



SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE 2006 – 2010

Arrêté n° 2006/04
portant Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

LA DIRECTRICE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE

VU le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L. 6115-3, L. 6121-1 à L. 6121-3, L. 6131-2 ; les articles R. 6121-1 à R. 6121-3 ; les articles D. 6121-6 à D. 6121-9 ;

VU l'arrêté du 30 juin 1999 modifié de la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne relatif au schéma régional d'organisation sanitaire et à son annexe ;

VU l'arrêté du 23 avril 2001 de la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne relatif au schéma régional d'organisation sanitaire en santé mentale ;

VU l'arrêté du 27 avril 2004 du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

VU l'arrêté n° 2005/71 du 13 octobre 2005 de la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne déterminant les limites des territoires de santé de la région Bretagne, le ressort territorial des conférences sanitaires et le niveau d'appréciation des besoins pour les activités de soins et équipements lourds ;

VU les avis des Conférences Sanitaires des territoires de santé ;

VU l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire du 10 janvier 2006 ;

VU l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale du 17 janvier 2006 ;

VU l'avis de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne du 23 janvier 2006 ;

ARRETE

Article 1er : Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Bretagne pour la période 2006-2010 est arrêté tel qu'il figure dans le document annexé au présent arrêté.

Article 2 : Afin de mettre en œuvre les objectifs retenus pour assurer la satisfaction optimale des besoins de la population, le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Bretagne définit :

- ♦ en sa première partie, le dispositif général ;
- ♦ en sa deuxième partie, le dispositif régional des activités de soins et des priorités de santé comprenant les matières mentionnées à l'arrêté du 27 avril 2004 susvisé, à l'exclusion des priorités de santé « Prise en charge des enfants et des adolescents » et « Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires » qui feront l'objet de volets complémentaires ; à cette liste, sont ajoutés les volets « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires » et « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » figurant au nombre des priorités régionales de santé.
- ♦ en sa troisième partie, l'annexe territoriale déclinée selon les modalités déterminées par l'arrêté du 13 octobre 2005 susvisé et identifiant : le territoire de santé régional, les quatre territoires de santé du niveau départemental et les huit territoires de santé dénommés « secteurs sanitaires ».

Article 3 : Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire définit les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des actions prioritaires pour chacune des activités de soins et des priorités de santé retenues.

Il comporte, en outre, des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs.

Article 4 : Les dispositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et de son annexe sont définies pour une période de cinq ans à compter de la date du présent arrêté et sont révisables à tout moment, en tout ou partie, en fonction de l'évolution des besoins de la population.

Article 5 : Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne, les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de région et des Préfectures des départements des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

De plus, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire sera consultable sur le site internet de l'ARH de Bretagne, espace « grand public » (chemin d'accès : <http://www.arh-bretagne.fr>, rubrique « SROS 3^{ème} génération »).

Fait à Rennes, le 17 Mars 2006

La Directrice de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation de Bretagne

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. PODEUR', written in a cursive style.

Annie PODEUR

**SCHEMA REGIONAL
D'ORGANISATION SANITAIRE
2006 – 2010**

SOMMAIRE

PREAMBULE	11
<i>Rappel du cadre juridique</i>	11
<i>Rappel des divers éléments du bilan, valant diagnostic partagé ARH/ URCAM</i>	13
<i>Rappels méthodologiques</i>	14
PREMIERE PARTIE : DISPOSITIF GENERAL	19
1. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DU DIAGNOSTIC PARTAGE ARH/ URCAM ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS II	21
1.1. <i>Faiblesses et contraintes</i>	21
1.2. <i>Atouts et opportunités</i>	25
2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SROS DE 3^{EME} GENERATION	30
2.1. <i>Les trois grandes orientations stratégiques</i>	32
2.2. <i>Les garanties apportées à la mise en œuvre des orientations stratégiques</i>	38
3. UNE APPROCHE TERRITORIALE PRAGMATIQUE	41
3.1. <i>Analyse et conclusions du rapport « Territoires et santé en Bretagne »</i>	42
3.2. <i>Le choix d'une organisation territoriale claire</i>	45
DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIF REGIONAL DES ACTIVITES DE SOINS ET DES PRIORITES DE SANTE	49
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS	51
1. ENJEUX	53
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan</i>	53
1.2. <i>Les perspectives d'évolution</i>	55
2. PRINCIPES D'ORGANISATION	56
2.1. <i>Les objectifs généraux</i>	57
2.2. <i>Les éléments de prospective</i>	57
3. RECOMMANDATIONS	62
3.1. <i>Conforter la régulation, clef de voûte du dispositif</i>	62
3.2. <i>Améliorer l'articulation entre la permanence des soins et la médecine d'urgence</i>	63
3.3. <i>Promouvoir une bonne utilisation du système par une communication adaptée</i>	65
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	65
4.1. <i>Les objectifs</i>	65
4.2. <i>Les outils</i>	66
4.3. <i>Les indicateurs</i>	66
4.4. <i>L'utilisation des indicateurs et le rôle du comité technique régional</i>	69
MEDECINE	71
1. ENJEUX	73
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan</i>	73
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	75
2. PRINCIPES D'ORGANISATION	77
2.1. <i>Les objectifs généraux</i>	77
2.2. <i>Les principes d'organisation</i>	78

3. RECOMMANDATIONS	84
3.1. <i>Mettre en place une graduation des soins.....</i>	84
3.2. <i>Développer les alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, travail en réseaux) et favoriser le maintien à domicile et les soins ambulatoires.....</i>	86
3.3. <i>Améliorer le circuit du patient dans le fonctionnement hospitalier.....</i>	86
3.4. <i>Développer l'utilisation de techniques d'échanges d'informations médicales</i>	88
3.5. <i>Améliorer la prise en charge des soins somatiques pour des populations en situation de précarité</i>	89
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	89
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	90
4.2. <i>Les indicateurs</i>	91
4.3. <i>L'utilisation des indicateurs et rôle du comité technique régional</i>	91
CHIRURGIE	93
1. ENJEUX.....	95
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	95
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	97
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	98
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	98
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	99
3. RECOMMANDATIONS	104
3.1. <i>Le réseau sectoriel de chirurgie.....</i>	104
3.2. <i>Le volume d'activité et les effectifs médicaux.....</i>	104
3.3. <i>La chirurgie ambulatoire</i>	104
3.4. <i>La chirurgie pédiatrique</i>	106
3.5. <i>Les blocs opératoires</i>	106
3.6. <i>La lutte contre les infections nosocomiales.....</i>	109
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	110
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	110
4.2. <i>Les indicateurs</i>	110
4.3. <i>L'utilisation des indicateurs</i>	111
REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE.....	113
1. ENJEUX.....	115
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	115
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	116
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	118
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	118
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	118
3. RECOMMANDATIONS	121
3.1. <i>Reformuler les conditions de fonctionnement des unités de réanimation.....</i>	122
3.2. <i>Distinguer les unités de surveillance continue (USC)</i>	122
3.3. <i>Harmoniser la lutte contre les infections nosocomiales</i>	125
3.4. <i>Intégrer les réseaux de prélèvement d'organes</i>	126
3.5. <i>Développer la démarche éthique.....</i>	127

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	127
4.1. <i>Le suivi et l'évaluation</i>	<i>127</i>
4.2. <i>Les indicateurs</i>	<i>127</i>
IMAGERIE MEDICALE.....	133
1. ENJEUX.....	135
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	<i>135</i>
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	<i>137</i>
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	138
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	<i>138</i>
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	<i>139</i>
3. RECOMMANDATIONS	143
3.1. <i>L'imagerie en coupe.....</i>	<i>143</i>
3.2. <i>La médecine nucléaire</i>	<i>145</i>
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	146
4.1. <i>Les indicateurs</i>	<i>146</i>
4.2. <i>L'instance de suivi.....</i>	<i>147</i>
TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE.....	149
1. ENJEUX.....	151
1.1. <i>Les enjeux dans le champ de l'activité interventionnelle en neuroradiologie</i>	<i>151</i>
1.2. <i>Les enjeux spécifiques aux embolisations vasculaires.....</i>	<i>152</i>
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	153
2.1. <i>Une première réflexion sur l'organisation des activités interventionnelles en neuroradiologie.....</i>	<i>153</i>
2.2. <i>Une organisation intersectorielle des embolisations vasculaires pour hémostases</i>	<i>153</i>
3. RECOMMANDATIONS	154
3.1. <i>Les activités interventionnelles en neuroradiologie.....</i>	<i>154</i>
3.2. <i>Les embolisations vasculaires pour hémostases sous imagerie médicale</i>	<i>154</i>
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	155
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER	157
1. ENJEUX.....	159
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	<i>159</i>
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	<i>160</i>
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	160
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	<i>160</i>
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	<i>161</i>
3. RECOMMANDATIONS	165
3.1. <i>L'amélioration du fonctionnement des réseaux de santé</i>	<i>165</i>
3.2. <i>L'harmonisation et l'évaluation des pratiques professionnelles</i>	<i>169</i>
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	176
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	<i>176</i>
4.2. <i>Les indicateurs</i>	<i>176</i>
4.3. <i>L'utilisation des indicateurs.....</i>	<i>177</i>

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES A HAUT RISQUE VASCULAIRE..	179
1. ENJEUX.....	181
2. RECOMMANDATIONS	182
2.1. <i>La prévention vasculaire en établissements.....</i>	182
2.2. <i>Les réseaux de santé, interfaces à créer entre le secteur ambulatoire et les établissements</i>	
.....	183
PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	185
1. ENJEUX.....	187
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	187
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	188
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	190
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	190
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	190
3. RECOMMANDATIONS	195
3.1. <i>Coronarographie et angioplastie coronarienne</i>	196
3.2. <i>Infarctus aigu du myocarde.....</i>	196
3.3. <i>Troubles du rythme.....</i>	196
3.4. <i>Cardiopathies congénitales chez l'enfant et l'adulte</i>	197
3.5. <i>Insuffisance cardiaque</i>	198
3.6. <i>Réadaptation cardio-vasculaire</i>	198
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	199
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	199
4.2. <i>Les indicateurs</i>	199
4.3. <i>L'utilisation des indicateurs.....</i>	200
PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX	203
1. ENJEUX.....	205
1.1. <i>Les forces et les faiblesses de l'existant.....</i>	205
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	207
1.3. <i>Les enjeux.....</i>	208
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	208
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	208
2.2. <i>Le dispositif d'organisation.....</i>	209
3. RECOMMANDATIONS	213
3.1. <i>Prise en charge pré-hospitalière et accueil</i>	214
3.2. <i>Prise en charge en court séjour</i>	214
3.3. <i>Prise en charge en aval.....</i>	215
3.4. <i>Autres recommandations.....</i>	216
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	216
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	216
4.2. <i>Les indicateurs</i>	217
4.3. <i>Le rôle du comité technique régional.....</i>	217

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	219
1. ENJEUX.....	221
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	221
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	222
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	224
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	224
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	225
3. RECOMMANDATIONS	228
3.1. <i>Le dépistage et la prise en charge précoce</i>	228
3.2. <i>L'organisation de la greffe.....</i>	229
3.3. <i>L'organisation de la dialyse.....</i>	229
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	233
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation.....</i>	234
4.2. <i>Les indicateurs</i>	234
4.3. <i>L'utilisation des indicateurs, le rôle du comité technique régional.....</i>	235
SOINS DE SUITE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLES.....	237
1. ENJEUX.....	239
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	239
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	241
2. PRINCIPES D'ORGANISATION	242
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	242
2.2. <i>Les principes d'organisation concernant la réadaptation.....</i>	243
2.3. <i>Les principes d'organisation concernant les soins de suite.....</i>	245
2.4. <i>La complémentarité et la coopération entre structures de soins de suite et de médecine physique et de réadaptation (MPR)</i>	247
3. RECOMMANDATIONS	248
3.1. <i>Les alternatives à l'hospitalisation complète : les traitements et cures ambulatoires (TCA)</i>	248
3.2. <i>La filière des accidents vasculaires cérébraux (AVC).....</i>	249
3.3. <i>La médecine physique et de réadaptation pédiatrique.....</i>	250
3.4. <i>Les soins de suite polyvalents.....</i>	250
3.5. <i>Les soins de suite en alcoologie</i>	252
3.6. <i>La lutte contre la douleur.....</i>	253
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	253
4.1. <i>Le suivi et l'évaluation.....</i>	253
4.2. <i>Les indicateurs</i>	254
HOSPITALISATION A DOMICILE	259
1. ENJEUX.....	261
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	261
1.2. <i>Les perspectives d'évolution</i>	263
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	265
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	265
2.2. <i>Les conditions et modalités d'organisation</i>	265

3. RECOMMANDATIONS	269
3.1. <i>Développer les services d'aide à la personne et les relations avec le système de soins.....</i>	269
3.2. <i>Eviter les hospitalisations et anticiper les sorties d'hospitalisation.....</i>	270
3.3. <i>Promouvoir les interventions à domicile et dans les substituts de domicile.....</i>	271
3.4. <i>Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge.....</i>	271
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	272
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	272
4.2. <i>Les indicateurs</i>	272
4.3. <i>Le dispositif de suivi.....</i>	274
SOINS PALLIATIFS.....	277
1. ENJEUX.....	280
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	280
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	281
2. PRINCIPES D'ORGANISATION	283
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	283
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	284
3. RECOMMANDATIONS	286
3.1. <i>Assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité</i>	286
3.2. <i>Organiser, au niveau régional, un réseau d'expertise</i>	288
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	288
4.1. <i>Les outils de suivi et d'évaluation</i>	288
4.2. <i>Les indicateurs</i>	289
4.3. <i>Le rôle du comité technique régional.....</i>	290
PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE.....	293
1. ENJEUX.....	295
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	295
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	296
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	297
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	297
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	299
3. RECOMMANDATIONS	303
3.1. <i>L'organisation des soins</i>	303
3.2. <i>La prise en charge de populations et de pathologies spécifiques</i>	308
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	315
4.1. <i>Le système d'information</i>	315
4.2. <i>La commission régionale de concertation en santé mentale.....</i>	316
PERINATALITE	319
1. ENJEUX.....	321
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	321
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	322

2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	323
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	323
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	323
3. RECOMMANDATIONS	332
3.1. <i>Assistance médicale à la procréation (A.M.P).....</i>	332
3.2. <i>Chambres de naissance.....</i>	332
3.3. <i>Ouverture sur une expérimentation des maisons de naissance.....</i>	333
3.4. <i>Retour modulable à domicile</i>	333
3.5. <i>Accompagnement des enfants prématurés et de leur famille</i>	334
3.6. <i>Valorisation des métiers.....</i>	334
3.7. <i>Formation des personnels</i>	335
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	335
4.1. <i>Les indicateurs</i>	335
4.2. <i>L'instance de suivi.....</i>	338
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES	341
1. ENJEUX.....	343
1.1. <i>Les principaux éléments du bilan.....</i>	343
1.2. <i>Les éléments de prospective</i>	344
2. PRINCIPES D'ORGANISATION.....	345
2.1. <i>Les objectifs généraux.....</i>	345
2.2. <i>Les principes d'organisation.....</i>	345
3. RECOMMANDATIONS	351
3.1. <i>Optimiser les conditions de fonctionnement des structures d'hospitalisation en gériatrie ..</i>	352
3.2. <i>Développer la prise en charge en réseau et la coordination des soins.....</i>	353
3.3. <i>Préciser les conditions d'accès à des soins de longue durée (hors Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes - E.H.P.A.D).....</i>	354
3.4. <i>Déterminer les conditions favorables à la mise en œuvre de la filière gériatrique</i>	354
4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF	355
4.1. <i>Les indicateurs</i>	355
4.2. <i>Le rôle du comité technique régional.....</i>	355
TROISIEME PARTIE : ANNEXE TERRITORIALE.....	357
TERRITOIRE DE SANTE : REGION BRETAGNE	359
TERRITOIRES DE SANTE : DEPARTEMENTS BRETONS	363
TERRITOIRE DE SANTE N° 1 : SECTEUR SANITAIRE BREST/ MORLAIX	365
TERRITOIRE DE SANTE N° 2 : SECTEUR SANITAIRE QUIMPER/ CARHAIX	373
TERRITOIRE DE SANTE N° 3 : SECTEUR SANITAIRE LORIENT/ QUIMPERLE	381
TERRITOIRE DE SANTE N° 4 : SECTEUR SANITAIRE VANNES/ PLOËRMEL/ MALESTROIT	387
TERRITOIRE DE SANTE N° 5 : SECTEUR SANITAIRE RENNES/ FOUGERES/ VITRE/ REDON.....	395
TERRITOIRE DE SANTE N° 6 : SECTEUR SANITAIRE ST MALO/ DINAN	405
TERRITOIRE DE SANTE N° 7 : SECTEUR SANITAIRE ST BRIEUC/ GUINGAMP/ LANNION.....	411
TERRITOIRE DE SANTE N° 8 : SECTEUR SANITAIRE PONTIVY/ LOUDEAC	419
LEXIQUE	425

PREAMBULE

La démarche du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) porte l'ambition d'une organisation des soins proposant une réponse globale, cohérente et territorialisée aux besoins de la population :

- **globale**, car elle s'inscrit dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, notamment en prenant en compte des objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), piloté par l'Etat ;
- **cohérente**, car elle a vocation à rassembler **autour du patient** et en fonction de son parcours de soins, **tous les professionnels de santé**, ceux exerçant dans les établissements de santé publics et privés, mais également dans le respect des compétences des diverses institutions, ceux qui assurent le premier recours et interviennent à domicile (secteur ambulatoire) ;
- **territorialisée**, car l'accès, la qualité et la continuité des soins doivent se traduire sur le plan territorial par une organisation claire et lisible, respectueuse des principes de subsidiarité et de graduation des soins.

RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE

Le SROS, défini par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et les textes d'application, doit tenir compte de la publication de **trois lois déterminantes** au cours de l'été 2004 :

- **La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** affirme la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé publique. Elle définit le cadre et les modalités d'une ambitieuse politique de santé publique déclinée à l'échelon régional, sous la forme d'un PRSP **dont les objectifs sont pris en compte par le SROS** ;
- **La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie** insiste, dans ses dispositions relatives à l'offre de soins, sur la nécessaire coordination des soins – via notamment la mise en place du dispositif du médecin traitant et la création d'un dossier médical personnel pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie – et sur la qualité des soins, dans un contexte de redressement des comptes de cette branche de la sécurité sociale ;
- **La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales** accroît les compétences des collectivités locales en matière de santé ; elle prévoit l'association de représentants du Conseil Régional au fonctionnement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et instaure, de manière expérimentale, la possibilité pour les régions de participer, volontairement, au financement d'équipements sanitaires sur la base d'une convention conclue avec l'ARH ; elle renforce le rôle des départements sur la coordination gérontologique.

Dans le souci d'une approche globale des besoins de la population, le SROS doit, en outre, prendre en considération les avancées législatives et réglementaires applicables aux secteurs social et médico-social, notamment en matière de handicap.

L'ordonnance du 4 septembre 2003

L'ordonnance du 4 septembre 2003, dite de simplification, définit le cadre de la révision des SROS qui doivent désormais « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, préventifs, curatifs et palliatifs, et susciter les adaptations et les complémentarités, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population » ; elle introduit les principes suivants :

- **La suppression de la carte sanitaire** : le SROS devient ainsi le support unique de l'organisation de l'offre de soins. L'annexe opposable du SROS doit désormais fixer les objectifs quantifiés de

l'offre de soins par territoire de santé et par activité de soins (*décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005*) ;

- Le renforcement de **l'articulation** avec les secteurs ambulatoire, social et médico-social ;
- **La simplification du régime des autorisations** : seuls les activités de soins et les équipements d'imagerie sont, désormais, soumis à autorisation pour une période uniformisée de 5 ans ;
- La détermination par chaque ARH de **territoires de santé**, dans un souci de meilleure correspondance avec les « territoires vécus » par la population ;
- La transformation des conférences sanitaires de secteur en **conférences sanitaires** associant des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné ;
- La promotion de **deux outils privilégiés** de mise en œuvre du SROS :
 - Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M) : négocié entre l'ARH et les établissements, il précisera notamment, sur 5 ans, les objectifs quantifiés des activités de soins et les équipements lourds pour lesquels une autorisation aura été délivrée ;
 - Le Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S) : l'évolution de sa composition (possibilité d'intégrer des professionnels médicaux libéraux et des établissements médico-sociaux) et de l'étendue de ses missions (établissement de santé, réseau de santé ou permanence des soins) en fait le principal instrument de coopération.

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération

La circulaire du 5 mars 2004 réaffirme la nécessité d'inscrire l'élaboration du SROS dans une vaste démarche de **concertation**, notamment avec les élus, mais également les usagers appelés à se rassembler au sein d'un comité régional des usagers pérenne. Ce dernier a été installé le 13 septembre 2004 en Bretagne.

En outre, la circulaire préconise que le SROS s'attache à favoriser :

- une démarche dite de « **projet médical de territoire** » conduite au sein des conférences sanitaires et qui, dans un premier temps, contribue à l'élaboration du SROS, avant d'en traduire, dans un second temps, les orientations stratégiques et d'en assurer, dans le territoire de santé, la mise en oeuvre,
- le développement de **l'accès à des soins de proximité**, ainsi que l'amélioration de la structuration des filières gériatriques et de la prise en charge des urgences, en lien avec la permanence des soins,
- la définition cohérente de l'organisation et de **l'implantation des plateaux techniques** afin d'assurer la sécurité sanitaire et la graduation des soins.

L'arrêté et l'instruction du 27 avril 2004

L'arrêté du 27 avril 2004 précise les 16 volets devant figurer obligatoirement dans les SROS :

- 7 grandes activités : la médecine, la chirurgie, les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelles, les urgences et la permanence des soins, la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, l'imagerie médicale et les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ;

- 5 priorités de santé : la psychiatrie et la santé mentale, le cancer, l'insuffisance rénale chronique (IRC), les soins palliatifs et la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires ;
- 3 priorités populationnelles : la périnatalité, les personnes âgées et les enfants et adolescents ;
- 1 mode de prise en charge spécifique : l'hospitalisation à domicile.

RAPPEL DES DIVERS ELEMENTS DU BILAN, VALANT DIAGNOSTIC PARTAGE ARH/ URCAM

La réalisation du bilan des actions menées dans le cadre de la mise en œuvre du SROS de 2^{ème} génération sur la période 1999/ 2004 a constitué la première phase de révision du schéma.

Ce bilan se présente comme l'une des pièces du diagnostic partagé à réaliser, conjointement, par l'ARH et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) aux termes de l'instruction du 27 avril 2004 et comportant au final les éléments suivants :

⇒ « L'Etat des lieux et le diagnostic partagé » élaboré par l'ARH et l'URCAM (mars 2005)

Elément central du diagnostic partagé, il met en perspective :

- le contexte démographique caractérisé par un vieillissement marqué et des inégalités territoriales de répartition de la population.
- l'état de santé de la population bretonne faisant apparaître une surmortalité générale, mais surtout un taux de mortalité prématurée élevé, notamment chez les hommes et une forte inégalité territoriale avec un gradient Ouest / Est (surexposition aux risques à l'ouest).
Pour une approche plus complète de l'état de santé, les travaux du SROS peuvent également s'appuyer sur l'« Etat de santé des bretons », étude co-financée par l'Etat et la Région dans le cadre du contrat de plan et réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB).
- une analyse des recours aux soins hospitaliers d'une part et ambulatoires d'autre part, avec une première tentative d'observation des interactions entre les deux secteurs ; cette amorce invite à approfondir l'analyse de variables explicatives des comportements (notamment sur le plan sociologique).
- une analyse plus classique de l'offre de soins ambulatoire, hospitalière et médico-sociale et des dépenses de santé correspondantes.
- des annexes informatives et méthodologiques, dont les tableaux de bord par secteur sanitaire, établis par l'ORSB.

Ce travail commun a mis en lumière l'intérêt de mutualiser, plus avant, les systèmes d'information hospitaliers et de l'Assurance Maladie et a permis d'asseoir un diagnostic stratégique plus qualitatif en termes d'atouts et d'opportunités d'une part, de faiblesses et de contraintes d'autre part.

⇒ Les bilans thématiques (juin 2004)

Ils ont été produits par les chefs de projets régionaux et validés par les comités techniques régionaux sur les sept priorités inscrites dans le SROS 1999/ 2004. Ces travaux sont complétés d'un état des recompositions de l'offre de soins, d'un premier bilan du volet complémentaire relatif aux

personnes âgées publié en juin 2003, d'un bilan du SROS « Santé mentale » (2001) et, enfin, des réalisations communes ARH/ URCAM en matière de préconisations sur la douleur et les réseaux de santé.

⇒ **Les bilans des conférences sanitaires de secteur (juin 2004)**

Ils ont été réalisés à partir d'un questionnaire portant sur leurs différentes missions réglementaires ; en outre, les 8 conférences ont été invitées à porter une appréciation collective sur l'expérience innovante de responsabilisation des acteurs initiée en Bretagne lors de la mise en œuvre du SROS II.

⇒ **L'étude sur les territoires (juin 2004)**

Compte tenu de la déclinaison territoriale attendue dans le SROS, un groupe d'experts *ad hoc* a été constitué à l'initiative de l'ARH et a produit un rapport argumenté sur ce thème.

⇒ **La synthèse des enquêtes conduites par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) et l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) (septembre 2004)**

En complément des bilans élaborés par les conférences sanitaires de secteur, l'ARH a souhaité que soient réalisées deux enquêtes auprès de publics dont l'opinion et les attentes à l'égard du SROS méritaient d'être mieux connues : les administrateurs d'établissements de santé, d'une part, interrogés par une équipe d'enseignants-chercheurs de l'ENSP, et les médecins libéraux, d'autre part, questionnés *via* le panel de l'URML.

RAPPELS METHODOLOGIQUES

L'élaboration et la mise en œuvre du SROS s'inscrivent dans une démarche de **concertation** volontariste, tant par la diversité des partenaires concernés, que par la multiplicité des espaces et des temps d'échanges et de débats.

Les **Assises régionales** organisées par l'ARH de Bretagne le 2 octobre 2004, ainsi que les cinq forums thématiques préparatoires, ont concrétisé cette volonté de faire partager au plus grand nombre les enjeux du SROS.

Conformément aux dispositions de la circulaire du 5 mars 2004, cette approche concertée et participative de l'élaboration du schéma s'est ainsi traduite par :

La dynamique de concertation au niveau territorial

Dans le prolongement de l'expérience initiée en Bretagne dès 1999, les **conférences sanitaires** demeurent des interlocuteurs privilégiés dans la définition de l'organisation des soins, tant au niveau des avis réglementaires que des échanges et informations mutuelles, au niveau territorial.

Les conférences sanitaires sont ainsi appelées à devenir des espaces permanents de concertation associant les « Pays », dont le rôle sera notoirement renforcé par :

- l'élargissement de leur composition aux professionnels libéraux, aux élus et aux usagers, selon des modalités définies par le décret du 6 mai 2005 ;
- leur implication dans l'élaboration des projets médicaux de territoire (PMT) devant être articulée avec les projets territoriaux de santé portés par certains pays.

Afin de mieux cerner les attentes de nouveaux partenaires sur le champ sanitaire, il a été proposé aux **21 Pays bretons** d'organiser un temps d'échanges avec les représentants de l'ARH, de l'URCAM et de l'Etat sur les priorités de santé publique en Bretagne, tant dans le champ de la prévention que de l'organisation des soins à la fois hospitalière et ambulatoire.

Huit pays ont répondu positivement à cette suggestion et ont organisé un débat avec les professionnels de santé, les élus et divers responsables associatifs et administratifs locaux : Fougères, Centre Ouest Bretagne, Vitré, Cornouaille, Guingamp, Loudéac, Redon et Vilaine, Trégor Goëlo.

La participation accrue des Usagers

Fort de la mise en place en l'an 2000 d'un Comité Régional des Usagers (CRU) à titre expérimental, l'ARH de Bretagne a procédé, en application des dispositions de la circulaire du 5 mars 2004 et en lien avec la Préfecture de région, au renouvellement puis à l'installation en septembre 2004 d'un **Comité Régional des Usagers pérenne** composé d'associations intervenant dans le domaine de la santé.

L'association du CRU à toutes les étapes d'élaboration du SROS et la participation de représentants des usagers, issus d'associations représentatives, au comité de pilotage et d'orientation et aux différents comités techniques régionaux, constituent le gage d'une meilleure prise en compte de la voix des usagers dans l'organisation du dispositif de soins.

Le dispositif régional de pilotage et d'élaboration du SROS

Le **Comité de pilotage et d'orientation du SROS** a été composé avec le double souci du pluralisme et de l'ouverture à l'égard des professionnels du champ ambulatoire, des élus et des usagers.

De même, les différents **Comités Techniques Régionaux (COTER)** ont veillé à respecter dans leur composition un équilibre public/ privé et à assurer une représentation de tous : usagers et territoires de santé.

Les documents préparatoires, élaborés tant par les COTER que par les conférences sanitaires, sont disponibles sur supports CD-Roms et consultables sur le site internet de l'ARH de Bretagne.

*

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Bretagne est structuré en 3 parties :

- **1^{ère} partie : Le dispositif général**

Cette première partie présente successivement :

- Les principaux enseignements du diagnostic partagé A.R.H/ U.R.C.A.M et de la mise en œuvre du SROS II ;
- Les orientations stratégiques du SROS de 3^{ème} génération ;
- L'approche territoriale retenue en Bretagne.

• 2^{ème} partie : Le dispositif régional des activités de soins et des priorités de santé

Le dispositif régional décline les différents volets thématiques listés par l'arrêté ministériel du 27 avril 2004 relatif aux activités de soins et équipements matériels lourds devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire :

- la médecine ;
- la chirurgie ;
- la périnatalité ;
- les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelles ;
- la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins ;
- la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue ;
- l'imagerie médicale ;
- les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ;
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- la psychiatrie et la santé mentale ;
- la prise en charge des personnes âgées ;
- la prise en charge des personnes atteintes de cancer ;
- les soins palliatifs ;
- la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

A l'exception des deux derniers thèmes qui seront traités courant 2006, les différents volets, détaillés ci-après, présentent, pour chacun, les enjeux, les **principes d'organisation opposables**, les recommandations préconisées et les modalités d'évaluation et de suivi.

Parallèlement, la possibilité offerte par le texte d'inclure, dans le schéma régional d'organisation sanitaire, des matières non citées ci-dessus a été retenue en Région Bretagne pour le risque vasculaire, cause de surmortalité, autour des thèmes suivants :

- une approche introductive de la prise en charge globale des personnes à haut risque vasculaire ;
- la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ;
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

Un volet spécifique, au titre de la télémédecine et des systèmes d'information, sera également présenté courant 2006.

• 3^{ème} partie : L'annexe territoriale

En application des articles D. 6121-6, D. 6121-7 et D. 6121-9 du Code de la Santé Publique, l'annexe territoriale comporte les objectifs quantifiés des 8 territoires de santé bretons, qui sont, prioritairement, définis dans une logique de réponse aux besoins de santé de la population et se substituent à la carte sanitaire et aux indices lits et places.

Pour chaque territoire de santé, les objectifs quantifiés sont exprimés en :

- nombre d'implantations : elles visent à organiser une graduation des soins, à permettre de concilier les principes de sécurité et de proximité et sont exprimés par la mention des villes ou agglomérations d'implantation avec, entre parenthèses, le nombre de lieux géographiques où est réalisée l'activité de soins,
- volumes d'activités (séjours, journées...) pour les seules activités énumérées à l'article D. 6121-7 3°) et en nombre d'appareils pour les équipements matériels lourds de l'article R. 6122.26.

S'agissant d'une première application de ce nouveau concept, la réglementation (et notamment l'article D. 6121-10 du Code de la Santé Publique) offre d'importantes garanties de souplesse et la possibilité d'ajustements tout au long de la période de mise en œuvre du SROS.

- ◆ La fixation des volumes sous forme de fourchettes (fixation d'une valeur maximale et minimale par rapport à une valeur cible) doit permettre aux acteurs de développer, si nécessaire, une offre dynamique en réponse aux différents besoins.
- ◆ La déclinaison des volumes d'activité de territoires au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés par les établissements, sera révisable chaque année.

Pour tenir compte de ces caractéristiques et de ces éléments de souplesse, la méthodologie de calcul des objectifs quantifiés a consisté, à titre principal, à :

- faire évoluer les volumes d'activité estimés en 2005 de l'incidence d'augmentation de population de 2005 à 2010 pour les tranches d'âge calculées de 10 ans en 10 ans ;
- appliquer à cette base les correctifs liés aux recompositions, à la réduction des taux de fuite, à la réduction des inadéquations et au développement des alternatives par rapport à l'hospitalisation complète ;
- fixer l'objectif en appliquant à la cible 2010 une fourchette de plus ou moins 5 % considérant que le plancher doit être, en principe, égal ou inférieur à l'existant et que le plafond offre déjà d'importantes possibilités de développement comparativement à la dernière période quinquennale.

Pour faciliter la compréhension du document, un lexique des différents sigles utilisés est disponible p. 425.

PREMIERE PARTIE : DISPOSITIF GENERAL

1. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DU DIAGNOSTIC PARTAGE ARH/ URCAM ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS II

La densité des travaux conduits dans la phase d'établissement des bilans du SROS II au cours de l'année 2004 et, *in fine*, la richesse du travail commun entre l'ARH et l'URCAM, intitulé « Etat des lieux et diagnostic partagé », justifie l'exercice de synthèse ci-après pour mieux formuler les orientations stratégiques régionales communes à l'ensemble des volets thématiques qui seront développés dans le SROS et devront être pris en compte dans les projets médicaux de territoire (PMT).

Sont en conséquence rappelées, ci-après, les principales données du diagnostic stratégique en terme de faiblesses et de contraintes d'une part, mais également d'atouts et d'opportunités d'autre part, car ces moteurs pour l'action existent en Bretagne.

1.1. FAIBLESSES ET CONTRAINTES

1.1.1. Sur le plan démographique

Comme la France, la population bretonne vieillit ; ainsi, les plus de 80 ans passeront-ils de 112 000 en 2000 à 180 000 en 2010. Durant cette période, la population des 70/ 79 ans sera stable et la population des 60/ 69 ans augmentera légèrement.

L'impact sur la consommation des soins sera, naturellement, sensible. S'agissant des seuls séjours hospitaliers, le nombre moyen de jours d'hospitalisation par personne et par an est, en moyenne, de 3 à 75 ans et dépasse 6 après 80 ans.

1.1.2. Sur le plan épidémiologique

Une mortalité et une morbidité pour certaines pathologies encore élevées en Bretagne, en dépit d'une amélioration du dispositif de prise en charge

- les pathologies liées aux risques vasculaires constituent, ainsi, la première cause d'hospitalisation en court séjour en 2002 (13 %), et une surmortalité est à déplorer sur la région (Indice Comparatif de Mortalité ICM : 114), même si la mortalité a diminué de 40 % en 20 ans ;
- le cancer demeure la seconde cause de mortalité en Bretagne, mais la première cause de décès prématurés (avant 65 ans), avec une surmortalité marquée chez les hommes ; et même si le nombre de décès par cancer a peu évolué au cours de la décennie, l'incidence de la maladie (nombre de nouveaux cas par an) a fortement progressé passant de 11 600 nouveaux cas en 1990 à 15 700 en 2000 ;
- avec une surmortalité de 64 % par rapport au reste de la France et plus de 10 000 tentatives de suicide accueillies dans les services d'urgences en 2000, la Bretagne reste la région française qui présente pour les 2 sexes les plus forts taux de décès par suicide ;
- s'agissant des conduites addictives, les décès par alcoolisme et psychose alcoolique continuent de diminuer, mais ils restent toujours supérieurs à la moyenne nationale.

De fortes inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins

L'analyse de la mortalité générale et prématurée en Bretagne dessine un fort gradient Est/ Ouest se caractérisant par une surmortalité à l'Ouest, notamment sur Brest et Quimper, et une sous-mortalité dans la région de Rennes.

Au nombre des déterminants, l'accès aux soins nécessite des améliorations. L'accessibilité, fortement liée à l'exigence de qualité, n'obéit pas seulement à des critères géographiques, mais aussi à des critères économiques, sociaux et culturels. Ce problème d'accès provoque alors des défauts de prise en charge ou de qualité de suivi et explique, pour partie, les inégalités de santé entre les territoires et les catégories de population.

Les insuffisances liées à l'accessibilité du dispositif sont de nature à renforcer les inégalités de santé. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) adaptées aux personnes en situation de précarité, mises en place par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier dans le cadre du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), se révèlent encore mal connues et insuffisamment structurées.

Des actions de prévention insuffisamment développées

L'état des lieux démontre également que l'état de santé d'une population n'est pas uniquement corrélé à l'offre de soins.

La correction des inégalités implique aussi l'engagement d'actions volontaristes pour agir sur les déterminants environnementaux et comportementaux.

Or, la prévention fait l'objet d'un investissement encore accessoire dans les établissements de santé, même si un engagement se fait jour dans certains secteurs (dépistage du cancer, de l'IRC ou prévention cardiovasculaire).

Les priorités du PRSP devront mobiliser l'ensemble des professionnels de santé pour développer non seulement les actions de dépistage et de réadaptation, mais aussi pour promouvoir des actions conjuguées visant à modifier les comportements individuels et collectifs, aux côtés des élus, des associations et des acteurs économiques.

1.1.3. Sur le plan de l'offre de soins

L'insuffisance des alternatives à l'hospitalisation

L'offre de prise en charge alternative, tant en court séjour qu'en soins de suite et de réadaptation, est aujourd'hui insuffisante.

✓ La chirurgie ambulatoire

Une enquête CNAMTS, restituée en 2004, a mis à jour le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé de la région, notamment publics.

Les enjeux concernent notamment :

- L'homogénéisation des pratiques pour des actes déjà réalisés majoritairement en ambulatoire ;
- Le développement de la pratique grâce à une meilleure formation des professionnels, une réorganisation des services et une sensibilisation des patients aux garanties offertes par ces prises en charge.

✓ L'hospitalisation à domicile

Elle représente en Bretagne, au 1^{er} février 2005, 142 places autorisées et seulement 60 places installées, avec une montée en charge très progressive.

Il existe un potentiel de développement à organiser et à définir par rapport aux autres structures de prise en charge en aval des soins aigus : hôpitaux locaux, soins de suite indifférenciés, réseaux de soins coordonnés de professionnels libéraux.

Ce développement nécessite, également, un effort de pédagogie vis-à-vis des malades et, surtout, des familles, en même temps qu'une solide articulation avec les services sociaux, financeurs et prestataires d'aide à domicile.

Les progrès à réaliser dans la qualité des prises en charge

Les diverses études médicales menées au sein de la région sur le cancer du sein, l'infarctus, l'hystérectomie, la maladie de Parkinson, la prise en charge du diabète entre autres ont mis en évidence des constats sur la non-conformité de la prise en charge des malades au regard des référentiels existants : délais de prise en charge, examens inutiles et coûteux ou encore prises en charge thérapeutiques insuffisantes,...

De même, les conditions d'accessibilité aux soins des personnes handicapées restent à promouvoir dans l'esprit de la loi du 11 février 2005.

1.1.4. Sur le plan de l'organisation

Des filières de prise en charge mal identifiées et/ ou incomplètes

Certaines filières de prise en charge demeurent mal identifiées et/ ou incomplètes pour certaines catégories de patients et sur certains territoires.

Ainsi, sur le volet Personnes Agées, il convient de poursuivre la mise en œuvre de la réforme sur la prise en charge des syndromes Alzheimer et apparentés, afin d'améliorer la couverture territoriale en matière de consultations mémoire (absence de consultations de ce type sur le Finistère et la région malouine en 2004).

De même, le SROS se doit de définir un dispositif spécifique de prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux, des traumatisés crâniens et des blessés médullaires.

Des articulations encore insuffisantes avec les soins en ville, le secteur médico-social et le secteur social

Le bilan des différentes priorités du SROS II fait état d'une articulation encore globalement insuffisante entre :

- le secteur hospitalier et la médecine libérale : en témoignent la tentation de report réciproque des responsabilités dans le champ de l'urgence et de la permanence des soins ou le lancement laborieux de l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Le développement des réseaux de santé, quoique positif, présente également le risque potentiel de voir se développer de nouvelles structures trop administratives et trop segmentées, aux dépens d'un mode de fonctionnement optimisé car respectueux du rôle de chaque professionnel.

Le premier bilan des projets financés depuis quelques années doit aider à préciser les modes d'intervention et les priorités à servir. Certaines situations permettant une autre répartition des activités entre la médecine de ville et les établissements doivent être repérées et faire l'objet d'un travail particulier - éventuellement au titre des projets médicaux de territoire - pour mise en œuvre progressive (par exemple : certaines prises en charge de rééducation pouvant être assurées en ville par des kinésithérapeutes libéraux ; les saignées pour la plupart des malades atteints

d'hémochromatose à réaliser, en priorité, au domicile par les infirmiers libéraux). Dans ce cadre également, le développement de formules alternatives à l'hospitalisation complète (ambulatoire, HAD,...), impliquant une bonne coordination entre les différents acteurs, est à promouvoir, à un coût raisonnable pour le malade, garanti à ce jour par l'application des honoraires du secteur 1.

- le secteur hospitalier et le secteur social et médico-social, essentiellement sur le champ des populations spécifiques tels les adolescents difficiles, les enfants et adultes handicapés, ou encore les malades mentaux, et surtout les personnes âgées, en dépit des avancées du SROS Santé Mentale de 2001 et de la publication du volet complémentaire du SROS relatif à la prise en charge sanitaire des personnes âgées en juin 2003. De même, la prise en charge des personnes en situation de précarité nécessite une coordination renforcée entre les établissements de santé et les acteurs sociaux de proximité, notamment par le biais de dispositifs spécifiques tels que les permanences d'accès aux soins de santé (art. L 6112-6 du Code de la Santé Publique).

Une information du public et du patient qui reste à promouvoir

La réorganisation du système de santé, confortée par la réforme de l'Assurance Maladie, doit faire l'effort d'une communication claire et précise sur la responsabilisation et l'implication de chaque assuré.

Cette réorganisation passe en premier lieu par le rôle du médecin traitant. Au cœur du système de soins, il sera de toute évidence un des maillons forts du relais de l'information vers les patients afin de les guider dans un système trop souvent perçu comme complexe.

En matière d'urgences notamment, l'information doit être donnée à la population pour favoriser une meilleure articulation des acteurs (avec un temps d'accès optimal) afin de désengorger les services d'urgences trop souvent sollicités en premier recours.

1.1.5. Sur le plan des ressources

Les contraintes de la démographie médicale, notamment à venir

Comme les autres régions, la Bretagne doit faire face à l'augmentation de la demande de soins préventifs, curatifs et palliatifs, liée :

- au vieillissement de la population ;
- à la prévalence forte de certaines pathologies notamment les problèmes de santé mentale, les conduites addictives, les pathologies cancéreuses et vasculaires ;
- à l'évolution des techniques médicales ;
- aux contraintes de plus en plus fortes générées par les exigences de sécurité et de qualité, traduites en normes et en référentiels.

Les décisions déjà prises au plan national pour redresser l'évolution démographique défavorable de certaines professions, notamment les médecins, devront être complétées pour résoudre les difficultés à venir. D'où l'intérêt de réfléchir, sans attendre et en dépit de la difficulté, à :

- Une révision du partage des compétences entre les professions de santé, afin d'optimiser, en complémentarité avec la profession médicale, les missions des autres professionnels ;
- Une incitation et des aides en faveur de modes d'exercice pluridisciplinaires et regroupés ; sur le plan de la réorganisation de l'offre de soins, le regroupement des plateaux techniques devrait répondre aux contraintes générées par les normes de sécurité en personnel et offrir aux équipes de meilleures conditions de travail ;

- La définition de nouveaux modes d'exercice adaptés aux zones en voie de désertification, dites « fragiles », de type antennes avancées de maisons de santé ou unités mobiles.

L'incontournable contrainte budgétaire et financière

Les contraintes financières liées au redressement des comptes de l'Assurance Maladie imposent de définir de manière réaliste les contours du SROS afin d'optimiser les moyens des établissements dans un contexte de montée en charge progressive de la tarification à l'activité.

L'intégration de cette contrainte ne doit pas cependant altérer la qualité, mais, au contraire, s'inscrire dans une démarche résolue de suppression des coûts liés à la non qualité (iatrogénie médicamenteuse, ré-hospitalisations et actes inutiles ou redondants).

Cette contrainte financière oblige à une vigilance accrue dans l'analyse de la répartition géographique de l'offre de soins hospitalière dans un souci d'éviter redondance d'activités ou mobilisation de ressources humaines et matérielles sous-utilisées.

D'autre part, les évolutions de l'offre de soins hospitalière nécessiteront une étude attentive des dispositifs juridiques entraînant des transferts financiers entre les enveloppes hospitalière, médico-sociale et ambulatoire afin de conforter la responsabilisation des acteurs du système de soins.

La contrainte financière, alliée à celle pesant sur la démographie médicale, peut également être regardée comme une opportunité facilitant une gestion dynamique des organisations et la recherche permanente d'optimisation du fonctionnement, notamment au travers d'une réelle complémentarité et d'une meilleure fluidité interne à chaque établissement centrées sur le patient.

1.2. ATOUTS ET OPPORTUNITES

1.2.1. Sur le plan de la dynamique des acteurs

Une ambition partagée de faire de la santé un enjeu essentiel de la qualité de vie en Bretagne

Le constat d'une mortalité prématurée élevée conduit à une forte mobilisation, tant de l'Etat que des collectivités territoriales autour de la santé. La parution en 2005 du bilan de l'ORSB sur l'« Etat de santé des bretons » a été l'occasion, pour l'Etat et la Région, co-financeurs, mais également pour l'ARH et l'URCAM de rappeler l'enjeu que représente une politique ambitieuse de promotion de la santé agissant sur les facteurs environnementaux, mais plus encore sur les comportements nutritionnels et addictifs.

Cette prise de conscience touche également l'ensemble de la population, si l'on se réfère à l'enquête conduite par la presse régionale à l'occasion des élections territoriales en 2004. Alors que la Région n'est pas attributaire d'une compétence directe et de plein exercice sur le champ de la santé, la population a cité la « santé » comme devant constituer une priorité de l'action publique et manifesté son attente d'un engagement de la collectivité sur ce champ d'intervention.

Tirant les conséquences de cette mobilisation, l'ARH a proposé de porter le débat sur le SROS dans chacun des 21 Pays, avec la participation de l'Etat, garant de la politique de Santé Publique, et de l'URCAM, associée à l'organisation de la permanence des soins, des médecins généralistes et à leur implantation sur les zones rurales confrontées au risque de désertification (*cf. rappels méthodologiques en introduction*).

Une volonté de travail en commun qui prend appui sur une tradition forte de partenariat

Il existe en Bretagne une volonté forte des professionnels de santé et des diverses institutions de travailler ensemble, avec le souci du pragmatisme.

Ainsi, en matière de prévention, la détermination concertée des domaines d'intervention de l'Etat et de l'ARH permettra-t-elle d'envisager une définition et une mise en œuvre cohérentes des actions découlant respectivement du SROS et du PRSP.

L'URCAM et la DRASS gèrent déjà un appel à projets communs en matière de financement des actions de prévention.

De même, l'ARH et l'URCAM ont à leur actif les réalisations communes en matière de réseaux, de préconisations sur les soins palliatifs et la douleur, et portent ensemble un projet pragmatique de meilleur dialogue entre la ville et l'hôpital autour d'une plateforme de Télésanté favorisant la communication sécurisée entre les professionnels de santé et permettant d'augurer un développement rapide de la télémédecine au cours des prochaines années.

L'ARH entend également privilégier une démarche ascendante dans ses relations avec les conférences sanitaires, et valoriser le travail de concertation avec les élus, et notamment avec les Pays, mieux représentés dans ces instances.

Le développement de relations conventionnelles et de travail entre l'Assurance Maladie, l'ensemble des professions libérales et les centres de santé constitue, également, une démarche partenariale s'appuyant sur des relations régionales et locales.

L'expérience du travail avec les usagers

L'association des usagers à titre expérimental au sein d'un Comité Régional des Usagers (CRU) a permis à l'ARH de Bretagne d'initier dès son installation en 2000 un dialogue constructif avec les représentants d'associations généralistes et spécialisées en matière de santé.

