone intermédiaire
	Bessy-sur-Cure	Zone intermédiaire
	Cravant	Zone intermédiaire
	Lucy-sur-Cure	Zone intermédiaire
	Mailly-la-Ville	Zone intermédiaire
	Prégilbert	Zone intermédiaire
	Sacy	Zone intermédiaire
	Sainte-Pallaye	Zone intermédiaire
	Sery	Zone intermédiaire
	Trucy-sur-Yonne	Zone intermédiaire
	Vermenton	Zone intermédiaire
	Chaumont	Zone sous-dotée
Villeneuve-la-Guyard	Saint-Agnan	Zone sous-dotée
	Villeblevin	Zone sous-dotée
	Villeneuve-la-Guyard	Zone sous-dotée
	Villeneuve-la-Guyard	Zone sous-dotée
Villeneuve-sur-Yonne	Armeau	Zone très sous-dotée
	Bussy-le-Repos	Zone très sous-dotée
	Chaumot	Zone très sous-dotée
	Dixmont	Zone très sous-dotée
	Les Bordes	Zone très sous-dotée
	Rousson	Zone très sous-dotée
	Villeneuve-sur-Yonne	Zone très sous-dotée



2012
2016