S'appuyant sur la richesse associative de la région, l'ARH de Bretagne a procédé, en application des dispositions de la circulaire du 5 mars 2004 et en lien avec la Préfecture de région, au renouvellement puis à l'installation en septembre 2004 d'un CRU pérenne composé de 30 associations intervenant dans le domaine de la santé.

Une structuration des professionnels de santé libéraux

La plateforme interprofessionnelle régionale « Cap Réseau », procédant d'une démarche innovante en Bretagne, vise à développer la complémentarité entre professionnels de santé sous toutes ses formes et à favoriser l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Pour atteindre ces objectifs, l'association a obtenu un soutien de l'URCAM et un financement du FAQSV.

Par ailleurs, dans le cadre de la réflexion pour le SROS, un travail commun « Cap Réseau »/URMLB est en cours. La réflexion a amené « Cap Réseau » et l'URMLB à produire des contributions aux COTER et aux conférences sanitaires, l'enjeu de leur implication dans l'écriture du volet libéral du SROS étant la lisibilité et l'organisation de l'offre de soins libérale.

Le développement des réseaux de santé Ville/ Hôpital

Définis par la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé sont des organisations collectives qui doivent :

- répondre à un besoin de santé identifié, sur une aire géographique définie,
- fixer des objectifs d'amélioration de la prise en charge,
- impliquer les acteurs de manière équilibrée : ville, hôpital, médico-social,
- être formalisées : structure juridique, fonctionnement, circuit de prise en charge.

Depuis décembre 2002, les réseaux de santé peuvent bénéficier d'un financement de la **dotations régionale de développement des réseaux (DRDR)** sur décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

En 2003 et 2004, la dotation a été consommée à plus de 90 %, ce qui reflète le constat partagé par de nombreux promoteurs selon lequel l'organisation du système de soins et la qualité des pratiques sont perfectibles.

En Bretagne, la mise en place rapide de la procédure et la mobilisation des promoteurs ont permis, dès la fin 2004, la reconnaissance et le financement de 25 dispositifs par la dotation régionale de développement des réseaux :

- 5 réseaux diabète ;
- 3 réseaux cardio-vasculaires ;
- 5 réseaux de cancérologie ;
- 3 réseaux de périnatalité ;
- 4 réseaux de soins palliatifs ;
- 1 réseau personnes âgées ;
- 4 réseaux divers : Infirmités motrices cérébrales, mucoviscidose, sclérose en plaques, alcool.

De nombreux points positifs ressortent de ces premières années de financement par la DRDR :

- La répartition des réseaux sur le territoire breton tend à s'équilibrer et permet d'espérer, à moyen terme, une offre de soins coordonnés sur les principales thématiques régionales, sur des territoires appropriés.
- Le succès de certains programmes de formation révèle la volonté des professionnels de s'engager dans une démarche d'amélioration des pratiques. Ces formations constituent une porte d'entrée vers le fonctionnement en réseau et un mode d'exercice plus collectif.
- Les professionnels de santé et les patients adhérents aux réseaux manifestent leur satisfaction dans les premières évaluations menées. La relation médecin/ patient semble en particulier bénéficier de l'entrée dans un réseau.
- Les promoteurs ont manifesté une approche réfléchie du volet informatique de leurs projets en prenant soin de tester dans un premier temps le contenu des données à partager.

1.2.2. Sur le plan de l'offre

Une offre en établissements de soins répartie en cohérence avec la structuration de l'espace breton et la répartition de la population (Brest/ Rennes/ Littoral)

Ainsi qu'on l'a analysé en première partie, l'offre hospitalière bretonne fait écho à la concentration de la population sur deux grandes agglomérations urbaines et la frange littorale de la région.

Pour autant, la région dispose d'un bon maillage territorial avec des hôpitaux ou des pôles public/privé de proximité, ainsi que 21 hôpitaux locaux et 1 en cours de création.

Des recompositions réalisées ou largement engagées

La très grande majorité des opérations de recombinaison de l'offre inscrites dans l'annexe du SROS II est, aujourd'hui, réalisée ou très largement engagée.

Des avancées sont en effet à souligner sur l'ensemble des secteurs sanitaires, tant en termes de restructuration des établissements de santé que de mise en place de nouvelles coopérations.

Hormis quelques reconversions de sites d'obstétrique, la plupart des restructurations se sont traduites par :

- des fusions entre établissements publics (Lorient/ Hennebont, Vannes/ Auray, Plémet– Loudéac/ Pontivy) ;
- des regroupements entre établissements privés sur Vannes, St Brieuc, Quimper, Brest et Rennes ;
- la constitution de pôles publics/ privés sur des bassins de population de 60 000 à 100 000 habitants (Ploërmel/ Malestroit, Fougères, Guingamp et, en cours, pour Dinan et Loudéac/ Pontivy) ;
- un développement des prises en charge extra-hospitalières en psychiatrie et des structures médico-sociales, en contrepartie d'un redimensionnement de l'hospitalisation complète ;
- un effort important de médicalisation et de structuration des soins de suite et de réadaptation.

L'antériorité d'une organisation des soins territorialisée

Au terme du bilan du SROS II, la mise en place d'une organisation des soins coordonnés et gradués est déjà, largement, engagée en matière de périnatalité, ou encore sur les urgences, les pathologies cardio-vasculaires ou le cancer.

Dans la perspective de l'élaboration des projets médicaux de territoire (PMT), la Bretagne bénéficie d'un maillage intéressant des établissements de santé et de l'expérience d'un fonctionnement régulier des conférences sanitaires, grâce aux moyens alloués, même si le bilan apparaît contrasté et demeure globalement modeste.

Reste à établir une articulation avec l'organisation territoriale de l'action sociale, sous la responsabilité première des Conseils Généraux, et les démarches de projets territoriaux de santé déjà engagées dans plusieurs Pays bretons.

1.2.3. Sur le plan du système d'information

Une démarche de mise en place d'une plateforme régionale de Télésanté a été engagée pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et développer, au profit des professionnels, des outils de Télésanté.

Cette plateforme a vocation à rassembler, derrière un portail ou depuis les systèmes d'information hospitaliers directement accessibles, différents services à destination des réseaux de soins, des établissements de santé, de tout professionnel de santé, des patients et du « grand public » :

- Des services diversifiés (messagerie sécurisée, serveur d'images, dossier patient informatisé,...), centrés sur le patient, qui permettront le partage et les échanges d'informations médicales, pour une prise en charge plus efficace du patient et une meilleure coordination de soins.

- Des services de publication organisant la mise à disposition pour le grand public et les professionnels, des informations, articles, conseils participant à la formation, la prévention et la communication.

Développée sur le réseau haut débit breton MEGALIS, la maîtrise d'ouvrage est assurée par l'ARH, l'URCAM et l'URML, dans l'attente d'un relais à prendre par les établissements et les professionnels de santé. La maîtrise d'œuvre est confiée au Syndicat Interhospitalier de Bretagne.

1.2.4. Sur le plan des ressources humaines et financières

La région est attractive pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Les équipes de professionnels sont performantes et disposent de compétences et de savoir-faire établis.

Le fort potentiel de formation (2 facultés de médecine, l'Etablissement des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), les écoles d'infirmières, d'aides-soignants, d'AMP,...) constitue également un atout pour la région.

Sur le plan financier, les établissements de santé font preuve d'efficience et peuvent espérer une augmentation des ressources disponibles, dans le cadre de la réforme du financement.

*

Le diagnostic stratégique, réalisé conjointement par l'ARH et l'URCAM, permet de dégager trois axes essentiels pour une meilleure santé en Bretagne :

- **une indispensable politique de santé publique**, pilotée par l'Etat en partenariat avec l'ensemble des acteurs susceptibles de contribuer, de manière efficace, à une modification des comportements, notamment l'absorption excessive d'alcool, et des déterminants environnementaux ; au nombre de ces partenaires, l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, auront, assurément, une part active à prendre ;
- l'amélioration de l'organisation des soins en vue, notamment, de **réduire les inégalités d'accès aux soins**, qu'elles soient géographique, ou bien encore, économique, sociale et culturelle ; à cet égard, le SROS doit promouvoir une offre de soins adaptée à l'Ouest de la région en regard de la surmortalité et de la morbidité constatées et doit, également, veiller à une organisation de qualité sur des zones rurales confrontées à la difficulté d'attirer et de fixer les professionnels de santé libéraux, tout particulièrement les médecins ;
- et surtout, dans le cadre de la mise en œuvre du SROS, la **promotion d'une qualité des soins** supposant, pour l'essentiel, des modes de fonctionnement et des pratiques professionnelles respectueuses des référentiels et des recommandations ; elle nécessite une bonne information et une pédagogie, tant auprès des professionnels au travers de leur formation et de l'évaluation de leurs pratiques, qu'auprès du public qui doit être éclairé sur les traitements disponibles et la qualité des soins qu'il est en droit d'attendre.

2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SROS DE 3^{EME} GENERATION

Afin de « *prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins* » (art. L 6121-1), le SROS doit nécessairement intégrer, en sus des évolutions législatives et des atouts et contraintes exposés précédemment, certains **éléments de contexte** :

- les attentes et les comportements des **usagers du système de santé** évoluent dans le sens d'une exigence accrue de qualité et de sécurité des soins ; il convient, à cet égard, de souligner toute l'importance de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, mais, également, le risque d'ambiguïté dans la définition de la qualité des soins selon qu'elle procède des usagers ou des professionnels, l'objectif étant de parvenir à une définition précise et partagée.

La représentation des usagers au sein du comité régional, des conférences sanitaires, des réseaux et des établissements, de même que l'importance et la structuration des associations en Bretagne, doivent favoriser une expression de leurs attentes et un meilleur dialogue avec les professionnels.

- s'agissant des **professionnels de santé**, les logiques d'organisation se sont modifiées sous l'effet de la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, et du fait des contraintes liées, non seulement à la démographie médicale, mais également aux risques de mise en cause de la responsabilité médicale et paramédicale.

A cet égard, les perspectives d'évolution des densités des professions de santé doivent conduire à réfléchir sur de **nouveaux modes d'organisation et notamment sur les partages des tâches et des compétences** à travers les divers actes ou interventions pratiqués par les professionnels de santé, en réajustant les contours des métiers existant actuellement.

Une telle réorganisation, qui concerne à la fois les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, n'a pas pour seul objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale ; elle vise également à conserver, d'une part, une qualité de soins et, certainement, à l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent et, d'autre part, à assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel.

Avec la mise en place au 1er janvier 2005 du dispositif **du médecin traitant**, la réflexion sur le recentrage des métiers des professionnels de santé (spécialistes, généralistes et auxiliaires médicaux) ne peut qu'améliorer la qualité de prise en charge existante.

En outre, la forte densité des infirmières libérales bretonnes dans l'ouest de la région pourrait fournir un champ d'expérimentation idéal. Leur rôle dans la prise en charge des patients, le plus souvent âgés, pourra être réévalué sur des territoires déficitaires à terme en généralistes et spécialistes (sur la base des pratiques infirmières dans nos pays voisins), avec la double exigence d'une promotion de la prévention et d'une amélioration de la qualité des soins.

- **l'évolution des techniques** – notamment celles d'imagerie interventionnelle – de moins en moins invasives, mais requérant une approche pluridisciplinaire, laisse augurer des séjours plus courts et le développement de prises en charge ambulatoires en soins aigus sur des plateaux techniques disposant d'équipements sophistiqués et, parallèlement, une importance accrue laissée aux prises en charge « post-aiguës » en médecine, soins de suite et hospitalisation à domicile.
- **la nécessaire optimisation des moyens** mis à disposition dans un contexte de redressement des comptes de l'Assurance Maladie suppose d'éviter les doublons d'activité et de ressources avec une recherche constante d'amélioration de la qualité et de meilleure couverture des besoins.

Dans le contexte ainsi rappelé, le SROS de 3^{ème} génération sera marqué en Bretagne par **la continuité et l'équilibre**.

La continuité par rapport au SROS II

Le SROS de 3^{ème} génération s'inscrit dans la continuité par rapport au SROS II (1999/ 2004). Les **deux grands axes** structurant le cadre général de l'organisation des soins avaient, alors, été définis comme suit :

- La promotion de la **coopération** comme garantie de la qualité,
- La promotion de l'**information** comme garantie de la responsabilisation des acteurs de santé et des usagers.

Pour autant, la prise en charge globale des besoins du patient constitue un enjeu majeur du SROS et justifie une **articulation plus étroite entre les secteurs hospitalier et ambulatoire**, actée à la fois par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, de même qu'avec les secteurs social et médico-social.

En outre, s'appuyant sur les principes et acquis du SROS II, le SROS de 3^{ème} génération entend **enrichir et approfondir cette approche** en assurant la promotion d'une démarche :

- **participative** : la promotion d'une concertation élargie, tant en amont au stade de l'élaboration du SROS qu'en aval dans sa mise en œuvre - en particulier avec les élus et les usagers - constitue le gage d'une réelle légitimité d'un SROS adapté aux besoins de santé de la population,
- **territorialisée** : les différents volets du SROS feront, aux termes de l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'objet d'une déclinaison territoriale plus aboutie, car plus souple et affinée selon les thématiques envisagées,
- **pragmatique** : l'élaboration du schéma doit être menée avec le souci d'aboutir *in fine* à un contenu plus concret et plus opérationnel, fondé sur une approche pragmatique et sur la prise en compte, notamment, de la contrainte majeure que constitue la démographie médicale au regard d'une demande croissante de soins, liée notamment au vieillissement de la population.

La réaffirmation de trois principes fondamentaux de l'organisation des soins

Trois principes fondamentaux, énoncés dans le précédent schéma, doivent être réaffirmés et guider l'organisation des soins :

- **La qualité des soins**, qui intègre à la fois les préoccupations de sécurité et d'expertise des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, la diversité des modes de prise en charge mais également l'accompagnement de la personne,
- **L'égalité d'accès aux soins** : l'égalité d'accès aux soins suppose une implantation territoriale équilibrée des établissements de santé, un maillage entre ces établissements permettant de répartir les services à rendre à la population, ainsi qu'une définition claire des niveaux de soins et des responsabilités respectives des divers acteurs, y compris des professionnels de santé libéraux ; au-delà de l'acceptation géographique, l'accès aux soins renvoie à l'accès à l'information de tous les patients et à la prise en compte des populations vulnérables dans le cadre des missions du service public hospitalier.
- **La continuité des soins**, c'est-à-dire le respect du parcours du patient, de la prévention à la réadaptation, en incluant également les soins curatifs et les soins palliatifs. La mise en œuvre de ce principe requiert une approche coordonnée et transversale du système de soins pour s'assurer de la continuité de prise en charge entre les soins en établissements de santé et les soins en ville, à domicile ou dans les institutions sociales, médico-sociales et carcérales.

La promotion du principe de subsidiarité

Le **principe de subsidiarité**, guidant généralement la répartition des compétences entre divers échelons territoriaux et participant de la définition de l'aménagement du territoire, peut également se décliner dans le champ de la santé.

S'agissant de l'organisation des soins, le recours au principe de subsidiarité doit permettre de **résoudre, au mieux, l'équation proximité/ sécurité des soins** :

- **la proximité** doit être privilégiée pour une prestation ou une activité donnée, dès lors que peuvent être assurées, de manière durable, sur un site, la qualité et la sécurité des soins sans perte de chance pour le malade ;
- *a contrario*, **la qualité et la sécurité des soins** impliquent pour un certain nombre de prises en charge, des compétences spécialisées et pluridisciplinaires, des équipes médicales et paramédicales en nombre suffisant pour assurer la continuité des soins et un volume d'activité minimal garantissant à la fois l'expérience de l'équipe et l'optimisation des ressources.

Pour l'ensemble des partenaires associés à l'élaboration du SROS, et notamment dans l'exercice de double déclinaison thématique et territoriale, l'application concrète du principe de subsidiarité nécessitera, en toute transparence vis-à-vis des usagers et de leurs représentants, **une analyse bénéfiques/ risques et la mise en œuvre d'organisations innovantes sur certains sites et pour certaines activités**.

Dans le cas où certaines activités devraient être remises en cause pour des raisons de qualité ou de sécurité des soins, et à défaut d'initiatives des acteurs du territoire de santé, l'ARH sollicitera une reconversion partielle de l'établissement et définira, avec ce dernier et la conférence sanitaire du territoire de santé, les besoins prioritaires à couvrir.

2.1. LES TROIS GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les orientations stratégiques sont présentées de manière hiérarchisée. La **qualité** constitue l'**orientation majeure** du schéma, dont découlent les deux autres principes d'organisation, la **gradation** des soins et l'**articulation** avec le secteur ambulatoire et le secteur social et médico-social.

2.1.1. Une exigence accrue de qualité des soins

Assurer la sécurité des malades et améliorer la qualité des soins font partie intégrante des missions de base et des obligations des établissements de santé.

Depuis une quinzaine d'années, la législation a évolué vers une approche plus qualitative du système de soins ; la suppression de la carte sanitaire par l'ordonnance du 4 septembre 2003 confirme cette volonté d'évoluer vers des outils d'organisation de l'offre de soins moins centrés sur la dimension quantitative de l'offre, et désormais plus tournés sur les besoins et la détermination d'objectifs négociés.

L'assouplissement des règles de planification sanitaire doit, néanmoins, s'accompagner de mesures visant à **renforcer la qualité des prises en charge, à développer les bonnes pratiques et à les évaluer**, à travers notamment :

- **Le respect des normes et des référentiels de soins** (Haute Autorité de Santé ou conférences de consensus), ces derniers devant, si possible, être appropriés et partagés par l'ensemble des professionnels bretons, au premier chef au sein de réseaux de santé ;

- L'incitation auprès des médecins hospitaliers ou libéraux exerçant en clinique, à la **formation continue** et, le cas échéant, l'**adhésion à un réseau de santé**, lorsqu'il existe dans l'activité dispensée ;
- L'incitation à une **meilleure utilisation du médicament** et des dispositifs médicaux : prévention de la iatrogénie médicamenteuse, respect des référentiels pour les molécules innovantes et les dispositifs médicaux, maîtrise des prescriptions hospitalières en ville.

Deux politiques transversales, qui ne figurent pas au nombre des thématiques obligatoires du SROS énumérées par l'arrêté du 27 avril 2004, mais qui constituent, désormais, des missions des établissements de santé, doivent continuer à faire l'objet d'une démarche projet volontariste pour répondre aux attentes légitimes des usagers :

- **La lutte contre la douleur**, chronique ou aiguë, doit être généralisée à tous les âges de la vie et dans les différents types de prises en charge proposées au patient et se traduire par :
 - Le développement d'une dynamique interne à chaque établissement ou inter-établissements suscité par le comité de lutte contre la douleur (CLUD) et défini par des plans d'actions qui devront figurer obligatoirement dans chaque contrat d'objectifs et de moyens ;
 - La généralisation d'une prise en compte de la douleur dans toutes les prises en charge assurées au sein de l'établissement -des urgences à l'unité de soins de longue durée- ;
 - Un fonctionnement en réseau de tous les acteurs au niveau du territoire de santé et de la région devant favoriser la diffusion des protocoles et l'évaluation des pratiques professionnelles.
- **La lutte contre les infections nosocomiales**, et au-delà contre l'ensemble des risques iatrogènes, doit être intensifiée.

La prévention, qui repose sur une mobilisation renforcée des professionnels hospitaliers, sur une vigilance quotidienne dans l'organisation des soins et le respect des bonnes pratiques d'hygiène, doit être promue grâce à une plus grande diffusion et appropriation des recommandations et protocoles écrits et à un effort soutenu de formation des personnels.

Complémentairement, la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales doit permettre de mieux évaluer les résultats obtenus, l'impact des mesures prises sur la fréquence des infections et garantir une information plus objective des patients.

Sur le plan organisationnel et dans un cadre territorial, au niveau inter-établissements, le renforcement des structures de lutte contre les infections nosocomiales, que sont les équipes opérationnelles en hygiène hospitalière (EOHH), reste une priorité. Le décloisonnement des secteurs hospitalier, ambulatoire, social et médico-social doit, sur ce plan, être également favorisé.

Plus largement, la lutte contre les infections nosocomiales doit s'inscrire dans une politique globale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins.

- Ce même souci de la sécurité des soins s'impose dans la gestion **des dépôts des Produits Sanguins Labiles (PSL)** : la transfusion sanguine fait l'objet de dispositifs spécifiques inclus dans le SOTS (Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine), qui doit s'articuler avec le SROS, afin que toutes les activités liées à l'urgence, en médecine, chirurgie et obstétrique, puissent disposer d'une délivrance rapide et sécurisée des PSL.

Des recommandations spécifiques aux dépôts de PSL et aux règles d'hémovigilance seront, en conséquence, introduites dans les annexes qualité et sécurité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés entre l'ARH et les établissements.

La promotion de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans les établissements de soins suppose également le développement simultané de **systèmes d'information adaptés et communicants et de la télémédecine**, pour une prise en charge coordonnée des patients entre tous les acteurs de santé, médecine libérale, établissements, grâce au déploiement d'une messagerie sécurisée et au développement d'applications dans le cadre des réseaux (oncologie, gériatrie, périnatalité,...) sur la plateforme de Télésanté de Bretagne, en lien avec le projet national du Dossier Médical Personnel (DMP).

D'autre part, les relations de l'établissement avec le médecin traitant du patient hospitalisé devront faire l'objet d'initiatives concrètes permettant un contact facilité entre les praticiens (accès téléphonique, délai d'envoi des courriers,...).

Enfin, le souci d'accompagnement global du patient doit être accentué :

- sur le plan psychologique, notamment en cas de traumatismes graves, cancer et maladies chroniques,
- sur un plan somatique, notamment lorsque la personne souffre de maladie mentale,
- sur un plan social : une attention particulière doit être portée aux personnes en situation de précarité, aux détenus, aux personnes âgées et handicapées, aux personnes atteintes de maladie mentale. Cette attention doit notamment garantir l'accessibilité aux soins, mais également aux établissements de soins en application de la loi 2005-102 du 11 février 2005.

Cet accompagnement doit se réaliser en relation étroite avec les familles, les associations de malades et de bénévoles et dans le respect du rôle et des responsabilités de chacun.

2.1.2. Une graduation des soins au sein et entre les différents territoires de santé

L'ordonnance du 4 septembre 2003 remplace la notion de secteur sanitaire par celle de territoire de santé et offre désormais la possibilité de définir des espaces d'organisation des soins modulaires et spécifiquement adaptés à la thématique envisagée.

Le SROS se doit, dans le cadre territorial renouvelé décrit *infra*, d'organiser un **dispositif gradué de l'offre de soins hospitalière**, assurant accessibilité et qualité des prises en charge : si le secteur sanitaire est validé comme territoire pivot de l'organisation, certaines prises en charge ou activités ont vocation à se décliner à l'échelon :

- régional, au profit de certaines populations ou certaines prises en charge dans une thématique donnée ;
- intersectoriel (périnatalité) ;
- départemental (urgences, permanence des soins) ;
- ou encore, au sein des territoires de proximité (filiale gériatrique, soins de suite polyvalents, HAD).

L'organisation de l'offre au sein des différents territoires de santé doit donc veiller à la cohérence entre les différentes activités, garantir la prise en charge globale du patient et se traduire, par la mise en œuvre conjointe des principes de subsidiarité et de complémentarité entre les établissements de santé et leurs plateaux techniques, sous forme d'une graduation des soins proposés à la population.

Au regard des différences de besoins décelées au travers des indicateurs sur l'état de santé et des disparités de recours aux soins d'une zone géographique à une autre, la mise en œuvre de ce principe implique un **nécessaire rééquilibrage entre les territoires**, *via* notamment l'accroissement du potentiel de prise en charge au profit de certains d'entre eux.

Sur chaque territoire de santé, les acteurs locaux déclineront sur un plan opérationnel cette réponse graduée, variable selon les activités et les besoins considérés, à travers le **projet médical de territoire** (PMT), élaboré au sein de chaque conférence sanitaire et pris en compte dans l'annexe du SROS. Cette démarche de projet médical de territoire doit garantir, dans la durée et au travers des projets d'établissement et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens :

- L'engagement des établissements de santé dans les **dispositifs de prévention** (particulièrement dépistage et réadaptation) sur les priorités du PRSP, et pour les pathologies à risque vasculaire,
- **L'identification de niveaux de soins** par activité et par établissement au vu des normes et des référentiels applicables dans un souci de répartition des rôles et non d'instauration d'une hiérarchie,
- **Le développement des coopérations** entre les établissements de santé publics et privés : postes médicaux partagés, fédérations médicales interhospitalières, conventions, Groupement d'Intérêt Economique (GIE) ou Groupement de Coopération Sanitaire (GCS),
- **La diversification des modes de prise en charge** pour une meilleure prise en compte des attentes de la population, et à ce titre : développement des prises en charge en ambulatoire ou en hôpital de jour (chirurgie, médecine, psychiatrie, réadaptation...), de l'HAD,...
- **L'efficacité des transports sanitaires, corollaire de la graduation des soins hospitaliers.** L'optimisation des transports sanitaires recouvre deux problématiques :
 - L'organisation des transports sanitaires urgents traitée dans le cadre du volet thématique « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins »,
 - L'augmentation prévisible du nombre de transports secondaires inter-établissements qui nécessite, dans un premier temps, une réflexion au sein du sous-comité « transports sanitaires » des CODAMUPS et qui, le cas échéant, pourrait justifier à terme un volet complémentaire du schéma.

Enfin, la réponse aux besoins d'une population vieillissante en termes de proximité et d'accessibilité des soins impose d'élargir la définition et le cadre d'une organisation graduée des soins aux différents niveaux de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale.

2.1.3. Une articulation organisée avec le secteur ambulatoire et le secteur social et médico-social

Si le SROS II préconisait une articulation de l'offre hospitalière avec l'ensemble du système de soins, le SROS de 3^{ème} génération - conformément aux principes énoncés dans l'ordonnance du 4 septembre 2003 et dans la circulaire du 5 mars 2004 - porte désormais l'ambition d'un **décloisonnement** entre les différents secteurs sanitaires hospitalier et ambulatoire, social et médico-social.

L'un des enjeux majeurs du SROS réside dans la mise en œuvre d'une **démarche réellement intégrée**, c'est-à-dire incluant dans sa réflexion et ses principes d'organisation les liens entre les établissements de santé et les autres acteurs du champ sanitaire, social et médico-social.

La structuration en réseaux de santé

Ainsi, **la structuration en réseaux de santé**, émergente dans le SROS II, doit-elle être confortée afin d'optimiser le fonctionnement des réseaux Ville/ Hôpital et d'encourager le travail au sein de réseaux sanitaires/ sociaux et médico-sociaux.

Il convient à ce titre de différencier **deux types de réseaux de santé**, dont la structuration doit être envisagée de manière distincte :

- Pour les **réseaux par grand type de pathologie ou de prise en charge** (cancer, risques vasculaires, périnatalité, maladies neurologiques évolutives, maladie mentale...), il est nécessaire de veiller à ce que le partenariat construit sur le terrain définisse le rôle des divers acteurs et associe pleinement les spécialistes libéraux et les auxiliaires médicaux directement concernés (pharmaciens, kinésithérapeutes, podologues, infirmiers...) et les médecins traitants et/ou généralistes dans la mesure de leur possible implication. Ces nouvelles pratiques professionnelles devraient permettre d'améliorer la circulation de l'information concernant les patients, sous réserve du recueil préalable du consentement de ces derniers.

En ce qui concerne les réseaux de prise en charge des maladies évolutives ou chroniques génératrices de handicap, il convient de prévoir, dès l'origine, les articulations avec le secteur médico-social. A cet effet, il est donc préconisé de privilégier une structuration régionale pour ce type de réseaux.

- Pour les **réseaux dits de proximité** (gériatrie, soins palliatifs), il semble important de veiller à simplifier au maximum la fonction de coordination, afin de donner la première place aux intervenants médicaux et paramédicaux à domicile, de développer les solidarités locales avec les associations et les collectivités locales et de mobiliser les structures hospitalières en recours ou repli.

Il reste également à :

- Eviter la dispersion et promouvoir, au contraire, une approche commune et globale de certains risques de santé, tel le risque vasculaire se traduisant par diverses pathologies : diabète, IRC, pathologies cardio-vasculaires par exemple. Le but de cette démarche est de mutualiser les moyens (temps de coordination, de diététique, activités de formation et d'éducation thérapeutique par exemple) et de promouvoir une prise en charge globale (prévention et soins).
- Sensibiliser et accompagner les professionnels libéraux :

Les professionnels libéraux sont sollicités sur de nombreux sujets. L'adhésion à un projet de réseau leur demande beaucoup d'investissement. Financée par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV), une étude visant à identifier les leviers d'une plus forte adhésion des professionnels libéraux aux réseaux pourrait formuler des pistes d'action.

La coordination des professionnels de santé hospitaliers et libéraux

Au-delà des articulations formalisées au sein des réseaux de santé, la nécessaire coordination des professionnels de santé des secteurs hospitalier et ambulatoire s'impose tout particulièrement sur deux champs :

✓ L'organisation articulée des urgences et de la permanence des soins

Dans un contexte général de recherche d'équilibre entre les acteurs hospitaliers et de ville, la médecine ambulatoire et l'hôpital se doivent d'articuler leurs modalités d'exercice afin d'améliorer la qualité de la réponse proposée aux usagers. A ce titre, la démarche commune initiée en Bretagne sur les urgences et la permanence des soins constitue une opportunité pour réfléchir à l'organisation de l'ensemble de la prise en charge des soins non programmés.

Des actions tendant à améliorer le système de soins ont été réalisées ces dernières années : structuration et renforcement des moyens consacrés aux urgences, création de maisons médicales de garde, organisation nouvelle des centres de régulation, révision des secteurs de garde ambulancière.

En outre, des groupes de travail, composés de tous les acteurs intervenant sur les champs ambulatoire et hospitalier, ont œuvré dans le cadre du COTER Urgences dont le champ a été étendu à la permanence des soins.

Les propositions d'organisation, déclinées dans le volet thématique correspondant, doivent permettre de :

- **s'accorder sur le niveau minimum d'exigences qui devra caractériser les projets sur l'organisation de la permanence des soins.** Ces critères communs renforceront la cohérence de l'ensemble du dispositif : régulation téléphonique, organisation de l'offre médicale, garde ambulancière, urgences hospitalières et filières de soins.

Ces exigences doivent concerner, notamment, les délais d'accès aux soins, prenant en compte les particularités des zones fragilisées par une démographie médicale faible, ou à forte variation saisonnière. Ils répondent, en outre, à la nécessité de conjuguer efficacité de l'organisation et maîtrise des coûts.

- **rechercher une cohérence dans les missions et redéfinir le cadre d'intervention des différents opérateurs** sur l'ensemble du champ Ville/ Hôpital de la permanence des soins et des urgences.

La recherche de l'efficacité suppose la complémentarité entre les différents effecteurs : il convient pour ce faire de redéfinir les rôles et missions des différents intervenants : services des urgences, médecins libéraux quel que soit le cadre de leur intervention, médecins de garde, intervenant en maison médicale de garde (MMG) ou au sein d'une association, transporteurs (SDIS, SAMU et ambulanciers privés).

✓ *La prise en charge des patients en aval des soins aigus*

Sur le champ hospitalier, le SROS doit assurer la prise en charge des patients en aval des soins aigus généralement dispensés en hospitalisation complète et appelés à se développer du fait de l'évolution des techniques et du vieillissement de la population, ce qui suppose :

- ♦ Le renforcement de la place des hôpitaux locaux dans le dispositif

Les hôpitaux locaux doivent être en mesure d'accueillir des malades en post-aigu : soit en médecine, soit en SSR.

Ces derniers doivent, en outre, être confortés comme lieux d'accueil des consultations avancées et sites de repli pour les médecins généralistes et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- ♦ Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Conçue comme une alternative à l'hospitalisation complète privilégiant le maintien des relations avec la famille et avec le médecin traitant et/ou généraliste pour certains types d'indications définies, dans le cadre de protocoles garantissant la qualité des soins, ce mode de prise en charge doit être développé.

L'implication attendue des professionnels libéraux dans les hôpitaux locaux et au sein de l'HAD justifie leur association en amont de l'élaboration des dispositifs et la reconnaissance du rôle du médecin traitant.

Cette réforme s'inscrit donc dans une recherche d'amélioration de la coordination entre les acteurs de santé, gage d'une meilleure qualité de prise en charge des assurés.

Cette réorganisation de la médecine de ville vise à favoriser un parcours de soins coordonnés pour les patients ainsi qu'une maîtrise des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources.

♦ La poursuite de la médicalisation des établissements de soins de suite

L'objectif fixé dans le cadre du SROS II concernant la médicalisation des établissements, en particulier sur les Maisons de Repos et/ ou de Convalescence, a déjà fait l'objet d'une mise en œuvre effective *via* la contractualisation avec ces structures.

Cet effort doit néanmoins être poursuivi afin, notamment, d'améliorer l'accueil des patients dépendants ou particulièrement lourds.

L'articulation avec le secteur social et médico-social

Cette dernière portera essentiellement sur :

- la prise en charge des personnes âgées avec une priorité donnée au maintien au domicile et un souci de diversification des modes d'accueil ;
- l'accompagnement pluri-institutionnel des adolescents en grande difficulté et des malades mentaux stabilisés reconnus comme handicapés psychiques et devant être soutenus dans leur vie sociale ;
- la mise en place d'aides à domicile concomitamment à l'admission en hospitalisation à domicile ;
- l'accueil et la prise en charge des populations en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

Sur ces différents champs d'ores et déjà identifiés avec les Conseils Généraux, l'articulation entre les établissements et les institutions sociales et médico-sociales doit faire l'objet d'une formalisation de conventions, assorties de protocoles et d'obligations réciproques bien définies autorisant une évaluation des résultats.

2.2. LES GARANTIES APPORTEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les orientations stratégiques définies précédemment sont, généralement, déclinées dans les différents volets thématiques et dans l'annexe du présent SROS, qui fixe, par territoire de santé, puis par activité de soins ou équipement lourd, les éléments qui déterminent les objectifs quantifiés du schéma et les évolutions de l'offre dans les cinq années à venir, dans le respect de l'autonomie des établissements de santé.

Si l'initiative des acteurs locaux facilite l'adhésion et une certaine dynamique au travers notamment du projet médical de territoire, il est indispensable, dans certaines situations ciblées présentant une difficulté particulière, de donner une orientation claire sur l'évolution souhaitée pour aider les acteurs locaux à bâtir une alternative crédible.

Au-delà de leur déclinaison thématique et territoriale dans le SROS, la mise en œuvre de ces orientations peut être garantie par un dispositif d'accompagnement articulé autour de 3 axes majeurs :

- une concertation permanente relayée par un effort de pédagogie ;
- la promotion de la coordination et de la coopération, garantie par la contractualisation avec les établissements de santé ;
- le suivi et l'évaluation.

2.2.1. Une concertation permanente

Des **espaces permanents de concertation** doivent s'instaurer, tant en amont qu'en aval de la démarche d'élaboration du SROS, à deux niveaux :

- **au niveau régional** : le fonctionnement en continu des COTER, du Comité Régional des Usagers et du **comité de pilotage et d'orientation du SROS, appelé à devenir le comité de suivi du SROS, doit être acté,**
- **au niveau de chaque territoire de santé (secteur sanitaire)** : l'ouverture des conférences sanitaires à de nouveaux membres constitue le gage d'une association plus étroite entre les établissements, les professionnels de santé libéraux, les élus (dont des représentants de Pays) et les usagers, ainsi que celui d'une meilleure articulation entre les projets médicaux de territoire et les démarches de projets territoriaux de santé appelées à se développer au sein des Pays.

2.2.2. Un dispositif d'accompagnement des usagers et des prescripteurs

Il convient de prévoir un accompagnement des professionnels de santé, à la fois hospitaliers et libéraux, sur les démarches qualité et l'évaluation de leurs pratiques. Les réseaux de santé offrent, d'ores et déjà, une structure d'accompagnement. Pour autant, restent à développer des actions pédagogiques, en direction des acteurs du système de santé, plus généralisées (à travers une communication interne et/ou externe des travaux ou des référentiels).

A cet égard, les contrats de bon usage dans les établissements de santé et les accords dans le champ conventionnel sont autant d'opportunités pour rapprocher des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, et favoriser les échanges sur leurs pratiques respectives dans une discipline ou des types d'actions thérapeutiques donnés (prescription du médicament).

La pédagogie passe aussi par le développement d'une information en direction du grand public et des patients.

Le patient doit pouvoir exercer son choix dans de bonnes conditions. Pour cela, le dispositif d'accompagnement doit lui garantir la possibilité d'accéder à un certain nombre d'informations portant sur des indicateurs quantitatifs (exemple : indicateurs d'activité) et qualitatifs (exemple : statistiques portant sur les infections nosocomiales). Les informations seront assorties d'éléments de comparaison soit à des référentiels, soit à des moyennes régionales ou nationales.

Les supports de communication restent à déterminer, mais devraient inclure à terme l'élaboration d'un document de synthèse, si possible annuelle, un affichage dans les établissements de santé et, par ailleurs, une communication spécifique vis-à-vis des prescripteurs et vis-à-vis du grand public.

Le médecin généraliste et/ ou le médecin traitant demeure le vecteur privilégié d'une information personnalisée en direction du patient. Il en est de même des référents médicaux et paramédicaux dans le cadre de prises en charge hospitalières en cancérologie ou en santé mentale.

Parallèlement, cette information personnalisée doit être complémentaire d'une démarche plus générale en direction du grand public, avec l'appui des leaders d'opinion, sur :

- le système de santé et sur ses principaux enjeux ;

- des messages plus ciblés relatifs au recours aux soins et, notamment, sur le recours aux urgences et à la permanence de soins, sur la prise en charge de certaines pathologies aiguës (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux,...) ;
- la performance des établissements de santé, cette dernière information se révélant la meilleure garantie d'une égale accessibilité aux soins.

2.2.3. La promotion de la coordination et de la coopération, garanties par la contractualisation

A la jonction des réformes de l'organisation sanitaire portée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et de la tarification à l'activité, le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** dans un cadre juridique renouvelé fixe désormais « *les objectifs quantifiés des activités de soins et les équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre* » (article L. 6114-2).

Principal outil de mise en œuvre du SROS, le CPOM de chaque établissement de santé - voire dans certains cas commun à plusieurs établissements - doit servir de support à la mise en œuvre du **projet médical de territoire (PMT)**. Ce dernier doit favoriser le développement de coopérations public/ privé/ professionnels de santé libéraux, ainsi que l'organisation de complémentarités permettant de mieux prendre en compte la contrainte de la démographie médicale et de mettre en place la permanence des soins.

Le **renforcement des liens entre le SROS et les CPOM** suppose donc que soient généralisés les projets d'établissement, et que – dans le respect du principe de négociations contractuelles – une attention particulière soit portée au contenu des contrats quant à la définition d'objectifs plus précis sur la qualité des soins, l'informatisation du processus de soins ou encore sur la préparation du dossier médical personnel. De même, les revues annuelles de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens devront désormais être systématisées.

Les démarches de coopération inscrites dans les PMT et dans les CPOM pourront utilement développer **trois supports privilégiés de collaboration** :

- **Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)** qui, dans sa forme modernisée, est désormais ouvert aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux, ayant vocation à devenir, selon l'ordonnance du 4 septembre 2003, une forme juridique privilégiée de coopération et de mutualisation des moyens sur un territoire donné.
- **Les réseaux de santé** comme moyens de fonctionnement décloisonnés permettant de promouvoir le rôle des professionnels de santé assurant les soins primaires (médecins généralistes ou spécialistes, autres professionnels libéraux, S.S.I.A.D...), la place des médecins spécialistes en cabinet de ville ; il s'agit ici d'éviter la création d'une nouvelle structure sanitaire et la tentation de l'hospitalo-centrisme, les moyens de coordination devant assurer le lien entre divers intervenants et améliorer la qualité de la prise en charge ;
- **La structuration du portail et de la plateforme de communication sécurisée** entre les professionnels de santé favorisant la mise en place du « dossier patient personnalisé » à terme et le développement de la télémédecine comme moyens d'optimiser une ressource médicale de plus en plus rare.

Conformément à l'article 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie, le présent schéma comportera un volet « Télémédecine et systèmes

d'information » qui sera élaboré courant 2006, avec l'appui d'un comité technique régional co-piloté par l'ARH et l'URCAM. Ce volet complémentaire sera axé sur :

- la mise à niveau des systèmes d'information hospitaliers et, notamment, sur l'informatisation du processus de soins et l'interopérabilité des systèmes grâce à l'utilisation de standards communs ;
- la rapidité, la sécurité et la facilité des communications entre praticiens hospitaliers et médecins traitants.

En effet, hors champ d'application du SROS, le dispositif du médecin traitant déjà mentionné précédemment s'inscrit également dans une recherche d'amélioration de la coordination entre les acteurs de santé, gage d'une meilleure qualité de prise en charge des assurés. Cette réorganisation de la médecine de ville vise à favoriser un parcours de soins coordonné pour les patients, ainsi qu'une maîtrise des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources.

2.2.4. Le suivi et l'évaluation du SROS

L'optimisation des moyens et la recherche de la qualité supposent de vérifier la bonne mise en œuvre des orientations et des différentes exigences du SROS d'une part, et le respect des obligations en terme de pratiques professionnelles d'autre part.

En conséquence, le comité de suivi du SROS qui, pour mémoire se substitue au comité de pilotage et d'orientation du SROS, se réunira au moins annuellement pour évaluer la mise en œuvre de chaque volet thématique du schéma, assorti *a minima* des indicateurs de suivi retenus dans les contrats signés entre l'ARH et le Ministère d'une part, entre les organismes d'Assurance Maladie et la CNAMTS d'autre part, ainsi que pour être informé des politiques conduites dans les champs connexes (articulation ville/ hôpital, médico-social...).

Le recueil des informations nécessaires et l'objectif plus ambitieux d'évaluation des pratiques suppose :

- le développement d'enquêtes nationales ou régionales réalisées par les professionnels de santé de l'Etat et de l'Assurance Maladie ;
- des revues annuelles de CPOM sur la base d'objectifs et de programmes d'actions précisément définis ;
- une grille précise d'évaluation des réseaux de santé adaptée aux divers champs d'activité ;
- et, surtout, une dynamique au sein des établissements de santé et du secteur ambulatoire propre à développer l'évaluation des pratiques médicales.

3. UNE APPROCHE TERRITORIALE PRAGMATIQUE

En Bretagne, le découpage des secteurs sanitaires, tel que fixé par l'arrêté du 2 février 1994, résultait d'une analyse croisée de l'activité hospitalière et des réalités économiques et sociales prises en compte dans les zones d'emploi définies par l'INSEE.

Ce découpage en huit secteurs sanitaires (n° 1 : Brest/ Morlaix ; n° 2 : Quimper/ Carhaix ; n° 3 : Lorient/ Hennebont ; n° 4 : Vannes/ Auray ; n° 5 : Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon ; n° 6 : St Malo/ Dinan ; n° 7 : St Brieuc/ Lannion/ Guingamp ; n° 8 : Loudéac/ Pontivy) n'a pas été remis en cause lors de l'élaboration du SROS, nonobstant le chevauchement constaté par rapport aux limites départementales et, plus récemment, par rapport à celles de certains « Pays ».

Dès lors que l'ordonnance du 4 septembre 2003 substituait à la notion de secteur sanitaire celle de territoire de santé, il est apparu nécessaire de conduire une nouvelle étude, non seulement sur la pertinence des secteurs sanitaires, mais plus largement sur l'approche territoriale à privilégier, avant d'ouvrir la concertation sur ces nouveaux territoires de santé, dont la circulaire du 5 mars 2004 précise qu'ils peuvent varier selon les activités de soins.

3.1. ANALYSE ET CONCLUSIONS DU RAPPORT « TERRITOIRES ET SANTE EN BRETAGNE »

Le rapport « Territoires et santé en Bretagne » résulte des travaux d'un groupe d'experts inter-institutionnel, présidé par Monsieur Alain EVEN, alors président de la section prospective du Conseil Economique et Social régional.

Privilégiant d'emblée une approche territoriale ouverte, au-delà de la seule problématique de l'organisation des soins, et s'appuyant sur l'expérience de la décentralisation et les attentes des citoyens, le rapport :

- identifie trois niveaux ou échelles territoriales pour l'accès aux soins ;
- distingue trois fonctions pour les territoires de santé ;
- conclut à l'intérêt d'un maintien des secteurs sanitaires, sous réserve d'une bonne articulation entre ces territoires de santé, pivots de l'organisation des soins et de la concertation, avec les territoires issus de la dynamique intercommunale et les « Pays ».

3.1.1. Les trois niveaux ou échelles territoriales

A l'échelle infra-régionale, trois niveaux territoriaux émergent selon que prédomine la proximité ou la rareté des ressources médicales disponibles :

Niveau 1 : la première proximité qui se définit par une très bonne lisibilité, un déplacement court, quelques minutes autour du domicile pour l'accès à des services de soins primaires, dont le médecin généraliste et la pharmacie sont actuellement les emblèmes.

Niveau 2 : la moyenne proximité, permettant des déplacements du patient ou de son entourage compatibles avec la vie de tous les jours (ne nécessitant pas une adaptation de son emploi du temps), soit un éloignement d'environ une vingtaine de minutes du domicile ou du lieu de travail. On pense ici à des soins moins fréquents que les premiers : cabinet dentaire, médecine libérale de spécialités (hors spécialités rares), soins de suite, médecine polyvalente et gériatrique, psychiatrie extra-hospitalière, périmètre d'organisation de l'hospitalisation à domicile,...

Niveau 3 : une troisième dimension territoriale qui se définit plutôt à partir de l'offre comme aire de recrutement d'établissements ou de professionnels pour des pathologies ne relevant pas des deux premiers niveaux. Selon les pathologies envisagées, cela peut être la zone d'influence des offreurs des plus grosses agglomérations de la région, voire de l'interrégion (chirurgie de spécialités).

Les deux premiers niveaux se définissent plutôt à partir de la demande ; le troisième à partir de l'offre.

La fréquence du recours, l'urgence des situations, le caractère itératif des soins, le maintien dans le milieu de vie sont des critères définissant les services des deux premiers niveaux (petite et moyenne proximités) qui se réfèrent au trajet en distance et en temps pour le patient et font prévaloir, de fait, la dimension géographique.

Le troisième niveau renvoie plutôt à la trajectoire de soins proposée au patient et, pour ce dernier, à la volonté d'être soigné par les meilleurs professionnels, ce qui justifie alors des déplacements qui peuvent être plus longs.

3.1.2. Les diverses fonctions des territoires

La notion de « territoires de santé » ne doit pas renvoyer exclusivement à des territoires d'accès aux soins. Il y a nécessité d'intégrer toutes les dimensions dont la prévention, les déterminants de la santé, l'articulation avec l'action sociale et de prendre en compte les espaces de responsabilité des élus et d'expression citoyenne de la « société civile ».

Dès lors, à la question « des territoires de santé, pour quoi faire ? », il est possible de répondre, en référence aux textes, qu'il s'agit de définir :

- l'organisation et l'accès aux soins ;
- la concertation et le développement des partenariats ;
- la mobilisation des élus et des citoyens.

Espaces d'organisation et d'accès aux soins

Les choix d'organisation doivent garantir l'équilibre entre une logique de concentration (optimisation des ressources rares, exigence de qualité liée à des équipes pluridisciplinaires et spécialisées et à une activité suffisante) et une logique de couverture territoriale (accessibilité géographique, maintien dans l'environnement immédiat, bien-être du patient).

Espaces de concertation et de partenariat

L'organisation des soins, et donc l'évolution de l'offre existante, doivent être discutées par les acteurs de soins impliqués.

Au-delà de la nécessaire concertation institutionnelle, les territoires sont aussi les lieux de la construction de réseaux formels et informels, de partenariats entre établissements et professionnels.

C'est, concrètement, sur une base territoriale que s'organise la relation Ville/ Hôpital, les réseaux de médecins et professionnels de santé libéraux, la permanence des soins, l'articulation santé/ action sociale et santé/ services aux personnes...

Espaces de citoyenneté

Considérant que le champ de la santé recouvre, au-delà de l'organisation et de l'accès aux soins, la prévention et, tout particulièrement, l'action sur les déterminants de santé, les auteurs du rapport se réfèrent aux travaux du Conseil Economique et Social de 2004 :

« Une participation de chacun – malade, usager, citoyen – avec les professionnels de santé, les institutions sanitaires, les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie et l'État, aux décisions et à la gestion des prises en charge, mais aussi au fonctionnement global du système de santé est une nécessité. C'est un mouvement de fond qui appelle une organisation nouvelle, appuyée sur un droit renouvelé. »

« La santé doit être prise en mains, également, par les citoyens. Elle ne peut plus être, particulièrement dans des zones sensibles, affaire des seuls techniciens de la santé... La définition des besoins de la population en matière de santé ne peut s'établir sans la participation des citoyens, sans les associations. »

Dès lors, les élus locaux qui ont en charge la gestion de la cité sont, nécessairement, impliqués aux différents niveaux de l'organisation territoriale.

3.1.3. La validation des secteurs sanitaires, sous condition d'une articulation avec les structures intercommunales et les Pays

La définition de « bassins de santé » facilite la compréhension de l'articulation entre l'offre et la demande de soins. Ces bassins définis par l'accès aux soins illustrent des flux de circulation dans le domaine de la santé qui ne sont pas très éloignés des autres flux de circulation des populations (domicile/ travail, domicile/ achats,...) et correspondent à des espaces polarisés (présence des équipements) et hiérarchisés (niveaux de services et d'équipements).

L'inconvénient d'une telle méthode est qu'il s'agit de l'ajustement constaté. Ces découpages entretiennent et figent des situations qui résultent d'une organisation de l'offre.

Dès lors que les élus et les citoyens sont invités à apporter leur contribution au débat, il semble difficile de ne pas prendre en compte la spécificité du maillage territorial breton (réseau de petites villes) et du découpage quasiment totalement achevé en établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et en Pays.

De manière générale, les bassins hospitaliers agrègent assez correctement les communautés de communes et s'inscrivent assez bien dans les limites des Pays.

Le problème ne se pose véritablement que pour :

- les Pays aux densités de population et polarités faibles du Centre Bretagne qui peuvent tout à fait remplir leurs fonctions citoyennes, mais plus difficilement les fonctions d'organisation et de concertation ;
- le Pays de Rennes dont le territoire est beaucoup plus restreint que la réalité de l'attractivité du pôle rennais (aire urbaine et zone d'emploi).

Dans ces conditions, les auteurs du rapport recommandent la recherche d'un rapprochement des territoires de santé et des « **Pays** » dans le but d'une construction articulée et cohérente des projets médicaux de territoire (SROS) et des projets territoriaux de santé (intercommunalité).

Dans les autres cas où Pays et bassins hospitaliers ne correspondent pas tout à fait, une articulation spécifique peut être aisément trouvée.

Sont également à prendre en compte :

- la nécessité d'une relation construite avec les **départements** pour une articulation optimale : action sociale, schéma gérontologique, handicap,... ;
- la place que va prendre **la région** dans le champ de la santé et sa volonté nouvelle de mettre en œuvre une concertation des territoires.

In fine, les experts préconisent le maintien des secteurs sanitaires et les solutions ci-après aux difficultés identifiées :

- Le Pays du Centre Ouest Bretagne ne peut être un secteur, le bassin de proximité de Carhaix peut indifféremment appartenir aux secteurs de Brest ou de Quimper.

- Conserver un secteur 8 (Pontivy/ Loudéac) d'exception (du fait de sa faible masse critique : population et offre de soins).
- Conserver le secteur 5 (Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon) dans ses limites qui correspondent pour une part à celles de l'aire urbaine en veillant à ne pas encourager une trop forte métropolisation des services de soins.
- Conserver le bassin hospitalier de Morlaix (niveau 2, Pays) dans le secteur 1 (Brest/ Morlaix).
- Conserver le bassin de Quimperlé dans le secteur 3 (Lorient/ Quimperlé), ce qui est conforme à la réalité des flux, le Pays de Cornouaille (Quimper, secteur 2) ayant vocation à être associé à la conférence sanitaire.

3.2. LE CHOIX D'UNE ORGANISATION TERRITORIALE CLAIRE

Au vu des conclusions des travaux d'experts, du bilan produit par les conférences sanitaires et après concertation au sein du comité de pilotage et d'orientation, lors des Assises régionales le 2 Octobre 2004 et au niveau des Pays, **il est apparu judicieux de ne pas remettre en cause le découpage en secteurs sanitaires**, mais de veiller, tout particulièrement, à associer les représentants de Pays à l'espace de concertation que constitue la conférence sanitaire renouvelée.

Pour autant, le territoire de santé pivot que constitue le secteur sanitaire se révèle inadapté à l'organisation de certaines prises en charge :

- pour **certaines pathologies ou prises en charge rares et requérant une très haute technicité**, de même que pour **l'implantation de certains équipements** (tomographes à émission de positons – TEP), l'organisation de l'accès aux soins doit légitimement se concevoir à **l'échelon régional, voire interrégional**. Le décret n° 2006-73 du 24 Janvier 2006 énumère à cet égard les activités de soins faisant l'objet d'un Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS), que la Bretagne élaborera, avec ses partenaires des régions du Centre, des Pays de Loire et de Poitou-Charentes, dans le cadre de l'Interrégion Ouest ;
- pour la **structuration de l'aide médicale urgente, très articulée avec la permanence des soins** et avec l'ensemble des services de secours et des transports sanitaires, la fonction de régulation par les services d'aide médicale urgente (SAMU) et l'implantation des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) doivent obéir à une **logique départementale** ;
- enfin, et au nom de la subsidiarité, **les soins hospitaliers dispensés à domicile ou susceptibles de l'être à proximité** de ce dernier doivent pouvoir s'organiser sur des territoires de « moyenne proximité », dits **territoires de proximité**.

3.2.1. Le secteur sanitaire, territoire de santé principal

Conformément à l'article R. 6131-1 du Code de la Santé Publique, les territoires de santé principalement identifiés qui sont, en Bretagne, les huit secteurs sanitaires, sont fixés par arrêté et dénommés comme ci-après :

- Territoire de santé n° 1 : secteur sanitaire Brest/ Morlaix ;
- Territoire de santé n° 2 : secteur sanitaire Quimper/ Carhaix ;
- Territoire de santé n° 3 : secteur sanitaire Lorient/ Quimperlé ;
- Territoire de santé n° 4 : secteur sanitaire Vannes/ Ploërmel/ Malestroit ;
- Territoire de santé n° 5 : secteur sanitaire Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon ;
- Territoire de santé n° 6 : secteur sanitaire St Malo/ Dinan ;
- Territoire de santé n° 7 : secteur sanitaire St Brieuc/ Guingamp/ Lannion ;
- Territoire de santé n° 8 : secteur sanitaire Pontivy/ Loudéac.

Ces territoires de santé opposables remplissent deux fonctions :

- celle d'espace d'organisation et de graduation des soins d'où la définition de l'annexe du SROS par secteur sanitaire ;
- celle d'espace de concertation au sein des conférences sanitaires.

Espace d'organisation et de graduation des soins

L'organisation des soins au niveau du secteur sanitaire doit permettre de satisfaire l'essentiel des besoins de la population, de l'hospitalisation à domicile jusqu'aux soins de recours pour des pathologies plus complexes. Les fuites vers d'autres pôles hospitaliers doivent être, dès lors, limitées à certaines prises en charge particulièrement rares et lourdes relevant des CHU ou autres centres de référence régionaux ou interrégionaux.

En Bretagne, seul le secteur sanitaire de Pontivy/ Loudéac peut déroger à cet objectif en raison de l'effectif de la population à desservir (130 000 habitants). Pour autant, les relations de ce secteur avec les établissements de santé des secteurs sanitaires voisins doivent être clairement organisées pour certaines activités de recours, afin de garantir à la population un accès à des soins de qualité.

En conséquence, l'annexe du SROS qui doit définir, par territoire de santé, les objectifs quantifiés par activité de soins et les évolutions de l'offre de soins prévisibles sur 5 ans, est principalement structurée autour des secteurs sanitaires.

Espace de concertation au sein des conférences sanitaires

Le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 modifie les missions et la composition des conférences sanitaires existant au niveau des territoires de santé.

Préalablement, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération prévoit que la conférence sanitaire soit le lieu de définition et d'animation du projet médical de territoire.

Dans ces conditions, le secteur sanitaire s'est avéré l'espace le plus pertinent pour faire vivre les conférences sanitaires :

- chargées de promouvoir la coopération entre les établissements ;
- appelées à émettre des avis et faire toutes propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du SROS.

Cependant, la démarche de projet médical de territoire, conduite tout au long du SROS par les conférences sanitaires, devra, dans un souci d'approche globale des besoins de la population, prendre en compte les projets territoriaux de santé développés principalement au sein des Pays, voire dans des communautés d'agglomérations et de communes.

Cette articulation garantit la prise en compte dans le champ hospitalier :

- des aspirations citoyennes de la population exprimées par les élus et le tissu associatif ;
- des priorités de santé publique qui seront déclinées au niveau de chaque Pays ;
- de la complémentarité de l'organisation hospitalière avec celle des soins de ville et du secteur médico-social.

Tirant les conséquences d'une articulation prioritaire entre les travaux des conférences sanitaires et la dynamique d'animation territoriale des Pays sur le champ de la santé, la représentativité des élus

au sein de chaque conférence sanitaire devra garantir l'expression de chaque Pays inclus, en tout ou partie, dans le secteur sanitaire au travers d'un membre au moins.

3.2.2. Les autres territoires de santé

Par exception au principe d'une organisation hospitalière par secteur sanitaire, la graduation des soins justifie trois autres niveaux territoriaux :

- **la région** pour l'identification et l'implantation de centres de référence, de centres de ressources et, plus généralement, d'activités d'enseignement et de recherche ou bien encore pour certains modes de prise en charge.

En conséquence, l'annexe du SROS identifiera, pour les activités de soins qui le justifient, les implantations retenues, à l'exclusion des activités et prises en charge qui seront organisées dans un Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (art. D. 6121-11 : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, traitement des grands brûlés, greffes d'organes et greffes de cellules hémato,...).

- **le département**, exclusivement pour la fonction de régulation et de transports sanitaires au titre de l'activité « urgences ». Cette exception opposable est commandée par :
 - l'articulation étroite entre les urgences hospitalières et l'organisation de la permanence des soins qui passe par la mise en place de plateformes de régulation communes à partir des Centres 15 préexistants, dépendants des SAMU ;
 - la complémentarité entre l'intervention des SMUR, des médecins libéraux, des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des transporteurs privés sur un même périmètre d'intervention ;
 - la prise en compte des prérogatives préfectorales en cas de crise et de gestion d'afflux de victimes.

- **le territoire de proximité** adapté aux besoins les plus fréquents de la population.

L'identification de ce territoire pour certaines activités de soins concrétise et garantit l'application du principe de subsidiarité affiché dans les orientations stratégiques.

Pour autant, sauf pour les secteurs psychiatriques expressément prévus par l'ordonnance du 4 septembre 2003, ce niveau territorial qu'il convient de privilégier pour les soins de suite polyvalents, l'HAD, les soins palliatifs et la prise en charge des personnes âgées, doit pouvoir être laissé à l'appréciation des membres des conférences sanitaires et, dès lors, ne pas revêtir de caractère opposable dans ses limites géographiques.

En conséquence, ces territoires ne figurent pas dans l'arrêté définissant les territoires de santé, mais seront mentionnés pour chaque activité de soins concernée dans l'annexe du SROS établie par secteur sanitaire.

Au final, l'organisation territoriale des soins hospitaliers sera lisible dans le présent SROS :

- sous une forme cartographique en synthèse de chaque volet thématique (2^{ème} partie du SROS) ;
- sous la forme de tableaux récapitulatifs, par territoire de santé (Région, département, secteur sanitaire) et par activité de soins, dans l'annexe du SROS opposable.

***DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIF REGIONAL
DES ACTIVITES DE SOINS ET DES
PRIORITES DE SANTE***

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

1.1.1. Les acquis de la période 1999/ 2004

Le dispositif régional actuel de prise en charge des urgences en Bretagne résulte de la déclinaison du schéma régional d'organisation sanitaire 1999/ 2004. L'objectif visé était d'instaurer une organisation en réseaux de soins, complémentaires entre la ville et l'hôpital, gradués selon des niveaux et spécialisation des sites d'urgences, et coordonnés avec une identification des missions, notamment dans le domaine des transports.

Le dispositif issu du SROS II s'articule autour des 4 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) départementaux avec :

- 7 Services d'Accueil des Urgences (SAU) dont deux avec antenne ;
- 18 Unités de Proximité, d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATOU) dont une avec antenne ;
- 20 Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) dont trois avec antenne.

1.1.2. Les faiblesses du dispositif actuel

Les cinq dernières années ont été marquées par d'importantes évolutions de l'activité et de l'environnement des services des urgences et des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) qui ont modifié l'équilibre du dispositif mis en place.

Une forte augmentation d'activité de la médecine d'urgence

Sur l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences, l'activité des professionnels a connu une croissance très forte modifiant à la fois le contenu des pratiques et les organisations envisagées :

- Les 4 SAMU bretons, avec 572 000 affaires traitées en 2004 ont connu une augmentation d'activité de 174 % entre 2001 et 2004. Celle-ci porte, essentiellement sur les week-ends qui représentent désormais 46 % de l'ensemble des affaires traitées. Cette augmentation s'est conjuguée avec la modification du contenu des appels (les nouvelles affaires traitées ne résultent pas d'une plus grande prévalence des situations d'urgence mais d'un transfert de la permanence des soins de ville) et a conduit à une modification de fait des missions et des organisations des SAMU ;
- Les services des urgences ont, sur la période 1997/ 2003, enregistré un taux moyen de croissance annuelle de l'activité de + 3,5 % pour atteindre 645 400 passages sur l'ensemble des services bretons. Si la répartition de la charge de travail est plus lissée sur la semaine, les profils de patients sont très différents entre le week-end et la semaine et les conséquences de cette augmentation sont majeures sur les organisations et la capacité des services à gérer les flux de patients ;
- Les SMUR ont également connu une augmentation du nombre de leur sorties (globalement de 11,5 % entre 2001 et 2003), mais l'activité relative par site est très hétérogène même si elle reste globalement stable avec une moyenne de 3,14 sorties/jour/SMUR et 9,4 sorties annuelles pour 1000 habitants.

Une redéfinition de la permanence des soins amorcée en 2001, actée dans les décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005

Ces augmentations d'activité résultent notamment de la reconfiguration de la permanence des soins engagée depuis 2001. Celle-ci se caractérise à la fois par la volonté de limiter le nombre de secteurs de garde et par l'abandon progressif des visites et consultations particulièrement entre 0 h et 8 h. Malgré la création de maisons médicales de garde, la mise en place progressive de la corégulation au Centre 15 et la recherche d'un nouveau découpage plus économe de temps médical, le dispositif n'est pas stabilisé et n'a pu, dès lors, faire l'objet d'un affichage clair des modalités de recours aux soins auprès de la population.

Cette situation engendre de fait le déport vers les structures hospitalières (SAMU, urgences, voire SMUR) d'une activité ne relevant pas spécifiquement de l'aide médicale d'urgence.

Une absence de régulation en amont des passages aux urgences

Les augmentations constatées résultent également de l'évolution des pratiques de « consommation » des services des urgences de la part des usagers. Pour diverses raisons (accès facile au plateau technique, transfert de certains actes courants en provenance de la médecine de ville), le service des urgences fait l'objet de sollicitations qui modifient, de fait, ses missions : le taux d'inadéquation des passages aux urgences relevant de la médecine générale est estimé à 13,5 %¹.

Ces difficultés sont renforcées par le fait que ces accès se font sans régulation préalable pour près de 70 % des patients².

Des difficultés de gestion des flux de patients au sein des urgences

Ces évolutions fortes des volumes d'activité ont rendu plus complexe la gestion des flux de patients aux profils très variés. Les symptômes en sont l'allongement des durées de passages³, un engorgement chronique des urgences de certains établissements, mais surtout le risque d'une prise en charge différée d'une urgence vitale non identifiée.

La diversité des prises en charge selon l'âge, la pathologie et le degré de gravité impose un « tri » médicalisé dès l'entrée qui n'est pas toujours réalisé dans des conditions optimales.

Des difficultés d'organisation en aval des prises en charge aux urgences majorées par un fort taux d'hospitalisation

Les difficultés rencontrées dans la gestion des flux résultent également du manque de fluidité et de cohérence dans le parcours des patients en aval des urgences (7 % des patients hospitalisés sont orientés dans un service inadéquat, mais ce taux atteint 40 % chez les patients âgés de plus de 75 ans⁴).

Ce phénomène constaté dans l'ensemble des établissements tient, à la fois au caractère par nature aléatoire de l'activité d'urgence, à l'absence de réservation de lits dédiés aux patients en provenance des urgences, aux trop faibles capacités de médecine polyvalente et de médecine gériatrique proportionnellement aux services spécialisés, aux rigidités existant lors de l'orientation des patients vers le domicile, les soins de suite ou les établissements médico-sociaux.

1 Enquête DRSM 2004

2 63,3 % des patients arrivent spontanément aux urgences en semaine et 78 % le week-end.

3 Durée moyenne du passage entre 2H30 et 3H00 selon les jours de la semaine

4 Enquête DRSM 2004

Ces dysfonctionnements dans la filière des urgences sont d'autant plus importants que la Bretagne connaît un taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences très élevé (26,8 % hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) contre 19 % France entière)⁵ et que les personnes âgées sont particulièrement représentées dans les services d'urgence (18,5 % ont plus de 70 ans, contre 14 % France entière).

Ils sont également accrus par le manque de coordination avec les professionnels de ville. En effet, il semble que les « sorties » à domicile s'appuient rarement sur le réseau ambulatoire puisque le taux de transmission d'informations médicalisées entre médecins urgentistes et médecins généralistes est inférieur à 50 % y compris pour les patients adressés par les médecins de ville⁶.

Des profils d'activité spécifiques dans certains services d'urgences

Alors que l'octroi d'autorisation à faire fonctionner des services des urgences était fondé, en référence aux textes, sur une exigence de polyvalence, l'analyse du contenu de l'activité montre que certains sites ont un profil très spécifique : activité nocturne très faible, spécialisation en chirurgie, forte représentation de la traumatologie, patients plus jeunes, taux d'hospitalisation faible.

Ce constat est moins lié au statut des établissements qu'à leur orientation chirurgicale. Il ne remet pas en cause le service rendu en matière de prise en charge des soins non programmés mais pose néanmoins question en terme de répartition de la charge des passages entre les établissements (en médecine et en gériatrie) en particulier dans les grandes agglomérations. Par ailleurs cette situation s'avère inéquitable du point de vue du financement, puisque certains établissements réalisent la même activité d'accueil de soins non programmés pour un coût inférieur pour l'Assurance-Maladie.

Un défaut d'évaluation

Les outils d'évaluation mobilisés entre 1999 et 2004 (SAE essentiellement) n'ont pas permis de fonder une approche suffisamment qualitative. Cette difficulté a été renforcée par la diversité des systèmes d'information et des définitions retenues par les différents acteurs.

1.2. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans l'élaboration du volet « Urgences et articulation avec la permanence des soins ».

1.2.1. L'évolution des besoins

Les projections démographiques laissent présager une augmentation de 2,56 % de la population bretonne entre 2005 et 2010. Si on applique le taux de 221 passages annuels pour 1 000 habitants observé en 2003, le nombre de passages attendu en 2010 sera de 680 500. Si par contre l'augmentation tendancielle de 3,5 %, observée ces 6 dernières années, devait se poursuivre jusqu'en 2010, le nombre de passages annuels atteindrait 780 500.

⁵ Données SAE 2002

⁶ Enquête DRSM 2004

Au-delà de ces évolutions démographiques, plusieurs facteurs sont susceptibles de modifier à la hausse ou à la baisse cette tendance :

- l'évolution du comportement des usagers vers un recours accru aux urgences privilégiant l'accès rapide et instantané aux soins ou ne trouvant pas la réponse adéquate en ville. Ceci pourrait se confirmer en l'absence de stabilisation du dispositif de permanence des soins et en l'absence de régulation des accès,
- la modification des organisations de prise en charge en filière ou en réseau de certaines populations ou pathologies notamment en ce qui concerne la filière gériatrique,
- la volonté affichée dans le volet « médecine » de privilégier les entrées directes dans les services,
- la mise en place de structures alternatives de Permanence des Soins (PDS), telles que SOS médecins, maisons médicales de garde ou à défaut tout autre dispositif expérimental d'initiative hospitalière, à l'exclusion de la mobilisation des SMUR et sous réserve de transfert de financement,
- la mobilisation éventuelle des services des urgences dans la gestion des situations de crise provoquant un afflux de victimes. Ces situations devant, d'ores et déjà, être anticipées et mobiliser les professionnels dans le cadre de l'élaboration des plans blancs.

1.2.2. Le contexte démographique médical

Si l'on se fonde sur l'âge moyen des urgentistes en poste actuellement (40 ans) et si l'on tient compte du processus de spécialisation de la médecine d'urgence, les perspectives peuvent paraître moins défavorables que pour certaines autres spécialités. Toutefois, les situations risquent d'être très variables sur l'ensemble du territoire breton compte tenu du manque d'attractivité de certains sites, de la fragilité de leur plateau technique, des conditions d'organisation de la permanence incluant d'autres spécialités plus menacées, et du statut des postes proposés (proportion importante de postes d'assistants).

Cette situation plaide en faveur d'un développement des fédérations médicales interhospitalières assurant une utilisation efficiente de la ressource médicale sur un territoire de santé.

1.2.3. Le contexte économique

Le développement et les mutations de l'offre de soins proposée doivent tenir compte du cadrage financier qui, chaque année, résulte du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois cette contrainte s'exprimera selon des modalités différentes puisque pour les services des urgences une tarification à l'activité est appliquée depuis 2004 et constituée de tarifs au passage et de forfaits annuels fixés au plan national. Les SMUR et SAMU demeureront financés par dotation dans le cadre des missions d'intérêt général.

De façon générale, le SROS II ayant permis la mise en place du maillage territorial et l'adaptation des moyens dédiés aux services des urgences (24.8 M€ leur ont été consacrés ce qui a fait des urgences la première priorité sur le plan budgétaire), le SROS de 3^{ème} génération devra être orienté davantage vers l'amélioration de l'efficacité du dispositif (coordination, gestion des filières de soins).

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

Les principes d'organisation ci-après ont un caractère opposable car ils résultent de l'application de dispositions législatives ou réglementaires.

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

En référence aux constats et aux enjeux décrits au paragraphe 1, le SROS se donne pour objectif général d'assurer un fonctionnement plus efficient du dispositif en place en définissant des principes d'organisation favorables à :

- une meilleure définition des rôles de chacun des acteurs de la prise en charge de l'urgence,
- un fonctionnement plus efficient de la filière des urgences,
- une amélioration de la qualité des prises en charge notamment pour les populations spécifiques.

L'organisation territoriale garantit un niveau d'accessibilité aux soins d'urgence et une technicité satisfaisants pour l'ensemble des usagers.

Les principes d'organisation sont définis en tenant compte :

- de l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge,
- des évolutions réglementaires,
- des contraintes liées à la démographie des professionnels,
- des contraintes économiques.

2.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

2.2.1. Assurer une organisation territoriale adaptée aux besoins

Principes généraux

L'activité de soins de médecine d'urgence s'exerce selon les trois modalités suivantes : régulation des appels adressés au SAMU ; prise en charge des patients par le service mobile d'urgence et de réanimation ; prise en charge des patients accueillis au service des urgences.

L'organisation territoriale respecte les principes d'accessibilité et de qualité de prise en charge des urgences. Elle vise à identifier les sites nécessaires et leurs modalités de coopération.

Le périmètre du territoire diffère entre urgences pré-hospitalières (découpage départemental) et hospitalières (organisation sectorielle) impliquant une bonne articulation, notamment sur les secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé », « St Malo/ Dinan » et « Pontivy/ Loudéac », situés sur 2 départements.

Les SAMU

Les articles L. 6311-1 et R. 6311-1 à R. 6311-13 du Code de la Santé Publique déterminent les missions et l'organisation des unités participant au service d'aide médicale d'urgence.

Dans la mesure où ils participent à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgence placés sous la responsabilité de l'autorité préfectorale et où ils contribuent à la coordination d'acteurs organisés au niveau départemental (Services départementaux d'incendie et de secours, permanence des soins, transporteurs privés, SMUR), les SAMU ont un ressort départemental.

Les sites d'accueil des urgences

✓ Missions

Les articles R. 6123-1 à R. 6123-32 et D. 6124-1 à D. 6124-17 précisent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des services d'accueil des urgences.

Les établissements autorisés doivent notamment « accueillir, sans sélection, 24 h/ 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. ».

Les établissements doivent être en capacité d'assurer un accueil polyvalent (médical et chirurgical) et disposer d'une organisation permettant un accueil, un traitement et une orientation des populations spécifiques (personnes âgées, patients souffrant de troubles psychiatriques, enfants et adolescents).

✓ Répartition des sites

L'implantation des services d'accueil des urgences au sein des secteurs sanitaires vise à assurer une accessibilité satisfaisante pour la population. Elle tient compte en priorité :

- du besoin observé (volume d'activité des sites, évolution des passages en fonction des heures de la journée, typologie des pathologies),
- de l'existence, dans le secteur sanitaire, d'établissements non autorisés qui, au titre de l'article R. 6123-26 « dispensent des soins immédiats aux patients qui se présentent à leurs consultations externes quel que soit l'horaire de celles-ci ».

Les transports sanitaires

✓ Principes généraux

Le déclenchement de moyens et l'organisation des transports par le SAMU se fondent sur 3 critères : gravité, contexte et délais d'intervention des ressources disponibles. Cette mission doit tenir compte des modes d'organisation des effecteurs, SMUR, SDIS et transporteurs privés, dont les rôles respectifs sont définis dans la circulaire du 29 mars 2004.

Au plan régional, la coordination entre les acteurs est assurée par l'utilisation de deux référentiels :

- une charte régionale de fonctionnement multipartite, commune à l'ensemble des acteurs de l'urgence (SAMU, SDIS, transporteurs privés, service d'urgences et médecins généralistes) servant de socle aux conventions tripartites départementales, réglementaires.
- un référentiel médical commun de réponse à l'usage des deux modes de régulation (aide médicale urgente et permanence des soins) sur la base des référentiels nationaux déjà existants.

✓ Les SMUR

Les articles R. 6123-9 à R. 6123-17 et D. 6124-18 à D. 6124.26 du Code de la Santé Publique déterminent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des SMUR. Les SMUR, soumis à autorisation, sont régulés par le SAMU départemental.

La répartition géographique des SMUR tend à assurer un maillage du territoire satisfaisant (équilibre des équipements sur le territoire, limitation des zones géographiques se situant à plus de 30 mn du lieu d'implantation du SMUR⁷).

En conséquence, sont confirmés :

- Les SMUR dont l'activité est faible mais qui sont isolés et/ ou implantés dans un établissement qui ne serait pas doté en propre d'un plateau technique chirurgical,
- Les SMUR pour lesquels une partie (non majoritaire) de la zone d'intervention est recouverte par un autre SMUR et dont l'activité est forte,
- Les SMUR dont l'activité est forte sans considération de notion de recoupement de zone.

Afin d'adapter l'organisation aux fluctuations d'activité, la mise en place de SMUR fonctionnant temporairement peut être envisagée.

Par ailleurs, des principes d'organisation régionale sont préconisés sur les transports spécifiques suivants :

♦ Les transports hélicoptérés

Conformément à la convention établie dans le cadre du SROS II et sans préjudice de la mobilisation des hélicoptères de la Sécurité Civile et de la Gendarmerie, le vecteur hélicoptéré, à la disposition des 4 SAMU est utilisé en priorité :

- dans les zones distantes de plus de 30 minutes du lieu d'implantation des SMUR terrestres,
- pour la prise en charge de pathologies spécifiques nécessitant un délai d'intervention très rapide (urgences cardiologiques, AVC),
- pour les transports primo-secondaires et secondaires réalisés sur de longues distances afin de limiter la mobilisation des transports terrestres.

♦ Les transports secondaires inter-départementaux

Les transports secondaires entre les établissements d'un même secteur sanitaire se situant sur deux départements sont organisés selon un dispositif facilitant les jonctions (changement d'équipe) si elles réduisent les délais de prise en charge et permettent une mobilisation équitable des équipes.

Pour autant, l'évaluation annuelle devra garantir l'adéquation entre les sollicitations et les moyens mis en œuvre.

♦ Les transports néonataux et pédiatriques

Les principes d'organisation des transports néonataux (transports des nouveau-nés) sont déterminés dans le volet « périnatalité » du SROS. Il est préconisé 4 SMUR référents situés sur les établissements sièges d'unité « réanimation néonatale », d'un SAMU et d'un accueil spécialisé d'urgences pédiatriques.

Au besoin, le volet « Prise en charge des enfants et des adolescents » précisera l'organisation des transports pédiatriques.

⁷ Ce délai de 30 mn n'est pas opposable. Il inclut le temps de traitement de l'appel, le temps de préparation et le temps de déplacement, ce dernier étant calculé en fonction de conditions de circulation standard et de conditions météorologiques normales.

La coopération entre les sites

♦ Les fédérations médicales interhospitalières et groupements de coopération sanitaire

Le développement de ce type d'organisation doit être favorisé afin de maintenir l'attractivité de l'ensemble des postes d'urgentistes, d'optimiser l'utilisation du temps médical, de favoriser la coordination de la prise en charge de l'urgence sur un territoire.

2.2.2. Organiser des filières de soins adaptées aux populations reçues

Les établissements doivent rechercher les solutions humaines et techniques susceptibles de répondre aux difficultés rencontrées dans la gestion des flux des patients et dans la prise en charge simultanée de populations aux profils très variés. Le SROS définit, en référence aux textes en vigueur, les organisations minima à instaurer, les établissements devront, si besoin, les adapter en fonction de leur activité.

L'orientation des patients

La circulaire du 16 avril 2003 définit les conditions d'implication de l'ensemble de la communauté hospitalière dans la prise en charge des urgences (rôle de la commission des admissions et des consultations non programmées, coordination entre les urgences et les services de spécialités).

Au plan régional, plusieurs mesures sont susceptibles d'améliorer le fonctionnement de la filière de prise en charge des urgences :

✓ *Renforcer les moyens et les techniques d'orientation des patients dès leur arrivée aux urgences*

La mise en place d'un tri rapide, d'une gestion des flux de patients, plus efficace, fondée sur le niveau de gravité des pathologies est nécessaire. A cet effet, il convient de :

- garantir la présence d'un professionnel spécifiquement dédié à l'orientation des patients. Le niveau de compétence, infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ou médecin (MAO), et les horaires de présence sont adaptés aux flux des passages. La fonction doit permettre de hiérarchiser les prises en charge, d'orienter vers la zone de soins adaptée, de ré-adresser le cas échéant les patients vers la médecine générale ou vers les consultations externes hospitalières de spécialités.
- promouvoir une organisation des services en zones permettant de privilégier à tout moment la prise en charge des pathologies graves⁸. La répartition des locaux est adaptée au volume d'activité et recherche la proximité d'un service ou d'une salle de radiologie, si possible numérisée, pour transfert d'images.
- permettre la réalisation précoce d'examens diagnostics adaptés (radiologie, biologie,...) grâce à des protocoles médicaux mis à disposition de l'IAO, réduisant ainsi les temps d'attente.

✓ *Installer des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD)*

Les services des urgences doivent disposer d'une UHCD, dont la capacité (d'au moins 2 lits) est adaptée au volume d'activité. Le nombre de lits est plus précisément défini en corrélation avec le nombre de passages dans les services d'urgence.

⁸ Préférer un découpage zone grave et non grave à un découpage, traumatologique- non traumatologique, ou médecine-chirurgie.

Leur efficacité étant conditionnée par une identification claire de leur positionnement au sein de l'établissement et par une sélection des patients qui sont susceptibles de tirer bénéfice de cette prise en charge très spécifique, il est préconisé :

- une contractualisation entre l'UHCD et les autres services d'hospitalisation du centre hospitalier portant sur les missions et les conditions d'utilisation de l'unité en tenant compte de spécificités de certaines prises en charge (psychiatrie, soins palliatifs). Les bilans diagnostics qui relèvent de médecine ou la surveillance continue ne sont pas du ressort de l'UHCD,
- une limitation des entrées aux deux premiers groupes de patients définis par la Société Française des Médecins Urgentistes (SFMU) : admission préférentielle au bénéfice des patients justifiant d'un retour à domicile prévu ou d'une mise en observation avant orientation, dans les 24 heures.

Par ailleurs, certaines mesures préconisées dans le volet « médecine » du SROS sont susceptibles d'améliorer le fonctionnement des urgences :

- favoriser les admissions directes dans les services, sans passage par les urgences,
- limiter les entrées aux urgences aux trois groupes définis par la CMSU,
- développer un potentiel d'accueil en médecine polyvalente et médecine gériatrique,
- recentrer les services de spécialités sur leurs activités propres programmées et non programmées.

L'accueil des populations spécifiques

✓ La prise en charge des personnes âgées (cf. volet « Prise en charge des personnes âgées »)

Les établissements mettent en place une consultation de gériatrie ambulatoire et favorisent les admissions directes des personnes âgées en service de médecine gériatrique ou en SSR dont les capacités doivent être suffisantes pour accueillir les hospitalisations en urgence et les entrées programmées.

L'admission au service des urgences demeure l'occasion de repérer des patients à risque de perte d'autonomie. Pour cela, le recours à une équipe mobile gériatrique est privilégié. Celle-ci peut être dédiée aux urgences si le volume d'activité le justifie, tout en veillant à l'intégration de cette équipe à la filière gériatrique au sein de l'établissement.

✓ La prise en charge des enfants et des adolescents

Les principes d'organisation, notamment ceux formulés dans le cadre du COTER « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins », seront déclinés dans le volet « Prise en charge des enfants et des adolescents » du SROS à paraître ultérieurement.

✓ La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques

Les principes d'organisation et les recommandations, concernant à la fois la prise en charge pré-hospitalière, le traitement des urgences au sein des établissements et le relais entre les urgences et l'ambulatoire, sont déclinés dans le volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS.

Les principes d'organisation spécifiques à la prise en charge des urgences pédo-psychiatriques, notamment ceux formulés par le COTER « urgences » figureront au volet « Prise en charge des enfants et des adolescents » du SROS à paraître ultérieurement.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. CONFORTER LA REGULATION, CLEF DE VOUTE DU DISPOSITIF

La place et les missions de chacune des structures participant à la prise en charge des urgences, s'inscrivent dans une filière de soins : de la réception des appels d'urgence à la prise en charge hospitalière en passant par les soins pré-hospitaliers. Dans ce cadre, la régulation occupe une place déterminante en matière d'orientation des patients, de coordination des acteurs et de promotion d'une utilisation adéquate du dispositif par les patients. Il convient donc de favoriser un fonctionnement optimal des centres de réception et de régulation des appels (CRRA).

3.1.1. Mettre en place une plateforme de réception d'appels et de régulation, unique départementale, sur le site du CRRA-SAMU

L'écoute permanente des SAMU s'organise autour du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) interconnecté avec le centre de réception des appels du SDIS.

Depuis 2004, le CRRA est également identifié comme centre de réception des appels de médecine ambulatoire sur les horaires de la permanence des soins. L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. La participation des médecins généralistes à la régulation est déterminée par la convention prévue aux articles R. 6311-8 à R. 6311-11 du Code de la Santé Publique.

Le traitement des appels relevant de l'aide médicale d'urgence (AMU) et de ceux relevant de la permanence des soins (PDS) sur un même site, s'organise selon les conditions suivantes :

- une plateforme de régulation médicale intégrant l'AMU, la PDS et les transports dont le statut et l'organisation doivent être définis ;
- une équipe commune de permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) chargée d'assurer une réponse, sur un même plateau, à l'ensemble des appels ;
- un règlement intérieur de fonctionnement entre les médecins généralistes et les médecins régulateurs de l'AMU déterminant les liens avec les PARM, les règles de responsabilité, les modalités de communication au sein de la plateforme ;
- la recommandation d'un numéro d'appel unique sur le département au terme des réorganisations techniques et organisationnelles. Dans la période intermédiaire, deux choix sont possibles : un numéro unique d'emblée pour une facilité d'accès ; deux numéros dont le 15 pour l'AMU pour conserver une logique de responsabilisation des usagers et permettre de prioriser la réponse au 15.
- Par exception et pour tenir compte de l'article R. 6315-3 du Code de la Santé Publique, les conventions éventuellement passées entre les SAMU et des associations de permanence des soins devront s'appuyer sur le cadre commun proposé par le COTER « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins ».

3.1.2. Assurer une écoute permanente, sans délai de décroché des appels, quel que soit le volume d'activité

Malgré l'augmentation régulière du nombre d'appels, leur traitement doit se faire sans délai afin de garantir la sécurité et la qualité du service rendu à la population.

Pour cela, les SAMU :

- perfectionnent leurs moyens techniques téléphoniques et informatiques : mise en place d'un centre d'appels par SAMU permettant la gestion des appels, des attentes ; intégration de la téléphonie et de l'informatique automatisant certaines tâches ; interconnexion informatique entre SDIS et SAMU ; amélioration des communications SAMU-SDIS-ambulanciers, enregistrement des temps de décrochés ;
- adaptent les effectifs PARM au volume annuel des affaires traitées tout en assurant un effectif minimum de deux PARM ;
- adaptent les plannings au volume d'activité mesuré par heure selon les jours de semaine : jours ouvrés, samedis, dimanches et jours fériés en limitant le nombre maximum d'affaires traitées à 10 par permanencier et par heure. Des solutions originales pour renforcer les plages horaires du soir et le week-end sont à rechercher : recours à des temps partiels ou à des étudiants se préparant à des professions de santé sous réserve d'une formation préalable et formalisée et d'une régularité de présence ; mutualisation de certaines tâches administratives entre PARM et secrétaires médicales pour assurer un pool suffisant le week-end tout en maintenant une activité de semaine.

3.2. AMELIORER L'ARTICULATION ENTRE LA PERMANENCE DES SOINS ET LA MEDECINE D'URGENCE

Les principes d'organisation susceptibles d'assurer un équilibre et une bonne articulation entre l'aide médicale d'urgence et la permanence des soins sont abordés dans les chapitres 2.2.1. (charte régionale multipartite) et 3.1.1. (plateforme de régulation unique). Par ailleurs, au titre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, l'ARH et l'URCAM ont été amenées à formuler conjointement au nom de la Mission Régionale de Santé et à l'attention des préfets, des propositions non opposables d'organisation du dispositif de permanence des soins susceptibles d'être prises en compte lors de l'élaboration du cahier des charges départemental.

Dans le respect des dispositions réglementaires, ces propositions visent à déterminer une organisation de l'offre de soins libérale qui réponde aux besoins de soins des usagers tout en conciliant la recherche d'une mobilisation optimale des ressources. Les principaux objectifs opérationnels proposés sont les suivants :

- Concernant les critères d'accessibilité dans la mise en place des organisations de permanence des soins :
 - Dans le cas d'une consultation, le temps de trajet du patient entre son domicile et le lieu de consultation devrait être inférieur à 30 minutes. Ce temps s'entend comme un délai maximum.
 - Dans le cas d'une visite, le médecin devrait être à moins d'une heure de trajet entre son point de départ et le domicile du patient.

- Concernant la mise en adéquation des moyens à mobiliser avec les besoins de santé de la population :
 - Définir une fréquence de garde qui permette de concilier l'amélioration des conditions de travail des médecins et les critères de qualité en terme de réponse au patient,
 - Apporter une certaine souplesse dans la définition des ressources à mobiliser au regard des horaires, des saisons, notamment en fonction de l'activité touristique dans certains secteurs,
 - Coordonner les différentes offres en médecine générale et spécialisée, dont les pédiatres notamment,
 - Envisager une mutualisation des effecteurs entre les différentes zones géographiques afin de corriger l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire régional, notamment entre les villes et les zones rurales,
 - Eviter toute rupture de prise en charge en portant notamment une attention particulière aux zones frontières interdépartementales.

- Concernant les « maisons » de garde ambulatoire, lorsqu'elles existent :
 - Les structures de garde ambulatoire devraient répondre aux modalités d'intervention et aux critères d'accessibilité mentionnés dans les orientations précédentes,
 - Les modes d'intervention des médecins exerçant au sein de ces structures s'inscrivent dans une organisation départementale permettant de couvrir les besoins de soins sur les horaires de permanence des soins,
 - Ces « maisons » de garde sont des effecteurs à part entière pour les centres de régulation et s'articulent avec les autres offres de soins,
 - Le lieu d'implantation de ces structures ambulatoires et leur identification doivent permettre d'éviter toute confusion avec les structures hospitalières possédant un plateau technique ou un site d'urgence. Elles peuvent être implantées au sein des hôpitaux locaux,
 - Si un choix s'avère nécessaire, doit être privilégiée l'implantation de ces dispositifs en zones rurales.

- Concernant l'organisation mise en place la journée pour répondre aux actes non programmés :
 - En cas d'absence, informer le patient et indiquer sur les répondeurs téléphoniques le nom du médecin généraliste à contacter en cas de besoin de soins, le recours au 15 étant réservé en journée aux urgences vitales.

- Concernant l'organisation de la permanence des soins au sein des institutions médico-sociales :
 - Elaborer des protocoles d'organisation entre les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et les médecins participant à la garde sur la zone géographique concernée de façon à améliorer la continuité des soins pour les patients de ces structures,
 - Inciter les médecins coordonnateurs à participer aux tours de garde organisés,

- Concernant la permanence des soins dans les hôpitaux locaux :
 - S'efforcer de coordonner l'organisation de la permanence des soins ambulatoire et celle à mettre en œuvre dans les hôpitaux locaux.
A noter cependant que la mise en œuvre de la permanence des soins de ville n'exonère pas les médecins généralistes, autorisés à intervenir dans les hôpitaux locaux, de l'obligation réglementaire d'assurer la permanence dans ce type d'établissement.

- Concernant l'offre de consultation en urgence pour les soins dentaires :
 - Evaluer le besoin dentaire en terme d'urgences aux heures de fermeture des cabinets,
 - Harmoniser les créneaux horaires dans les différents départements pour assurer des gardes dentaires,
 - Organiser des astreintes dentaires également réparties sur le territoire régional.

En complément, concernant les soins hospitaliers, une astreinte régionale en odontologie est préconisée utilisant la télétransmission d'images (appareil photo numérique dans chaque service à l'usage des urgentistes), des protocoles, et s'appuyant sur une formation des urgentistes par les services hopitalo-universitaires d'odontologie.

3.3. PROMOUVOIR UNE BONNE UTILISATION DU SYSTEME PAR UNE COMMUNICATION ADAPTEE

3.3.1. Rendre l'accès aux soins plus lisible

L'ARH s'associera à l'URCAM, dans le cadre de la MRS, et aux Préfets pour une communication à l'égard des usagers, portant à la fois sur la lisibilité et sur la bonne utilisation du dispositif. Cette communication, fondée sur divers supports, sera axée sur :

- la distinction entre urgences et permanence des soins et sur le rôle de la régulation,
- la promotion du principe d'une régulation de l'accès aux soins ambulatoires (sur les horaires de la permanence des soins) et aux soins hospitaliers,
- la connaissance par la population de l'organisation retenue de la permanence des soins (dès lors qu'elle sera stabilisée), la répartition des sites d'urgences hospitalières, les modalités de recours et les principes de bonne utilisation du système.

Le champ de la communication pourra être également élargi à l'ensemble des professions médicales et paramédicales pouvant être sollicité dans l'urgence et notamment aux acteurs ayant participé à l'élaboration de la charte régionale de fonctionnement multipartite.

3.3.2. Faciliter la communication entre les établissements de santé

L'informatisation des données médicales et leur transmission sécurisée, notamment via un serveur régional, amélioreront la continuité des soins entre les services ou les établissements, ainsi que l'évaluation et le système de veille sanitaire. L'informatisation des services d'urgences est donc une priorité.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OBJECTIFS

- Décrire les organisations au sein des structures d'urgence : SAMU, services des urgences et transports sanitaires et l'articulation avec la permanence de soins ambulatoire et les structures d'aval ;
- Quantifier l'activité annuelle des SAMU et des services des urgences au moyen d'indicateurs communs avec ceux de la veille sanitaire ;
- S'assurer de l'adaptation des moyens techniques et humains au bon fonctionnement du SAMU par une mesure des délais de décrochés ;

- S'assurer de la mise en œuvre de moyens techniques et humains adaptés au bon fonctionnement des transports sanitaires ;
- Contrôler l'adéquation de la réponse des services d'urgence et de la filière de soins en aval ;
- Suivre le fonctionnement et la mise en œuvre de la charte multi-partite régionale ;
- Comparer dans le temps et entre les services l'impact du volet « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » et des autres volets du SROS (personnes âgées, médecine, santé mentale...).

4.2. LES OUTILS

- Les outils non spécifiques : PMSI et SAE pour les données quantitatives d'activité des services.
- Les outils spécifiques : ils imposent une informatisation des services qui doit être prioritaire pour l'ensemble des établissements autorisés et en lien avec le serveur régional de veille sanitaire.
 - **Les centrales d'appel des SAMU** : les paramétrages doivent permettre de mesurer les délais de décrochés, le taux d'appels non aboutis, les temps d'attente avant traitement ;
 - **Les logiciels de régulation des SAMU** : les 4 SAMU sont informatisés et doivent impérativement paramétrer leur logiciel sur la base des définitions d'activité, claires, communes et cohérentes avec celles de SAMU de France. Les données fournies annuellement permettront un suivi de l'activité des SAMU et des SMUR ;
 - **Les logiciels spécifiques des services d'urgence polyvalentes et pédiatriques.**

L'extension des données à d'autres acteurs de l'urgence, tels que les médecins généralistes libéraux, SOS médecins, les sapeurs-pompiers, les ambulanciers, sera envisagée dans le cadre de la Mission Régionale de Santé.

4.3. LES INDICATEURS

4.3.1. Activité de Régulation

Harmonisation des bases de données des 4 SAMU	Relevé d'activité annuelle sur la base des définitions communes suivantes : appels entrants, appels décrochés, affaires traitées (DHOS), affaires transmises téléphoniquement au médecin ⁹ .	Logiciel de régulation Infocom Remontées ARHMEN
Interconnexion 15-18	Nombre d'affaires transférées, 18-15 en précisant : - Information a posteriori (engagement VSAV d'emblée par le 18) - Conférence (appellant=>18=>15) - Transferts d'appel (18=>15) Nombre d'affaires transférées 15-18 : engagement de VSAV à la demande du 15	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN

⁹ Appel entrant : appel téléphonique entrant au niveau de l'autocom du CRRA, décroché ou non.

Appel décroché : appel téléphonique entrant, décroché au niveau du CRRA, quelle que soit la ligne d'appel.

Dossier : Appel décroché donnant lieu à une réponse individualisée, quelle que soit la personne qui a traité l'appel, y compris renseignements non médicaux, faux appels, appels malveillants... Exclut les appels itératifs pour un même dossier et les transmissions de bilan

Affaire : ensemble de dossier(s) ouvert(s) pour un même motif de soins concernant au moins une victime. Exclut les appels malveillants et les erreurs = indicateur DHOS

Affaire régulée transmise téléphoniquement au médecin Dossier transmis par le PARM et traité par un médecin régulateur quel que soit le médecin régulateur. Exclut les dossiers régulés exclusivement par les PARM même si le médecin en est informé a posteriori.

On différenciera par la suite :

La régulation médicale réalisée par le médecin de l'AMU

La régulation médicale réalisée par le médecin généraliste

Interconnexion 15- Association de PDS (dont) SOS médecins	Nombre d'affaires transférées, Association PDS -15 en précisant : - Information a posteriori - Conférence - Transferts d'appel Nombre d'affaires ayant nécessité recours à SOS par 15	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN
Corégulation AMU PDS	Nombre d'affaires concernant la médecine générale Nombre d'affaires régulées par un médecin généraliste	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN
Adaptation des effectifs à l'activité	Nombre d'appels horaires selon le jour de semaine, samedi, dimanche et férié Délai moyen de décroché, délai maximum Nombre d'appels décrochés/PARM/an ¹⁰ Nombre d'affaires/médecin/an.	logiciel de régulation ARHMEN Infocom SAE Bilan annuel d'activité Effectifs réels en ETP des PARM et médecins (incluant les remplacements).
Adéquation des transports sanitaires mobilisés	Nombre et types de véhicules (sanitaires et non sanitaires) utilisés : - Transports assis personnalisés - Ambulances - VSAV Nombre d'envois de VSAV par indisponibilité ou carence des transporteurs privés (DHOS).	Logiciel de régulation ARHMEN
Activité de SAMU maritime	Nombre de régulations maritimes - A plus de 300m des côtes - Littoral	Logiciel de régulation ARHMEN

4.3.2. Activité des SMUR

Activité de SMUR primaires dont primo- secondaires	Nombre total des sorties SMUR primaires (DHOS), - Terrestres - Aériens Nombre de SMUR primaires engagés entre 0 et 8h.	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN
	Nombre de cas d'indisponibilité des SMUR sur des situations d'urgence	Bilan annuel d'activité des SMUR
	Nombre des sorties blanches (annulation de l'intervention avant bilan du SMUR) - Terrestres - Aériens	
Activité hélicoptérée Primaire et secondaire (Sécurité civile, SAG, Armée, hélico sanitaire)	Nombre d'envois de transports terrestres par carence d'hélicoptère	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN
Activité de SMUR secondaires Dont tertiaires, transports infirmiers inter- hospitaliers (TIIH), transports néonatalogie,	Nombre total de SMUR secondaires (DHOS) - terrestres - aériens Nombre de TIIH régulés par le SAMU (DHOS)	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN
	Nombre de transports par avion	Logiciel de régulation
Activité de transports néonataux (inférieure à 28 jours)	Nombre de transferts médicalisés (DHOS) Nombre de transferts para médicalisés	Logiciel de régulation Remontées ARHMEN

¹⁰ Le nombre de dossiers traités par PARM et par heure, n'est pas retenu dans le cadre du SROS. Il convient cependant de s'appuyer sur cet indicateur pour la gestion interne des effectifs PARM

4.3.3. Activité des services d'urgences

Caractériser les flux entrants et les moyens mis en place pour la régulation	Nombre de primo-passages (DHOS) dans les services d'urgences incluant les accueils spécialisés de cardiologie et de pédiatrie, excluant les entrées directes en USIC, service de gynécologie-obstétrique, service de réanimation, plateaux techniques et tout autre service d'hospitalisation y compris de pédiatrie.	Remontées ARHMEN
	Y a-t-il une personne exclusivement dédiée à l'accueil ? - préciser la compétence : secrétaire, IDE, Médecin - préciser le temps de présence : 12h ou 24h	Bilan annuel d'activité
Caractériser la prise en charge d'aval	Nombre d'hospitalisations hors UHCD ¹¹ (DHOS), Nombre d'hospitalisations en UHCD (DHOS), Nombre de sorties par transferts inter-hospitaliers (DHOS),	Remontées ARHMEN
Caractériser la prise en charge en UHCD	DMS, taux de sorties à domicile/ensemble des entrées.	PMSI bilan annuel d'activité
Suivre l'équilibre des établissements entre hospitalisation programmée et non programmée	Taux annuel du nombre de passages suivis d'hospitalisation hors HTCD/nombre total des entrées en médecine et chirurgie, hors séances.	PMSI bilan annuel d'activité
Suivre le potentiel des établissements à la gestion des lits	Nombre de jours par an où la disponibilité des lits est nulle	Remontées ARHMEN
Mesure de la gestion des lits d'aval	Nombre de patients de médecine hospitalisés en chirurgie	Remontées ARHMEN

4.3.4. Réseaux de prise en charge des urgences (CSP art R. 6123-28 à R. 6123-32)

Constitution des réseaux	Nombre de réseaux constitués Nombre d'établissements impliqués par réseau	Evaluation annuelle, prévue dans le cahier des charges assorti à la convention constitutive approuvée par le DARH
--------------------------	--	---

4.3.5. Indicateurs à atteindre à moyen terme consécutivement à l'informatisation des services d'urgence et à l'évolution du paramétrage des logiciels de régulation

Activité des SMUR en zones blanche	Nombre de sorties terrestres primaires en zones blanches Terrestres Aériennes	Bilan annuel paramétrage à prévoir
Régulation et caractérisation des flux entrants	Age, sexe, flux horaires, Nombre de passages précédés d'une régulation médicale antérieure.	Logiciel des urgences
Caractérisation de la prise en charge au sein des urgences Identification des primo-passages,	Codification GEMSA, CCMU, Codification de la pathologie selon le codage simplifié de la SFMU ¹² , Mesure du temps des passages : au moins nombre de passages dont le temps est supérieur à 6 h ; nombre de passages dont le temps est inférieur à 15mn Nombre de passages avec intervention d'un gériatre, Nombre d'interventions avec intervention d'un psychiatre.	Logiciel des urgences

¹¹ UHCD : Activité d'hospitalisation de courte durée, pouvant être réalisée en boxes ou en unité individualisée.

¹² Dans un premier temps et en cas de difficultés de codage pathologie : seules les mentions de traumatologie (T) et de soins palliatifs (Z) pourront être précisés.

Inadéquation des passages - Passages relevant de la médecine générale ambulatoire - Passages relevant d'une entrée directe en service d'hospitalisation	Nombre de passages CCMU1/GEMSA 2 Nombre de passages GEMSA5/CCMU 1, 2, 3 + GEMSA4/CCMU 1	Logiciel des urgences
Suivi du potentiel des établissements à la gestion des lits	Nombre des transferts suivant le motif : - faute de place, - défaut de prise en charge spécialisée - organisation en réseau (selon le sens des décrets urgences)	Logiciel des urgences Bilan annuel d'activité et évaluation des réseaux

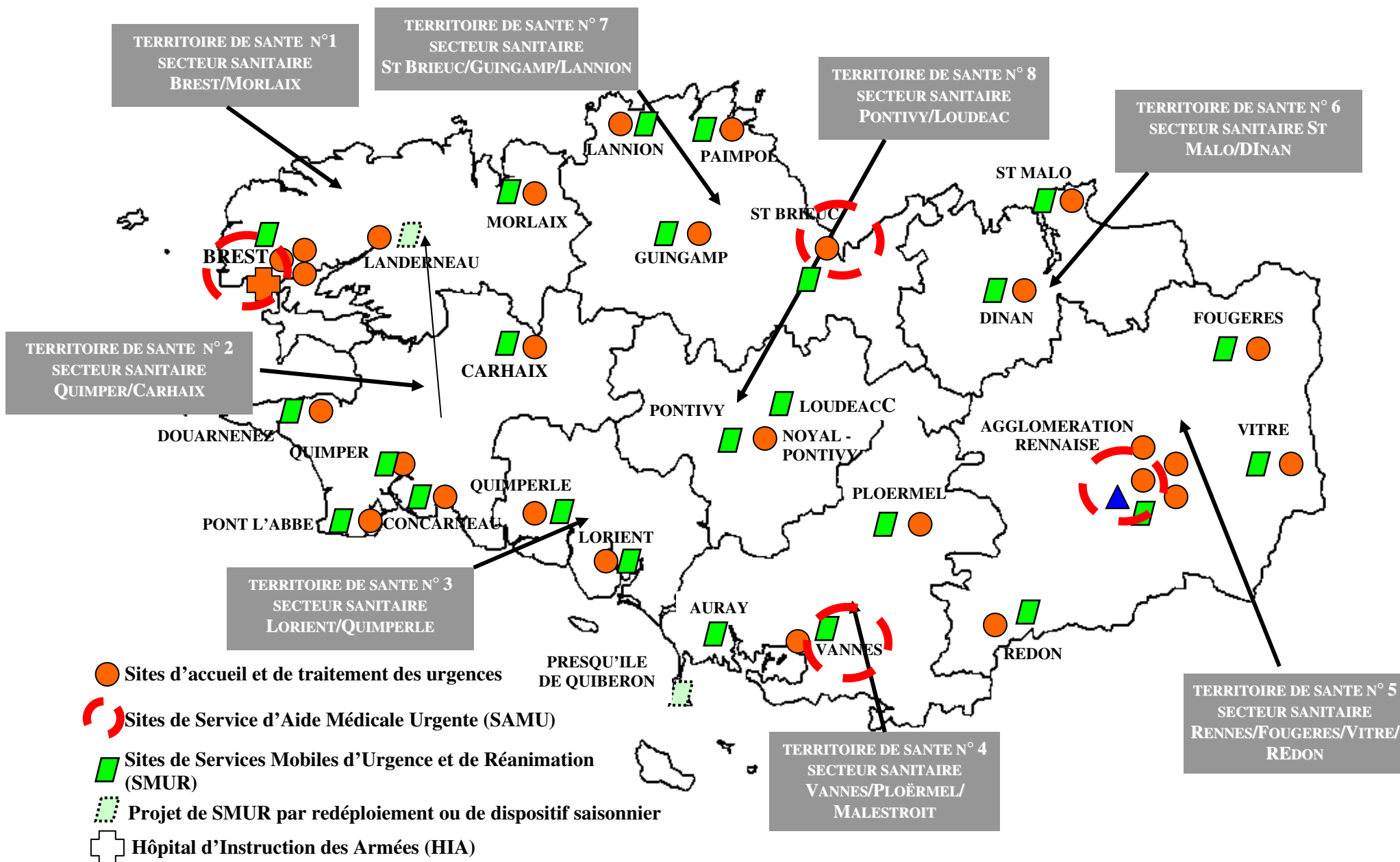
4.4. L'UTILISATION DES INDICATEURS ET LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Le COTER assure le pilotage du dispositif. Il a pour missions :

- de suivre la mise en œuvre des principes d'organisation et des actions contenus dans le volet « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » du schéma,
- de garantir auprès de l'ensemble des acteurs le recueil des indicateurs de suivi,
- de proposer les adaptations de l'organisation sanitaire en fonction des besoins nouveaux (organisation territoriale et des filières),
- de mettre en place, si besoin, des groupes de travail et comités spécifiques (ex : mise en place d'un groupe de suivi de la charte régionale multipartite chargé de suivre la déclinaison de la charte et d'élaborer des indicateurs supplémentaires concernant la coordination des différents acteurs).

L'élargissement du COTER à l'ensemble des partenaires libéraux et institutionnels participant à l'activité de soins non programmés, permet d'envisager l'adoption d'indicateurs liés à l'activité des professionnels représentés.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites d'accueil et de traitement des urgences, de SAMU et de SMUR-- Bretagne/Cible 2010



MEDECINE

INTRODUCTION

L'évolution de l'organisation et des pratiques hospitalières est traversée par une complexité croissante, une demande en forte augmentation et un temps médical de plus en plus compté, le tout dans un contexte de financement de l'Assurance Maladie particulièrement contraint.

- La médecine générale et spécialisée s'exerce hors structures et en établissements,
- Le vieillissement de la population et le développement des prises en charge pour « maladie chronique » génèrent des stratégies spécifiques,
- La spécialisation de plus en plus importante et la recherche d'une meilleure efficacité technique obligent à la mise en œuvre de moyens sans cesse croissants,
- Les nouvelles organisations du temps de travail réduisent la disponibilité des professionnels alors que la population réclame des prises en charge de plus en plus immédiates,
- L'exigence de qualité et la judiciarisation des accidents thérapeutiques engendrent la multiplication des référentiels et des évaluations des pratiques,
- La dispersion des intervenants de santé est à l'origine de dysfonctionnements dans le parcours de soins.

Dans ce volet du SROS, l'enjeu est de proposer une clarification des missions des divers acteurs et des organisations cohérentes, en lien avec la médecine de ville, pour assurer la qualité, la fluidité et la continuité de la prise en charge à toutes les phases de la maladie.

Ce volet propose un cadre général à l'organisation de la médecine en Bretagne. Certaines prises en charge médicales spécifiques font l'objet de propositions et de recommandations dans les différents volets du schéma régional (Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, Hospitalisation à domicile, Soins palliatifs, Prise en charge des maladies cardio-vasculaires, Prise en charge des personnes âgées, Insuffisance rénale chronique, Prise en charge des personnes atteintes de cancer, Psychiatrie et Santé mentale,...).

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Sur le plan médical, la région Bretagne se caractérise par :

Une surmortalité générale

Elle présente un indice comparatif de mortalité parmi les moins bons de l'ensemble des régions françaises (ICM global 107). Cette surmortalité globale s'accompagne d'une inégalité intra régionale avec un fort gradient ouest/est, associée à une inégalité par sexe (ICM femmes : 95,9 / hommes : 97,6).

Un indice de recours aux soins hospitaliers de médecine légèrement inférieur à la moyenne nationale (IRH 96,5)

Cette différence est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. On remarque une absence de lien entre le recours aux soins hospitaliers par territoire de proximité et le taux de mortalité, très variable d'un secteur à l'autre.

La faiblesse des flux inter-régionaux et l'importance des flux intra régionaux

- 3 % seulement des patients bretons hospitalisés en médecine ont effectué un séjour dans un établissement de santé non breton. La proximité de gros centres médicaux (Nantes) et quelques activités à vocation inter-régionale expliquent la majorité de ces fuites.
- 4 % des soins hospitaliers médicaux sont réalisés pour des patients non résidents bretons, principalement dans les secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères, Vitré/ Redon » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit ». La moitié de ces patients est originaire des Pays-de-Loire (attractivité géographique), un cinquième de la Manche (spécialités à vocation inter-régionale), un quart d'Ile-de-France (tourisme).
- Les flux intra-régionaux sont conséquents aussi bien entre secteurs sanitaires qu'entre bassins de proximité. Les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit », « St Malo/ Dinan » et « Pontivy/ Loudéac » n'assurent pas la totalité des prises en charge de proximité en raison de l'attractivité de Nantes pour l'est du secteur sanitaire « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit », de Rennes pour le secteur sanitaire « St Malo/ Dinan », de Saint Briec pour le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac ».

Les fuites sont significatives vers Nantes, Rennes et Brest pour la médecine de recours en particulier pour les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix » et « St Malo/ Dinan ». Les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » sont attractifs pour les spécialités de recours aussi bien pour les patients des bassins de proximité environnants, que pour ceux des secteurs sanitaires voisins.

Des organisations différentes selon les spécialités médicales

Une graduation des soins a été définie dans le cadre du SROS II pour la cardiologie, la cancérologie et les pathologies liées à l'insuffisance rénale. La graduation des soins suppose le recours soit à un plateau technique, soit à l'expertise de spécialistes.

Des spécialités telles que l'hématologie, l'endocrinologie, la rhumatologie s'organisent sur un nombre limité de sites, en raison d'un volume d'activité plus restreint et d'une démographie médicale réduite.

La graduation des soins est moins structurée pour la gastro-entérologie et la pneumologie, en raison de la diversité des pratiques (forte activité d'endoscopie chez les libéraux, forte présence hospitalière dans les prises en charge diagnostique ou thérapeutique de proximité, ou dispersion d'une discipline entre différentes spécialités).

Enfin pour certaines disciplines médicales, l'éclatement de la prise en charge témoigne de l'absence de graduation des soins (à l'exemple de la neurologie partagée entre AVC, affections chroniques évolutives type Parkinson ou Sclérose en plaques et affections dégénératives type Alzheimer).

Une offre de soins variée et bien répartie

Le maillage hospitalier territorial est cohérent avec le découpage des Pays. Il s'appuie sur des établissements de santé publics ou privés de proximité ainsi que sur 21 hôpitaux locaux. Au 1^{er} janvier 2005, la Bretagne compte 5 457 lits de médecine autorisés et 406 places d'alternatives à l'hospitalisation (en médecine).

Les capacités en soins de suite et de réadaptation s'établissent à 5 486 lits correspondant à un indice de 1.83 lits pour 1 000 habitants. La répartition de cette offre reste déséquilibrée entre secteurs sanitaires, ainsi qu'entre MPR (Médecine physique et de réadaptation) et soins de suite. Ces déséquilibres sont à l'origine de disparités de prises en charge et d'une inadaptation entre l'offre et la demande.

La densité des médecins est légèrement inférieure à la moyenne nationale, avec un fort taux de médecins de plus 55 ans. 2/3 des médecins spécialistes sont installés sur les sept principales agglomérations bretonnes. La densité de professionnels paramédicaux (infirmiers et kinésithérapeutes) est supérieure à la moyenne nationale.

Mais une offre de soins inadaptée, marquée par une insuffisance des alternatives à l'hospitalisation

Les lits d'hospitalisation de très courte durée et les services d'accueil et de traitement des urgences sont saturés par le nombre de patients à traiter. La prise en charge des personnes âgées malades et poly-pathologiques est inadaptée à leur fragilité.

Le développement de l'hospitalisation ambulatoire est très inférieur à la moyenne nationale, le nombre de places d'hospitalisation à domicile installées est faible (60 places installées au 1^{er} janvier 2005). De même, on constate une nette insuffisance des alternatives à l'hospitalisation complète en soins de suite.

Une organisation des soins au sein des services de médecine entraînant un nombre important de séjours inadaptés

Une enquête sur l'adéquation des séjours de médecine en établissements de santé publics et PSPH, réalisée en 2005 par le service médical de l'Assurance Maladie de Bretagne, a montré :

- des taux d'occupation (proches de 100 %) très supérieurs aux taux cibles nationaux préconisés (85 %),
- une population très âgée, qui privilégie les entrées en urgences et les séjours non programmés,
- une insuffisance de recours aux alternatives à l'hospitalisation,
- une différence de recrutement entre les hôpitaux de référence (dont les deux CHU) et les établissements de proximité (services spécialisés versus services polyvalents),
- de nombreux séjours inadaptés, lors de l'admission et au jour de l'enquête. Ces inadaptations relèvent pour partie de dysfonctionnements internes des services (mauvaises orientations, attente d'exams, coordination des soins insuffisante, manque de places en structures d'aval), pour partie de difficultés de prise en charge des personnes âgées à domicile, mais aussi d'insuffisance de coordination entre hospitaliers et médecins traitants,
- un lien étroit entre la prise en charge gériatrique et la prise en charge médicale (55 % des patients ont plus de 75 ans) avec une inadéquation entre le nombre de personnes âgées fragiles hospitalisées et la capacité des lits de médecine gériatrique.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

La « médecine » a vu son champ se modifier. A l'origine, les établissements hospitaliers avaient pour rôle la gestion d'une certaine misère sociale plus ou moins liée à la maladie. Puis, les progrès de la science médicale ont permis de prendre en charge le soin lourd et de réaliser une véritable mission d'expertise. Jusqu'à une époque récente, la médecine avait pour mission de prendre en charge des pathologies aiguës. La prise en charge sanitaire et sociale du handicap, liée notamment au vieillissement, est une évolution de ces trente dernières années, de même que l'explosion du recours au système de soins hospitaliers pour l'ensemble des soins non programmés.

Il est possible de distinguer trois modes de recours à l'hospitalisation médicale :

- en urgence ou non programmé,
- pour une prise en charge diagnostique et/ ou thérapeutique programmée,
- dans un contexte médico-social lié à un handicap ou une affection chronique lentement évolutive.

1.2.1. L'évolution de la demande

Le vieillissement de la population sera le principal facteur influant sur la demande. La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans est plus élevée en Bretagne que dans la population française (23.8 % contre 20.6 %), et en forte augmentation. Le nombre de personnes de plus de 80 ans sera multiplié par 1.8 d'ici 2015. Sachant que les personnes âgées de plus de 80 ans ont un taux de recours aux soins hospitaliers 6 fois plus important que les moins de 60 ans, l'évolution de la population génèrera une forte augmentation du nombre de journées d'hospitalisation à comportement et à modalités de prise en charge hospitalière inchangées. Les projections actuelles (sources : DRESS/ATIH) envisagent une croissance de 14 % du nombre de journées entre 2000 et 2010 avec des inégalités territoriales de répartition. Le Centre Bretagne, plutôt âgé et rural, perd des habitants. Le littoral plus dense, plus urbain, compte une population en cours de vieillissement.

La seconde moitié du XX^{ème} siècle avec l'évolution de la démographie et les progrès thérapeutiques a vu apparaître une forte population souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes (rhumatologiques, neurologiques, dégénératives). Ces maladies (diabète, maladies coronariennes, asthme, HTA, insuffisances cardiaque/respiratoire/rénale chroniques, sclérose en plaques, rhumatismes inflammatoires, arthrose..) entraînent une augmentation des besoins de prise en charge au long cours mais aussi un accompagnement des conséquences sociales.

1.2.2. L'évolution des pratiques et des modes d'exercice

L'efficacité des soins coordonnés et centrés sur le patient est établie. Le travail en équipe (avec pour objectif d'assurer une meilleure continuité des soins), la prise en compte des nouvelles organisations du temps de travail en établissements de santé publics et privés, associées aux contraintes liées aux normes de sécurité, demandent une reconsidération de la composition des équipes soignantes. Outre les évolutions quantitatives imposées par les nouvelles normes, les personnels des équipes soignantes devront adapter leurs champs de compétences. En corollaire, de nouvelles organisations bouleversent les fonctionnements antérieurs (les alternatives à l'hospitalisation, les hôpitaux de jour, les réseaux, les filières, l'HAD,...).

Le transfert d'activité chirurgicale vers des prises en charge non invasives assurées par des spécialistes médicaux est en cours (la cardiologie, la gastro-entérologie, la neurologie ont déjà amorcé cette évolution), d'autres champs de la pratique médicale suivront.

L'articulation nécessaire entre le secteur hospitalier et la médecine libérale impose une graduation et une coordination des soins, avec l'organisation de filières, pour assurer des prises en charge de qualité. Les difficultés démontrées dans la prise en charge des diabétiques, des insuffisants cardiaques ou des AVC ont amené les professionnels bretons à explorer cette voie avec la mise en œuvre de réseaux Ville/ Hôpital.

1.2.3. L'évolution des techniques

Les techniques diagnostiques ou thérapeutiques de plus en plus sophistiquées conduiront aux regroupements des plateaux techniques sur des sites spécialisés, ce qui, associés au raccourcissement des durées de séjours et au développement de la pratique ambulatoire, est un des facteurs constitutifs de la graduation des soins.

La récente révolution des moyens de transmission de l'information nécessite d'investir ces techniques. Le développement de la télémédecine, de la télésurveillance et de la télétransmission de données sécurisées permettra la mise en place d'expertise à distance (cf. volet « Télémédecine et systèmes d'information »).

1.2.4. La démographie médicale

A ce jour la démographie médicale globale bretonne ne montre pas de déficit majeur (180 médecins pour 100 000 habitants en 2003). Le bilan du SROS II a montré un accroissement non négligeable du nombre de professionnels médicaux dans les établissements de santé publics : en cardiologie (+ 50 %) et dans les services d'urgence, en gériatrie mais aussi dans des spécialités plus rares telle que la neurologie. Cette croissance a bénéficié principalement aux établissements de proximité.

Par ailleurs, 97 % de la population a un généraliste à moins de cinq kilomètres de son domicile.

Mais le nombre de praticiens en formation est susceptible d'entraîner des ruptures dans le renouvellement futur des équipes médicales. La faiblesse du nombre de médecins en formation dans certaines spécialités médicales aura un impact majeur sur l'organisation des filières à faible effectif.

Les évolutions prévisibles dans l'organisation du temps de travail médical (repos compensateur, développement du temps partiel, réduction du temps de travail hebdomadaire) associées à une forte féminisation de la profession, demanderont une augmentation du nombre de professionnels disponibles au moment du départ en retraite des médecins formés dans les années 1970. Ce qui risque de faire apparaître des zones de « non couverture médicale », principalement en milieu rural. Elles obligeront les médecins à travailler en coordination avec d'autres professionnels de santé.

1.2.5. Le développement des alternatives à l'hospitalisation

L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile, le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont des objectifs affichés par le législateur. Leur développement aura un impact certain sur le fonctionnement des établissements de soins.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Relatifs à la politique de santé publique

La **loi de santé publique n° 2004-806 du 9 Août 2004** relative à la politique de santé publique identifie cent objectifs, dont plus de la moitié concerne directement ou non la médecine. Les exemples suivants montrent la diversité et l'ampleur de ces objectifs :

- Réduire les inégalités devant la maladie par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires,
- Réduire les séjours hospitaliers au cours desquels survient un élément iatrogène,
- Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires,
- Limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- Obtenir une réduction quantifiée de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires,
- Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associés aux AVC,
- Réduire la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation,
- Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies rares,
- Maîtriser le développement des résistances aux antibiotiques,
- Réduire la dénutrition du sujet âgé,...

Le volet médecine du SROS donne un cadre général pour contribuer à atteindre ces objectifs. En l'absence d'état des lieux préalable, le suivi de la réalisation de ces objectifs nécessitera une réflexion préalable pour définir les modalités de leur évaluation.

2.1.2. Relatifs à l'organisation des soins

L'objectif général du SROS vise à garantir sur chaque territoire de santé, l'accès pour tout patient à une prise en charge médicale de qualité, globale, continue et coordonnée en articulation avec le secteur ambulatoire.

Il doit se faire en lien avec le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) ; pour cela, les actions les plus précoces sur les déterminants de la santé seront privilégiées pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences. Le PRSP déclinera plus spécifiquement la dimension prévention.

Il prendra en compte les populations les plus vulnérables dans leurs contextes sociaux et/ ou environnementaux (y compris les contraintes liées à des spécificités géographiques).

Les actions prioritaires destinées à susciter des modifications et/ ou des adaptations de l'offre de soins visent à améliorer le circuit du patient dans le tissu hospitalier. Elles consistent à :

- Mettre en place une organisation graduée des soins médicaux, selon trois niveaux de prise en charge,
- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile,...) et favoriser le maintien à domicile et les soins ambulatoires,
- Améliorer le circuit du patient dans le fonctionnement hospitalier en favorisant l'admission programmée et directe dans les services, en développant un potentiel d'accueil en médecine polyvalente et gériatrique, en recentrant les services de spécialités sur leurs activités propres programmées et non programmées, et en adaptant les capacités d'accueil à l'évolution des besoins,
- Assurer à la population en situation de précarité une prise en charge des soins équivalente à celle de la population générale,
- Améliorer la qualité dans les soins quels que soient les structures et les acteurs de santé s'occupant des patients.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

Les principes d'organisation prennent en compte les préconisations des différentes circulaires relatives à l'organisation des soins publiées dans le cadre de la mise en place du SROS et les propositions et recommandations des différents volets spécifiques du schéma régional (Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, Hospitalisation à domicile, Soins palliatifs, Prise en charge des maladies cardio-vasculaires, Prise en charge des personnes âgées, Insuffisance rénale chronique, Prise en charge des personnes atteintes de cancer, Psychiatrie et Santé mentale,...).

L'organisation de soins est tributaire des missions et des moyens alloués aux établissements ; une adaptation globale et progressive des capacités sera nécessaire en fonction de l'évolution prévisible des besoins, mais en préalable, les principes suivants devront être mis en place :

2.2.1. La graduation des soins

Le projet médical de territoire sert de base à l'organisation sanitaire. Il décline les objectifs du SROS. Il garantit une accessibilité de l'ensemble des patients du territoire aux soins médicaux que leur état justifie.

La conférence sanitaire s'assure de la faisabilité et de la cohérence de l'ensemble des relations inter-établissements mises en place. Elle propose des modalités de coopération entre établissements. A partir et en complément d'une prise en charge ambulatoire par les généralistes et les spécialistes libéraux, l'organisation de la médecine en établissements de santé se met en place selon 3 niveaux de structures :

L'hôpital local

✓ *Ses missions*

Etablissement de santé, il assure un rôle de premier niveau dans la prise en charge sanitaire grâce à la mobilisation de médecins généralistes et l'appui de confrères hospitaliers. Il accueille dans des services adaptés des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Il favorise le maintien et le retour à domicile de la population de son bassin de vie.

Il est également souvent le recours des maisons de retraite et EHPAD en accès direct ou en aval immédiat d'une courte hospitalisation en centre hospitalier.

Il est un des lieux privilégiés pour développer les alternatives à l'hospitalisation.

✓ *Son organisation et son fonctionnement*

Il s'organise **autour d'une unité de médecine polyvalente, principalement mais non exclusivement à vocation gériatrique**. Il dispose de temps de professionnels formés à la gériatrie (médecin libéral attaché ou médecin salarié ou praticien hospitalier mis à disposition, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale) et/ ou a accès à un pôle d'évaluation gériatrique.

La présence d'une unité de court séjour implique une **organisation formalisée de recours au plateau technique nécessaire** (laboratoires et imagerie médicale). A cet effet, des **conventions de coopération** seront passées avec les établissements de santé environnants et avec les structures libérales situées dans le territoire de proximité.

L'hôpital local organise, dans le cadre du projet médical de territoire, sa **relation avec les centres hospitaliers**, pour assurer une coordination des soins sur le secteur sanitaire concerné (permanence des soins, recours aux plateaux techniques, consultations spécialisées avancées) et favorise la bonne organisation de l'offre de proximité jusqu'au centre hospitalier.

Partenaire et interlocuteur des EHPAD autonomes et pivot des services à domicile, il est un des points **d'appui de la permanence des soins de ville** et peut accueillir des maisons de garde médicale.

Il est nécessaire de prévoir une répartition harmonieuse des hôpitaux locaux sur l'ensemble de la région et la mise aux normes de l'ensemble des établissements.

Le site de proximité

✓ Ses missions

Il assure une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, quelle que soit la diversité des services et des structures qui interviennent dans l'épisode de soins. Il a un rôle essentiel dans la coordination et dans la continuité des soins. L'hospitalisation en médecine de proximité peut être offerte en centre hospitalier ou en clinique privée.

Pour assurer ces missions, il s'appuiera sur une organisation comportant :

- une ou plusieurs unités **de médecine polyvalente (ou de médecine interne)**,
- selon les établissements, **une ou des unités d'hospitalisation spécialisées**,

Comme pour les autres établissements de santé, la réflexion sur la configuration des unités de médecine de spécialités accueillant des personnes âgées doit être menée dans chaque secteur sanitaire. Elle étudie la pertinence de la conversion de capacités de médecine spécialisée en capacités de médecine polyvalente ou de médecine gériatrique.

Le site de recours

Il comprend les établissements de référence et les établissements d'expertise.

✓ Ses missions

Outre les missions d'un site de proximité, il répond à l'ensemble des besoins médicaux du secteur sanitaire :

- il assure une prise en charge globale des patients et le recours aux spécialités médicales.
- il dispose d'un plateau technique de spécialités définies comme nécessaires sur le secteur sanitaire.

Dans un cadre de coopération intra-sectorielle, ce rôle de référent peut être assuré par plusieurs établissements publics ou privés en fonction des spécialités concernées.

Il joue un rôle de coordination et de complémentarité avec les sites de proximité. A cet effet, il participe, dans le cadre de ses missions de santé publique, au soutien des hôpitaux de proximité en permettant l'accès à des compétences spécialisées.

✓ Son organisation et son fonctionnement

Chaque secteur sanitaire dispose :

- d'un service d'accueil et de traitement des urgences,
- d'une unité de médecine interne,
- des diverses composantes de la filière gériatrique reprise dans le volet « Prise en charge des Personnes Agées » du SROS,
- des unités spécialisées suivantes (liste non exhaustive) : cardiologie avec USIC (cf. volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires »), neurologie avec UNV (cf. volet « Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux »), pneumologie, hépato-gastro-entérologie, néphrologie (cf. volet « Insuffisance Rénale Chronique »), rhumatologie, endocrinologie, cancérologie (cf. volet « Prise en charge des personnes atteintes de cancer »),...

Une réflexion sur la configuration des unités de médecine de spécialités accueillant des personnes âgées est menée par chaque conférence sanitaire. Elle définit les capacités nécessaires pour permettre aux services d'accueillir les patients programmés ou non. Elle étudie la pertinence de la conversion de capacités de médecine spécialisée en capacités de médecine polyvalente interne indifférenciée et/ou de médecine gériatrique.

Les sites d'expertise (les deux CHU)

✓ Missions

En plus des missions citées ci-dessus, ils ont un **rôle spécifique pour la région** : recours, expertise et formation sur l'ensemble des spécialités médicales.

Ils ont aussi une mission d'évaluation des outils diagnostiques et thérapeutiques. Ils ont une vocation et une attractivité régionales. A ce titre, l'ensemble des spécialités médicales est représenté y compris la prise en charge des pathologies rares, complexes ou orphelines. C'est à ce niveau que se situent les centres de référence (Unité Neuro-Vasculaire Régionale, CRLCC, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche,...).

✓ Organisation et fonctionnement

Ils disposent d'un **accès à l'ensemble du plateau technique** afin d'assurer la prise en charge, l'expertise, la recherche et l'évaluation dans leur domaine de compétences.

Ces principes d'organisation sont complétés de recommandations (cf. chapitre 3.1).

2.2.2. Développer les alternatives à l'hospitalisation complète (hôpitaux de jour, de nuit, Hospitalisation à domicile, réseau, chimiothérapie à domicile)

L'hospitalisation à domicile

C'est une des priorités nationales de santé, qui fait l'objet d'un volet spécifique du SROS.

L'hospitalisation à temps partiel

Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète comprennent les structures à temps partiel de jour ou de nuit (Code de la Santé Publique, Art. R. 6121-2). Elles sont encadrées par les textes réglementaires de 1992.

Une prise en charge en hospitalisation de jour doit être organisée dans chaque unité spécialisée des sites de référence. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ces établissements comportera des objectifs spécifiques en faveur des « alternatives à l'hospitalisation ».

En fonction des niveaux d'activité envisagés, ces structures sont spécialisées ou polyvalentes et un fonctionnement transversal sera privilégié.

Faciliter le maintien à domicile pour retarder le recours à l'hospitalisation

Tous les établissements de santé favoriseront la mise en place d'un partenariat étroit avec les services de maintien et d'aide à domicile, notamment par l'intermédiaire de leur service social.

Chaque patient hospitalisé fragile ou en situation potentielle de dépendance bénéficiera d'un bilan médico-social en vue d'étudier les potentialités et modalités de retour à domicile. Cette démarche impliquera, selon des modalités adaptées, les professionnels de santé libéraux.

Les établissements de santé organiseront l'accès à des consultations externes spécialisées en complémentarité avec les professionnels de santé libéraux, pour les patients non hospitalisés.

2.2.3. Améliorer le circuit du patient dans le fonctionnement hospitalier

Il est nécessaire de passer d'une logique d'établissement à une logique de prise en charge sur un territoire afin d'assurer une hospitalisation adaptée pour l'ensemble des patients. Dans ce cadre, il convient de :

Favoriser l'admission programmée et directe

- **Par une limitation des passages aux urgences** (cf. volet « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins ») en :
 - incitant à une régulation préalable aux urgences,
 - assurant un tri précoce aux urgences par un personnel formé,
 - redéfinissant le rôle des Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et leur positionnement dans les filières de soins,
 - limitant les entrées à partir des urgences aux trois groupes définis par la CCMU.
- **Par une organisation privilégiant l'accès direct aux soins de médecine gériatrique** (cf. volet « Prise en charge des personnes âgées »),
- **Par l'organisation de contacts entre médecins traitants et médecins hospitaliers** pour faciliter les entrées directes dans les services de spécialités. Chaque unité de court séjour spécialisée définit les conditions permettant cet accès direct. Un accès à la demande de médecin traitant, dans les 24 heures à des consultations externes spécialisées ou polyvalentes est mis en place.

Développer un potentiel d'accueil en médecine polyvalente et gériatrique et recentrer les services de spécialités sur leurs activités propres programmées et non programmées

- **en assurant un accès à une hospitalisation adaptée** pour l'ensemble de la population. Cela nécessite de redéfinir et d'articuler les relations entre les différents types de soins (entre les services d'accueil et de traitement des urgences et les services de médecine, mais aussi de chirurgie, entre les services de spécialités et de médecine polyvalente et entre le court séjour et les soins de suite).
- **en mettant en place une offre de médecine polyvalente de proximité** à tous les niveaux de prise en charge, associée à une amélioration de l'organisation de la filière gériatrique (cf. volet « Prise en charge des personnes âgées »).

Dans ce contexte, tout établissement de santé doit garantir une approche médicale globale et polyvalente, avec une compétence gériatrique. Chaque établissement met en place au moins un département ou service de médecine polyvalente identifié par établissement ayant des lits de médecine (pouvant prendre l'appellation de service de médecine interne lorsque les compétences sont présentes). Chaque établissement hospitalier (de référence ou de proximité) doit mettre en place au moins une activité de court séjour à orientation gériatrique, par redéploiement de lits et de moyens provenant des services de spécialités.

Les personnes âgées mais aussi les handicapés ou les malades mentaux nécessitent une approche sociale dans le cadre d'une prise en charge globale, ce qui implique une nouvelle organisation de la continuité des soins. La coordination des différents professionnels du champ sanitaire et social est capitale pour ces populations. Cette approche sociale la plus précoce possible doit anticiper les problématiques du handicap. La réflexion des professionnels sur les personnes âgées en situation de fragilité met bien en évidence ce besoin.

- **en développant les prises en charge programmées sur l'hospitalisation complète mais surtout de semaine et de jour**

Les services de médecine de spécialités des CHU et des sites de référence organisent leurs hospitalisations programmées autour d'unités d'hospitalisation complète classique, d'unité d'hospitalisation de semaine (HS) et/ ou d'hospitalisation de jour (HDJ).

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (HS et HDJ) doit s'accompagner d'une réflexion sur les besoins nécessaires en hospitalisation complète classique.

- **en formalisant le recours aux consultations de spécialités dans les établissements de proximité**

Les unités de médecine polyvalente (gériatrique ou non) doivent avoir un accès formalisé aux consultations spécialisées en interne ou en externe. Chaque établissement de proximité dans le cadre du projet médical de territoire l'organisera avec les autres établissements du secteur sanitaire (convention de mise à disposition ou de temps partagé...).

- **en optimisant le fonctionnement des hôpitaux locaux**

Il s'agit de mettre en place, dans chaque hôpital local, un service de médecine polyvalente, avec prise en charge des patients hospitalisés par les médecins traitants.

L'hôpital local apporte un soutien médical dans les situations complexes, un lieu d'observation où les médecins généralistes conservent un lien fort avec leur patientèle et disposent d'une action structurée d'autres professionnels, une structure rigoureuse mais non consommatrice de temps, un soutien à domicile, notamment en terme de coordination efficace et légère de l'ensemble des acteurs à domicile et il favorise une pratique médicale moins solitaire.

- **en développant la formalisation des liens avec les structures d'aval**

Par des conventions entre pôles d'expertise, de référence et de proximité avec les structures d'aval. Ils organisent et préparent la sortie du court séjour par une évaluation précoce pluridisciplinaire (bilan social, du comportement et de l'état psychologique).

Promouvoir l'aide aux familles en organisant la mise en place des aidants (SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile, APA Aide aux Personnes Agées, IDE, Infirmière Diplômée d'Etat).

Adapter les capacités d'accueil à l'évolution des besoins

La capacité d'accueil et l'organisation interne doivent être conçues de manière à concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions directes. Le développement des pôles et l'amélioration de la transversalité doivent permettre d'optimiser les flux. **Ces pôles peuvent s'organiser sur des logiques médico-chirurgicales centrées sur le patient.**

2.2.4. Améliorer la prise en charge des soins somatiques des populations en difficultés

Pour les personnes détenues

Tout établissement de santé siège de rattachement d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) devra faire figurer, dans son projet d'établissement, le projet d'organisation de soins et de coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé de l'UCSA.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ces établissements devra mentionner explicitement les objectifs poursuivis en matière de santé des détenus et les moyens pour les atteindre.

Chaque établissement de santé sera équipé d'une chambre sécurisée répondant au cahier des charges fixé par la note du 17 mai 2001 du Ministère de l'Intérieur.

Pour des populations en situation de précarité

Bien que la Bretagne présente une moindre proportion de personnes en situation de précarité que le reste de la France, elle doit mettre en place des procédures permettant une prise en charge sanitaire de qualité adaptée à ces populations (SDF, enfance en difficulté...).

Les établissements de santé ont pour mission d'assurer la prise en charge médicale de ces populations. A cet effet, ils facilitent l'accès aux soins de ces patients par la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire (médico-sociale) centrée sur ces risques spécifiques.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. METTRE EN PLACE UNE GRADUATION DES SOINS

3.1.1. Les hôpitaux locaux

Afin de permettre une réelle utilisation des hôpitaux locaux comme niveau de premier recours dans la graduation des soins, un développement des capacités est préconisé préférentiellement à celles des établissements de santé de court séjour.

Une identification dans toutes les structures « hôpital local » d'un service de médecine et d'un service de soins de suite est à envisager.

Par hôpital local, un seuil d'activité minimal de 250 séjours annuels pour un service de médecine est recommandé (avec une durée moyenne de séjour de 12 jours et des durées plus longues pour les soins palliatifs). Dans l'unité de médecine, les patients seront pris en charge par un personnel pluridisciplinaire qui devrait comprendre pour 10 lits au minimum, 3,5 équivalents temps plein d'infirmier, 4 ETP d'aides soignants, 2,5 ETP d'aides soignants qualifiés et 0,20 ETP de kinésithérapie.

Sur le site, la présence de nuit d'une infirmière associée à une ou plusieurs AS est à privilégier.

Un bureau de consultations médicales est nécessaire dans le service de médecine.

Tout nouvel entrant sera examiné dans les 24 h par un médecin. Le respect des textes réglementaires relatifs au dossier médical sera recherché par la mise en place dans le CPOM d'un volet qualité du dossier médical. Des protocoles de prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et de fins de vie seront mis en place et régulièrement évaluer.

Si l'hôpital local garantit une bonne articulation Ville/ Hôpital, la qualité et la sécurité des soins imposent une permanence et une coordination médicale. Ces missions sont sous la responsabilité des médecins traitants qui participent au fonctionnement de l'hôpital local.

En cas de difficulté dans cette mise en place, le recrutement de médecins salariés de l'établissement sera envisagé. Ces derniers ne doivent pas se substituer aux médecins traitants, mais apporter un soutien à leur action et à la structuration des prises en charge (protocoles divers d'évaluation pluridisciplinaire, traçabilité, gestion des relations avec les autres établissements). Ce praticien pourra assurer aussi une mission de coordination auprès des autres unités de l'hôpital local, y compris l'EHPAD.

Ces unités sont identifiées polyvalentes, mais bénéficient :

- soit, par convention, de l'appui des services de gériatrie des établissements plus importants (équipe mobile de gériatrie),
- soit d'un praticien salarié temps partiel, titulaire d'une compétence en gériatrie.

3.1.2. Les hôpitaux de proximité

Les services de médecine polyvalente (ou de médecine interne) comprennent un secteur d'hospitalisation conventionnelle et, si l'établissement est le siège d'une unité d'accueil et de traitement des urgences, une unité médicale post-accueil.

Les unités spécifiques de médecine spécialisées (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie...) s'ajoutent aux services de médecine polyvalente dans la limite indicative d'une moitié des séjours d'hospitalisation complète de médecine.

Des conventions sont passées entre établissements de santé pour formaliser les modalités de coopération pour les consultations spécialisées. En l'absence d'expertise spécialisée sur le site de proximité, une convention avec les pôles de référence et de recours définit les modalités de soutien nécessaire. L'accès à des consultations de cardiologie, de pneumologie, de gastro-entérologie et de rhumatologie doivent au minimum être proposées.

En interne, est assuré un accès à des consultations non programmées, ainsi qu'un accès au plateau technique en biologie et imagerie conventionnelle 24 h/24 et à un service social adapté.

Les hôpitaux de proximité disposent de compétences médicales en gériatrie pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

En gériatrie deux solutions sont préconisées :

- les établissements de proximité qui ont déjà mis en place les diverses composantes de la filière gériatrique, ou qui sont en voie de la réaliser, se conformeront aux principes d'organisation décrits dans le volet « Prise en charge des personnes âgées »,
- lorsque cette filière n'existe pas ou qu'il paraît impossible de la compléter, l'établissement met en place une unité de médecine gériatrique. Cette unité pourra ou non être rattachée à un département, pôle ou service de médecine polyvalente.

3.1.3. Les hôpitaux de référence

La structure de médecine interne comprend :

- une unité de médecine post-accueil (UMPA), définie comme une unité d'hospitalisation traditionnelle se situant en aval immédiat du service des urgences et prenant exclusivement en charge des patients venant du service d'accueil et de traitement des urgences,
- des unités d'hospitalisation conventionnelle où, à côté de patients admis directement sans passage par le service d'accueil et de traitement des urgences ou de patients admis de façon programmée, peuvent être hospitalisés une proportion variable de patients venant du service d'accueil et de traitement des urgences.

Le partenariat entre établissements ou professionnels dans le territoire de santé fait l'objet soit de la mise en place de GCS ou de fédérations médicales interhospitalières, soit de conventions. Il se réalise, entre autres, sous forme de mises à disposition, de temps médical partagé, de consultations décentralisées, d'accès privilégié à des consultations ou des plateaux techniques.

Les hôpitaux de recours (CHU) organisent, dans le cadre de leur mission de santé publique, un **soutien auprès des hôpitaux de référence et/ ou proximité pour permettre l'accès à des compétences hautement spécialisées**. Ce partenariat fait l'objet d'une convention et se réalise sous forme de temps médical partagé, d'accès privilégié à des consultations ou aux plateaux techniques.

L'accès aux plateaux techniques de biologie, d'imagerie et d'explorations spécialisées 24h/ 24 doit être proposé.

3.2. DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE (HOSPITALISATION DE JOUR, HOSPITALISATION A DOMICILE, TRAVAIL EN RESEAUX) ET FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE ET LES SOINS AMBULATOIRES

Selon le principe de subsidiarité, la mise en place de projet thérapeutique d'alternatives à l'hospitalisation complète privilégiera, dans l'organisation des équipes soignantes, les acteurs de l'offre de soins ambulatoires.

L'émergence de réseaux Ville/ Hôpital doit être favorisée, notamment sur la prévention et/ ou la prise en charge de maladies chroniques. Un relais à la sortie d'hospitalisation de patients instables sera mis en place. Seul un fonctionnement en véritable réseau Ville/ Hôpital est susceptible d'améliorer les circuits de ces patients (insuffisance cardiaque ou respiratoire).

Pour un patient hospitalisé, afin de définir le projet de prise en charge d'alternative à l'hospitalisation et de respecter les indications, une consultation pluri-disciplinaire est préconisée 48 heures avant la sortie. Elle devra inclure autant que possible des professionnels tant de l'établissement que du secteur ambulatoire.

L'HAD, véritable alternative à l'hospitalisation, est à différencier des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'aide et d'accompagnement à domicile.

3.3. AMELIORER LE CIRCUIT DU PATIENT DANS LE FONCTIONNEMENT HOSPITALIER

C'est le projet diagnostic et thérapeutique individuel du patient, identifié dans le dossier médical à l'admission, qui doit orienter le patient vers la structure la mieux adaptée à ses besoins de soins.

Ces recommandations peuvent s'appliquer à l'ensemble des patients, même si les personnes âgées sont souvent les premières concernées.

3.3.1. Réguler des flux hospitaliers en vue de favoriser l'admission programmée

L'hospitalisation en urgence nécessite que le médecin traitant prenne contact par téléphone avec le médecin senior du service d'accueil et de traitement des urgences de premier recours (ou, à défaut, l'infirmière chargée de la régulation des urgences), pour évaluer l'opportunité de l'hospitalisation et du passage par le service d'accueil et de traitement des urgences, envisager l'orientation vers le service hospitalier le plus adapté à son état, prévoir les possibilités de sortie (domicile, SSR, autres).

L'hospitalisation non urgente nécessite que les médecins de ville n'adressent pas les patients aux urgences, mais contactent par téléphone un médecin senior hospitalier susceptible de les prendre en charge pour :

- évaluer l'opportunité de l'hospitalisation et déterminer le service adéquat (y compris par l'organisation d'une consultation programmée),
- déterminer la date de l'hospitalisation lorsque le bilan programmé d'amont s'avère insuffisant, irréalisable ou trop lent,
- déterminer le projet de soins hospitalier,
- envisager les modalités de sortie.

Cette organisation implique que les médecins des établissements de santé organisent la permanence téléphonique.

A l'admission (coordination d'amont), le médecin traitant doit s'engager à fournir tous les éléments permettant la continuité des soins.

Au retour d'hospitalisation (coordination d'aval) le médecin hospitalier :

- informe le médecin traitant des soins et de l'évolution du patient et, dans tous les cas, prend contact avec lui avant le jour de la sortie.
- organise la sortie aussi bien vers le domicile que vers les SSR,
- assure la continuité des soins (courrier provisoire).

Durant l'hospitalisation, le médecin hospitalier s'engage à faciliter l'accès aux informations médicales pour le médecin traitant.

Les taux d'admissions programmées en médecine sur la Bretagne doivent se rapprocher des taux nationaux. A ce titre, un taux plancher régional de 50 % d'hospitalisations programmées est préconisé. Il sera décliné dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

3.3.2. Favoriser l'éducation thérapeutique

Elle doit être développée par tous les établissements de santé quel que soit le niveau de soins ou d'intervention (proximité / référent / recours).

Les projets médicaux des établissements de santé doivent inclure un volet « politique d'éducation thérapeutique ».

Ce développement doit être mené parallèlement auprès des professionnels de santé libéraux afin de renforcer et compléter les démarches initiées à l'hôpital pour prendre en compte le patient dans sa globalité.

3.3.3. Développer le potentiel de médecine polyvalente et mettre en place dans les établissements une politique de gestion du personnel en faveur de ces services

Dans le cadre de la graduation des soins, le développement des structures de médecine polyvalente est prioritaire. Pour ce faire, les évolutions de capacités des établissements de santé privilégieront l'augmentation de ces unités.

De plus, il sera nécessaire d'adapter les effectifs de personnel à la charge de travail, sachant que les unités polyvalentes présentent des charges de travail plus importantes les nuits et en fin de semaine.

3.3.4. Développer une politique du médicament en articulation avec la médecine libérale (prescriptions en dénomination commune sur les ordonnances de sortie, prise en compte de critères qualité)

Un volet relatif à la politique du médicament est à introduire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Deux axes seront développés prioritairement :

- l'informatisation de la prescription pharmaceutique de sortie,
- la généralisation de la prescription pharmaceutique de sortie en dénomination commune afin d'atteindre un taux de prescription identique à ceux réalisés par les médecins libéraux.

3.4. DEVELOPPER L'UTILISATION DE TECHNIQUES D'ECHANGES D'INFORMATIONS MEDICALES

3.4.1. Les techniques innovantes d'échanges de l'information

La croissance exponentielle des performances de l'informatique autorise une utilisation massive de ces outils. Mais elle demande une réflexion collective afin de s'assurer de la compatibilité des utilisations entre elles.

La politique régionale doit être définie dans un volet complémentaire du présent SROS relatif à « la Télémedecine et aux systèmes d'information ». Elle devrait intégrer les orientations suivantes :

L'échange de données par l'intermédiaire de plateforme, forum et/ ou portails

La constitution d'un dossier médical informatisé et partagé est l'objectif à moyen terme. Les contraintes liées à la sécurisation des données transférées et à la compatibilité des systèmes entre eux imposent une mise en œuvre collective associant la médecine ambulatoire.

L'expertise à distance avec l'aide de la télémedecine

Elle permet de concilier la proximité des prises en charge avec l'expertise médicale sous toutes ses formes. Elle optimise le temps médical dans un contexte annoncé de moyens limités. Elle impose une mise en place pluridisciplinaire et régionale.

L'exploitation des diverses bases de données médicales et administratives

Elle doit permettre une amélioration de la qualité et une meilleure utilisation des moyens.

L'information du patient

Dans ce domaine, les techniques actuelles permettent des utilisations diverses et variées : éducation thérapeutique, transparence sur le fonctionnement et les résultats des établissements, accès à de l'information personnalisée (transmission de résultats, de consignes, de modifications de traitement) pouvant aller jusqu'à la consultation avancée.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements comportera un volet spécifique sur la mise en œuvre de ces préconisations.

3.4.2. Améliorer la connaissance et l'utilisation des outils informatiques hospitaliers

Le retour d'information PMSI T2A sera à développer à travers les instances de concertation.

Un bilan « médecine », établi à partir des données (PMSI), sera présenté au COTER tous les deux ans et mis à disposition des conférences sanitaires. Ces travaux seront réalisés sous la supervision méthodologique du COTRIM (Cellule de veille méthodologique).

La mise en œuvre du PMSI MCO s'accompagne d'une démarche qualité mise en place par le COTRIM Bretagne. Celle ci sera poursuivie.

La réalisation du PMSI HAD devra s'accompagner d'actions de formation à l'outil de l'ensemble des acteurs concernés. En l'absence de référentiel national, elle nécessitera l'élaboration d'une démarche qualité dans les établissements de santé en concertation avec la cellule qualité du COTRIM.

3.5. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS SOMATIQUES POUR DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRECARITE

3.5.1. Les personnes détenues

Au sein des UCSA

Les effectifs de personnels soignants devraient atteindre les ratios qui sont proposés dans la circulaire du 10 janvier 2005 et accompagner tant l'augmentation annoncée des capacités de détention des établissements pénitentiaires que l'augmentation observée du nombre de détenus.

La stabilité des effectifs médicaux et paramédicaux sera recherchée.

L'accès aux soins dentaires sera développé. Le développement des consultations spécialisées en interne à l'UCSA, sous forme de vacations, de déplacements ponctuels à la demande, de demande d'avis formalisés en utilisant les supports des nouvelles technologies seront favorisés *afin de limiter les extractions de détenus*.

L'implication des services et des équipes de liaison d'addictologie sera développée.

La mise en place d'une organisation permettant d'assurer la continuité des soins de l'UCSA en s'appuyant sur les ressources de l'établissement de santé sera proposée.

Les temps de travail des équipes d'infirmières, des préparateurs en pharmacie et des secrétariats devront être étudiés en replaçant chaque professionnel au cœur de son métier.

Les temps consacrés aux activités préventives individuelles ou collectives et aux activités de promotion de santé devront être intégrés aux temps de travail des équipes soignantes au même titre que les activités de soins.

Une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) est prévue au sein du CHU de Rennes. Elle accueillera les patients dans les disciplines médicales et chirurgicales pour les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé, sans faire obstacle à l'hospitalisation des personnes détenues dans des services très spécialisés, dès lors que leur état de santé l'exige. Le projet d'organisation et de fonctionnement de cette unité, son règlement intérieur et les relations qui seront à établir avec les UCSA de l'interrégion seront à définir dans un délai d'un an suivant la publication du SROS.

3.5.2. Pour des populations en situation de précarité

Afin d'assurer une prise en charge hospitalière adaptée des personnes en situation de précarité, les établissements de santé s'engagent à leur faciliter l'accès direct aux services de médecine polyvalente.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

L'organisation des soins définie dans les paragraphes précédents demande une évaluation de l'ensemble des politiques mises en œuvre.

La communauté des points de vue entre les différents volets du SROS demande une harmonisation des divers indicateurs et procédures de suivi.

Le Volet « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » pointe les besoins en services de médecine polyvalente. Il propose une mise en place de centre téléphonique et d'orientation.

Le volet « Hospitalisation à domicile » prévoit le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Le volet « Prise en charge des personnes âgées » s'attache à développer une prise en charge spécifique avec la priorité aux soins de proximité. Il cherche à développer l'évaluation en lien avec la ville et les médecins libéraux.

Le volet « Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelles » travaille prioritairement sur l'amélioration de la fluidité des prises en charge.

Le volet « Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux » propose l'installation d'une UNV ou UP /AVC par territoire de santé.

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du volet médecine sont élaborés à partir des sources d'informations suivantes :

4.1.1. Le PMSI

Il permet de recueillir pour l'ensemble de la région, par secteur sanitaire, par établissement de santé et dans les établissements, par service, les informations suivantes : le nombre de séjours médicaux en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en séances et, sur certains secteurs d'activité spécifiques par l'intermédiaire de "fiches sup" (urgences, IVG médicamenteuses, médicaments onéreux ...), l'origine géographique des personnes prise en charge et, en conséquence, les flux, le sexe et l'âge des patients, les modes d'entrée et de sortie des patients, le GHM du séjour, les durées de séjour.

4.1.2. La SAE

Elle recueille l'activité globale et les moyens de l'établissement : le nombre de lits installés, le nombre de journées réalisées, les effectifs de personnels médicaux et non médicaux salariés, le suivi des politiques nationales.

Ces deux sources d'information nécessitent un recueil de qualité des données. Le PMSI fait l'objet de procédures de contrôle qualité interne et externe garantissant une certaine qualité. Il convient de les maintenir. Le COTRIM assurera le suivi de cette politique.

Mais l'exploitation des informations issues de la SAE nécessite une amélioration de la qualité du remplissage par les établissements. Les CPOM des établissements consacreront un volet à cet objectif.

4.1.3. Les Tableaux de bord

Il s'agit d'élaborer des éléments d'analyse de base commune à partir d'indicateurs.

Les données sont fournies par des sources diverses à définir par le COTER (l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, les caisses d'Assurance Maladie, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne, systèmes d'informations, indicateurs issus de PRODIGE (DHOS),...).

Ils pourront comporter des informations sur des données démographiques, d'évolution des personnels médical et paramédical, d'activités, de coûts, de dépenses.

4.2. LES INDICATEURS

- **Suivi de l'offre de soins** (sources : SAE et enquêtes spécifiques)
 - Evolution des structures,
 - Capacités et TO, nombre de services et types de services, nombre de conventions inter-établissements, nombre de services des établissements de santé avec un praticien possédant un DU de gériatrie, nombre de structures spécifiques et activités (gériatrie, AVC, cardiologie, IRC).

- **Données d'activités** (sources : PMSI ATIH)
 - Nombre de séjours médicaux selon le mode d'hospitalisation et la spécialité médicale,
 - Nombre de séjours en services de médecine polyvalente. Nombre de séjours en services de médecine de spécialités,
 - Suivi de l'activité des établissements par analyse du Case-Mix (recherche d'effet T2A). Durée moyenne de séjour selon le mode d'hospitalisation et la spécialité médicale,
 - Nombre et pourcentage de séjours en médecine avec une DMS supérieure à 21 jours,
 - Flux inter-sectoriel et intra-sectoriel selon le mode d'hospitalisation et la spécialité médicale,
 - Pourcentage de ré-hospitalisation dans un établissement de santé dans un délai inférieur à 3 jours après la sortie (chaînage, morcellement des séjours par effet T2A),
 - Mode d'entrée et de sortie des patients selon le mode d'hospitalisation et la spécialité médicale.

- **Indicateurs qualité**

A établir avec le COTER (dans l'année suivant la publication du schéma). Il sera proposé, deux ans avant la fin du présent schéma, de réaliser une étude sur les adéquations des séjours hospitaliers en médecine. Les modalités seront définies en temps utile dans le programme de travail de l'ARH.

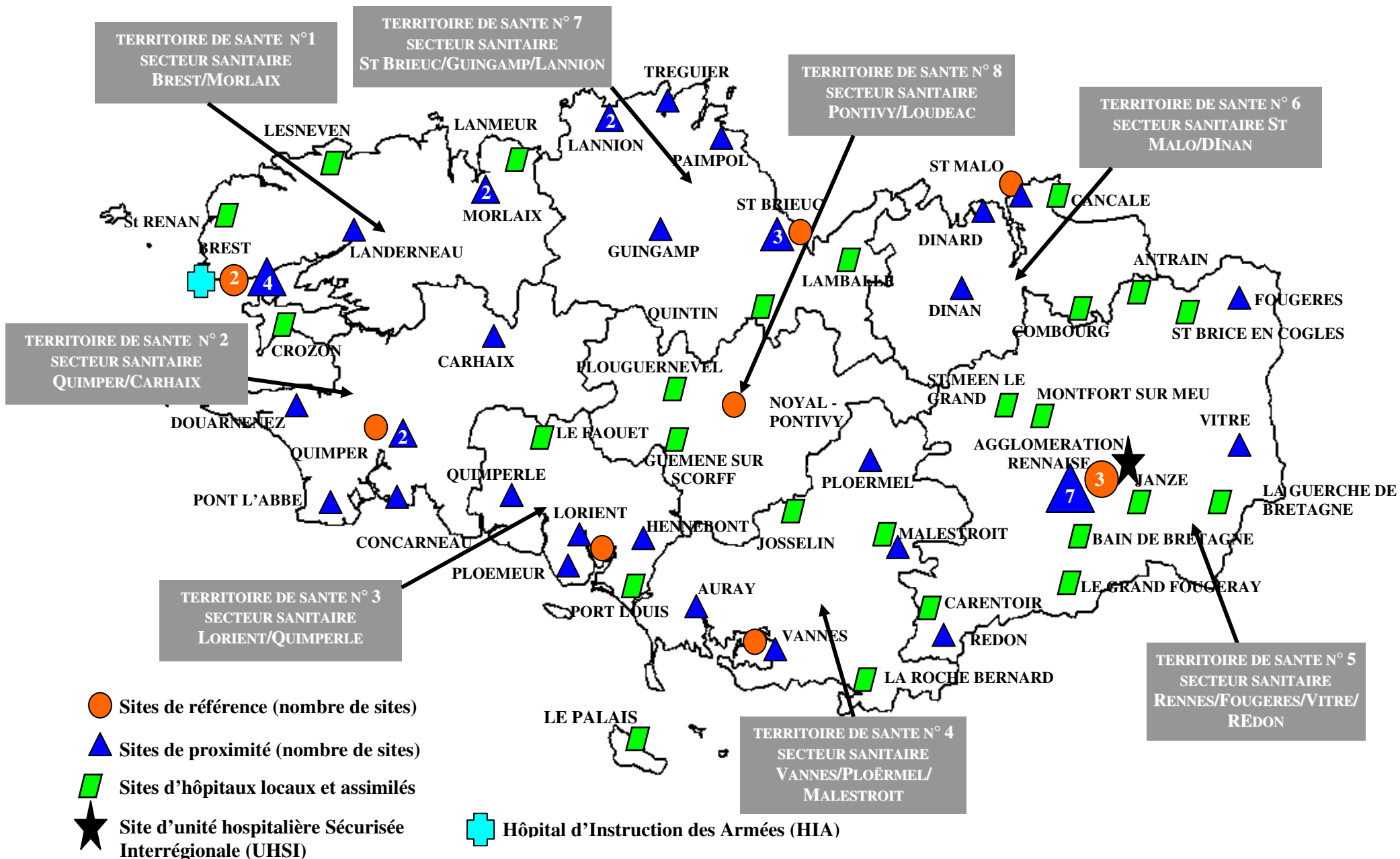
4.3. L'UTILISATION DES INDICATEURS ET ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Le COTER « médecine » assure le pilotage du dispositif.

Il a pour missions de :

- suivre la mise en œuvre des principes d'organisation et des actions contenus dans le volet « médecine »,
- garantir auprès de l'ensemble des établissements le recueil des indicateurs de suivi,
- proposer des adaptations de l'organisation sanitaire en fonction de besoins nouveaux, en particulier la révision des objectifs quantifiés,
- mettre en place, si besoin, des groupes de travail spécifiques,
- collaborer, sous l'égide de l'ARH, avec l'ensemble des institutions contribuant au suivi.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de médecine (sites de référence, sites de proximité, sites d'hôpitaux locaux ou assimilés et UHSI) -- Bretagne/Cible 2010



CHIRURGIE

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le bilan s'appuie sur les travaux menés en 2004 par le Comité Technique Régional de la chirurgie. Les principaux éléments de diagnostic sont :

- **Une concentration des plateaux techniques** avec le passage, entre 1999 et 2004, de 63 à 48 établissements chirurgicaux soit 22 établissements publics, 21 établissements privés, 4 privés PSPH dont un établissement à vocation oncologique et un établissement militaire.
- **L'émergence des coopérations inter-établissements** avec un investissement très inégal selon les secteurs sanitaires : réel dans les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « Lorient/ Quimperlé », « St Malo/ Dinan » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion », très faible dans les deux secteurs sanitaires de CHU (« Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon »), absent sur le secteur sanitaire « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit ».
- **Une activité assurée majoritairement par le secteur privé**
Avec 262 362 séjours en 2002, la chirurgie représente le 1/3 des séjours hospitaliers en MCO, réalisés à 60 % par le secteur privé et à 40 % par le secteur public et PSPH.
Elle constitue 50 % de l'activité des établissements privés, mais seulement 15 % de celle des établissements publics.
- **Une couverture régionale des besoins globalement satisfaisante**
Les fuites hors région sont faibles, représentant seulement 4,5 % des séjours des patients de la région. Elles sont équilibrées par une attractivité de la région sensiblement équivalente : 4 % des séjours réalisés par les établissements bretons concernent des résidents extérieurs à la région.
Toutefois, ces flux varient :
 - selon le secteur sanitaire : fuites de près de 10 % du secteur sanitaire « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » vers les Pays de Loire et à l'inverse, attractivité forte du secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » puisque 10 % de son activité porte sur des résidents hors région (départements limitrophes),
 - selon la discipline avec des fuites hors région atteignant près de 8 % en chirurgie ophtalmologique.
- **Mais une couverture sectorielle des besoins inégale avec un taux de fuite variable**
 - les secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « Brest/ Morlaix », sites des deux CHU ainsi que les secteurs sanitaires « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et « Quimper/ Carhaix » ont une forte autonomie avec plus de 80 % des séjours chirurgicaux assurés par les établissements du territoire de santé.
 - les secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » ont une autonomie satisfaisante, supérieure à 75 %,
 - mais, en raison de leur taille modeste, l'autonomie est limitée pour le secteur sanitaire « St Malo/ Dinan » (68 % des prises en charge réalisées sur le territoire), voire faible pour le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » (57 %).
- **Un maillage satisfaisant du territoire par des établissements solidement implantés**
 - 15 établissements réalisent plus de 6 000 séjours chirurgicaux par an dont les 2 CHU, 4 centres hospitaliers de référence (Lorient, Vannes, St Brieuc, Quimper), 1 établissement PSPH (clinique de la Sagesse) et 8 établissements privés,
 - 12 établissements réalisent entre 3 000 et 6 000 séjours par an dont le CH de St Malo, 1 établissement PSPH (Lorient) et 10 établissements privés.

→ **Mais des établissements fragiles, essentiellement publics**

- 10 établissements réalisent entre 1 500 et 3 000 séjours dont 7 CH de proximité, un établissement PSPH et 2 établissements privés (en cours de regroupement avec des structures plus importantes),
- enfin 8 établissements réalisent une activité chirurgicale insuffisante, inférieure à 1 500 séjours dont 7 CH de proximité ; à noter la situation particulière du centre régional de lutte contre le cancer dont l'activité chirurgicale spécialisée s'inscrit dans la création de l'institut rennais de sénologie.

Ces établissements de proximité à faible, voire très faible activité, présentent pour la plupart plusieurs facteurs de fragilité : bassin de population insuffisant, absence d'attractivité tant pour la population qui n'y a recours que dans le cadre de l'urgence, que pour le personnel médical et non médical.

Seuls 2 de ces établissements fragiles peuvent être considérés comme relativement isolés (Carhaix et Redon), mais tous sont sites d'accueil et de traitement des urgences et 12 d'entre eux doivent assurer la couverture chirurgicale d'une maternité. Or, actuellement, un nombre certain d'obstétriciens n'ont pas de compétence chirurgicale. La présence d'un chirurgien viscéral est alors indispensable à la sécurité de l'activité obstétricale.

▪ **Une activité spécialisée**

- la chirurgie viscérale (digestive, urologique, pneumologique, gynécologique, endocrinienne), 31 % de l'activité chirurgicale,
- la chirurgie orthopédique et traumatologique, 25 %,
- la chirurgie de spécialité (ORL, ophtalmologie et stomatologie), 26 %,
- la chirurgie à forte spécificité (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie du nouveau-né), 18 %.

▪ **Des spécificités**

○ **La chirurgie pédiatrique**

Elle se définit :

- ◆ d'une part, par l'âge de la population prise en charge, théoriquement 0-16 ans soit 28 000 séjours,
- ◆ d'autre part, par les pathologies, malformatives ou acquises regroupant essentiellement une chirurgie viscérale et orthopédique (20 % des séjours des 0-16 ans), les autres spécialités chirurgicales et, en premier lieu, l'ORL (54 % des séjours) n'étant pas incluse dans cette définition de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique.

La chirurgie néonatale (0-28 jours) reste exceptionnelle avec 116 séjours, concentrée sur quelques établissements, les 2 CHU, les CH de St Brieuc et Quimper.

La chirurgie pédiatrique est caractérisée par :

- ◆ un très petit nombre de chirurgiens pédiatres qualifiés exclusifs et encore moins d'anesthésistes pédiatriques exclusifs mais des professionnels disposant d'une expérience,
- ◆ un environnement variable avec 2 établissements spécialisés, les 2 CHU et un seul autre établissement disposant d'une unité de chirurgie pédiatrique individualisée à St Brieuc,
- ◆ une activité plus dispersée avec 7 établissements, dont 3 établissements privés, réalisant plus de 1 000 séjours de chirurgie pédiatrique par an, ORL incluse.

Tous les enfants ne peuvent donc pas être opérés par un chirurgien pédiatre et encore moins endormis par un anesthésiste exclusivement pédiatrique. L'organisation régionale devra être pragmatique et ne pourra se mettre en place sans une intégration dans un ensemble pédiatrique.

- **La chirurgie cancérologique**

Avec plus de 20 000 séjours, soit 7,7 % de l'activité chirurgicale, la chirurgie cancérologique est une activité dispersée. Dispersée parce que concernant toutes les spécialités chirurgicales mais surtout parce que pratiquée par la totalité des établissements chirurgicaux de la région.

En ce qui concerne les affections cancérologiques les plus fréquentes : si 53 établissements réalisent des interventions pour cancer du sein, seulement 21 effectuent plus de 50 actes par an et 10 réalisent moins de 10 actes. De même sur 51 établissements réalisant des interventions sur cancer du colon et du rectum, 22 réalisent moins de 20 interventions par an.

La question de l'activité minimale compatible avec le maintien des compétences est donc posée.

- **Un retard de développement de la chirurgie ambulatoire**

En comparaison des pays de l'OCDE, la chirurgie ambulatoire accuse un important retard de développement en France et la région Bretagne n'échappe pas à ce retard.

En 1997, 94 % des actes chirurgicaux caractéristiques de la chirurgie ambulatoire étaient réalisés de cette manière aux USA, 78 % au Danemark, 60 % en Angleterre, mais seulement 30 % en France. Depuis cette pratique s'est développée mais l'enquête nationale de l'Assurance Maladie réalisée en 2001 sur 18 gestes marqueurs (1,5 millions d'interventions) montre la persistance d'un retard. La Bretagne se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale (26.8 % en 2002) avec une très forte disparité selon les actes (de 1 % pour les coelioscopies gynécologiques à 92 % pour les phimosis de l'enfant).

On constate une nette prépondérance des établissements de santé privés sous OQN dans la réalisation des actes en ambulatoire (80 % de l'activité ambulatoire régionale). *A contrario*, les structures publiques ont faiblement investi ce champ d'activité (20 % de l'activité régionale).

Une structure qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'elle en possède le potentiel peut mettre en jeu à court ou moyen terme la pérennité de son activité chirurgicale.

Il semble que le développement de la chirurgie nécessite un ambulatoire performant. De même, il semble fondamental que l'incitation au développement de l'ambulatoire doive s'appuyer sur une chirurgie traditionnelle de qualité. Un volume important d'activité chirurgicale globale est le préalable au développement de l'ambulatoire. La chirurgie ambulatoire ne peut être un palliatif à une activité traditionnelle sur le déclin.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

L'organisation des soins devra prendre en compte :

- **L'évolution de la demande**

L'activité chirurgicale est en croissance régulière, sur l'ensemble des disciplines : + 9 % entre 1998 et 2002. Elle est particulièrement forte pour la chirurgie de la cataracte (+ 25 %) ainsi que dans certains secteurs de la chirurgie orthopédique et traumatologique (prothèse de genou, chirurgie de la main, prothèse de hanche).

Elle est liée en particulier au vieillissement de la population avec un taux de recours à la chirurgie maximal dans la tranche d'âge 65-85 ans.

- **L'évolution des techniques**

- Des moyens d'investigation non invasifs de plus en plus performants et nécessitant des moyens techniques lourds, tels que les scanners et les appareils IRM, ainsi que les techniques interventionnelles se développent,
- les techniques chirurgicales telles que les techniques de coelioscopie, d'endoscopie aujourd'hui, d'aide robotique partielle ou complète demain progressent,

- les indications, les techniques anesthésiques et opératoires permettent une prise en charge plus simple, plus sûre, une diminution des durées de séjour, le développement des prises en charges ambulatoires et le recul des limites d'âge pour les indications chirurgicales,
- les actes chirurgicaux ne sont plus limités à une chirurgie d'urgence mais évoluent vers une chirurgie d'amont fonctionnelle. La prise en charge pluridisciplinaire est devenue évidente en cancérologie et s'impose peu à peu dans d'autres pathologies.

▪ **L'évolution des pratiques**

- La notion de seuil minimal d'activité tant pour le chirurgien que pour la structure est affirmée, garant de la qualité.
- La spécialisation accrue, dans le contexte de la formation actuelle, amène l'hyperspécialisation dans certains domaines et la disparition des chirurgiens polyvalents et généralistes.
- Le travail en équipe permet de mieux assurer les charges de permanence des soins et de continuité des soins, de prise en charge pluridisciplinaire.
- La prise en compte de la nouvelle organisation du temps de travail et les directives européennes sur le repos post-garde ont une incidence forte sur l'organisation des équipes chirurgicales.

▪ **La démographie médicale**

Outre le vieillissement des professionnels (près de 50 % ont plus de 50 ans), les projections révèlent une diminution de 15 % des effectifs de chirurgiens et de 20 % des effectifs d'anesthésistes réanimateurs d'ici 2020 en l'absence de mesures spécifiques.

▪ **Dans un contexte social et économique contraignant**

- Les droits à l'information du patient, la prise en compte des risques médicaux par la société, l'obligation de moyens, les contraintes sanitaires, la judiciarisation plus importante modifient les conditions de la pratique et son environnement.
- L'impact du passage à la tarification à l'activité est pour l'instant encore mal apprécié.

Les enjeux sont donc centrés sur :

- la constitution de plateaux techniques lourds par regroupement des équipes et fonctionnement en réseau, avec le renforcement des moyens de transport et de communication dont la télé-médecine,
- le développement de la chirurgie ambulatoire.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

L'objectif général est d'assurer à tous l'accès à des équipes compétentes, réactives, disponibles 24h/ 24 ce qui suppose de prendre en compte la démographie médicale (chirurgiens et anesthésistes) et la spécialisation chirurgicale.

Chaque acte chirurgical doit être pratiqué par un praticien compétent, dans un environnement sécurisé avec un volume d'actes suffisant, garantissant le maintien d'une compétence dans la discipline.

Cet objectif ne peut être atteint que par :

- le regroupement des plateaux techniques déjà largement engagé sur la région,
- la constitution d'équipes chirurgicales et anesthésiques suffisamment conséquentes pour assurer dans chaque spécialité chirurgicale une pratique de qualité associant spécificité et complémentarité, et ainsi répondre à l'évolution quantitative et qualitative des besoins,
- une organisation territoriale en réseau s'appuyant sur une graduation des soins chirurgicaux par spécialité,
- le développement de la chirurgie ambulatoire,
- l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

Ils reposent sur l'application de la circulaire 101-2004 du 5 Mars 2004 relative à l'élaboration des SROS et sur les travaux des groupes de travail mis en place au sein du Comité technique régional de la chirurgie.

2.2.1. La graduation des soins et le fonctionnement en réseau

Une graduation des soins en 3 niveaux

- ✓ *La chirurgie hyper spécialisée, au niveau régional ou interrégional*
neurochirurgie, chirurgie cardiaque, transplantations et greffes (rénales, cardiaques, hépatiques, pancréatiques, cornées), urgences mains (réimplantations et grandes revascularisations) réalisées dans les 2 CHU, chirurgie pédiatrique spécialisée, chirurgie ophtalmologique de la rétine (prise en charge intersectorielle, actuellement encore en grande partie prise en charge hors région).
- ✓ *La chirurgie de recours, au niveau sectoriel*
Le bassin de desserte de l'établissement de référence du secteur sanitaire doit offrir les spécialités chirurgicales : chirurgie viscérale, orthopédique, vasculaire, urologique, ORL, ophtalmologique.
- ✓ *Une offre chirurgicale, sur les bassins de proximité*
Lorsque la taille du bassin est suffisante pour permettre la réalisation d'une activité chirurgicale de qualité (cf. paragraphe 2.2.2. : conditions de sécurité pour maintenir une activité chirurgicale sur un site).

La chirurgie pédiatrique fait l'objet d'un projet spécifique (*paragraphe 2.2.4*).

La chirurgie gynécologique peut être réalisée par des gynécologues-obstétriciens ou des chirurgiens viscéraux sous réserve de compétence, à tous les niveaux. L'unité de la gynécologie obstétrique est affirmée incluant obstétrique, chirurgie mais aussi cancérologie, endocrinologie, fertilité, diagnostic prénatal, IVG,...

La chirurgie cancérologique fait l'objet de recommandations dans le cadre du volet « Prise en charge des personnes atteintes du cancer ». Les notions d'approche pluridisciplinaire, de qualité de l'environnement technique sont clairement valorisées ; les conditions d'autorisation restent à déterminer par voie réglementaire et justifieront une révision du volet thématique correspondant.

Cette graduation des soins n'apportera tous ses effets qu'avec une organisation sectorielle, formalisée en réseau garantissant la permanence des soins pour chaque spécialité chirurgicale (cf. recommandations chapitre 3.1.)

Un certain nombre de filières de soins font l'objet d'une organisation spécifique : la prise en charge des amputés vasculaires, l'abord chirurgical des dialysés, la prise en charge des urgences de la main (hors réimplantations et grandes revascularisations prises en charge en CHU), voire d'autres si elles apparaissent nécessaires au cours du SROS.

2.2.2. La constitution d'équipes chirurgicales et anesthésiques par le regroupement des plateaux techniques, les coopérations et les complémentarités

Le regroupement des plateaux techniques

Il doit permettre de privilégier les sites réellement utiles à l'organisation des soins.

La qualité et la sécurité des soins impliquent en chirurgie :

- des compétences spécialisées et pluridisciplinaires,
- des équipes chirurgicales, anesthésiques et paramédicales en nombre suffisant permettant d'assurer une triple astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et anesthésie. Cette astreinte peut être assurée par les chirurgiens d'un seul établissement ou par la coopération de plusieurs structures publiques ou privées (cf. recommandations paragraphe 3.2.),
- un volume d'activité minimal garantissant l'expérience de l'équipe et l'optimisation des ressources (cf. recommandations paragraphe 3.2.),
- dans un environnement sécurisé :
 - respect des normes et règlements :
 - conformité des blocs opératoires,
 - respect de la sécurité anesthésique,
 - respect des normes en matière de stérilisation,
 Ces normes ne peuvent être appliquées qu'à condition de disposer de locaux adaptés et d'un personnel suffisant tant médical que paramédical.
 - mise en œuvre de la réduction du temps de travail et des normes européennes concernant la garde,
- avec adaptation aux technologies nouvelles.

Il est donc nécessaire sur chaque secteur sanitaire, dans le cadre du projet médical de territoire, de réévaluer l'implantation des plateaux techniques chirurgicaux.

Sur les bassins de proximité où l'activité chirurgicale ne peut être maintenue dans des conditions de qualité suffisante, une organisation permettant la prise en charge des urgences chirurgicales sera mise en place au niveau du secteur sanitaire :

- L'accueil aux urgences sur ces secteurs sanitaires devra être réalisé :
 - par des spécialistes de l'urgence, qualifiés et expérimentés,
 - bénéficiant d'une imagerie (scanographe),
 - et d'un système de télétransmission efficient (serveur d'imagerie médicale unique, régional).
- Les transferts devront être assurés.
- Des consultations chirurgicales avancées de chirurgie spécialisée, pour avis et suivi de proximité, pourront être mises en place.
- Les suites chirurgicales seront organisées afin de ne pas mobiliser les lits de chirurgie de façon inadaptée et de permettre un retour rapide des patients sur le bassin de proximité.

Des solutions, éventuellement de transition, devront être trouvées, supposant une évaluation précise des risques en matière de sécurité des soins chirurgicaux et éventuellement obstétricaux, pour des structures isolées et/ ou pour assurer la sécurité chirurgicale d'une maternité, sécurité qui ne peut reposer sur une équipe chirurgicale en sous-effectif.

Le développement des coopérations et complémentarités

Seule la constitution d'équipes chirurgicales, par spécialité, et anesthésiques permet :

- de garantir la compétence des intervenants et de faciliter leur recrutement ;
- de réaliser un volume d'activité suffisant ;
- d'offrir des complémentarités au sein de la discipline chirurgicale ;

- d'optimiser le plateau technique ;
- d'assurer la permanence des soins et l'accueil des urgences ;
- de permettre un exercice pluridisciplinaire médico-chirurgical (cancérologie, imagerie, spécialistes d'organes) ;
- de garantir des conditions de travail satisfaisantes pour les professionnels.

Ce fonctionnement en équipe, s'il peut être idéalement proposé par une seule structure, nécessitera souvent des coopérations inter-établissements, voire l'identification de complémentarités.

✓ *sur les bassins de référence des territoires de santé*

Dans ces bassins de population importants, des coopérations, associant secteur public, PSPH et privé devront être recherchées (reposant actuellement sur le volontariat des chirurgiens en ce qui concerne le secteur privé, dans l'attente de moyens juridiques de coopération adaptés). Une, voire plusieurs équipes, par bassin et par spécialité chirurgicale, devront assurer la prise en charge de l'urgence et la chirurgie programmée.

Autour des 2 CHU, des coopérations avec le secteur privé sont à mettre en place pour favoriser la formation des chirurgiens et l'attractivité scientifique.

- ✓ *sur les bassins de proximité où existent encore deux établissements chirurgicaux*, en général un établissement public et un établissement privé, il s'agit de mutualiser les moyens, de favoriser la création de pôles « public/ privé » rapprochant les activités, les plateaux techniques voire constituant un plateau technique unique, offrant ainsi des conditions de fonctionnement conformes aux recommandations pour la chirurgie orthopédique et viscérale, éventuellement pour les spécialités.

- ✓ *entre établissement public ou PSPH de proximité et établissement public de référence*, par la création d'une fédération médicale interhospitalière chirurgicale et anesthésique, voire de pôles hospitaliers. Les postes médicaux devront être attribués de préférence à l'établissement de référence. Cette solution peut permettre, transitoirement, une activité chirurgicale sur le site de proximité, facilitant sa mutation. Le bloc opératoire peut être fermé la nuit si l'activité chirurgicale de nuit est faible, en organisant la prise en charge de l'urgence et les transferts.

Une pratique chirurgicale sur 2 sites n'est toutefois envisageable que si la distance le permet et si le fonctionnement reste économiquement viable, impliquant un suivi et une évaluation régulière de l'activité.

2.2.3. Le développement de la chirurgie ambulatoire

Afin de permettre le développement de ce mode de pratique, deux axes de proposition se dégagent :

- Un volet organisationnel centré sur la mise en place d'unités dédiées à la chirurgie et l'anesthésie ambulatoire,
- Le suivi spécifique d'un certain nombre de gestes marqueurs de la pratique de chirurgie ambulatoire.

Une organisation centrée sur une unité de chirurgie ambulatoire, spécifique, dédiée

- Installation de l'unité dédiée de chirurgie ambulatoire

Cette unité s'inscrit dans le cadre réglementaire défini par les décrets du 2 octobre 1992. Elle doit réaliser un volume d'actes suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficacité. Elle s'impose à tous les établissements développant de la chirurgie ambulatoire.

Elle dispose conformément à la réglementation :

- de locaux individualisés adaptés,
- et d'un personnel spécifique suffisant tant médical que paramédical.

Elle fonctionne dans un environnement adapté, en veillant au respect des normes et règlements (conformité des blocs opératoires, respect de la sécurité anesthésique, respect des normes en matière de stérilisation).

Elle organise et assure la continuité des soins 24 h/24 pour les patients opérés dans la journée.

Elle assure une production de l'information soignante et médicale (compte-rendu opératoire, dossier de soins, compte-rendu de sortie, ordonnance) en temps réel.

L'organisation sectorielle formalisée, en réseau, garantit à tous les patients un accès à un plateau technique adapté.

- Sensibilisation des usagers et des professionnels libéraux et hospitaliers à ce type de prise en charge.
- Formation de l'ensemble des intervenants aux spécificités techniques et organisationnelles.
- Organisation du suivi à domicile.

Un suivi spécifique de l'évolution de gestes marqueurs de la chirurgie ambulatoire

Ce suivi doit permettre de créer une dynamique de substitution de la chirurgie traditionnelle vers la chirurgie ambulatoire. Ces gestes sont en effet des indicateurs de la pratique générale de la chirurgie ambulatoire « qualifiée et substitutive » à l'hospitalisation complète (cf. recommandations paragraphe 3.3.).

Ces indicateurs seront déclinés :

- au niveau sectoriel dans le projet médical de territoire,
- au niveau des établissements dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

L'individualisation de l'activité d'endoscopie

L'activité d'endoscopie, réalisée sur les plateaux techniques chirurgicaux, sera individualisée afin de permettre des objectifs d'évolution différenciés entre la chirurgie ambulatoire et l'endoscopie. Il est en effet nécessaire de préserver l'équilibre des activités au sein des blocs opératoires.

2.2.4. Une organisation régionale de la chirurgie pédiatrique

Tous les enfants ne peuvent être pris en charge par un chirurgien pédiatre et un anesthésiste exclusivement pédiatrique. L'expérience, en matière de prise en charge de l'enfant, des chirurgiens et anesthésistes devra être prise en compte.

La prise en charge des 16-18 ans par la chirurgie pédiatrique ne devra pas être systématisée.

Une organisation en réseau régional

Elle doit être mise en place (hors ORL, chirurgie cardiaque et neurochirurgie) autour des ressources en chirurgiens et anesthésistes.

s'appuyant sur une graduation des prises en charge (cf. recommandations paragraphe 3.4.)

- 2 établissements spécialisés, les 2 CHU,
- des sites non spécialisés mais disposant de compétences chirurgicales et anesthésiques pédiatriques par des complémentarités inter-établissements,
- les autres établissements publics et privés.

La graduation devra prendre en compte : l'accueil pédiatrique, l'activité pédiatrique, les compétences chirurgicales et anesthésiques (chirurgien pédiatre ou expérience), l'âge de l'enfant (moins de 1 an, moins de 3 ans et plus de 3 ans), l'activité d'urgence ou programmée.

Cette organisation nécessitera :

- un renforcement prioritaire des 2 établissements spécialisés,
- la préservation, autant que possible, des moyens sur les autres établissements.

Il appartiendra à chaque structure de définir ses compétences et limites dans le cadre du projet médical de territoire et du réseau régional, impliquant des relations formalisées par des conventions avec les centres disposant de compétences spécifiques et les centres spécialisés régionaux.

Les besoins actuellement non couverts devront être satisfaits dans un cadre régional.

2.2.5. L'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires

Le regroupement sur un site unique par établissement

Il doit être privilégié qu'il s'agisse de chirurgie ambulatoire, d'actes d'urgence, du bloc obstétrical, des endoscopies, si possible de la radiologie interventionnelle, sauf exception (cf. recommandations paragraphe 3.5.1.).

L'organisation du bloc opératoire en cohérence avec le décret du 5 décembre 1994 (cf. recommandations paragraphes 3.5.2. et 3.5.3.) avec :

- l'installation d'un conseil de bloc par bloc opératoire et l'établissement de la charte (règlement intérieur) qui régit l'organisation des blocs opératoires,
- la désignation d'un chef de bloc qui dirige et organise la programmation, anime, coordonne, gère, arbitre, avec l'assistance d'un référent médical,
- les modalités de l'organisation opératoire et la programmation opératoire,
- les conditions d'une évaluation.

2.2.6. Le développement de la démarche qualité

Cela passe par :

- l'harmonisation des procédures concernant la sécurité chirurgicale et la sécurité anesthésique ;
- la lutte contre la douleur post-opératoire notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ;
- la lutte contre les infections nosocomiales.

La prévention des risques infectieux dans le cadre de l'activité chirurgicale dépend de la mise en œuvre d'une politique globale de prévention, de surveillance et de formation que tout établissement doit avoir définie et déclinée dans un programme annuel d'actions.

La plupart des mesures relève soit de l'organisation générale de l'établissement, soit de recommandations (cf. paragraphe 3.5). Toutefois :

- Tout établissement développant une activité chirurgicale devrait pouvoir disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène (un praticien et une infirmière disposant d'un temps de travail clairement identifié et formés à l'hygiène hospitalière). La constitution d'équipes inter-établissements en capacité d'intervenir sur un territoire et un nombre d'établissements délimité sera favorisée.
- L'organisation du signalement des infections nosocomiales au sein d'un établissement de santé est obligatoire. La liste des infections nosocomiales signalées tant en interne qu'en externe devrait pouvoir être consultée au sein d'un service de chirurgie. Chaque établissement de santé sera dans l'obligation de disposer d'un tableau de bord des infections nosocomiales. Parmi les indicateurs envisagés, celui de la surveillance des infections du site opératoire en ajustant selon des facteurs de risque (NNIS) fait l'unanimité. *La méthodologie (surveillance en continue ou discontinue, portant sur une ou plusieurs interventions) n'est pas encore arrêtée.*

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. LE RESEAU SECTORIEL DE CHIRURGIE

Ce réseau inter-établissements est formalisé afin d'assurer la lisibilité du dispositif. Il :

- est décliné par spécialité chirurgicale (chirurgie orthopédique et traumatologique, viscérale, vasculaire, urologique, ORL, ophtalmologique) : cette déclinaison reposera sur la complexité des actes chirurgicaux, l'état du patient, l'environnement (imagerie, surveillance continue ou réanimation, explorations fonctionnelles,...) ;
- intègre chirurgie d'urgence et chirurgie programmée ;
- est connu des professionnels libéraux (spécialistes et généralistes) et hospitaliers ;
- est protocolisé pour les SAMU et SMUR afin que chaque patient, quelle que soit sa porte d'entrée, ait un égal accès aux soins ;
- est articulé en amont avec les dispositifs d'accueil et de traitement des urgences ;
- assure en aval la continuité des soins par une convention entre établissements (incluant la définition des missions de chacun, les conditions des transferts et des reprises et la transmission du dossier médical).

Le dispositif intègre les relations avec le niveau régional ; enfin, les établissements correspondant aux 3 niveaux de soins sont reliés par un système efficient de transport impliquant une évaluation de son coût et un dispositif de télé-médecine.

3.2. LE VOLUME D'ACTIVITE ET LES EFFECTIFS MEDICAUX

- Les équipes chirurgicales et anesthésiques minimales permettant d'assurer une triple astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et anesthésie comprennent :
 - 3 ou 4 chirurgiens viscéraux (ETP),
 - 3 ou 4 chirurgiens orthopédiques (ETP),
 - un effectif suffisant d'anesthésistes pour couvrir l'ensemble de leurs missions en fonction de la structure (activité obstétricale, de surveillance continue...).
- Le volume minimal d'activité garantissant l'expérience de l'équipe et l'optimisation des ressources est de 1 500 séjours par an (au sens PMSI).

3.3. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La proposition de taux cibles régionaux sur un certain nombre de gestes marqueurs devrait entraîner une dynamique de substitution de la chirurgie traditionnelle vers la chirurgie ambulatoire.

Ces taux, à atteindre dans le temps du SROS, servent de référence pour la définition des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire au niveau territorial et dans les établissements, *via* les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Trois types de gestes marqueurs sont définis, en référence à l'enquête nationale inter-régimes de l'Assurance Maladie 2001. Ils ont été choisis en fonction de leur représentativité d'une spécialité chirurgicale, de leur niveau de technicité et de complexité et de leur potentiel de développement.

Actes de type 1

L'objectif proposé est 75 % de l'écart entre le taux réalisé en 2003 et le taux plafond.

Libellé du geste marqueur	Taux plafond	% du geste marqueur réalisé dans un séjour inférieur à 24 heures en 2003	Taux Cible
Extractions dentaires	99.67 %	63.6 %	88.4 %
Adénoïdectomie et/ou amygdalectomie	97.60 %	71.7 %	91.1 %
Phimosi s âge inf. à 15 ans	98.70 %	95.5 %	97.9 %
Décompression du nerf médian au canal carpien	85.70 %	73.9 %	82.7 %
Chirurgie testiculaire âge inf. à 15 ans	95.20 %	71.2 %	89.2 %
Hernies de l'enfant âge inf. 15 ans	76.90 %	63.3 %	73.5 %

Ce taux est atteint dans la majorité des établissements bretons. Seules quelques structures nécessiteront des évolutions.

Actes de Type 2

L'objectif proposé est 50 % de l'écart entre le taux réalisé en 2003 et le taux plafond.

Libellé du geste marqueur	Taux plafond	% du geste marqueur réalisé dans un séjour inférieur à 24 heures en 2003	Taux cible
Arthroscopies du genou diagnostique et thérapeutique	93.30 %	45.3 %	69.3 %
Chirurgie de la cataracte	83.30 %	35.8 %	59.5 %
Chirurgie du strabisme	64.80 %	38.5 %	51.6 %
Chirurgie des varices	87.60 %	34.8 %	61.2 %
Destruction de tumeurs anales	86.40 %	56.3 %	71.3 %
Maladie de Dupuytren	78.70 %	57.1 %	67.9 %

Le potentiel de substitution est très important dans ces gestes, à la fois en volume et en nombre de structures concernées. Les objectifs affichés impliqueront des réorganisations pour beaucoup d'établissements bretons.

Actes de type 3

L'objectif proposé est le taux plancher.

Libellé du geste marqueur	Taux Plancher	% du geste marqueur réalisé dans un séjour inférieur à 24 heures en 2003
Chirurgie ORL (rhinoplastie septoplastie)	43.20 %	27.8 %
Chirurgie du sein	44.30 %	15.4 %
Chirurgie anale hors destruction de tumeurs	40.40 %	11.4 %
Cœlioscopies gynécologiques	36.80 %	5.3 %
Hernies unilatérales ouvertes de l'adulte âge sup. à 14 ans	40.80 %	2.9 %
Hernies sous cœlioscopie	53.10 %	4.4 %

Un fort accompagnement de formation et d'information sera nécessaire pour permettre la réalisation de ces gestes en ambulatoire en Bretagne.

3.4. LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE

- Les deux centres spécialisés régionaux individualisent deux filières séparées pour la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique, et organisent une garde sur place dans une filière et une astreinte dans l'autre, tandis qu'un médecin anesthésiste réanimateur pratiquant l'anesthésie pédiatrique est de garde sur place.

Quatre praticiens dans chaque sous-spécialité sont le minimum indispensable.

Cette augmentation de personnel médical dans les deux CHU facilitera l'organisation des diverses consultations multidisciplinaires déjà mises en place (neuro-orthopédie, analyse de la marche - en collaboration avec les services de rééducation-, diagnostic anténatal, etc), mais aussi le développement des consultations avancées en particulier dans les centres de rééducation. En effet, l'organisation actuelle ne permet pas de faire face à la demande de prise en charge plus particulièrement du neuro-handicapé, expliquant en partie les transferts hors région (40 malades par an).

- Il faut, d'autre part et dans la mesure du possible, préserver l'offre de soins spécialisée sur les autres sites et promouvoir par des conventions inter établissements la mobilité des praticiens : par exemple pour une intervention programmée nécessitant des moyens pré/ per et/ou post-opératoire importants, la prise en charge pourrait se faire dans le centre spécialisé avec collaboration du chirurgien du centre de proximité, facilitant un retour plus rapide du patient dans la structure locale. Ces coopérations-formations sont également souhaitables pour les anesthésistes.

3.5. LES BLOCS OPERATOIRES

3.5.1. Implantation des blocs opératoires

Regroupement sur site unique

- Les actes de chirurgie ambulatoire sont faits dans le même bloc que les autres actes, avec gestion commune, à l'exception des centres spécifiques de chirurgie ambulatoire.
- Les actes d'urgence : l'organisation de la prise en charge des urgences est du domaine de l'organisation interne de l'établissement, mais doit être prévue dans la charte (salle spécifique au-delà d'un certain seuil d'activité ou renvoi en fin de programme ou prise en charge entre deux interventions programmées).
- Le bloc obstétrical : l'implantation des salles de travail à proximité immédiate du bloc opératoire, avec salle de césarienne dédiée dans le bloc, permettant un transfert immédiat et une meilleure surveillance post-interventionnelle, est à privilégier.
- Tous les actes d'endoscopie sont faits dans une salle attenante (mise à disposition du matériel et stérilisation plus aisées, sécurité améliorée en cas de problème en cours d'intervention), avec du personnel dédié. Les actes réalisés sous anesthésie ou sédation nécessitent en effet un passage en salle de surveillance post-interventionnelle (réglementaire).
- Actes de radiologie interventionnelle : la salle est mise aux normes en matière d'évacuation de gaz, de radioprotection, de stérilisation. L'équipement d'une salle de surveillance post-interventionnelle à proximité immédiate étant hypothétique, bien que réglementaire, il est proposé, à titre dérogatoire, l'équipement d'un poste avec personnel qualifié présent. Pour les établissements disposant d'une USIC (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie), celle-ci pourrait servir de Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) si elle est équipée de façon conforme à la définition d'une SSPI.

Quantification du nombre de salles d'opération

Il est recommandé de :

- réfléchir à un nouveau projet architectural lorsque l'activité dépasse 1 000 actes annuels par salle,
- créer une nouvelle salle lorsque cette activité dépasse 2 000 actes annuels (saturation),
- prévoir une amplitude d'utilisation des salles large, d'une durée de 10 heures (8h-18h),
- utiliser les plages opératoires du matin et celles de l'après-midi.

Les projets d'établissement et de restructuration tiennent compte du renouvellement architectural nécessité par le vieillissement des installations.

3.5.2. Les équipes de bloc

Le développement des compétences

La compétence doit être la même, quelle que soit la structure.

La formation des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) est une priorité dans les plans de formation professionnelle.

Les compétences des infirmiers anesthésistes (IADE) sont utilisées pleinement au regard de la qualification et de la complémentarité des membres de l'équipe.

Le rôle de l'aide-soignant (AS) en bloc opératoire est valorisé et justifie d'une formation adaptée aux exigences des postes de travail.

L'amélioration de l'attractivité

L'anticipation, la recherche de la performance, la gestion des risques et l'évaluation des pratiques améliorent l'attractivité et la stabilité des équipes.

L'adaptation de la composition des équipes au type d'activité sans interférence entre activité de journée et activité de garde.

Un chirurgien de garde doit pouvoir se libérer de ses activités à la minute ; le travail de garde ne doit pas être de l'activité programmée et doit être constitué d'authentiques urgences.

✓ de jour

1 opérateur (chirurgien, anesthésiste réanimateur, spécialité), 1 IBODE circulante, 1 ou plusieurs aides (IBODE, IDE, IDE en formation IBODE, interne), 1 IADE, 1 anesthésiste réanimateur (ARE) pouvant intervenir à tout moment (possibilité d'1 ARE pour 2 salles avec 1 IADE dans chaque salle selon le type d'intervention et de malade. Seul l'anesthésiste décide s'il peut travailler sur 2 salles à la fois).

Il appartient à l'opérateur de définir le nombre de personnes dont il a besoin et de préciser le degré de qualification et le rôle attendu de chacun.

✓ en garde

Les malades reçus en garde doivent pouvoir bénéficier de la même qualité de soins et d'une composition d'équipe similaire (double garde des chirurgiens : viscérale et orthopédique). Dans les établissements sites d'accueil et de traitement des urgences, un minimum de 2 IDE de bloc, de garde sur place, est nécessaire. Dans les établissements de proximité, la composition variera selon que le site est susceptible de fermer la nuit, de fermer à partir de 0h ou d'accueillir des transferts en provenance d'un autre site.

3.5.3. Fonctionnement du bloc opératoire

En cohérence avec le décret du 5 décembre 1994 et la circulaire du 19 mai 2000.

L'installation du Conseil de Bloc (un par bloc opératoire)

La composition du conseil (au minimum un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur intervenant au bloc, le chef de bloc, le cadre infirmier anesthésiste, le responsable du CCLIN) est modulée en fonction de la taille de l'établissement. Il est recommandé de l'ouvrir à un représentant de chaque catégorie de personnel, voire en fonction des besoins au pharmacien, au directeur des soins.

Ses missions (programmation du tableau opératoire, résolution des dysfonctionnements, mise en place des protocoles, rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation du bloc, proposition d'actions de formation continue, rapport d'activité) peuvent être élargies à l'organisation du transfert du patient à la sortie de la salle d'opération, la répartition des vacances opératoires, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi : d'indicateurs d'activité, de la démarche qualité, de la gestion des risques, des protocoles de soins, enfin la prise de mesures nécessaires en cas de non respect des règles de fonctionnement de la part des intervenants.

La désignation du chef de bloc

Son profil est défini par la direction de l'établissement. C'est un gestionnaire, recruté sur appel à candidature, venant si possible de l'extérieur, pour une durée limitée (3 ans), éventuellement renouvelable. Il est nommé par le directeur après avis consultatif de la CME ou du président de CME, ayant des compétences en management, gestion administrative et financière, et à l'évaluation (il est réglementairement de compétence paramédicale).

Il est éventuellement assisté d'un surveillant de bloc responsable de la programmation opératoire, selon la taille de la structure.

Il doit avoir une légitimité forte, une autorité certaine et une indépendance ; il a autorité sur l'ensemble des acteurs.

L'établissement de la charte (règlement intérieur)

Elle est validée par l'ensemble des membres du Conseil des Blocs, le président de la CME et le directeur et par les utilisateurs lors de la signature des contrats (d'embauche). Y sera précisé que les décisions prises par le Conseil de Bloc sont exécutoires. Les modes de répartition des plages opératoires seront joints en annexes.

Les modalités de l'organisation opératoire

Elles comprennent :

- La définition des règles de fonctionnement des salles : heures d'ouverture et de fermeture des blocs en activité programmée, modalités d'organisation de la planification opératoire programmée, conditions minimales pour qu'une salle soit fonctionnelle, personnel requis, nombre de salles assurées par un anesthésiste réanimateur, compétences requises par rapport aux types d'interventions, mode de planification des absences, respect des horaires et mode de gestion des retards des intervenants avec les actions éventuelles.
- La définition des règles de fonctionnement de la salle de surveillance post-interventionnelle : nombre de postes, personnel requis, procédure d'ouverture de la salle, horaires d'ouverture, surveillance des sédations en dehors de la présence des anesthésistes, décision de sortie.
- Le nombre d'opérateurs et les profils de poste de chacun des acteurs médicaux et paramédicaux.
- La définition de la prise en charge des urgences avec leur graduation (absolue, relative, différée). Elle inclut les procédures (personnel : quantitatif, qualitatif), la disponibilité des équipes et des salles (modalités, nombre de salles le jour, la nuit, les dimanches et jours fériés), la prise en charge des césariennes. Il conviendra d'adapter les équipes de bloc au volume des urgences.

- La gestion des matériels et la traçabilité (en liaison avec les services en amont et en aval de l'acte) : commandes de matériels pour des interventions spécifiques, traçabilité de l'acte (matériel implantable), traçabilité avec le service de stérilisation maladies transmissibles : rappel de l'obligation de la fiche de renseignements, procédure d'enregistrement de l'acte (CCAM), paramédical : modalités de transmission avec les services de chirurgie.
- Les modalités d'évaluation du fonctionnement du bloc opératoire.

La programmation opératoire

Etablie lors d'une réunion hebdomadaire, elle tient compte des moyens en personnels, des règles de sécurité anesthésique, du type d'intervention et des caractéristiques des patients.

- Un temps moyen opératoire est prévu pour chaque type d'intervention et donne lieu à la production d'un document unique sur support écrit, distribué à tous les utilisateurs.
- Les modifications éventuelles font l'objet d'un accord des opérateurs et d'un affichage.
- La répartition des plages opératoires couvre l'ensemble de la journée (matin et après-midi) avec :
 - réservation de plages opératoires par discipline ou équipe chirurgicale (« achat » de plages horaires), à l'année (« abonnement »), réajustable si besoin,
 - discipline quant à l'utilisation de ces plages avec facturation ou modification de l'attribution des plages si des heures sont non consommées,
 - suivi de l'heure d'arrivée de chaque intervenant (celui qui appelle, l'équipe d'anesthésie, l'équipe chirurgicale),

Les conditions de l'évaluation

L'informatisation du recueil des données médicales et administratives au bloc opératoire et la production d'un rapport annuel d'activité facilitent l'évaluation et le suivi.

3.6. LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

3.6.1. Organisation

Chaque service de chirurgie se dote d'un correspondant médical et d'un correspondant paramédical en hygiène hospitalière afin de faciliter la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance.

3.6.2. Actions

Relatives aux programmes de prévention

- Tout service de chirurgie et tout bloc opératoire doivent être dotés au minimum des protocoles relatifs aux situations suivantes :
 - Préparation de l'opéré,
 - Désinfection des mains,
 - Protocole d'identification du risque infectieux (notamment vis-à-vis des risques BMR et ESST),
 - Antibio prophylaxie,
 - Procédure d'organisation du bloc (relative au personnel, aux dispositifs médicaux à usage unique, au linge et aux consommables, aux dispositifs médicaux réutilisables : matériel stérilisé, matériel ancillaire et linge stérilisé),
 - Accueil et préparation du patient au bloc opératoire,
 - Liaisons avec la salle de soins post-interventionnelle,

- Procédure liée à la maîtrise de l'environnement (nettoyage des locaux, des matériels roulants, leurs contrôles, approvisionnement en eau et son contrôle, renouvellement de l'air et à son contrôle, élimination des déchets).
- Tout établissement développant une activité chirurgicale réalise au moins une fois dans les 5 ans de la durée du SROS une évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire selon la méthodologie recommandée par le C-CLIN Ouest.
- Chacun des protocoles d'hygiène existant au sein du service de chirurgie et du bloc opératoire est évalué dans les 5 ans. Les établissements s'aident des protocoles d'audit disponibles.
- Les résultats des évaluations et le suivi des mesures correctrices sont disponibles au sein des services.

Relatives à la surveillance

Outre la surveillance des infections de site opératoire, qui aura probablement un caractère opposable, tout établissement ayant une activité chirurgicale participe aux programmes de surveillance des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) et des Accidents d'Exposition au Sang (AES).

Relatives à la formation

Tout personnel soignant des services de chirurgie et des blocs opératoires bénéficie dans les 5 ans d'une session de formation sur l'hygiène au sein d'un service de chirurgie.

Ces formations s'appuient sur les résultats des audits d'hygiène des blocs opératoires, sont délivrées par les membres des équipes d'hygiène inter-établissements et entrent dans un processus de « formation – action ».

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du volet chirurgie seront élaborés à partir des sources d'informations suivantes :

- PMSI ;
- SAE : problème de fiabilité des données. L'exploitation des informations issues de la SAE nécessite une amélioration de la qualité de remplissage par les établissements. Cet objectif transversal devra figurer dans les CPOM des établissements ;
- Rapports d'activité des établissements.

4.2. LES INDICATEURS

Les types d'indicateurs retenus sont les suivants :

Suivi de l'offre de soins

- évolution des structures (source : SAE) :
 - nombre de plateaux techniques / nombre de salles d'opérations,
 - nombre de lits et places de chirurgie (identification du TO).
- évolution des personnels médicaux (chirurgien par spécialité, anesthésistes réanimateurs, gynécologues-obstétriciens avec / sans compétence chirurgicale) et paramédical (personnel au bloc opératoire) (*sources : SAE, éventuellement questionnaire spécifique*).

Les données d'activité (Source : base ePMSI ATIH)

- nombre d'interventions avec / sans anesthésie, selon le mode d'hospitalisation,
- nombre de séjours chirurgicaux selon le mode d'hospitalisation et selon la spécialité chirurgicale,
- durée moyenne de séjour selon le mode d'hospitalisation et la spécialité chirurgicale,
- recensement de l'activité d'endoscopie (à définir en cellule de veille méthodologique du COTRIM),
- poids moyen de l'intervention chirurgicale de l'établissement dans l'hypothèse d'un rapprochement des échelles de coût publique et privée,
- analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire globale et à partir de la liste des actes traceurs.

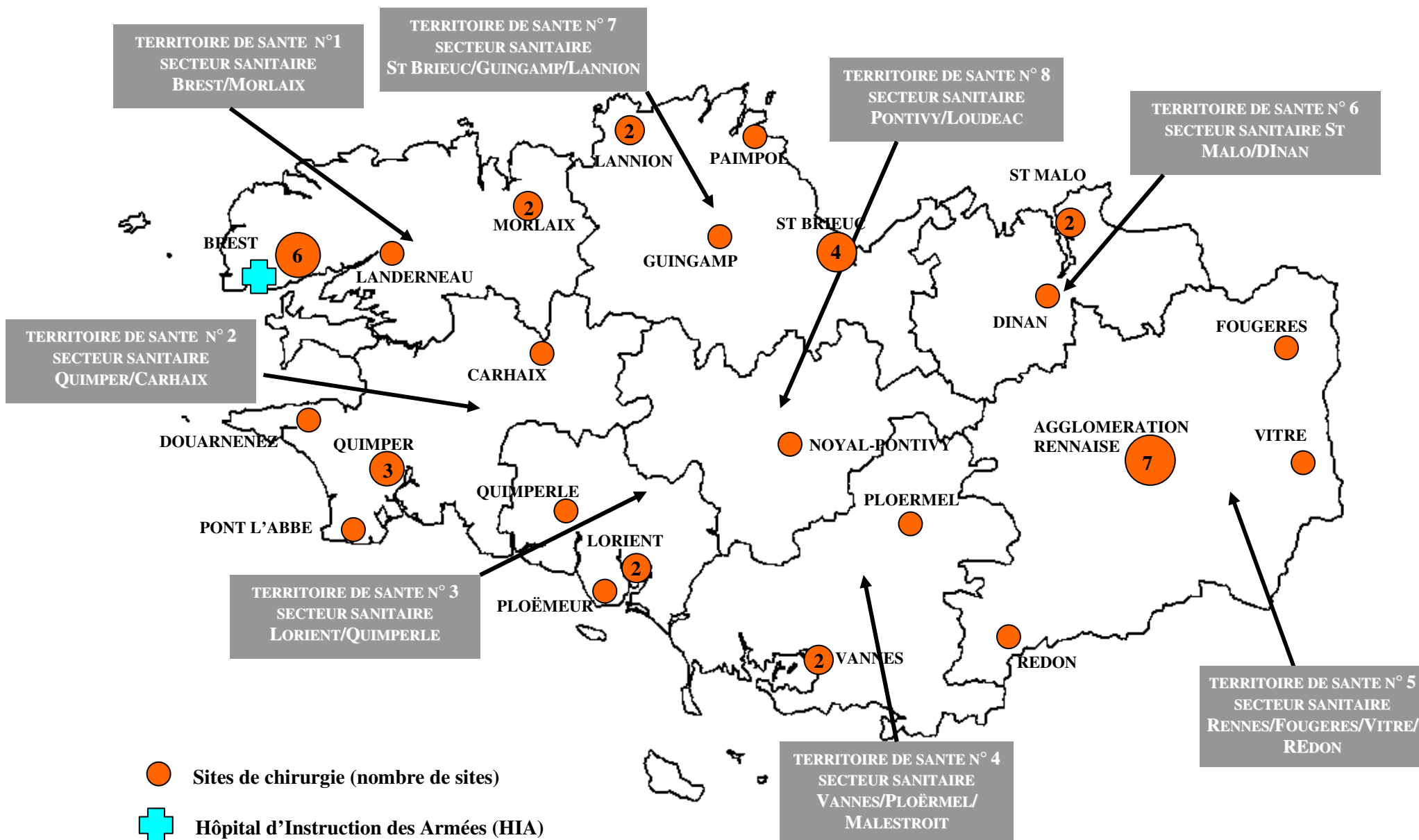
Les indicateurs qualitatifs

- Infections nosocomiales (source : rapports d'activité)
 - ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales),
 - mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène,
 - nombre de protocoles évalués/disponibles,
 - nombre de services assurant le suivi des infections de sites opératoires.
- Fonctionnement du bloc opératoire
 - ratio postes de réveil / nombre de salles d'opérations (source : SAE),
 - taux d'interventions programmées / non programmées (rapport d'activité du Conseil de Bloc),
 - nombre d'interventions global / salles d'opérations (sources : PMSI et SAE),
 - ratio (IBODE+IADE) / total personnel IDE du bloc opératoire (source : SAE).

4.3. L'UTILISATION DES INDICATEURS

Le comité technique régional de la chirurgie est chargé du suivi et de l'évaluation du SROS et, en tant que de besoin, de proposer la révision des objectifs quantifiés.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de chirurgie -- Bretagne/Cible 2010



REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

1. ENJEUX

L'enjeu du volet « Réanimation, Soins intensifs et Surveillance Continue » correspond à la mise en œuvre des dispositions du Code de la Santé Publique et notamment du décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 et des décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

La déclinaison de ce cadre réglementaire conduit à une réorganisation majeure de l'offre de soins en individualisant ces 3 activités jusqu'à présent intriquées. Elle introduit la notion de « soins gradués » impliquant un fonctionnement en réseau dans un territoire défini. Elle impose la complémentarité des structures, la mise en commun des moyens et l'harmonisation des pratiques.

Sont exclues du champ de ce volet du SROS les activités de réanimation néonatale, pédiatrique et de réanimation spécialisée : neurochirurgie et chirurgie cardiaque. Ces activités doivent faire l'objet de dispositions spécifiques, en application du décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation, dans le cadre des volets « Périnatalité », « Prise en charge des enfants et des adolescents » du SROS, d'une part, et d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire, d'autre part.

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

1.1.1. L'offre de soins

L'analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins régionale a été réalisée en 2002.

Réanimation

Sur les 19 établissements déclarant une activité de réanimation, 9 unités (sur 7 établissements) ont une activité conforme aux référentiels de la réanimation : 5 unités de réanimation polyvalente et, sur chacun des 2 CHU, une unité de réanimation médicale et une unité de réanimation chirurgicale. En incluant l'hôpital des armées de Brest¹³, ainsi que l'augmentation de capacité du CHU de Brest en 2004 et le Centre Hospitalier de Morlaix, la région dispose de 4,8 lits pour 100 000 habitants.

En prenant en compte les unités développant une activité de réanimation modérée ou partielle le ratio passe à 5,2.

La couverture géographique paraît satisfaisante avec au moins une unité par secteur sanitaire, à l'exception du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac ». L'implantation paraît adaptée, située dans les établissements ayant une activité d'accueil et de traitement des urgences, à fort bassin de recrutement et disposant de l'ensemble du plateau technique nécessaire à cette prise en charge.

Par contre, la structuration n'apparaît pas conforme aux décrets : la prise en charge des patients relevant de réanimation ou de surveillance continue est en effet intriquée. Ce phénomène se retrouve, à des niveaux variables, dans la totalité des structures, rendant l'état des lieux complexe et la comparaison avec d'autres régions difficile.

Les besoins paraissent globalement couverts. Cependant le taux d'occupation de 80 %, recommandé par la SRLF¹⁴, est dépassé dans toutes les unités.

¹³ Activité de réanimation autorisée par arrêté interministériel du 13 juin 2003. Compte tenu de sa mission de soutien sanitaire des forces armées, il n'offre pas une disponibilité médicale permanente.

¹⁴ Société de réanimation de langue française

Soins intensifs

La région dispose de 9 unités de soins intensifs cardiologiques, identifiées dans le volet « Prise en charge des pathologies cardio-vasculaires » du SROS 1999 : 2004 et d'une seule autre unité de soins intensifs, en hépato-gastroentérologie.

Surveillance continue

Seulement 15 établissements disposent d'une unité individualisée de surveillance continue.

1.1.2. Les personnels médicaux et non médicaux

- Deux spécialités médicales sont concernées par l'activité de réanimation :
 - les anesthésistes réanimateurs (463 en Bretagne) présentent une pyramide des âges plutôt défavorable (près de 50 % des effectifs ont plus de 50 ans). La réanimation est une activité spécifique d'une partie d'entre eux.
 - les réanimateurs médicaux (23 postes).
 La garde médicale sur place est assurée depuis 2005 dans l'ensemble des établissements ayant une activité d'accueil et de traitement des urgences.
- Les effectifs infirmiers sont insuffisants dans la plupart des unités de réanimation pour assurer la présence 24h/24 de 2 IDE formées pour 5 patients.

1.1.3. Les risques et opportunités spécifiques

Les services à haute technicité, dont la réanimation, sont des services à risque élevé d'infections nosocomiales : 10 à 20 % des patients admis en réanimation (incidence) développent une infection (prévalence de l'ordre de 30 %). Le risque est lié à l'état du patient, au caractère invasif des techniques, et au développement des résistances aux antibiotiques.

Le nombre de patients en attente de greffe ne cesse de croître. Or, un certain nombre de sujets en état de mort encéphalique ne sont pas identifiés. On estime le nombre de donneurs potentiels en Bretagne entre 15 à 20 pour 1 000 décès en court séjour, soit 8 à 10 donneurs prélevables pour 1 000 décès (on constate 13 513 décès en court séjour en Bretagne en 2004). Aussi ce volet propose-t-il des recommandations afin que les unités de réanimation et de surveillance continue intensifient leur effort pour détecter les donneurs potentiels.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE**1.2.1. Les facteurs d'évolution**

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte dans le dimensionnement de l'offre :

L'évolution des besoins (source ORSB 2004)

L'augmentation de la population de la région, déjà plus âgée que la moyenne française, est estimée à 4 % d'ici 2010 avec un vieillissement inéluctable.

La mortalité générale (30 000 décès en 2000 dont 1/2 à l'hôpital) est supérieure à la moyenne française chez les hommes (+ 11 %) comme chez les femmes (+ 5 %). Les 3 principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (9 511 décès en 2000, surmortalité de 13 %), les cancers (8 093 décès) et les traumatismes et empoisonnements (2 689, surmortalité de 29 %). La surmortalité est significative, pour ces 3 causes, dans le Finistère.

Si la mortalité par accident de la circulation a rejoint la moyenne française, par contre la gravité des accidents demeure une des plus fortes de France avec un indicateur de gravité (nombre de tués + nombre de blessés graves / 100 accidents corporels) de 49,6 en Bretagne contre 29,7 en moyenne française (2002).

Il est enfin très difficile de mesurer l'impact sur la réanimation d'éventuels phénomènes épidémiques de grande ampleur.

La démographie médicale

La stagnation des effectifs des anesthésistes réanimateurs est déjà constatée et une baisse est prévisible en l'absence de mesures de réajustement. Toutefois, la création d'un DESC de médecine d'urgence devrait diminuer leur implication dans les services d'accueil des urgences.

Le contexte économique

La structuration des activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue s'inscrit dans le contexte de la mise en place de la tarification à l'activité dont les effets induits sont mal connus. Il s'agit d'activités coûteuses en terme de structures et de moyens matériels et surtout humains.

1.2.2. L'approche des besoins

Une approche complexe

Les professionnels régionaux ont travaillé à partir d'une estimation des capacités de réanimation en distinguant les capacités des secteurs sans CHU et les capacités des secteurs de CHU (rôle spécifique de recours) :

- de l'ordre de 3,9 à 4,1 lits pour 100 000 habitants pour les secteurs qui ne sont pas sites de CHU,
- de l'ordre de 5,5 à 5,7 lits pour 100 000 habitants pour les secteurs ayant un CHU,

en prenant en compte l'évolution de la population régionale à échéance 2010 (+ 2,56 % par rapport à l'année 2005).

Pour autant, cette estimation des capacités doit être pondérée :

- d'une part en fonction de la spécificité de l'organisation ou du recrutement de chaque secteur sanitaire (exemple du secteur sanitaire n° 5 : le CHU de Rennes recrute 13 % de patients « hors région »),
- d'autre part, par les effets qu'induit la recomposition de l'offre de soins, dans le prolongement de la mise en œuvre des décrets d'avril 2002.

La redéfinition de l'offre de soins

Elle devrait avoir comme conséquences :

- d'une part, une augmentation notable de l'offre de soins. La réglementation impose la présence d'une unité de surveillance continue dans chaque établissement disposant d'une unité de réanimation (soit l'identification sur la région de plus de 50 lits supplémentaires de surveillance continue) ;
- d'autre part, des transferts d'activité, de l'unité de réanimation vers l'unité de surveillance continue, dont il est difficile de mesurer l'importance ;
- *a contrario*, l'identification des structures de surveillance continue dans les établissements ne disposant pas d'unité de réanimation va augmenter le recrutement des unités de réanimation.

La déclinaison du dispositif

Il s'agit donc d'un domaine évolutif d'où la nécessité d'une évaluation du dispositif et des capacités à l'issue de la mise en réseau des structures, et par suite, une structuration en 2 étapes :

✓ *Première étape à mettre en œuvre à court terme :*

- autorisation des unités de réanimation,
- installation des unités de surveillance continue adossées aux unités de réanimation,
- mise en place du réseau sectoriel réanimation – soins intensifs – surveillance continue et de son dispositif d'évaluation.

✓ *Deuxième étape après stabilisation des flux :*

- ajustement éventuel des capacités de réanimation aux besoins.
- en s'appuyant sur les données du dispositif d'évaluation.

On ne saurait trop souligner la nécessité d'assurer l'installation des unités de surveillance continue adossées aux unités de réanimation dans les meilleurs délais afin d'éviter des dysfonctionnements.

Une forte mobilisation de tous les acteurs du réseau sectoriel sera indispensable pour mener à bien cette étape de transition.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

L'arrêté du 27 avril 2004 précise les 16 volets devant figurer dans le SROS. La réanimation y figure au titre d'une des sept grandes activités de soins.

L'objectif général du SROS vise à garantir :

- Une exigence accrue de la qualité des soins ;
- Une graduation des soins au sein des différents territoires de santé.

Au-delà de ces principes, les objectifs spécifiques de ce volet du SROS sont la mise en œuvre des décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 Avril 2002 dédiés aux activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

2.2.1. La graduation des soins

L'organisation graduée et coordonnée des soins est indispensable à la prise en charge globale du patient et à la continuité de cette prise en charge.

Elle est inscrite dans les décrets d'avril 2002 lesquels distinguent 3 niveaux de soins : la réanimation, les soins intensifs, la surveillance continue. Seule l'activité de réanimation est soumise à autorisation, mais il est indispensable d'avoir une approche globale de la prise en charge intégrant soins intensifs et surveillance continue.

Les unités de réanimation

« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance » (*Article R. 6123-33*).

Les unités de réanimation peuvent être à orientation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale.

On distingue 2 niveaux de prise en charge :

✓ *Les unités de réanimation hospitalo-universitaires*

Elles ont, hormis leurs missions de formation et de recherche, un rôle de recours lié :

- soit à des activités hospitalo-universitaires (neuro-chirurgie, chirurgie cardiaque, transplantation, hématologie lourde),
- soit à la prise en charge d'autres pathologies médico-chirurgicales particulièrement lourdes.

La prise en charge de ces missions spécifiques influe nécessairement sur les capacités à retenir.

✓ *Les unités de réanimation hors établissement hospitalo-universitaire*

Ces unités en principe de 8 lits au moins, sont soumises à autorisation. Peut cependant être accordée une autorisation à titre dérogatoire si l'éloignement géographique le justifie.

Les conditions techniques de fonctionnement des unités de réanimation sont fixées par le décret n° 02-466 du 5 avril 2002.

Les Unités de Surveillance Continue (USC)

« La surveillance continue est organisée pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique » (*Article D 6124-117*).

Les USC constituent un niveau intermédiaire entre :

- d'une part, les unités de réanimation et/ ou de soins intensifs,
- d'autre part, les unités de soins classiques.

Elles concernent :

- d'une part, des patients provenant de réanimation dont l'état reste trop sévère et/ ou la charge en soins trop importante pour qu'une unité de soins classique assure leur sécurité (post-réanimation),
- d'autre part, des patients dont la gravité ou l'instabilité justifie des traitements intensifs et/ ou une surveillance rapprochée sans nécessiter une prise en charge en réanimation ou en soins intensifs.

En fonction de l'environnement, on distingue :

- Les unités de surveillance continue des établissements disposant d'unités de réanimation,
- Les unités de surveillance continue des établissements ne disposant pas d'unité de réanimation.

Ces unités ne sont pas soumises à autorisation.

Elles font l'objet de recommandations (chapitre 3).

Le décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 précise les conditions de fonctionnement relatives à la surveillance continue :

« Elle est pratiquée dans les établissements de santé comportant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie... » (*Article D. 6124.117*).

Le regroupement des lits de surveillance continue de l'établissement dans une seule unité permettra d'optimiser les moyens, en particulier en personnel non médical.

Il faudra veiller, lors de la mise en œuvre de ce regroupement, au respect de filières de soins spécifiques, en particulier la filière de soins cardiologique, centrée sur la prise en charge des urgences. En effet, le volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires » du SROS préconise une graduation des soins, avec identification de services de médecine à orientation cardiologique comportant des lits de surveillance continue bénéficiant d'une astreinte cardiologique.

Les Unités de Soins Intensifs (USI)

« Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant en jeu directement leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance » (*Article D. 6124-104*).

On distingue :

- **Les Unités de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)**

Elles ont été identifiées dans le cadre du volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires ».

Leurs conditions techniques de fonctionnement sont fixées par le décret n° 02-466 du 5 avril 2002. Elles ont fait, par ailleurs, l'objet de recommandations du comité technique régional du volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires ».

- **Des unités liées à des pathologies d'organe** (pneumologie, néphrologie, neurologie, hématologie, gastro-entérologie notamment).

Ces unités ne sont pas soumises à autorisation.

2.2.2. Une organisation en réseau

Le fonctionnement en réseau sur chaque secteur sanitaire

La mise en œuvre des décrets du 5 avril 2002 implique :

- la concentration des plateaux techniques de réanimation et la mutualisation des moyens, compte tenu de l'importance des moyens matériels et humains requis tant sur un plan qualitatif que quantitatif pour atteindre une qualité optimale de la prise en charge,
- un maillage du secteur sanitaire, autour d'une unité de réanimation, par plusieurs unités de surveillance continue,
- un travail en réseau de l'ensemble des professionnels, autour de pratiques consensuelles et soumises à évaluation.

Le réseau sectoriel est constitué par :

- un site géographique unique de réanimation par secteur sanitaire de plus de 200 000 habitants. Toutefois, un site dérogatoire peut se justifier en raison de l'éloignement géographique, dans un site développant déjà une activité de réanimation.
- une ou des unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), éventuellement d'autres unités de soins intensifs, en particulier dans les secteurs sanitaires sièges de CHU.
- plusieurs unités de surveillance continue situées :
 - obligatoirement dans l'établissement disposant d'une unité de réanimation,
 - dans d'autres établissements du secteur sanitaire.

Leur implantation doit répondre à une répartition harmonieuse au sein du secteur afin de répondre aux besoins de la population.

- en lien avec les SAMU - SMUR et les services d'urgences.

La formalisation des conventions inter-établissements

Le site de réanimation du territoire de santé travaille en réseau :

- au sein du territoire de santé avec les établissements disposant d'unités de soins intensifs, de surveillance continue,
- au niveau intersectoriel avec les structures de recours des établissements hospitalo-universitaires : réanimation, soins intensifs.

Cette coopération est formalisée par des conventions inter-établissements répondant aux exigences d'une charte (un exemple de charte est mis à disposition sur le site internet de l'ARH). Ces conventions intégreront, en particulier, les modalités d'évaluation et de suivi du réseau.

Les modalités de coopération des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue avec les SAMU-SMUR devront être intégrées dans les conventions.

Les besoins du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » seront couverts par les structures de réanimation des secteurs adjacents avec lesquelles les établissements de ce secteur auront passé convention.

2.2.3. L'amélioration de la qualité des soins

L'adaptation des moyens en personnel et le développement de la formation et du soutien des soignants

✓ Personnel médical

Il doit permettre :

- une présence médicale adaptée aux besoins,
- la permanence sur place spécifique et qualifiée réglementairement pour les unités de réanimation,
- le respect des dispositions statutaires.

✓ Infirmier et aide-soignant

L'adaptation des moyens en personnel et le développement de la formation et du soutien des soignants sont conformes au décret en ce qui concerne les unités de réanimation et les USIC.

Pour les unités de surveillance continue, seules des recommandations sont formulées (chapitre 3).

L'harmonisation des procédures de lutte contre les infections nosocomiales

La mise en œuvre de l'organisation régionale de la lutte contre les infections nosocomiales doit concerner l'ensemble des services de réanimation adultes, les unités de soins intensifs et les unités de surveillance continue.

Elle suppose, par le biais du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de l'équipe opérationnelle d'hygiène de chaque établissement, l'harmonisation des procédures proposées en recommandations (chapitre 3.3.).

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. REFORMULER LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES UNITES DE REANIMATION

En complément des dispositions réglementaires du décret du 5 avril 2002, qui définit les conditions techniques de fonctionnement des établissements pratiquant la réanimation, il faut apporter une attention particulière à l'intervention des kinésithérapeutes (à hauteur d'un ETP minimum par unité, à adapter en fonction de la taille de l'unité), psychologues et assistantes sociales. L'évaluation de l'impact de la mise en œuvre des décrets a, en effet, mis en évidence leurs très faibles temps d'intervention.

3.2. DISTINGUER LES UNITES DE SURVEILLANCE CONTINUE (USC)

Le dispositif réglementaire ne précise pas de conditions techniques de fonctionnement en matière de surveillance continue. Aussi, est-il apparu nécessaire de proposer des recommandations distinguant les USC des établissements disposant d'un service ou d'une unité de réanimation des USC des autres établissements.

3.2.1. Unités de surveillance continue des établissements disposant d'un service ou d'une unité de réanimation

Recrutement - Limites

La fonction des unités est double :

- post-réanimation, primordiale pour utiliser au mieux les capacités de réanimation,
- pour l'admission de patients provenant des unités d'accueil des urgences ou d'hospitalisation nécessitant une surveillance rapprochée et des traitements intensifs.

Néanmoins :

- d'une part, les patients présentant d'emblée ou secondairement une ou plusieurs défaillances viscérales non contrôlées doivent être admis en réanimation,
- d'autre part, la ventilation mécanique, invasive ou non, à la phase initiale d'une insuffisance respiratoire aiguë relève du secteur de réanimation.

L'évolution des patients est suivie sur un score de défaillance viscérale.

Structure

Les capacités de l'unité de surveillance continue sont au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation et ces deux types d'unité sont situés à proximité l'une de l'autre.

Une utilisation cohérente des ressources paramédicales justifie un minimum de 4 à 6 lits, en chambres individuelles compte tenu du risque infectieux nosocomial.

Les locaux doivent permettre la mise en œuvre des dispositions réglementaires en matière d'accueil, de conditions d'hospitalisation et de prévention des infections nosocomiales.

Personnel

✓ *Personnel médical*

L'unité est sous la responsabilité de l'équipe médicale du service de réanimation par souci de cohérence de la prise en charge des patients.

L'effectif médical permet la présence d'un médecin exclusivement dédié dans la journée à cette unité (pour 6 à 10 lits).

Le médecin de l'unité fait partie de l'équipe de réanimation et possède un des diplômes requis pour exercer cette activité.

L'unité n'a pas de garde spécifique.

La permanence médicale la nuit, les dimanches et jours fériés est assurée par la garde de réanimation.

Elle est complétée par une astreinte opérationnelle ou une garde d'interne lorsque la capacité totale réanimation-surveillance continue dépasse 15 lits.

Une double garde paraît indispensable au-delà de 30 lits, complétée par une astreinte opérationnelle les dimanches et jours fériés.

✓ *Personnel paramédical*

Pour une unité de 4 à 6 lits, il est nécessaire d'assurer, de jour comme de nuit, la présence d'une infirmière et d'une aide-soignante.

Le personnel de l'USC est intégré dans l'effectif de réanimation, avec un fonctionnement par rotation.

Il est sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement de ce secteur.

L'USC peut également faire appel aux kinésithérapeutes et au psychologue intervenant en réanimation.

Le secrétariat est commun avec l'unité de réanimation.

Les moyens d'encadrement infirmier, de secrétariat, de kinésithérapie et en psychologues doivent être adaptés à cette charge supplémentaire.

Équipement

Chaque lit doit disposer d'un monitoring multiparamétrique qui peut bénéficier d'un report de surveillance centralisé.

3.2.2. Unités de surveillance continue des établissements ne disposant pas d'unité de réanimation

Recrutement - Limites

L'USC répond prioritairement aux besoins des patients des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ou provenant du bloc opératoire de l'établissement.

Elle concerne des patients :

- dont l'état fait craindre la survenue de défaillance(s) vitale(s),
- ou dont les défaillances vitales sont contrôlées par la prise en charge initiale, pouvant comporter une ventilation mécanique, avec prévision de résolution rapide de la ou des défaillances.

Le transfert en réanimation ou en soins intensifs doit, par contre, être discuté :

- Initialement :
 - en l'absence de stabilisation,
 - en cas de présomption d'une dépendance de techniques de suppléance en particulier ventilatoire,
 - en cas d'indication technique spécifique (exemple : angioplastie),
- Secondairement :
 - en cas d'aggravation,
 - de non résolution de la ou des défaillances vitales,
 - en cas d'indication technique spécifique (exemple : angioplastie).

La prise en charge de patients au terme d'une hospitalisation en réanimation ou USI dans un autre établissement fait également partie des missions de ces USC.

L'évolution des patients est suivie sur un score de défaillance viscérale.

Structure

L'unité, de 4 à 6 lits minimum, est composée :

- d'une zone d'accueil située en amont de l'unité,
- d'une zone d'hospitalisation en chambres individuelles,
- d'une zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement.

Personnel

✓ *Personnel médical*

L'unité est sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie-réanimation (et de cardiologie pour la surveillance continue cardiologique) qui assure au quotidien le suivi des patients. Elle comprend des médecins qualifiés en anesthésie-réanimation ou en réanimation médicale et en cardiologie (pour la surveillance continue cardiologique).

L'accès des différents spécialistes est organisé et planifié.

En garde, la permanence médicale n'est pas spécifique à l'unité mais est assurée par un médecin de l'équipe médicale ou par un médecin ayant une expérience attestée en réanimation :

- de préférence de garde sur place,
- à défaut en astreinte opérationnelle (toujours en astreinte pour le cardiologue).

La présence sur place est recommandée lorsqu'un patient est ventilé.

✓ *Personnel paramédical*

Pour une unité de 4 à 6 lits, il est nécessaire d'assurer au minimum la présence d'une IDE et d'une AS de jour comme de nuit.

L'encadrement infirmier et le secrétariat peuvent être communs avec l'anesthésie-réanimation.

L'intervention de kinésithérapeutes, d'une équipe psychiatrique, d'un technicien biomédical est organisée.

Équipement

Il comporte :

- Le monitoring multi-paramétrique de chaque lit avec report de surveillance centralisé,
- La possibilité de ventilation artificielle,
- Les équipements mobiles permettant de réaliser dans les chambres des examens de radiologie classique, d'échographie et d'endoscopie.

Pour les lits de surveillance continue cardiologique, se reporter aux recommandations élaborées dans le cadre du volet « Prise en charge des pathologies cardio-vasculaires » du SROS II.

Environnement

Sont accessibles 24h/24 :

- le bloc opératoire,
- la scanographie,
- le laboratoire : hématologie, bactériologie, biochimie,

soit sur le site, soit par convention avec un établissement en disposant, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

Réseau

L'unité fonctionne dans le cadre d'un réseau régi par des conventions avec les unités de réanimation et les unités de soins intensifs du territoire de santé, des secteurs voisins et des centres hospitaliers universitaires.

Les conventions précisent les critères de transfert des patients vers ces unités et vice versa, ainsi que les modalités de transport (SAMU-SMUR).

3.3. HARMONISER LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'harmonisation des procédures, érigée en principe d'organisation, suppose :

- l'identification dans chaque structure de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue, de deux correspondants en hygiène hospitalière : un médecin et une infirmière ou cadre infirmier, relais locaux de la lutte contre les infections nosocomiales.
- la mise en œuvre, en coordination avec le C-CLIN, d'actions concertées. Elles s'inscrivent dans le cadre des programmes nationaux de surveillance, coordonnés par le CTIN par l'intermédiaire du C-CLIN-Ouest.

3.3.1. Le programme de surveillance

Le programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'unité s'inscrit dans le programme du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement. Il comporte :

Le suivi des bactéries multi-résistantes (BMR)

Il se réalise selon un protocole standard national, à partir des prélèvements diagnostics (avec ciblage sur le staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) et les pyocyaniques). La surveillance doit s'effectuer au minimum 3 mois par an.

La surveillance des infections nosocomiales

A partir de l'année 2003, le protocole de surveillance en réanimation prévoit 2 niveaux de surveillance dont l'objectif est une amélioration continue de la qualité des soins :

✓ Surveillance de niveau 1 (minimum pour les unités de surveillance continue)

Système de vigilance de base, il dénombre les infections nosocomiales de chaque service ou unité par le recueil des épisodes d'infections nosocomiales chez tous les patients hospitalisés depuis plus de 48 heures, pour les sites suivants :

- pneumopathies nosocomiales,
- infections de cathéters veineux centraux,
- infections urinaires,
- bactériémies.

Le recueil doit se faire en continu, tout au long de l'année.

Il ne permet pas de comparaison car l'exposition au risque n'est pas connue.

✓ Surveillance de niveau 2 (pour les unités de réanimation)

Le protocole prévoit la surveillance en réseau des épisodes infectieux du niveau 1 et cible les indicateurs en fonction des principaux facteurs de risques, permettant de tenir compte de l'hétérogénéité des patients et de l'intensité de l'exposition au risque chez les patients admis en réanimation (détermination de taux spécifiques ajustés).

Tous les patients hospitalisés plus de 48 heures en réanimation sont inclus.

La surveillance s'effectue en continu.

Les destinataires des résultats sont le chef de service, le responsable de l'unité fonctionnelle, le président du CLIN chargés de l'interprétation et de la diffusion des résultats au sein de l'établissement. L'impact de la surveillance des taux d'infections nosocomiales est étroitement lié à la restitution des résultats aux équipes concernées.

Les données sont transmises par le relais régional au centre inter-régional de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN).

✓ *Le suivi de la consommation des antibiotiques en unité de prescription*

3.3.2. Le signalement

La procédure de signalement des infections nosocomiales (IN) inscrite au décret n° 01-671 du 26 juillet 2001 et dans la circulaire DHOS/DGS n° 2001-383 du 30 juillet 2001 nécessite une attitude homogène en matière de signalement des infections nosocomiales dans les unités de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue.

Il s'agit d'un système d'alerte.

Le signalement prévoit deux étapes, organisées par le CLIN de l'établissement :

- signalement interne à l'établissement vers le référent institutionnel (médecin hygiéniste membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou du CLIN),
- puis, si nécessaire, signalement externe vers le C-CLIN et la DDASS par le référent institutionnel.

Ce signalement est réalisé par les correspondants en hygiène de l'unité.

Pour les infections acquises avant l'entrée dans l'unité, il convient d'informer le service d'amont afin qu'il puisse effectuer les démarches.

Seules les infections et non les colonisations doivent faire l'objet d'un signalement externe.

Doivent faire l'objet d'un signalement externe (référence SFAR), au minimum :

- Les IN ayant un caractère rare ou particulier : entérocoques résistants aux glycopeptides (VRE), staphylococcus aureus intermédiaires ou résistants à au moins un des glycopeptides (GISA), germes Gram négatifs aérobies stricts résistants à la ceftazidime et aux carbapénèmes,
- Les IN liées à la mise en place d'un dispositif médical contaminé (dont solutés de perfusion),
- Les IN potentiellement liées à l'environnement : aspergillose, tuberculose, légionellose,
- Les décès liés aux IN chez des patients indemnes de maladie grave antérieure et de défaillance d'organes,
- Les situations épidémiques et les infections de site opératoire (ISO) ayant donné lieu à une prise en charge institutionnelle (fermeture de lits, enquête, dépistage).

3.4. INTEGRER LES RESEAUX DE PRELEVEMENT D'ORGANES

Tous les établissements disposant d'un service de réanimation ou de surveillance continue s'inscrivent dans un réseau de prélèvement d'organes et de tissus, en relation avec l'Agence de la biomédecine.

Un travail conjoint doit permettre :

- d'optimiser le signalement des sujets en état de mort encéphalique,
- d'assurer l'accueil et la prise en charge des familles,
- d'apprécier la prélevabilité des greffons.

3.5. DEVELOPPER LA DEMARCHE ETHIQUE

Le développement de cette démarche portera en particulier sur :

- les indications de prise en charge
- l'information du patient et de sa famille
- l'accompagnement de fin de vie

en prenant en compte les recommandations des sociétés savantes.

A défaut de pouvoir s'approprier les recommandations à l'échelle de la région Bretagne dans les délais réglementaires d'élaboration du volet réanimation du SROS, cette réflexion sera développée par le Comité Technique Régional, dans le cadre du suivi du SROS.

En respect des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), « une attention particulière concernant l'engagement thérapeutique sera portée à l'admission de patients à la qualité de vie antérieure réduite ou ayant une pathologie chronique ou aiguë au pronostic dramatique en terme d'espérance et de qualité de vie ».

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LE SUIVI ET L'EVALUATION

Le Comité Technique Régional de la réanimation assure :

- la coordination du dispositif de soins incluant réanimation, soins intensifs, surveillance continue et l'articulation avec les SAMU-SMUR,
- l'harmonisation régionale des procédures et la mise à jour régulière des recommandations,
- l'évaluation annuelle par territoire de santé du dispositif et de son fonctionnement en matière d'adéquation par rapport aux besoins, de qualité de prise en charge,
- ainsi que le bilan du fonctionnement en réseau.

Il veille :

- à la coordination du dispositif avec les autres volets du SROS, particulièrement les volets « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires », « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins », « Périnatalité », et « Chirurgie »,
- à l'articulation de la réanimation avec les disciplines de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque,
- à l'inscription de la réanimation dans les filières de soins spécifiques : lésés cérébraux, AVC...
- au développement de la démarche éthique.

Il s'appuie pour la réalisation de ces travaux sur le groupe de travail mis en place lors de l'élaboration du SROS, associant réanimateurs, anesthésistes-réanimateurs et médecins des DIM.

4.2. LES INDICATEURS

4.2.1. Objectifs

- Décrire les unités de réanimation (données structurelles, d'équipements et d'effectifs humains) ;
- Traduire l'activité des unités de réanimation par année au moyen d'indicateurs, d'acquisition la plus simple possible ;
- Contrôler l'adéquation entre l'offre de soins spécialisée en réanimation et la demande ;
- Suivre le fonctionnement du réseau entre unités de réanimation, unités de surveillance continue, établissements de soins, SAMU ;
- Comparer dans le temps et entre unités l'impact du volet « Réanimation, soins intensifs et surveillance continue ».

4.2.2. Domaine d'application

- Unités ou services de réanimation ;
- Unités de surveillance continue.

La réflexion sur les indicateurs spécifiques aux unités de soins intensifs sera menée dans le temps du SROS.

4.2.3. Types d'indicateurs

- Les indicateurs sélectionnés dans le cadre du bilan préalable au SROS, y compris les données structurelles d'équipement et d'effectifs médicaux et non médicaux.
- Les critères de réanimation du PMSI à partir de la CCAM.
- Les transferts et refus d'admission pour manque de places (réanimation et SAMU).

4.2.4. Préalable

Pour permettre l'exploitation du PMSI dans la description de leur activité, les unités de réanimation, de soins intensifs (sauf les USIC) et de surveillance continue (isolées ou accolées à des unités de réanimation) devront faire l'objet d'une identification « Unité Médicale » (UM) spécifique. Il s'agit d'un découpage propre au PMSI selon un nombre entier d'Unités Fonctionnelles (UF) d'hospitalisation (une UF d'hospitalisation pouvant être une UM). Un RUM doit être renseigné pour chaque passage dans l'UM.

4.2.5. Indicateurs d'activité des unités de réanimation

« Source PMSI » données issues des fichiers constitués par le DIM pour les RSS.

Faire extraire tous les ans par le DIM des établissements comportant une ou plusieurs unités de réanimation les informations suivantes, pour chaque unité :

<p><i>Traduire l'activité des unités de réanimation par année au moyen d'indicateurs, d'acquisition la plus simple possible</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Origine géographique des patients par code postal de résidence (source PMSI), • Nombre de RUM de l'unité étudiée (définit le nombre de séjour en réanimation), • Nombre de journées effectivement servies (source PMSI), • Durée Moyenne de Séjour (source PMSI), • L'âge moyen des séjours (source PMSI), • Le taux de mortalité dans le service (source PMSI), • Le taux de mortalité hospitalière des patients réanimés (source PMSI), • Ratio de GHM chirurgicaux/GHM médicaux (source PMSI), • Ratio de la durée de séjour en réanimation sur la durée de séjour dans l'établissement.
<p><i>Mesurer l'adéquation entre l'offre de soins spécialisée en réanimation et la demande</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation des lits (source PMSI), • Nombre de séjours < ou = à 2 jours (source PMSI), • Nombre de séjours > à 30 jours (source PMSI), • Nombre moyen de CMA par séjour (source PMSI), • Nombre moyen de CMAS par séjour (source PMSI), • Nombre moyen d'actes traceurs du CdAM (source PMSI), • Nombre moyen d'actes traceurs de la CCAM (source PMSI), • IGS2 moyen (source PMSI), • Nombre de séjours par tranches d'IGS2 (source PMSI).

Faire produire par chaque unité de réanimation un tableau Excel avec les données suivantes :

<p><i>Traduire l'activité des unités de réanimation par année au moyen d'indicateurs, d'acquisition la plus simple possible.</i></p>	<p>Nota : L'information pourra être diffusée soit par le service, soit par le DIM, en fonction des organisations et des outils de saisie propres à chaque établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de ventilés (VI et VNI), • Le taux de ventilés > 48h (VI et VNI).
<p><i>Mesurer l'adéquation entre l'offre de soins spécialisée en réanimation et la demande et suivre le fonctionnement du réseau entre unités de réanimation, USC, établissements de soins, SAMU</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'entrées par transfert (source unité), • Nombre de sorties par transfert dans un autre établissement (source unité), • Dénombrement annuel par chaque réanimation des patients refusés par manque de place (source unité).

Faire produire par chaque SAMU un tableau Excel (cf. document « définition et guide de remplissage » déposé sur le site de l'ARH) avec les données suivantes :

<p><i>Suivre le fonctionnement du réseau entre unités de réanimation, unités de surveillance continue, établissements de soins, SAMU</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'entrées par transfert (source unité), • Nombre de sorties par transfert dans un autre établissement (source unité), • Dénombrement annuel par chaque réanimation des patients refusés par manque de place (source unité).
--	--

4.2.6. Indicateurs d'activité des Unités de Surveillance Continue

« Source PMSI » les données sont issues des fichiers constitués par le DIM pour les RSS.

Faire extraire tous les ans par le DIM des établissements comportant une unité de surveillance continue les informations suivantes :

<p><i>Traduire l'activité des unités de surveillance continue par année au moyen d'indicateurs, d'acquisition la plus simple possible</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Origine géographique des patients par code postal de résidence (source PMSI), • Nombre de RUM de l'unité étudiée (défini le nombre de séjours en surveillance continue), • Nombre de journées effectivement servies (source PMSI), • Durée Moyenne de Séjour (source PMSI), • L'âge moyen des séjours (source PMSI), • Le taux de mortalité dans le service (source PMSI), • Le taux de mortalité hospitalière des patients réanimés (source PMSI), • Ratio de GHM chirurgicaux/GHM médicaux (source PMSI).
<p><i>Mesurer l'adéquation entre l'offre de soins spécialisée en surveillance continue et la demande</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation des lits (source PMSI), • Nombre de séjours < ou = à 2 jours (source PMSI), • Nombre de séjours > à 30 jours (source PMSI), • Nombre moyen de CMA par séjour (source PMSI), • Nombre moyen de CMAS par séjour (source PMSI), • Nombre moyen d'actes traceurs du CdAM (source PMSI), • Nombre moyen d'actes traceurs de la CCAM (source PMSI).

Cas particulier des unités de Surveillance Continue adossées à des services de Réanimation (ajouter aux indicateurs ci-dessus) :

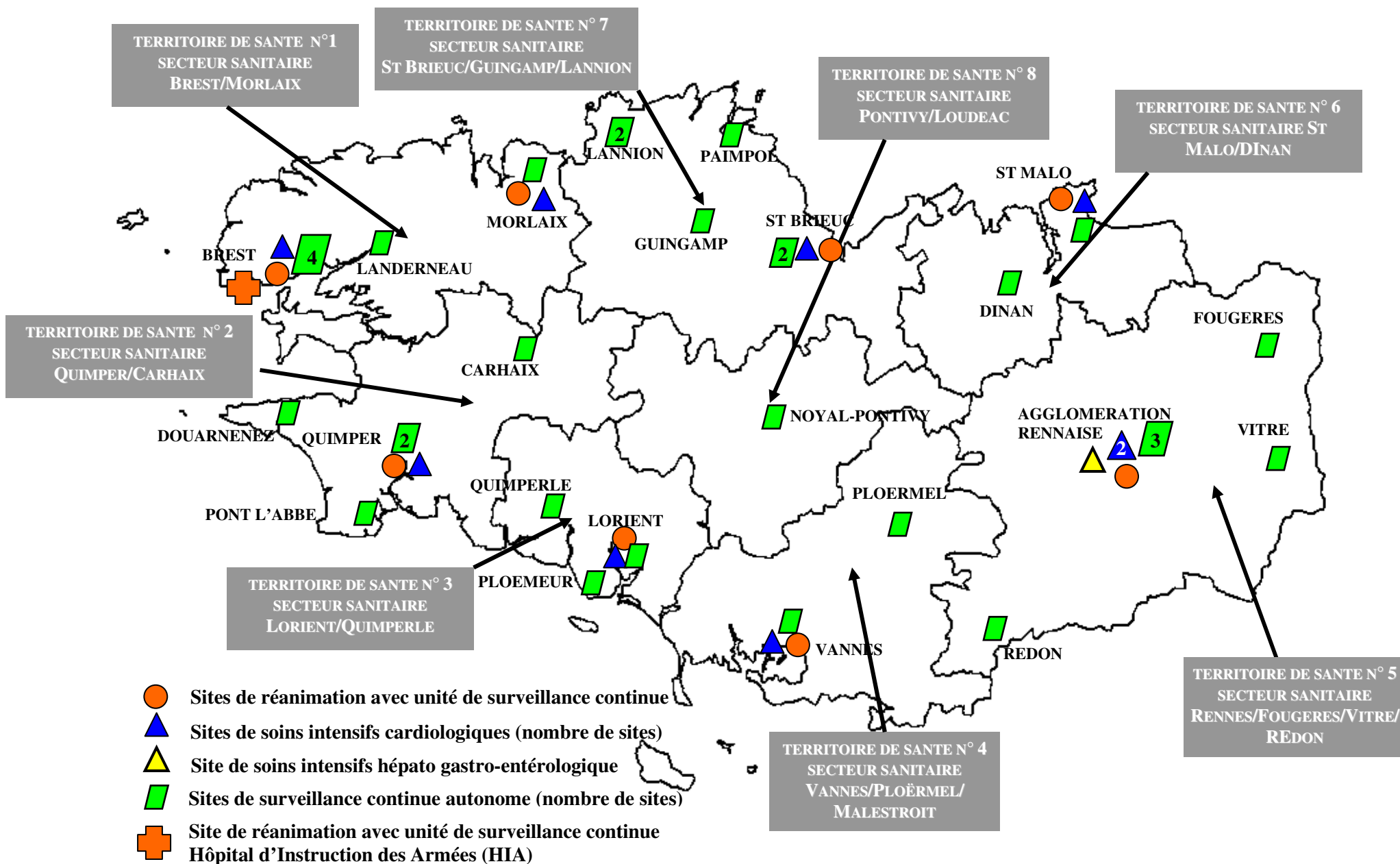
- Nombre d'entrées dans l'UM adossée de surveillance continue en provenance de l'UM de réanimation (source PMSI),
- Nombre de sorties de l'UM adossée de surveillance continue à destination de l'UM de réanimation (source PMSI),
- Nombre de patients entrés dans l'UM adossée de surveillance continue en provenance de l'UM de réanimation (source PMSI),
- Nombre de patients sortis de l'UM adossée de surveillance continue à destination de l'UM de réanimation (source PMSI).

Faire produire par chaque unité de surveillance continue un tableau Excel avec les données suivantes :

<i>Traduire l'activité des unités de surveillance continue par année au moyen d'indicateurs, d'acquisition la plus simple possible</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de ventilés (VI et VNI), • Le taux de ventilés > 48 h (VI et VNI).
<i>Mesurer l'adéquation entre l'offre de soins et la demande</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sorties par transfert dans un autre établissement (source unité).

Les définitions avec un guide de remplissage sont mises à disposition par l'ARH sur son site internet.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue -- Bretagne/Cible 2010



IMAGERIE MEDICALE

INTRODUCTION

Les techniques d'imagerie médicale, utilisées largement pour l'exploration fonctionnelle, sont marquées par des avancées technologiques importantes et des évolutions aboutissant à un élargissement des champs d'application. En outre, la politique mise en œuvre au cours des cinq dernières années a permis de développer le parc d'équipements.

Cependant, au vu de l'évolution rapide des techniques, la démographie médicale dans cette discipline mérite une attention particulière.

Les équipements lourds définis par l'article L. 6122-14 du Code de la Santé Publique sont désormais régis par de nouvelles dispositions relatives aux autorisations.

Le décret du 26 novembre 2004, pris en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisations décline, notamment, les équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à autorisation :

- la caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions de positons, caméra à positons ;
- l'appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- le scanographe à utilisation médicale.

Le présent volet du SROS se situe dans la continuité du volet complémentaire du précédent schéma publié en 2003, lequel, tout en respectant le plafond des indices réglementaires, avait anticipé leur éventuelle suppression pour mieux s'attacher à la nécessaire couverture des besoins et à la résorption des délais d'attente.

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

1.1.1. L'imagerie en coupe

Les scanners

Au 1^{er} juin 2005, 38 scanners sont autorisés, dont 33 installés.

- **Avec 231 280 actes en région en 2003, on constate** une moyenne de 8 260 actes par appareil, et une augmentation de 20,58 % du total des actes entre 2001 et 2003 (191 807 actes versus 231 280 actes).
- **Le nombre d'actes rapporté à la population en 2003** montre un chiffre significativement inférieur à la moyenne régionale dans les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « Rennes, Fougères, Vitré, Redon » et « Pontivy/ Loudéac ». *A contrario*, le secteur sanitaire « Brest/ Morlaix » développe une activité très supérieure à la moyenne régionale.

Nombre d'actes pour 1 000 habitants

	<i>Sect 1</i>	<i>Sect 2</i>	<i>Sect 3</i>	<i>Sect 4</i>	<i>Sect 5</i>	<i>Sect 6</i>	<i>Sect 7</i>	<i>Sect 8</i>	<i>Région</i>
2003	<i>105,91</i>	<i>62,53</i>	<i>78,15</i>	<i>68,83</i>	<i>61,15</i>	<i>87,73</i>	<i>96,95</i>	<i>55,24</i>	<i>77,87</i>

Sources : SAE et enquêtes spécifiques auprès des établissements

L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Au 1^{er} octobre 2005, 18 appareils sont autorisés, 14 installés contre 8 en 2000. Les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « Lorient/ Quimperlé », « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « St Malo/ Dinan » disposent de deux IRM, le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » d'un équipement. Les deux secteurs sanitaires universitaires, « Brest/ Carhaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » disposent respectivement de 3 et 4 équipements. Un équipement installé dans l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre à Brest participe à la prise en charge des populations du secteur sanitaire « Brest/ Morlaix ».

- **La progression des actes**, entre 2001 et 2003, se situe à hauteur de **18 % l'an** (35 178 en 2001 à 61 689 en 2003).
- **Le nombre d'actes pour 1 000 habitants** a quasiment doublé, **passant de 11.3 en 1999 à 20.76 en 2003**.
- La répartition des actes rapportée à la population en 2003 traduit une situation satisfaisante dans les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « Lorient/ Quimperlé », « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « St Malo/ Dinan », cependant que le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » produisait 40 % des actes pour 27 % de la population et le secteur sanitaire « Brest/ Morlaix », 15 % pour 17 % de la population. Le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » disposait d'une autorisation non encore mise en œuvre à cette période.

L'évolution de la valeur de ces indicateurs montre bien le développement considérable de ce mode d'examen malgré l'encadrement réglementaire contraignant du régime des autorisations alors en vigueur. Elle révèle également la forte disparité des taux de recours aux soins selon les secteurs sanitaires.

1.1.2. Médecine nucléaire

Caméras à scintillation (conventionnelles)

Au 1^{er} octobre 2005, le parc régional est composé de 20 autorisations dont 19 appareils installés.

Les secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé », « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « St Briec/ Guingamp/ Lannion » disposent de 2 gamma caméras, les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix » et « St Malo/ Dinan » d'un équipement sur leur territoire, le secteur sanitaire « Brest/ Morlaix » de quatre appareils, et le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » de 7 autorisations et 6 appareils installés.

Avec 56 834 actes dans la région en 2003 (déclarations des établissements), la moyenne d'actes par appareil est de 2 999 actes en 2003. On constate une évolution de l'activité de 2,89 % entre 2001 et 2003. Il n'y a pas d'équipe d'isotopistes dans le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac ».

Tomographes à émission de positons (T.E.P)

Les évolutions récentes permettent à la Bretagne de disposer aujourd'hui de quatre autorisations au CHU de Brest (Site Morvan), au CRLCC à Rennes, au centre de médecine nucléaire de Saint-Grégoire et au Centre de Médecine Nucléaire du Morbihan à Vannes,

Une cinquième implantation doit être envisagée à terme à St Briec afin de couvrir l'ensemble du territoire breton.

Un cyclotron produit les radiotraceurs à Rennes. A l'avenir, on devra veiller à l'adéquation entre la capacité de production du cyclotron et l'activité attendue des équipements bretons, lorsque leur montée en charge sera effective.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

Pour toutes ces activités d'imagerie médicale, on est globalement confronté à un décalage entre deux évolutions :

- d'une part, une évolution technologique très rapide ces dernières années, potentialisée par les environnements informatiques de plus en plus performants, qui permet d'entrevoir de réels progrès dans les explorations et traitements afin de répondre aux besoins des patients et des prescripteurs.
- d'un autre côté, la stagnation du nombre de radiologues, sur certains sites, qui hypothèque la capacité de développer les techniques nouvelles.

Au-delà de la conformité à des réglementations et procédures administratives, on devra privilégier, dans ce volet, la recherche de la qualité et de l'optimisation des plateaux techniques.

1.2.1. Imagerie en coupe

Scanner

L'utilisation du scanner s'est répandue dans tous les secteurs. L'augmentation sensible des installations de nouveaux équipements dans les dernières années ne justifie plus de nombreuses installations supplémentaires.

On peut s'attendre à un développement des scanners multibarrettes. La rapidité de l'acquisition des images et leur finesse s'accompagnent cependant d'une plus grande irradiation des patients. Le développement devra donc être raisonné.

Le présent volet devra s'attacher, en priorité, à définir des critères de qualité et des recommandations qui serviront d'appui aux futures demandes d'exploitation dans les cinq années à venir.

Il paraît souhaitable, en particulier, que soient mieux pris en compte le niveau et la qualité des activités médicales et chirurgicales pour lesquelles le scanner est devenu un moyen d'exploration fonctionnelle indispensable tant pour la phase diagnostique que pour le choix et le suivi des traitements.

Un des enjeux de ce volet est, donc, de veiller au maintien de cette standardisation tout en veillant à la qualité de l'activité. Une attention particulière doit être portée à la radio-protection du patient.

IRM

Le champ de l'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire est en forte croissance eu égard aux apports en termes de rapidité, de qualité d'image qui ne cesse de s'améliorer. La plupart des champs anatomiques peut, désormais, être explorée avec bénéfice par cette technique. Ce mode d'investigation s'ouvre, par ailleurs, à des applications exploratoires dynamiques dont on entrevoit les prémices en cardiologie et neurologie.

Les autorisations récentes, dont certaines ne sont pas mises en oeuvre, n'ont pas encore montré tous les bénéfices attendus en particulier dans la prise en charge de certaines urgences.

Toutefois, la qualité des images exploratoires et la valeur ajoutée que constituent pour les patients l'absence de rayonnement et des conséquences qui en découlent, plaident en faveur de l'IRM parmi tous les autres modes d'imagerie en coupe.

Une attention particulière doit être portée à l'évolution démographique et à la formation des radiologues et des médecins nucléaires.

Le bilan met en évidence que la population des radiologues demeure satisfaisante. Mais le déséquilibre de la répartition aux dépens du secteur public va croissant et pourrait mettre en péril la capacité à bien faire fonctionner certains plateaux techniques d'imagerie en coupe qui nécessitent de plus en plus de temps « médecin ».

1.2.2. MEDECINE NUCLEAIRE

La médecine nucléaire est présente sur différents champs :

- Les gamma-caméras, pour lesquelles il convient de maintenir les activités développées en rhumatologie, cardiologie (perfusion myocardique et fonction ventriculaire), endocrinologie (diagnostic et traitement de la thyroïde).
Dans le cadre du Plan Cancer, la médecine nucléaire a un rôle important à jouer. Il faudra mettre à disposition les équipements, en réduisant notamment les délais de rendez vous.
- La Tomographie à Emissions de Positons (TEP), qui connaît actuellement un plan de développement à l'échelle nationale.
- L'utilisation des isotopes radioactifs qui devrait également connaître des développements diagnostiques et thérapeutiques.

S'agissant de la médecine nucléaire, les effectifs modestes des praticiens nécessitent pour l'avenir une réflexion sur l'optimisation du temps médical.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

Les objectifs généraux de ce volet visent à proposer :

- une répartition des IRM qui permette :
 - de répondre aux prescriptions médicales déjà reconnues et partagées ;
 - de développer les nouvelles indications dans différents champs de l'activité médicale et, en particulier, d'assurer un meilleur accès aux actes urgents ;
 - d'effectuer les substitutions qui s'imposent en première intention au profit de l'IRM en lieu et place d'examens désormais moins performants (scanner, angiographie, arthrographie, scintigraphie...)
- des recommandations d'utilisation et critères de qualité de ces équipements sur lesquels fonder l'installation ou le maintien en fonctionnement des appareils ;
- des éléments et outils d'évaluation partagés dans la région afin d'améliorer la pertinence, la qualité des examens et l'efficacité des équipements d'imagerie médicale.

Les propositions de ce volet ne pourront être valides sans la nécessaire formation des radiologues aux nouvelles techniques qui permettent de disposer des compétences nécessaires à l'optimisation des équipements d'imagerie en coupe.

2.1.1. Le cadre réglementaire

- Le décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins dispose que pour les équipements lourds, l'annexe du SROS opposable doit préciser :
 - ◆ le nombre d'implantations disposant d'un équipement lourd déterminé par territoire de santé ;
 - ◆ de manière facultative, le temps d'accès minimum à un établissement disposant de l'un des équipements matériels lourds définis à l'article R. 6122.26, dans un territoire de santé, ainsi que les conditions de permanence des soins pour l'exploitation d'un des équipements lourds définis par la loi ;
 - ◆ le nombre d'appareils par territoire de santé et par équipement matériel lourd.

- La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS préconise que le schéma favorise la définition cohérente de l'organisation et de l'implantation des plateaux techniques afin d'assurer la sécurité sanitaire et la graduation des soins. A noter que la circulaire du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupe par scanner et IRM, demeure un document de référence dans cette recherche d'une offre de soins de qualité. Elle s'attache à décrire des critères partagés par les professionnels permettant d'améliorer l'accès quantitatif et qualitatif aux équipements.

2.1.2. Les objectifs régionaux

Au sein du SROS, le volet « Imagerie médicale » doit contribuer à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité.

Il convient, donc, dans ce volet d'améliorer :

- L'accessibilité des équipements pour les patients et les professionnels par :
 - la mise à disposition des équipements nécessaires aux besoins des patients et des prescripteurs ;
 - l'organisation optimale des plateaux techniques et des compétences.
- La qualité de l'activité d'imagerie par :
 - le développement des activités d'imagerie au regard des recommandations ;
 - l'accompagnement de l'évolution technologique ;
 - la contribution à la permanence des soins.
- La coopération des équipes qui implique :
 - le partage et la diffusion régulière des critères de qualité, le développement de formation et de l'évaluation sur l'ensemble du territoire régional ;
 - l'intégration de l'imagerie médicale au sein de la politique d'organisation territoriale avec les autres acteurs de santé ;
 - la recherche de la co-utilisation des équipements en utilisant tous les moyens de coopération juridiques (GCS, GIE, conventions).

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

L'organisation de l'offre de soins en imagerie s'articule principalement autour du secteur sanitaire, territoire de santé pertinent pour la structuration des plateaux techniques. Seule la tomographie à émissions de positons (TEP) relève d'une organisation régionale.

Sur ces bases territoriales, ce volet du SROS permet de répondre à quatre exigences.

2.2.1. Apporter une réponse adaptée aux besoins en soins de la population

Il s'agit de permettre à tout patient d'accéder à l'examen d'imagerie médicale dont il a besoin, dans un délai compatible avec la nature de la pathologie à explorer et à traiter.

En conséquence, les installations d'équipements et/ ou les renouvellements sont à considérer au regard des besoins de la population en tenant compte :

- de la démographie, de la répartition géographique des appareils déjà installés ;
- des priorités de santé publique reconnues dans la région ;
- de la définition de la zone d'attraction du plateau technique en lien avec les activités chirurgicales et médicales développées dans l'environnement sanitaire considéré. A ce titre, les besoins liés aux activités d'urgences et de cancérologie doivent être prises en compte.

2.2.2. Rechercher une utilisation optimale des équipements installés

La démographie médicale et l'évolution constante des techniques imposent de favoriser les regroupements d'équipes médicales de plus en plus spécialisées autour de matériels performants partagés afin d'apporter le meilleur service à la population et de contribuer à la permanence et à la continuité des soins.

Seront retenus en faveur de l'installation ou du renouvellement des équipements, les critères de qualité liés à l'organisation de l'activité d'imagerie énoncés ci-après :

- Qualité du plateau technique et son insertion dans son environnement sanitaire : les caractéristiques et l'importance de l'activité médicale et chirurgicale pratiquée dans les établissements qui constituent l'environnement sanitaire des plateaux d'imagerie à autoriser ;
- Qualité des équipes médicales et paramédicales : le nombre et la compétence des équipes (radiologues, manipulateurs) susceptibles de faire fonctionner l'équipement en garantissant la qualité de l'activité ;
- Organisation du plateau technique : la mise en place d'astreintes, voire de gardes, pour la prise en charge des actes urgents et la complémentarité entre les équipes publiques et privées si nécessaire, voire le regroupement des équipements sur des plateaux techniques partagés (GIE, Groupement de coopération sanitaire)

En conséquence, l'installation des équipements sur les sites d'établissements de santé sera privilégiée.

2.2.3. Promouvoir la diffusion des techniques

La mise en oeuvre du volet doit permettre de :

- Conforter, à court terme, le développement des explorations dont l'efficacité est reconnue mais qui ne pouvaient être mises en oeuvre, faute d'un parc suffisant ;
- Faciliter à moyen terme le développement des substitutions entre les techniques d'imagerie, évitant ainsi des actes inutiles et redondants, générateurs d'inconfort et de surcoût injustifiés. Ainsi, la qualité des images et l'absence d'irradiation des patients imposent l'IRM comme mode d'exploration, se substituant progressivement au scanographe pour un certain nombre d'indications d'explorations morphologiques ;
- Encourager, à long terme, la recherche et la diffusion des nouvelles applications performantes des techniques d'imagerie médicale : développement raisonné de l'installation de scanner multibarettes.

2.2.4. Organiser une offre de soins adaptée aux missions des établissements

Imagerie en coupe

✓ *Scanner*

- **Dans les établissements de proximité**, il est pertinent de privilégier l'implantation d'un scanner en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale dans un établissement au regard des critères suivants :
 - plus de 10 000 entrées MCO/ an ;
 - isolement géographique (pas de scanner à moins de 30 minutes) ;
 - instauration d'une coopération publique/ privée pour le partage de l'utilisation de l'appareil et l'organisation de la permanence des soins.

L'installation d'un scanner multibarette, est à considérer au regard de ses performances techniques polyvalentes, de sa facilité d'utilisation le rendant accessible à tous les radiologues, ses caractéristiques ergonomiques, son coût plus faible que l'IRM et sa disponibilité supérieure.

- **L'attribution d'un scanner dans un site autorisé pour l'accueil et le traitement des urgences** devrait être envisagée en fonction du nombre de passages enregistrés. Dans l'attente des nouveaux textes réglementaires relatifs à cette activité de soins, il est prématuré de retenir, au nombre des principes opposables, des seuils d'activité. Il est cependant établi :
 - qu'un service d'urgences ayant une forte activité doit pouvoir être assuré de la disponibilité permanente d'un scanner dédié ;
 - que l'activité d'une UPATOU justifie l'implantation d'un scanner.

- **L'attribution d'un scanner dans un site pratiquant la cancérologie.**

En Bretagne, la lutte contre le cancer est une priorité de santé publique qui fait l'objet d'un volet spécifique organisant notamment les soins en radiothérapie. Deux situations sont à distinguer :

- dans certains centres de radiothérapie, un scanographe est exclusivement utilisé pour des fonctions d'assistance au centrage, de simulation et de dosimétrie, ces prestations ne donnant pas lieu à rémunération d'un acte de scanographie : il n'est pas alors soumis au régime d'autorisation des scanographes ;
- lorsque les actes de centrage, volumétrie et dosimétrie, font appel aux scanners autorisés, il est tenu compte, lors de l'appréciation des besoins en faveur d'installations, des créneaux horaires mis à disposition des cancérologues pour préparer les traitements de leurs patients.

Un minimum d'une heure de scanographie par appareil de radiothérapie et par jour est mis à disposition, par convention.

- **Sur un plateau hospitalo-universitaire**

Les besoins en temps machine destinés à la formation des radiologues doivent être satisfaits. Les CHU de Rennes et de Brest doivent pouvoir répondre à cette mission universitaire.

Le développement de la transmission des images doit être privilégié afin de permettre, lorsque nécessaire, l'accès à un avis d'expert et de mieux prendre en charge les patients se présentant en urgence.

✓ *L'IRM*

Le présent volet précise les critères d'installation et les recommandations de qualité qui doivent guider les promoteurs dans leur demande d'autorisation d'installer et faire fonctionner un IRM pour la durée de ce schéma.

- En sus des critères généraux de qualité énoncés ci-dessus pour la recherche d'une utilisation optimale des équipements installés, la bonne utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en fonction des recommandations et consensus doit être garantie.

Le promoteur doit faire la preuve de l'intérêt d'implanter un IRM en présentant les activités que l'équipe de radiologues s'engage à développer sur l'équipement, en particulier dans les champs de :

- La neurologie,
- La pathologie ostéo-articulaire non traumatologique,
- La pathologie cardio-vasculaire,
- La pathologie pédiatrique et gynéco-obstétricale,
- La cancérologie.

- S'ajoutent les critères à prendre en compte au regard des missions des établissements de l'environnement sanitaire :
 - **En Cancérologie**
La proximité d'un centre de prise en charge de patients atteints de cancer confère un caractère particulièrement structurant à un IRM, dont la pertinence se confirme tant pour le diagnostic que pour la préparation et le suivi des traitements.
 - **Les Urgences**
L'accès à l'IRM, en complément d'un scanner, doit être favorisé dans les principaux services autorisés à pratiquer l'accueil et le traitement des urgences, en particulier dans le champ de la neurochirurgie (compression médullaire, traitement des AVC).
 - **Dans tous les cas :**
 - ◆ Le regroupement sur un même plateau technique de scanner et d'un IRM doit toujours être recherché du fait de la complémentarité entre ces deux techniques d'imagerie en coupe et des substitutions à opérer entre elles.
 - ◆ La qualité de l'équipement demandé sera analysée : l'installation d'IRM de haut champ sera privilégiée au regard des performances et des capacités évolutives que présentent ces niveaux d'appareils comparés aux équipements de faible champ.
 - ◆ La mise en place d'une démarche qualité concernant les indications et la réalisation des images doit être garantie par le promoteur en lien avec les recommandations d'utilisation des appareils qu'il s'agisse des conditions de fonctionnement technique des machines, de l'application des recommandations de protection des rayonnements, et encore de la mise en œuvre des recommandations médicales en terme de prescriptions.

✓ *Médecine nucléaire*

Le champ de la médecine nucléaire comporte deux types d'équipements :

- Les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence ;
- Les tomographes à émission de positons ; caméras à positons.

◆ Principes d'organisation communs à ces équipements

Le schéma s'attache à conforter la répartition qui permette :

- d'assurer un accès équitable à ces techniques dans tous les territoires de santé ;
- de garantir la qualité de l'activité « médecine nucléaire » en veillant à :
 - l'adéquation des indications et des prescriptions,
 - la gestion de la qualité et des risques impliquant un bon niveau d'intervention des radio-pharmaciens et des physiciens sur chaque site.
- ◆ Les critères d'attribution des nouveaux équipements privilégieront :

* En faveur des gamma-caméras :

- l'existence d'un centre disposant déjà d'une gamma-caméra,
- le niveau de développement de l'activité,
- le nombre de personnels médicaux et para-médicaux permettant d'assurer le fonctionnement optimal du centre. A ce titre, la concentration des plateaux techniques est une hypothèse d'organisation à envisager dans le cas d'une évolution défavorable de la démographie médicale, déjà préoccupante dans cette spécialité.
- l'existence d'une organisation permettant la mise en place de stratégie diagnostique multidisciplinaire,
- le développement coordonné des actions diagnostiques et thérapeutiques, notamment dans les domaines de la cancérologie et de la cardiologie.

* En faveur des tomographes à émission de positons :

L'évolution du parc des tomographes à émissions de positons doit tenir compte du développement attendu, consécutif à l'élargissement considérable des indications récemment autorisées, en particulier dans les champs de la cancérologie et de la neurologie.

Il convient donc :

- d'organiser l'égalité d'accès à cette technique grâce à une répartition inter-sectorielle au sein de la région ;
- de favoriser les installations de TEP à proximité de centres de traitement du cancer afin de répondre prioritairement aux besoins des personnes atteintes de cancer ;
- de privilégier les promoteurs s'appuyant sur une coopération entre les médecins nucléaires publics et privés.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. L'IMAGERIE EN COUPE

3.1.1. Les scanners

Le scanographe est une technique très polyvalente permettant de réaliser des explorations complètes et rapides avec un excellent rapport coût/ efficacité.

Les recommandations en faveur d'une exploration par scannographie sont les suivantes :

- Le scanner se substitue progressivement à l'imagerie standard qui tend à diminuer dans le domaine pulmonaire et abdomino-pelvien ;
- Le scanner est toujours la meilleure méthode à pratiquer en première intention pour explorer en urgence :
 - les suspicions d'embolie pulmonaire,
 - les états traumatologiques complexes,
 - le rachis sauf pathologie médullaire suspectée,
 - les syndromes douloureux abdomino-pelviens à la place ou en complément de l'échographie.
- Le scanner a la place de choix pour le suivi post-opératoire des opérés récents :
 - scanner crânien, pour surveiller les réveils anesthésiques difficiles, suspicion d'AVC,
 - scanner thoracique (suspicion d'embolie pulmonaire),
 - scanner abdomino-pelvien (complications post-opératoires, suppurations abdominales),
 - scanner interventionnel pour le drainage des collections suppurées.
- Le scanner reste indispensable pour les patients qui ne peuvent relever de l'IRM : porteurs de pacemaker, patients agités, en cours de réanimation.
- Le scanner devient une alternative :
 - à l'angiographie, dans l'artériopathie des membres inférieurs,
 - dans l'exploration des artères coronaires, où il paraît conserver un avantage sur l'IRM.
- L'accès au scanner est fondamental en cancérologie dans plusieurs domaines :
 - le bilan tumoral proprement dit : thorax (bronches, poumons), reins, pancréas, foie, ovaires,
 - le bilan d'extension tumoral dans le cadre d'hémopathie maligne, scanner thoraco-abdomino-pelvien,
 - la dosimétrie avant irradiation.

- le développement du scanner multibarettes va générer, à court terme, une évolution importante des indications en faveur :
 - des cavités cardiaques et des coronaires,
 - du système vasculaire des membres inférieurs, du système carotido-vertébral, de la vascularisation rénale et digestive,
 - des explorations des polytraumatismes en un temps,
 - des indications en pathologie abdominale qui doivent se substituer aux examens conventionnels (abdomen sans préparation), voire à l'échographie.
- Les bilans en cancérologie, tant dans le diagnostic que dans le dépistage et le suivi des traitements, nécessitent au moins un passage par mise en traitement pour chaque patient.

En revanche, on peut s'attendre à :

- une stabilité des indications pour les pathologies ostéo-articulaires et urogénitales.
- une diminution des indications neurologiques du fait de la substitution par l'IRM.

3.1.2. Les IRM

Indications à privilégier en faveur de l'IRM à court terme

- **L'IRM s'impose en première intention dans :**
 - La sphère neurologique :
 - ◆ l'encéphale : tumeurs cérébrales et paires crâniennes,
 - ◆ la pathologie de la moelle épinière (compressions médullaires),
 - ◆ la pathologie vasculaire cervicale et cérébrale.
 - La sphère cervico faciale (ORL) :
 - ◆ hors sinus, dents, massif facial (scanner).
 - La pathologie ostéo-articulaire hors traumatologie :
 - ◆ le rachis,
 - ◆ les membres,
 - ◆ le crâne.
 - La sphère gynéco-obstétricale.
 - Les voies biliaires et le Wirsung.
 - La pathologie tumorale des parties molles (sarcomes notamment).
- **L'IRM est la méthode d'exploration à privilégier à court terme :**
 - En pédiatrie
En raison de l'absence d'irradiation, l'IRM a vocation à se développer en complément de l'échographie jusqu'à maintenant privilégiée. La prise en charge des enfants en IRM nécessite toutefois un environnement spécialisé permettant les sédations voire les anesthésies en fonction de l'âge.
 - En urologie :
L'URO-IRM remplace petit à petit les Urographies Intra Veineuses.
- **L'IRM est une alternative :**
 - Dans le domaine cardio-vasculaire : l'IRM et le scanner peuvent se substituer aux méthodes plus invasives pour explorer les coronaires et l'exploration de la fonction cardiaque. Le scanner est, actuellement encore, plus performant.
 - En urologie : l'angio-IRM des artères rénales remplace progressivement l'angioscan, qui se substitue lui-même à l'angiographie par voies artérielles.
 - En digestif : l'IRM remplace petit à petit le scanner pour l'étude du parenchyme hépatique et du pancréas.
 - Dans le domaine de la cancérologie : l'IRM et le scanner se partagent les indications en fonction de l'organe à explorer (cf. *supra*).

L'évolution des indications attendues à moyen terme

- Une utilisation de l'IRM peut être envisagée dans les indications actuellement reconnues, mais encore insuffisamment appliquées pour trois raisons :
 - Faute d'accès suffisant aux machines : ainsi des substitutions des scanners crâniens, des IRM dans la période aiguë des accidents vasculaires cérébraux, des pelvimétries, des IRM fœtales en milieu spécialisé.
 - Par nécessité de stabiliser les techniques dans un avenir proche : dans le domaine de l'exploration de la fonction cardiaque et des coronaires où le scanner multibarrettes et l'échographie conservent encore un avantage.
 - Ou encore faute de disposer des compétences *ad hoc*, dans le développement de la prise en charge des urgences par exemple.
- L'amélioration rapide de cette technique, la montée en champ des appareils (1,5 à 3 Tesla) et les progrès de l'environnement informatique (logiciels plus ergonomiques) permettent d'entrevoir :
 - des capacités d'études morphologiques encore plus fines, telle que l'étude de la trame osseuse,
 - et surtout, le développement des approches fonctionnelles et métaboliques, perfusion du myocarde, perfusion cérébrale.
- Enfin et de manière générale, l'imagerie en coupe a vocation à s'associer à d'autres techniques médicales :
 - dans le diagnostic avec les TEP,
 - dans la mise en place des traitements de radiothérapie en cancérologie en particulier : volume cible, dosimétrie, suivi de l'efficacité des traitements,
 - dans l'étude des voies, d'abord en chirurgie.

Dans tous les cas, le nombre croissant des indications justifie une amplitude d'ouverture hebdomadaire au moins égale à 60 h afin de réduire les délais d'attente.

3.2. LA MEDECINE NUCLEAIRE

En matière d'organisation des soins

- Maintenir le nombre de sites existants et assurer le développement des nouvelles techniques et des nouvelles indications en médecine nucléaire en tenant compte des effectifs de praticiens dans la discipline.
- Favoriser les collaborations « public/ privé ». Elles devront pouvoir aller au-delà du simple partage des équipements et pouvoir aborder les questions liées par exemple à l'harmonisation des protocoles et des indications, la mise en place de système de double lecture ou l'ouverture à la recherche clinique.
- Adapter l'évolution et l'activité des centres de médecine nucléaire au développement de la Tomographie à Emission de Positons.

En matière d'assurance qualité

- Développer l'intervention des radiophysiciens dans le contrôle de qualité des détecteurs et améliorer la radioprotection.
- Mettre en place les procédures de contrôle de qualité des préparations radiopharmaceutiques en tenant compte des contraintes d'effectifs et des contraintes budgétaires liées à l'intervention d'un radiopharmacien.
- Confronter les différents protocoles utilisés (de contrôle des dispositifs, de réalisation d'examen, de lecture) et rechercher une harmonisation si nécessaire.
- Mettre en place, de façon simple et pragmatique, une procédure de contrôle qualité relative à la lecture des examens d'exploration en médecine nucléaire.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

La définition d'une planification, basée sur une approche des besoins et sur une approche qualitative, implique que pour chaque équipement des indicateurs de suivi permettent d'observer la mise en œuvre du schéma dans deux champs :

- la pertinence des implantations,
- la qualité de l'activité développée sur les équipements autorisés.

Ces indicateurs communs partagés entre l'ARH et les acteurs de soins seront également un outil pour guider les promoteurs dans les demandes d'autorisation des équipements à terme.

4.1. LES INDICATEURS

Le titulaire d'une autorisation devra annuellement transmettre à l'ARH au moins les éléments suivants, tels que décrits pour chaque équipement.

Les modalités de transmission et la formalisation de ces données sont à préciser dans le cadre du Comité Régional de l'Imagerie Médicale (CRIM) dès 2006.

4.1.1. Scanographes et IRM

<i>Indicateurs de moyens</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'appareils autorisés et installés ▪ Caractéristiques techniques des équipements ▪ Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> ○ composition des équipes (nombre de médecins et de paramédicaux), ○ existence d'orientations spécialisées pour certains médecins ▪ Coopérations et continuité des soins.
<i>Indicateurs de pertinence de l'activité déployée</i> sur les équipements autorisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateurs d'activité par appareil : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de patients, provenance géographique de patients, ○ Description des actes caractérisés par leur nombre, leur type, leur répartition par région anatomique selon la C.C.A.M., ○ Ventilation par âge pour les enfants (moins de 6 ans, dont moins d'1 an) et par acte avec anesthésie générale ou sédation ○ actes avec anesthésie générale ou sédation, nombre et % ○ actes d'imagerie interventionnelle, nombre et % (actes CCAM) ○ actes pendant les plages horaires d'ouverture, et en dehors des plages horaires d'ouverture (prise en charge des actes urgents).
<i>Indicateurs de qualité</i> /Organisation du plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplitudes horaires d'ouverture, ▪ Nombre de jours de fermeture dans l'année (pannes, maintenance), ▪ Accès en urgence : jours ouvrés, nuit, week-ends, ▪ Délais d'attente moyens : examens traceurs réalisés en urgence et examens programmés, ▪ Accès des partenaires : nombre de partenaires et répartition des plannings, ▪ Organisation en plages d'organes, ▪ Plages réservées aux demandes spécifiques : cancérologie (dont radiothérapie, pédiatrie), ▪ Plages réservées à la recherche, ▪ Délai moyen de mise à disposition du compte-rendu au prescripteur hospitalier ou libéral

<p>Indicateurs de Qualité/ Sécurité Conformité aux bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation d'une fiche de "prescription" (demande d'examen type, comprenant l'identité du demandeur, les motivations de l'examen), ▪ Information sur des examens diagnostiques antérieurs (contre-indications, précautions à prendre liées à la pathologie du patient), ▪ Information du patient sur l'examen qu'il doit subir, ▪ Traçabilité de l'exposition aux rayonnements, des doses d'exposition, des produits de contraste utilisés, ▪ Prise en compte des risques iatrogènes (matéριο-, pharmacovigilance, contrôle des infections nosocomiales).
--	--

Ces données permettront d'établir pour chaque type d'appareil un tableau de bord pour suivre les implantations des équipements au regard des recommandations du schéma dans la région.

4.1.2. Médecine nucléaire

<p>Indicateurs quantitatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateurs de moyens : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre d'équipements, ○ Nombre de praticiens, ○ Nombre de manipulateurs, ○ Nombre de radio-pharmaciens, ○ Nombre de radio-physiciens. ▪ Indicateurs d'activité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre d'examens selon le type d'explorations, ○ Nombre d'actes thérapeutiques, ○ Origine géographique des patients. ▪ Indicateurs de fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilité des équipements en terme d'heures d'ouverture, ○ Délais d'attente de prise de rendez-vous sur 2 à 3 examens traceurs
<p>Indicateurs qualitatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une approche commune en matière d'assurance qualité concernant la rédaction des protocoles pour la réalisation des examens, la préparation des produits, la sécurité, ▪ Expérimentation du contrôle qualité de la lecture des examens sur la base de ce qui est pratiqué dans les laboratoires de biologie.

4.2. L'INSTANCE DE SUIVI

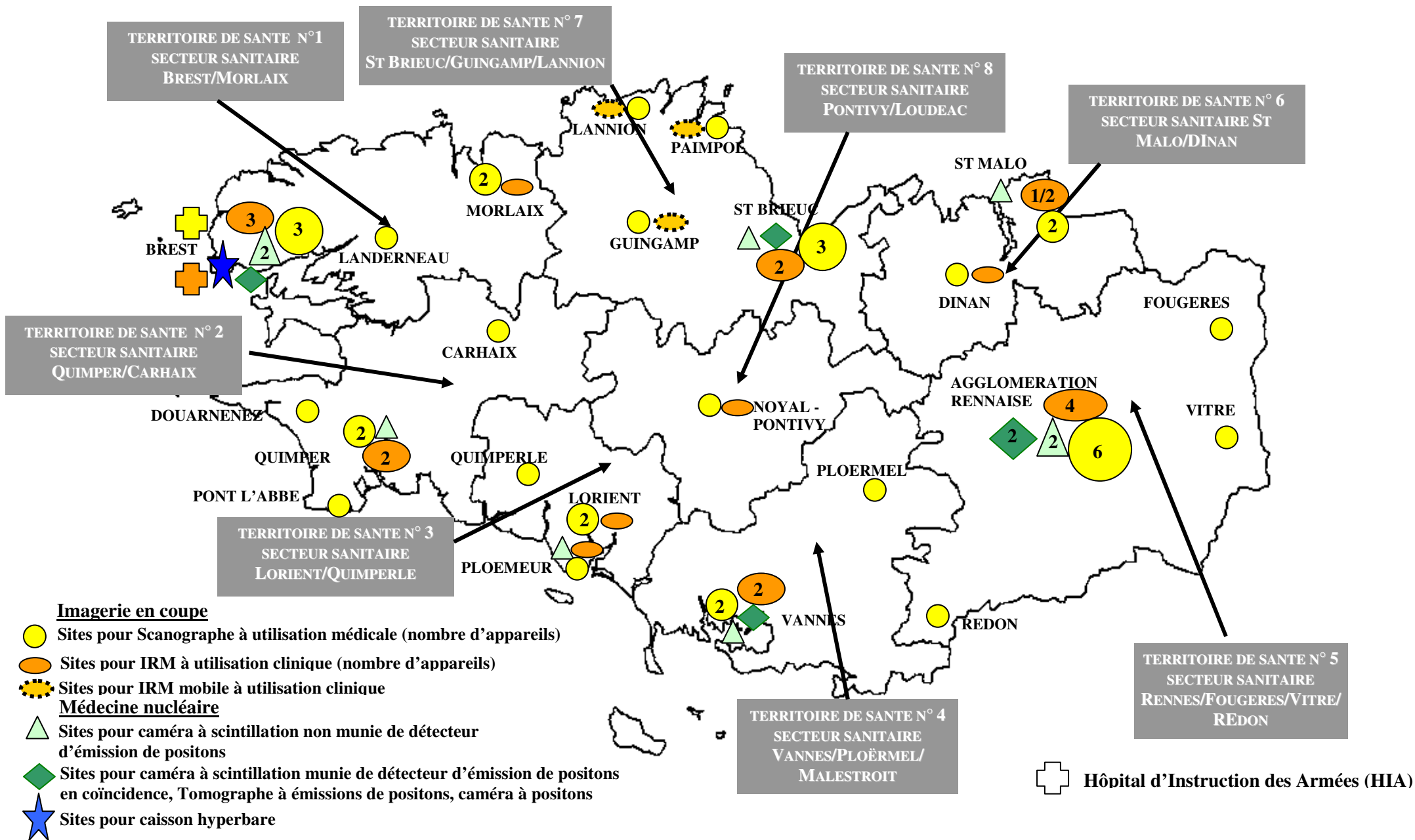
La mise en œuvre du suivi, l'évaluation des activités d'imagerie médicale est confiée au Comité Régional de l'Imagerie Médicale (CRIM).

Au delà de l'observation du suivi de la mise en œuvre du schéma, des évaluations plus ciblées pourront être menées en particulier dans le champ qualitatif.

Le CRIM a pour mission :

- de fixer les objectifs et modalités des évaluations à engager,
- de valider les méthodes et outils utilisés,
- de traiter et diffuser le retour de ces évaluations auprès des professionnels.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites pour les équipements matériels lourds (caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons ; caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission de positons, caméra à positons ; IRM ; scanographe et caisson hyperbare) - Bretagne/Cible 2010



TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale sont désormais soumises à autorisation conformément au décret du 26 novembre 2004. Ce décret distingue deux champs d'application distincts :

- les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie,
- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

L'arrêté du 27 avril 2004 prévoit d'introduire les activités interventionnelles sous imagerie médicale dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, mais, depuis lors, le décret n° 2006-73 du 24 janvier 2006 dispose que celles relatives à la neuroradiologie entrent dans le champ des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire.

Enfin, le décret du 31 janvier 2005 et l'arrêté du 8 juin 2005 relatifs aux objectifs quantifiés précisent les actes qui relèvent de ces activités.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale correspondent à l'ensemble des procédures invasives, à visée diagnostique ou thérapeutique, guidées par un examen d'imagerie. Ces procédures ont vocation à se substituer à un acte ou un traitement lourd, chirurgical ou endoscopique. Le guidage par imagerie peut se faire sous échographie, scanner, radiologie conventionnelle, radiologie vasculaire et IRM.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale sont pratiquées et se développent dans un grand nombre de spécialités médicales, avec un but diagnostique ou thérapeutique.

Selon un récent recensement, le nombre d'actes réalisés est évalué à plus de 350 gestes différents. Dans les spécialités de gastroentérologie, de pneumologie, d'urologie et de gynécologie, ces actes sont parfaitement repérés, protocolisés et font partie du champ de compétence des spécialistes d'organes dans leur activité quotidienne. Ils sont donc par nature exclus du champ d'intervention des radiologues et ne seront pas considérés dans ce volet thématique du SROS.

En cardiologie, l'important développement des activités interventionnelles sous imagerie médicale est pris en compte dans le volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires » du présent SROS au regard de la nouvelle réglementation.

En conséquence, le présent volet définit une organisation :

- de l'activité interventionnelle en neuroradiologie, sans préjudice de l'organisation de la neurochirurgie restant à déterminer dans le cadre d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire (décret n° 2006-73 du 24 janvier 2006) ;
- des activités relatives au champ des embolisations vasculaires, non soumises à autorisation, afin notamment de compléter l'organisation des soins en obstétrique, telle que figurant dans le volet thématique relatif à la « Périnatalité ».

1. ENJEUX

1.1. LES ENJEUX DANS LE CHAMP DE L'ACTIVITE INTERVENTIONNELLE EN NEURORADIOLOGIE

L'activité interventionnelle en neuroradiologie, telle que définie dans l'arrêté du 8 juin 2005 précité et, en particulier, dans son annexe par référence à la classification commune des actes médicaux (CCAM), correspond « aux interventions par voie endovasculaire en neuroradiologie, les actes d'inversion de flux d'un anévrisme artériel intracrânien, de dilatation intraluminale d'artère intracrânienne, d'embolisation distale de l'artère carotide interne, d'occlusion et exclusion d'anévrisme intracrânien par voie artérielle transcutanée ». Vingt-huit actes sont précisément recensés dans ce champ.

La région n'offre actuellement pas d'alternative à la prise en charge chirurgicale des pathologies neurovasculaires, en dehors des transferts vers Paris ou Nantes.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie, liées à la présence sur site d'une activité de neurochirurgie, sont du domaine de compétence des services de radiologie des CHU. En 2004, les CHU de Rennes et de Brest n'ont effectué aucun acte répondant à la définition des activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie.

On peut estimer que les besoins sont à hauteur d'une centaine d'embolisations par an en neuroradiologie dans chaque CHU, si l'on se réfère aux statistiques selon lesquelles en France, 60 à 70 % des anévrismes intracrâniens rompus sont traités par voie endovasculaire, soit :

- au CHU de Brest, 80 embolisations pour anévrismes intracrâniens sur cent cas reçus (20 non opérables en première intention) auxquelles s'ajouteraient les autres indications d'embolisations sur angiome de la dure-mère et traitement de fistules artérioveineuses ;
- au CHU de Rennes, pour 120 ruptures d'anévrismes, 60 seraient susceptibles d'un traitement par embolisation en neuroradiologie, auxquelles s'ajouteraient les trombolyses intra-artérielles, d'autres traitements d'AVC, d'accidents du tronc basilaire et la plastie carotide interne,....

Il en résulte deux enjeux :

- la mise en œuvre, dans la région Bretagne, d'une offre de soins permettant de proposer une activité interventionnelle en neuroradiologie comme alternative aux actes chirurgicaux,
- la recherche de la qualité et de la sécurité de ces interventions interventionnelles, déclinées dans le présent volet sous la forme de recommandations.

1.2. LES ENJEUX SPECIFIQUES AUX EMBOLISATIONS VASCULAIRES

Il s'agit de rechercher une organisation régionale des embolisations vasculaires pour hémostases effectuées sous imagerie médicale, dans un cadre d'urgence ; une réponse aux hémorragies de la délivrance est, ici, prioritaire.

Souvent réalisées dans le cadre d'urgences vitales, l'embolisation vasculaire pour hémostase se substitue aux traitements chirurgicaux lourds aux conséquences définitives sur des patients déjà très fragilisés par une hémorragie.

L'embolisation d'hémostase pour hémorragies de la délivrance, qui se substitue à une hystérectomie d'hémostases, est particulièrement exemplaire de l'apport de cette technique pour les parturientes.

Dès lors, deux enjeux peuvent être identifiés dans ce champ d'intervention :

- permettre l'accès à l'embolisation d'hémostases, dont le bénéfice est reconnu en particulier lors des hémorragies de la délivrance, de certaines hémorragies des polytraumatisés et, plus rarement, de certaines hémorragies dans des contextes particuliers (hémoptysie, foie tumoraux hémorragique, par exemple...) ;
- mettre en place les modalités d'organisation qui permettent d'assurer ces actes thérapeutiques en toute sécurité pour les patients, en tenant compte de la fragilité des équipes compétentes et en apportant ainsi la garantie de la valeur ajoutée de ces techniques comme alternatives à une chirurgie mutilante.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. UNE PREMIERE REFLEXION SUR L'ORGANISATION DES ACTIVITES INTERVENTIONNELLES EN NEURORADIOLOGIE

L'activité interventionnelle en neuroradiologie s'organise en première intention au niveau régional dans le présent volet, mais a vocation à intégrer ultérieurement le schéma interrégional d'organisation sanitaire, en raison de son étroite complémentarité avec la neurochirurgie. En outre, les contraintes techniques des activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie et la rareté des experts dans ce domaine limite les possibilités d'implantation de ces activités dans les seuls CHU.

En conséquence, et eu égard à la configuration géographique de la Bretagne, les principes d'égalité d'accès aux soins, de qualité et de continuité des soins nécessitent :

- **l'implantation de deux sites de neuroradiologie** en lien avec les deux plateaux de neurochirurgie existants au CHU de Brest et au CHU de Rennes ;
- **le développement et l'amélioration des « réseaux d'images »** : la pertinence des transferts de patients vers les deux centres régionaux repose, en effet, pour partie sur la transmission des images scanner et IRM entre les établissements de santé de la région.

2.2. UNE ORGANISATION INTERSECTORIELLE DES EMBOLISATIONS VASCULAIRES POUR HEMOSTASES

L'accès à ces techniques dans la région passe par :

- l'identification des radiologues ou des équipes formés à l'embolisation vasculaire ;
- une organisation entre ces radiologues et les différentes équipes pour tendre vers une couverture maximale des besoins urgents ;
- et enfin, la définition et la mise en place de modalités d'accès pour les patients.

En conséquence, cette activité s'organise comme suit sur le plan territorial :

- le recours à **l'embolisation d'hémostases en urgence**, et particulièrement dans le cadre des hémorragies de la délivrance, est **assurée en permanence dans deux sites** : Rennes et Brest ;
- l'activité **d'embolisation vasculaire sous imagerie** est **pratiquée aux heures ouvrables** par des radiologues formés sur les sites de Quimper, Lorient, Vannes, Saint-Brieuc, Pontivy.

Pour ce qui concerne les hémorragies de la délivrance, dans la mesure où les radiologues compétents, le plus souvent isolés, ne peuvent assurer seuls la permanence de l'activité, les conditions et les modalités d'accès à l'embolisation vasculaire seront protocolisées entre les radiologues et les obstétriciens au sein des réseaux de périnatalité (cf. recommandations, paragraphe 3.2.).

3. RECOMMANDATIONS

Visant à assurer la qualité et la sécurité des activités interventionnelles sous imagerie médicale, les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. LES ACTIVITES INTERVENTIONNELLES EN NEURORADIOLOGIE

Ces recommandations sont de deux ordres :

- **la qualité du plateau technique**

Effectuées le plus souvent dans des situations d'urgence dans le cadre de ruptures symptomatiques ou d'hémorragie ou de thrombose, ces activités exigent un plateau technique performant, spécifiquement adapté et, notamment, une salle de radiologie vasculaire biplan, avec un petit champ.

- **la compétence des équipes**

L'équipe doit être composée d'au moins deux radiologues formés à la pratique du cathétérisme vasculaire adapté à la neuroradiologie interventionnelle ; l'expertise médicale de ces radiologues doit être entretenue par une pratique quotidienne du cathétérisme vasculaire. Des manipulateurs radio, également formés à ces techniques, complètent l'équipe médicale.

3.2. LES EMBOLISATIONS VASCULAIRES POUR HEMOSTASES SOUS IMAGERIE MEDICALE

La mise en œuvre des embolisations vasculaires pour hémostases, dans des conditions de qualité et de sécurité, conduit à formuler les recommandations suivantes :

- **un plateau technique adapté**

Le matériel le mieux adapté à la pratique des embolisations vasculaires pour hémostase dans de bonnes conditions se compose d'une salle de radiologie vasculaire avec un amplificateur de diamètre supérieur ou égal à 30 cm avec un arceau. Cette salle doit être disponible sur site.

- **une équipe compétente et disponible**

Les radiologues formés au cathétérisme vasculaire entretiennent leurs compétences dans le cadre d'une activité régulière et protocolisée d'embolisations programmées ; en outre, et afin d'obtenir la meilleure couverture du territoire régional, une coordination s'instaure entre les radiologues compétents et formés, laquelle doit aboutir à une organisation partagée de l'activité, tant dans la prise en charge des urgences et la permanence des soins que dans l'organisation de l'activité programmée, afin de générer la masse critique d'activités à froid, permettant à chacun d'assurer le maintien de ses compétences. A noter que les sociétés savantes (Société Française de radiologie, Société Française d'Intervention CardioVasculaire) estiment l'activité seuil à 80 examens vasculaires interventionnels par an et par centre identifié.

▪ **des conditions de recours à l'embolisation définies dans le cadre d'un protocole**

Compte tenu de la rareté des compétences médicales disponibles et d'une nécessaire coordination au plan régional, les conditions de recours à l'embolisation doivent être définies dans le cadre d'un protocole concernant la prise en charge des parturientes dans une situation d'hémorragie de la délivrance, d'une part, et des autres patients, d'autre part.

Le protocole d'accès à l'embolisation vasculaire sous imagerie médicale dans le cas d'hémorragie de la délivrance doit être défini **au sein de chaque réseau de périnatalité**, en collaboration entre les gynécologues-obstétriciens et les radiologues.

Un protocole plus général portant notamment sur les modalités d'accès à l'embolisation programmée doit proposer des modalités de développement de cette technique au regard des recommandations des sociétés savantes précitées :

- traitement endovasculaire par embolisation des fibromes utérins (particulièrement chez des femmes qui souhaitent conserver leur utérus ou qui présentent une contre-indication chirurgicale),
- métastases hypervascularisées de l'os, de certaines tumeurs hépatiques (carcinome hépatocellulaire et métastases neuro-endocrines du foie), fistules artérioveineuses viscérales (rein, foie...),
- en préopératoire, une embolisation de dévascularisation tumorale.

Au-delà de la valeur ajoutée en termes d'alternatives thérapeutiques, ces indications participent du maintien des compétences des radiologues aux techniques d'embolisation et sont un complément indispensable à la pratique de l'embolisation en urgence.

Dans tous les cas, seuls les patients stables sur le plan hémodynamique pourront, dans le cadre de ces protocoles, être dirigés vers les centres assurant une embolisation vasculaire sous imagerie médicale sous hémostase.

Dans ces conditions, les techniques interventionnelles ne sauraient être considérées comme un substitut systématique à des actes chirurgicaux.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

Le suivi de la mise en œuvre de ce volet devra permettre d'apprécier :

- le développement des activités interventionnelles en neuroradiologie en faisant référence aux actes définis dans l'annexe de l'arrêté du 8 juin 2005,
- la qualité des organisations et la prise en charge des embolisations d'hémostase au regard des protocoles à mettre en œuvre à définir et à appliquer au sein de la région.

Le comité technique régional de l'imagerie médicale aura vocation à suivre l'évolution de ces activités interventionnelles sous imagerie médicale, voire à proposer le cadre des protocoles d'accès à ces techniques, en cas de difficultés ou de retard apportés à leur formalisation par les professionnels concernés sur les différents sites.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Depuis 1997 le cancer est une priorité de santé publique en Bretagne. Le Programme Régional de Santé de 1999 « La Bretagne contre le cancer » a pour principaux objectifs la diminution du poids du cancer dans les causes de décès, la réduction du nombre de nouveaux cas de cancer et l'augmentation du nombre des guérisons des cancers incidents.

Le schéma régional d'organisation sanitaire 1999/ 2004 consacre un volet à la prise en charge des patients atteints de cancer et préconise notamment :

- l'exercice pluridisciplinaire de la cancérologie,
- la mise en place de réseaux de soins gradués dans chaque secteur sanitaire, des réseaux spécialisés étant recommandés en pédiatrie et en hémato-oncologie.

Au terme de ce schéma, le bilan fait état d'évolutions positives dans l'organisation des soins :

- L'exercice pluridisciplinaire de la cancérologie est effectif, depuis 2000, au sein de plus de 40 Unités de concertation pluridisciplinaire dans tous les secteurs de la région ;
- Des réseaux de soins sont installés dans chaque secteur sanitaire ;
- La coordination mise en place tend à instaurer une vraie continuité des soins pour les patients ;
- La coopération entre les établissements au sein des ces réseaux garantit l'accès à toutes les techniques disponibles sur le territoire de chaque secteur sanitaire ;
- L'installation en novembre 2003 du réseau Oncobretagne permet d'espérer une harmonisation des pratiques, ultime objectif de tout ce dispositif ;
- La création d'un Observatoire des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques (OMIT) entre les Pays-de-la-Loire et la Bretagne ajoute un outil très performant d'observation dont les travaux devraient également contribuer à l'harmonisation des pratiques et à la bonne utilisation des molécules et techniques innovantes.

Néanmoins, des manques subsistent et des contraintes se font plus pressantes :

- **L'évaluation des réseaux effectuée en 2004 dresse un constat nuancé :**
 - les réseaux sont encore peu présents dans les secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « Saint-Malo/ Dinan » ;
 - l'implication des médecins généralistes est encore trop ponctuelle.
- **L'évaluation du travail pluridisciplinaire reste balbutiante.** Des écarts de pratiques sont toujours constatés ; il n'y a ainsi pas de consensus établi dans la région sur la qualité des dossiers à discuter dans les réunions de concertation pluridisciplinaires. Par ailleurs, le suivi des propositions thérapeutiques n'est généralement pas assuré, du fait de l'absence de comité de suivi sectoriel et du déficit persistant en outil de communication.
- **L'harmonisation des pratiques a peu progressé.** Le récent réseau régional OncoBretagne s'est centré, la première année, sur la diffusion des thésaurus avant de développer ses missions d'évaluation et d'harmonisation des pratiques.
- **La contrainte de démographie médicale** est forte dans le recrutement des spécialistes oncologues et des radiothérapeutes notamment.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

- **Les données relatives à la prise en charge des cancers révèlent une évolution plutôt favorable en Bretagne au vu des synthèses épidémiologiques effectuées en 2004.**
 - La mortalité :
 - en Bretagne comme en France, le cancer est toujours la première cause de décès (31 % chez les hommes, 20 % chez les femmes),
 - depuis 20 ans, l'évolution est cependant plus favorable en Bretagne qu'en France, avec une baisse de la mortalité de 15 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes, versus 12 % en France pour les deux sexes.
 - L'incidence : avec 15 742 nouveaux cas en 2000 en Bretagne, l'évolution de l'incidence des cancers sur 20 ans est caractérisée par :
 - un accroissement plus marqué de l'incidence des cancers chez les hommes en Bretagne (+ 34 %) qu'en France (+ 29 %).
 - une progression similaire des nouveaux cas chez les femmes : + 32 % en Bretagne, versus + 31 % en France.

- **La mise en œuvre du Plan Cancer 2003/ 2007 et le nouveau régime d'autorisations** vont logiquement influencer sur les organisations et les pratiques.
L'activité de cancérologie est désormais soumise à autorisations (art. L. 6122-3 du Code de Santé Publique). Les textes réglementaires d'application à paraître devraient lier les autorisations à une offre de soins organisée en réseaux, telle que développée dans la circulaire du 22 février 2005.

- **L'articulation avec le Plan Régional de Santé Publique s'inscrit dans le cadre de la prise en charge globale de la personne.**
Les établissements de santé ont une mission importante dans les démarches de prévention, plus particulièrement développées dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) : en matière de dépistage des cancers, dans la phase de suivi de dépistages avérés positifs et en ce qui concerne le sevrage tabagique. Leur implication est un des facteurs de réussite de ces actions de prévention menées dans les territoires de santé.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

En cohérence avec le Plan Cancer, le SROS s'inscrit en continuité par rapport au SROS II.

Trois axes structurants guident les orientations stratégiques de ce volet :

- **Compléter et conforter les dispositifs installés au sein des réseaux :**
 - L'aboutissement et la pérennité des réseaux de santé dans tous les secteurs sanitaires est le premier objectif à poursuivre par une optimisation de la prise en charge des patients dans un souci d'équité d'accès et de continuité des soins.
 - La promotion de la subsidiarité doit permettre d'apporter des solutions pour résoudre l'équation proximité/ sécurité des soins, de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation et d'assurer l'accès toujours plus ouvert et de qualité aux techniques disponibles.
 - La finalisation des derniers réseaux sectoriels, l'identification de pôles régionaux, la promotion d'alternatives à l'hospitalisation et la reconnaissance de centres régionaux de cancérologie pédiatrique complètent ces priorités.

- **Organiser la graduation des soins**

Il s'agit de mettre en œuvre le nouveau régime des autorisations en identifiant, pour chaque secteur sanitaire, le nombre de sites susceptibles d'être autorisés en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Dans le même temps, le SROS doit favoriser le décloisonnement Ville/ Hôpital, dans la dispensation des soins de proximité au plus près du domicile des patients, voire à domicile, grâce à une meilleure articulation organisée avec le secteur ambulatoire, le secteur social et médico-social et les autres réseaux (cf. volets thématiques : « Soins palliatifs », « Hospitalisation à domicile »,...).

- **Garantir la qualité de la prise en charge de patients** grâce à l'optimisation du dispositif, au-delà des normes et régimes d'autorisation, l'harmonisation et la qualité des pratiques, la sécurité des soins, la prise en charge personnalisée du patient.

Toutes les phases de prise en charge sont ciblées :

- **La phase préventive qui, dans la logique du Plan Régional de Santé Publique**, doit prendre en compte la double priorité du sevrage tabagique et du suivi des tests positifs de dépistage des cancers.
- **La phase diagnostique** : le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires doit être harmonisé en s'appuyant sur les textes récents et sur une cellule qualité (3C) dans chaque établissement ou site de cancérologie.
- **La phase thérapeutique** doit voir progresser la qualité et l'harmonisation des pratiques, en chimiothérapie, en chirurgie, en radiothérapie, en tenant compte des textes réglementaires et recommandations.

Enfin, l'amélioration de la communication entre les acteurs de soins d'une part, entre les acteurs de soins et les patients et leur famille d'autre part, est une clé de la qualité de la prise en charge.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

Deux principes d'organisation s'imposent donc dans ce volet :

- achever le maillage régional des réseaux de santé en cancérologie au regard des textes ;
- définir une répartition des établissements de soins traitant les cancers sur le territoire régional.

En Bretagne, le secteur sanitaire est le territoire de santé reconnu comme le plus pertinent pour organiser et faire fonctionner une organisation de soins graduée et un réseau de santé en cancérologie adapté aux besoins des patients.

2.2.1. Achever le maillage des réseaux de santé dans chaque secteur sanitaire

- **La mise en place des réseaux de santé dans les secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/Redon » et « St Malo/ Dinan »** en conformité avec les recommandations de la circulaire du 22 février 2005 doit permettre comme dans les autres secteurs sanitaires :
 - ◆ *l'exercice de la pluridisciplinarité* au sein des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires dans chaque spécialité d'organe (RCP), tout en garantissant au médecin du patient, généraliste ou spécialiste, la responsabilité de la décision du traitement à prescrire à son patient, et à ce dernier, l'information et le libre choix du lieu de son traitement.
 - ◆ *la graduation des soins* qui déterminera le rôle des établissements engagés dans la prise en charge des patients atteints de cancer.
 - ◆ *le décloisonnement hospitalier* grâce à la mobilisation et à la coopération des établissements et acteurs libéraux de proximité, la participation active de ces derniers permettant de répondre aux besoins des patients au plus près du domicile : traitements, suivis, soins de support et soins palliatifs au sein du réseau.

- ◆ *la mise en place d'un centre de coordination en cancérologie (3C) dans chaque établissement, ou au moins dans chaque site, autorisé à pratiquer l'activité de traitement des cancers, conformément aux recommandations de la circulaire du 22 février 2005.*
- **Les réseaux** des secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Malo/ Dinan » **sont formalisés entre les différents acteurs de soins** dans des documents définissant la place, le rôle et l'évolution des activités de chacun au sein du réseau. Cependant, dans le secteur 5, la démographie (proche de 800 000 habitants) et les plateaux techniques existants justifient l'identification de deux sites autorisés à pratiquer le traitement du cancer : d'une part, au sein des établissements publics et participant au service public et, d'autre part, au sein des établissements privés.
Les autres partenaires de soins s'articulent autour de ces deux centres de traitement pour constituer le réseau de soins en cancérologie dans le secteur « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon ».
- Le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » n'a pas vocation à accueillir dans les cinq ans à venir un plateau technique suffisant pour animer un réseau de soins autonome.
Les patients de ce secteur sont d'ores et déjà pris en charge dans les réseaux des secteurs voisins. Les soins de proximité, chimiothérapie, suivis des traitements, soins de support et palliatifs, peuvent être effectués par les acteurs de soins du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac », en lien avec les réseaux de cancérologie accueillant les patients du territoire de santé.

2.2.2. La graduation des soins

Au niveau sectoriel, une organisation différée

Les articles L. 6122 et R. 6122-25 du code de la santé publique prévoient l'autorisation de l'activité de « traitement du cancer ». Les textes à prendre pour leur application devraient prévoir les conditions d'implantation applicables à cette activité de soins « traitement du cancer », avec l'identification de deux niveaux d'établissements : les établissements autorisés et les établissements associés.

- ✓ *Cinq activités de soins seraient soumises à autorisation :*
 - la chirurgie du cancer par appareil ou par pathologie,
 - la chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer,
 - la radiothérapie externe,
 - la curiethérapie,
 - l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

La définition des établissements autorisés, d'une part et des établissements ou organismes de soins associés, d'autre part, sera précisée dans le S.R.O.S, postérieurement à la publication de l'ensemble des textes réglementaires d'application sus-visés.

Au niveau régional : la mise en place de Pôles Régionaux

Le plan cancer recommande dans sa mesure 30 « d'assurer, au sein de chaque région, la constitution d'un pôle régional de cancérologie » : « *La constitution des pôles régionaux garantit pour tous l'offre de soins de recours et assure au niveau régional l'accessibilité à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes* ».

- ✓ *En Bretagne, la constitution concertée des 2 pôles régionaux à Rennes et à Brest doit permettre :*
 - de définir les modalités d'organisation pour garantir l'accès à une offre de soins de recours lisible au sein de chaque pôle, disponible pour l'ensemble de la population.

- d'élaborer des stratégies communes afin de promouvoir la coopération autour du développement des techniques très innovantes et particulièrement coûteuses ou dans le cadre de pathologies rares.
- de faciliter l'accès à une plateforme de recherche : projets de recherche communs, développement de la recherche clinique dans le cadre de l'évaluation des innovations thérapeutiques.

Le pôle régional rennais est constitué du CHU de Rennes et du CRLCC.

Le CHU de Brest, siège d'une fédération de cancérologie regroupant l'ensemble des équipes cliniques et biocliniques participant à la prise en charge des patients atteints de cancer, apporte une réponse au concept de pôle régional.

✓ *Les missions de chaque pôle régional de cancérologie telles que définies dans la circulaire du 22 février 2005, permettent de distinguer :*

♦ l'accès aux soins de recours pour tout patient qui le nécessite.

Le pôle régional dispose de l'ensemble des ressources de recours identifiées et lisibles : compétences d'expertise, accès à des plateaux techniques de haute performance, aux innovations diagnostiques et thérapeutiques et aux essais cliniques.

Cette offre de recours permet notamment l'accès :

- à des avis experts et/ ou hautement spécialisés dans le cadre de situations cliniques rares et/ ou complexes,
- aux équipes spécialisées en oncogénétique,
- aux équipes référentes en bio-pathologie,
- aux équipes spécialisées dans la prise en charge des tumeurs rares,
- aux équipes spécialisées dans la mise en œuvre de traitements lourds et complexes,
- aux plateaux techniques lourds.

♦ l'enseignement, la recherche et l'accès à l'innovation de par leur compétence universitaire dans le cadre des UFR de médecine de Rennes et de Brest.

Dans ce cadre, les pôles régionaux doivent :

- faciliter l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques,
- développer des programmes de recherche en cancérologie en partenariat entre les deux UFR de médecine des universités de Rennes et de Brest tout en facilitant l'accès à la recherche aux équipes médicales de la région qui le souhaitent. L'augmentation du nombre d'inclusions de patients dans les essais cliniques est attendue,
- s'impliquer dans l'enseignement initial et la formation continue.

Les pôles régionaux doivent être associés aux travaux engagés au sein du cancéropôle Grand Ouest, qu'il s'agisse de la recherche fondamentale pour les laboratoires universitaires ou de la mobilisation des équipes médicales universitaires de Rennes et de Brest au sein des CHU pour les phases de recherche clinique.

2.2.3. L'organisation spécifique de la cancérologie pédiatrique en Bretagne

La cancérologie pédiatrique concerne l'enfant et l'adolescent, jusqu'à 18 ans, atteint de tumeur solide ou d'hémopathie maligne. Actuellement, on recense environ 110 nouveaux malades chaque année en Bretagne. L'organisation des soins en cancérologie pédiatrique se réfère à la circulaire n° 161 DHOS/0/2004 du 29 mars 2004.

En Bretagne, une organisation en réseau régional de cancérologie pédiatrique

- **Le réseau régional de cancérologie pédiatrique** constitue un maillage entre les services hospitaliers de pédiatrie de Brest et Rennes, Lorient, Morlaix, Quimper, Saint-Brieuc, Saint-Malo et Vannes et les professionnels de santé libéraux intervenant auprès de l'enfant ou l'adolescent (médecins et paramédicaux).
Les pédiatres du réseau de cancérologie pédiatrique adhèrent au réseau régional Onco-Bretagne.
- **Les deux centres de Rennes et Brest valident le diagnostic et le schéma thérapeutique** initial et en cours d'évolution. Ces centres sont étroitement liés et le centre de Rennes est recours pour Brest en cas de besoin. Les enfants sont ensuite pris en charge en lien avec les centres hospitaliers des secteurs sanitaires qui participent au traitement et à l'accompagnement des enfants et de leur famille. Ces services de pédiatrie disposent d'un personnel formé à la cancérologie pédiatrique et d'une unité centralisée de préparation des cytostatiques.
- Tous les établissements membres du réseau assurent les soins palliatifs, y compris la radiothérapie palliative avec l'appui du réseau régional de soins palliatifs en pédiatrie reconnu en février 2005 par la mission régionale de santé. Ce dernier garantit également la généralisation et l'harmonisation des soins de support.

Cette organisation en réseau doit permettre, pour tous les enfants, une qualité de soins au plus près du domicile. La continuité des soins est assurée par un onco pédiatre joignable 24h/ 24.

L'identification de centres de cancérologie pédiatrique

Le réseau de cancérologie pédiatrique s'articule autour de deux centres de cancérologie, Brest et Rennes, qui doivent satisfaire ensemble aux enjeux de la circulaire du 23 mars 2004.

- **Le partage d'activité :**
Les patients sont pris en charge dans 2 pôles : le CHU de Brest, en lien avec les hôpitaux de Morlaix et de Quimper, et le CHU de Rennes, en lien avec les hôpitaux de Lorient, Saint-Brieuc, Saint-Malo et Vannes ; le CHU de Rennes suit également quelques jeunes patients hors région (d'Avranches notamment).
Les familles gardent la possibilité d'un suivi dans le centre de leur choix.
- La continuité de soins médicaux et paramédicaux est assurée par chaque centre, un pédiatre référent étant en permanence joignable.
- **L'accès au plateau technique :** les C.H.U de Rennes et de Brest disposent chacun d'un plateau technique équipé des moyens diagnostiques et thérapeutiques prévus par la circulaire. L'accès aux IRM reste à développer.
- La chirurgie pédiatrique dispose de spécialités viscérales et orthopédiques ; en outre, des collaborations avec des services de spécialités chirurgicales, ORL, maxillo-faciale, ophtalmologique et neurochirurgicale permettent les prises en charge très spécialisées.
- L'anesthésie et la réanimation pédiatrique, la pédopsychiatrie, l'odontologie, la rééducation fonctionnelle adaptée à l'enfant existent dans chaque établissement.
- La radiothérapie est essentiellement réalisée à Rennes en liaison avec les oncopédiatres.
- La thérapie cellulaire pour les tumeurs solides sera réalisée au centre de Rennes.
- Les 2 centres de Rennes et Brest s'engagent à assurer la recherche clinique et épidémiologique : inclusion dans les registres, suivi des protocoles thérapeutiques, investigateur principal d'essais cliniques, publications et contrôles de qualité.
- Les centres assurent la formation des personnels médicaux et paramédicaux, le soutien des équipes, la formation des équipes de proximité et l'harmonisation des pratiques.

2.2.4. Les plateaux techniques dans l'organisation des soins

La répartition territoriale des appareils de radiothérapie

Les textes à paraître devraient en préciser les modalités de mise en œuvre.

Pour autant, dans cette attente, peuvent être retenus les principes d'organisation suivants :

- La mise à disposition d'au moins un plateau de deux appareils de radiothérapie au service de chaque réseau sectoriel. Les résidents du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » auront recours aux plateaux des secteurs voisins.
- Le respect des critères réglementaires de qualité comme condition d'autorisation.

La curiethérapie, activité connexe de la radiothérapie

Dans l'attente des textes réglementaires à paraître, l'offre de soins en curiethérapie existante à ce jour est maintenue.

Les équipements diagnostiques

Même si l'objectif d'un volet « prise en charge des personnes atteintes de cancer » dans le schéma n'est pas de réguler les équipements d'imagerie médicale, il est essentiel de souligner le lien fondamental entre certains équipements d'imagerie médicale (scanner, IRM, TEP) et leur nécessaire présence dans l'environnement immédiat des lieux de prise en charge des patients atteints de cancer. Leur répartition est définie dans le volet « imagerie médicale ».

3. RECOMMANDATIONS

La mise en place des réseaux de santé a pour objet ultime l'amélioration de la prise charge des patients atteints de cancer quel que soit le stade de leur maladie.

Le présent volet doit aussi promouvoir auprès des acteurs de soins en cancérologie une démarche qualitative et poursuivre deux objectifs principaux :

- un meilleur accompagnement du patient dans le parcours de soins grâce à une meilleure coordination des soins dans les réseaux ;
- un accès équitable à des soins de qualité, au travers de l'harmonisation des pratiques et du respect des consensus établis au niveau national.

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. L'AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT DES RESEAUX DE SANTE

Des améliorations qualitatives doivent être apportées au fonctionnement des réseaux sectoriels dans trois grands domaines :

- la mise en œuvre de la pluridisciplinarité,
- l'information et l'accompagnement du patient,
- l'organisation de la coordination des soins tant dans les établissements qu'à domicile.

3.1.1. Harmoniser la mise en œuvre de la pluridisciplinarité : des « UCPS » aux « RCP ».

En Bretagne, les 48 Unités de Concertation pluridisciplinaire de Spécialité (UCPS) installées sur le territoire régional sont remplacées par autant de Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elles garantissent aux patients l'accès à un avis pluridisciplinaire en oncologie dans toutes les spécialités.

Les évaluations comparatives effectuées en 2000 et 2004 ont montré la persistance de disparités de fonctionnement au regard du référentiel inscrit dans le précédent schéma. Leur nécessaire évolution est désormais guidée par les recommandations de l'annexe 2 de la circulaire d'organisation des soins en cancérologie du 22 février 2005.

Les acteurs de soins en cancérologie sont invités à en appliquer les recommandations.

Sur la gestion des dossiers

- Tous les dossiers sont inscrits par le secrétariat de la RCP.
Sont, *a minima*, discutés en RCP, les dossiers qui ne relèvent pas d'un consensus ou d'un référentiel validé et réactualisé, et les changements significatifs d'orientation thérapeutique.
- Les prescriptions chirurgicales sont présentées aux RCP avant l'intervention sauf les actes qui ne peuvent être différés et les actes répondant à un consensus validé. Ces derniers sont enregistrés et présentés en RCP dans un second temps.
- Dans les cas complexes, les soins de support doivent être évoqués lors de RCP, afin de les intégrer le plus tôt possible dans le Plan Personnalisé de Soins.

Sur l'organisation de la RCP

Outre la programmation régulière des réunions, déjà instaurée, et la présence indispensable d'au moins trois médecins aux réunions pluridisciplinaires (parmi les spécialités suivantes : spécialiste d'organe, chirurgien, oncologue, radiologue, radiothérapeute, anatomopathologiste), il est demandé aux RCP :

- d'effectuer un compte-rendu de concertation pluridisciplinaire,
- d'informer le médecin requérant de la proposition thérapeutique faite pour son patient. Le médecin requérant doit pouvoir justifier la mise en œuvre d'une conduite thérapeutique autre que celle conseillée par une RCP. Cette autre proposition thérapeutique doit être inscrite dans le dossier. Cette procédure implique donc des échanges d'information rapides, type messagerie sécurisée, entre le médecin requérant et la RCP pour améliorer les délais de mise en traitement des patients.

3.1.2. Améliorer l'information et l'accompagnement du patient et de sa famille dans son parcours de soins au sein du réseau de santé

En réponse à la demande des patients et des proches, il est essentiel de développer les outils qui contribuent à améliorer l'annonce du diagnostic et du projet de traitement et l'information du patient sur les événements intercurrents. Lors des Etats Généraux de la Ligue contre le cancer en 2005, il a été demandé de faciliter pour les patients le maintien ou la réinsertion dans la vie civile et sociale.

Le développement du dispositif d'annonce

Renforcer les moyens qui permettent d'accompagner le patient dans la phase d'annonce de son diagnostic et de son traitement, passe par :

- une amélioration de l'information par l'équipe médicale complétée par un accompagnement infirmier, un soutien psychologique si nécessaire et, éventuellement, un accompagnement social. La consultation infirmière, et/ ou de manipulateur (trice) de radiothérapie, est recommandée.

- le programme personnalisé de soins (PPS) écrit à l'issue de la première RCP et porté à la connaissance du patient. Le PPS intègre le plan de traitement dont les soins à domicile, et si nécessaire, dans les cas complexes, les modalités d'accès aux soins à domicile à prévoir en lien avec les partenaires de proximité.
- le dossier communicant du patient, qui permet une connaissance partagée entre les acteurs de soins et le patient concernant l'état de ce dernier (traitements et soins effectués, en cours, ou à prévoir).
- un lieu d'informations pratiques à caractère non médical des patients et de leur famille au sein des établissements. Les associations ont toute leur place dans un tel espace dans la mesure où elles peuvent contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne des patients. La délivrance de renseignements d'ordre médical et concernant le trajet de soins du patient reste la mission des professionnels du soin.

Un accompagnement de qualité permettant d'informer et d'accompagner les jeunes patients atteints de cancer et leur famille

Les centres d'oncopédiatrie s'engagent à mettre en œuvre la pluridisciplinarité, pour tous les enfants aux différentes étapes de la maladie : diagnostic et décision thérapeutique, rechutes ou traitement en phase palliative.

Les annonces du diagnostic et des étapes-clés du traitement et de la prise en charge sont réalisées dans des locaux adaptés avec des temps d'entretien suffisamment prolongés et répétés.

Les soins de support seront harmonisés dans la région, dans le cadre du réseau régional de soins palliatifs pédiatriques financé en 2004.

En outre, sont prises en compte les dimensions sociale, familiale et relationnelle :

- Un environnement adapté à l'enfant et à l'adolescent contribuera à assurer une bonne qualité de vie : maintien d'une scolarité, accès à des activités et permanence des liens avec les parents et la fratrie.
- Une information claire et complète sera donnée à l'enfant et à la famille à toutes les étapes du diagnostic et du traitement. L'inclusion dans un essai thérapeutique sera clairement expliquée aux deux parents, à l'adolescent ou à l'enfant. La traçabilité de l'information donnée sera assurée. Les psycho-oncologues et les travailleurs sociaux sont associés au projet de traitement.
- Le recours à un deuxième avis médical doit être favorisé.

Enfin, les centres de cancérologie pédiatrique disposeront de locaux médicaux et d'espaces de vie dédiés à la cancérologie pédiatrique (hospitalisation conventionnelle et de jour, secteur protégé, lieu de vie pour les enfants et leurs parents) ; en conséquence :

- une unité de soins continus en cancérologie pédiatrique sera identifiée à Rennes pour les traitements lourds.
- une unité de cancérologie pédiatrique sera installée dans le Département de Pédiatrie et Génétique Médicale à Brest ; une unité de soins continus d'hématologie adaptée à l'enfant, existe actuellement dans le service d'hématologie clinique de Brest.

3.1.3. Conforter la coordination des soins autour de Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

Le 3C « cellule qualité opérationnelle » garantit une cohérence globale de la prise en charge des patients au sein de l'établissement, du site ou du réseau, dans une logique d'assurance qualité.

Trois missions principales lui sont confiées :

- La mise à disposition de ressources, dont les référentiels de soins et thésaurus à destination des médecins et soignants, ainsi que leur mise à jour et la conduite d'audits internes de leur utilisation.
- L'organisation d'une prise en charge coordonnée du patient au sein de l'établissement ou en externe dans le cadre du réseau de cancérologie :
 - Les 3C veillent au fonctionnement harmonisé des structures pluridisciplinaires, à l'organisation et à la gestion des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), aux règles de gestion des dossiers, à la mise à disposition des fiches de RCP,
 - Les 3C garantissent la continuité des soins au sein du réseau sectoriel *via* :
 - ◆ La coordination des soins autour du patient : effectivité du dispositif d'annonce, élaboration des Programmes Personnalisés de Soins (PPS), mise en place de « guichet d'information » patient,
 - ◆ La coordination entre les acteurs de soins du réseau et l'interface entre les différents partenaires dans le réseau : mise en place de la circulation de l'information médicale, des outils de communication entre les différents acteurs du réseau.
- L'évaluation : les 3C « mettront obligatoirement en place les procédures de contrôle, interne et externe » en vue de :
 - l'observation des activités cancérologiques dans les établissements s'appuyant sur les données d'activité PMSI, les délais d'attente, la mise en place de la politique du médicament et son bon usage, l'information des patients et des familles, l'accès au soins de support, l'accès aux essais cliniques et à l'innovation,
 - l'élaboration d'un programme d'amélioration et d'évaluation de la qualité des pratiques,
 - l'évaluation de la satisfaction des patients et des équipes soignantes.

La traçabilité et la rétro-information des activités cancérologiques de l'établissement ou du site sont formalisées. Le 3C produit un rapport d'activité annuel communiqué à l'ARH, ainsi qu'au réseau régional de cancérologie afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan cancer.

Fonctionnement

Il repose sur une équipe de coordination adaptée à la taille et aux missions que l'établissement et/ou le site lui confère.

Pour faciliter la coordination des soins au sein d'un réseau, le 3C peut accueillir des représentants des différentes disciplines médicales oeuvrant dans le soin en cancérologie, les acteurs de soins de support, les médecins généralistes et soignants, ainsi que les associations qui le souhaitent.

En Bretagne, deux situations se présentent :

- La plupart des secteurs sanitaires («Brest/ Morlaix », « Quimper/ Carhaix », « Lorient/ Quimperlé », « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit », « St Malo/ Dinan » et « St Briec/ Guingamp/ Paimpol ») organisent la coordination des soins au niveau d'un réseau sectoriel. Dès lors, le 3C peut également être mis en place au sein de ce réseau sectoriel.
Les cellules de coordination déjà installées demeurent en charge de la gestion individualisée des patients. La mise en place d'une cellule qualité indépendante, centrée sur l'évaluation des fonctionnements et des pratiques au sein du réseau, complètera alors le dispositif pour aboutir à un 3C.
- La coordination des soins dans un secteur est centrée sur un établissement ou sur un site (« Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon ») qui dispose obligatoirement d'un 3C :
 - Le 3C est alors constitué pour ses différentes missions à partir de l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie de l'établissement ou des différents structures qui composent le site, en lien avec les commissions médicales des établissements. Il ne représente pas un échelon administratif ou hiérarchique supplémentaire ;

- Chaque établissement ou site met en place les moyens qu'il estime nécessaires pour assurer les missions du 3C citées dans la circulaire, au sein de l'établissement ou du site : ressources, pluridisciplinarité, coordination des soins, cellule évaluation.

Les 3C doivent faire évoluer les chartes de fonctionnement des RCP au regard des recommandations de la circulaire de 2005 et en particulier de ses annexes 2 et 5.

3.1.4. Le décloisonnement Ville/ Hôpital : vers un projet médical de territoire pour mieux répondre aux besoins de proximité

Afin de prendre en charge le patient au plus près de son domicile et à sa demande, chaque réseau sectoriel élargit le partenariat avec les acteurs de proximité.

La coordination du réseau :

- recense et mobilise au sein des territoires de proximité les structures ou acteurs de soins susceptibles de prendre en charge les patients : HAD, unités et/ ou équipes de soins palliatifs, hôpitaux locaux, SSIAD, médecins, pharmaciens, personnels soignants à domicile,
- rend lisible l'offre de soins de proximité disponible,
- définit une stratégie d'information et de communication réciproque en direction des acteurs de proximité, avec ses partenaires principaux, équipes de soins de support et palliatifs, HAD,
- développe et utilise des outils d'information : annuaire, messagerie sécurisée, réunions d'information,
- participe à la formation des professionnels de proximité au sein du réseau.

La coordination du réseau peut proposer son appui technique au profit des acteurs de soins de proximité pour assurer une prise en charge de qualité adaptée aux besoins du patient : chimiothérapie, soins de support et palliatifs.

Ces orientations participent du développement d'un projet médical de territoire.

3.2. L'HARMONISATION ET L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.2.1. Au cours de la phase de dépistage : qualité du suivi des dépistages des cancers positifs, en vue des traitements précoces

Si le dépistage des cancers ne constitue pas une compétence d'attribution des établissements de soins, le suivi des personnes, dont les tests sont avérés positifs, leur revient en priorité tant pour la confirmation diagnostique que pour la mise en œuvre des traitements nécessaires. L'efficacité des campagnes organisées de dépistage dépend d'un suivi de qualité et sans délais.

Les conduites à tenir doivent être harmonisées visant à une prise en charge partagée dans tous les établissements de santé, passant par les biopsies, l'anatomopathologie et les traitements à engager si nécessaire, jusqu'à la chirurgie reconstructive.

Critères de qualité concernant le suivi des dépistages des cancers en général

Une harmonisation régionale des données anatomo-pathologiques vise :

- une prise en charge des pièces anatomo-pathologiques de qualité conforme aux recommandations issues des sociétés savantes (Société de Pathologie) ;
- la standardisation des comptes-rendus, leur mutualisation régionale ;
- la participation renforcée des anatomopathologistes aux RCP pour orienter plus finement les choix thérapeutiques.

Les localisations mammaires et colorectales sont la priorité et pourront être élargies à d'autres localisations (mélanome, cancer du col). L'accessibilité sur la plateforme de Télésanté de Bretagne peut être envisagée.

Deux objectifs spécifiques en faveur d'un suivi de qualité des dépistages positifs du cancer colorectal

- L'accès dans des délais les plus brefs possibles à la coloscopie doit être considéré comme prioritaire dans les établissements de soins.
- L'ajustement des places d'hospitalisation de jour doit être adapté à l'augmentation des coloscopies générée par les dépistages positifs.

La prise en charge chirurgicale précoce et de qualité relèvera des recommandations à développer, après parution des textes réglementaires régissant les autorisations.

Les critères de qualité du suivi des dépistages des cancers du sein

- La réduction de l'inégalité d'accès aux biopsies non chirurgicales dans les différents départements est un objectif à poursuivre : microbiopsies et macrobiopsies sont reconnues comme des techniques à forte valeur ajoutée dans les bilans diagnostics des cancers du sein.
- L'accès à un mammotome sur un site par département doit être recherché.
- La prise en charge chirurgicale précoce et de qualité, y compris la reconstruction mammaire, relève de recommandations en cours de diffusion au niveau national et régional.
- La recherche du ganglion sentinelle est une technique à promouvoir.

3.2.2. Au cours de la phase thérapeutique

L'activité de traitement des cancers est constituée par le traitement des tumeurs solides malignes ou des hémopathies malignes. Il est médical, ou chirurgical, ou réalisé par radiothérapie externe, curiethérapie, ou utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

La chimiothérapie anticancéreuse fait l'objet de mesures spécifiques du plan cancer (Mesure 41 du plan cancer)

Deux objectifs sont poursuivis :

- favoriser la qualité des pratiques en établissement ;
- promouvoir la chimiothérapie à domicile au sein des réseaux, en tenant compte de la réglementation qui se met en place encadrant les conditions de bon usage des médicaments (art. L. 162-22-7 du CSS) et plus particulièrement les conditions d'utilisation des médicaments cytotoxiques (décret de 20 décembre 2004).

✓ *La chimiothérapie est mise en oeuvre dans les établissements ou sites autorisés, ou dans les établissements ou organismes « associés »*

Ils s'engagent à améliorer le circuit du médicament et prennent toutes mesures qui garantissent le bon usage du médicament :

- le respect des textes en vigueur concernant les conditions de préparation/ reconstitution des cytotoxiques injectables ;
- la traçabilité, de la prescription à la délivrance, en améliorant la qualité et la sécurisation du circuit du médicament ;
- les compétences des personnels.

Ils se dotent d'un dispositif de contrôle du respect du contrat de bon usage.

✓ *La chimiothérapie à domicile doit être proposée aux patients demandeurs, dans des conditions optimales de sécurité et de qualité*

Dans chaque réseau de cancérologie, toutes les phases de l'organisation de la chimiothérapie à domicile sont protocolisées : prescription, préparation, conditionnement, acheminement.

Les protocoles respectent les textes et recommandations encadrant l'usage des cytotoxiques, c'est-à-dire le décret du 20 décembre 2004, et les bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du Code de la Santé Publique.

Pour la chimiothérapie à domicile, on retient en particulier :

- « ... la dispensation est réalisée après accord du patient et s'accompagne de supports d'information écrits, délivrés à tous les intervenants » dont les protocoles de soins et de conduite à tenir au regard des événements indésirables,
- les conditions de transport entre les pharmacies hospitalières autorisées et les points de dépôt qui peuvent être le domicile ou une pharmacie proche du domicile devront être précisées.
- l'infirmier qui assure la dispensation est formé à cette pratique. Il applique le protocole de soins dont il dispose systématiquement pour chaque cure.

✓ *Une harmonisation régionale des prescriptions et pratiques est l'objectif ultime*

- La coopération entre établissements autorisés et associés au sein du réseau facilite la prise en charge des chimiothérapies des patients au plus près de leur domicile.
- L'implémentation des référentiels nationaux et internationaux issus des sociétés savantes est favorisée au niveau régional.
- L'élaboration d'un cahier des charges régional pour optimiser les modalités de mise en œuvre de la chimiothérapie à domicile est souhaitable, incluant le transport des médicaments, la gestion des déchets de soins. Il prend en compte l'activité en cours dans les réseaux des secteurs 2 et 3.
- Le réseau OncoBretagne contribue à cette appropriation partagée des recommandations et référentiels à promouvoir entre médecins et pharmaciens.
- Les travaux de l'Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutique (OMIT) sont intégrés aux réflexions régionales.
- Les comités du médicament et des dispositifs médicaux, au sein de chaque établissement, sont garants de l'observation des bonnes conditions d'utilisation des médicaments.

La radiothérapie, soumise à de fortes contraintes, justifie une démarche qualité

Un accès à l'imagerie médicale insuffisant dans certains centres, une évaluation des traitements en développement, des protocoles qui doivent s'harmoniser tant en curatif qu'en palliatif, la faiblesse des effectifs de médecins radiothérapeutes sont les contraintes les plus importantes à considérer.

Le schéma vise à promouvoir la qualité de l'activité de radiothérapie à travers trois objectifs :

- améliorer la qualité des plateaux techniques ;
- mettre à disposition les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement des équipements ;
- mettre en place une organisation qui permette d'optimiser le fonctionnement et l'accès des appareils.

La circulaire du 3 mai 2002, dans le double contexte du plan cancer et de la décentralisation de la planification de certains équipements lourds, reste d'actualité.

✓ *Recommandations en faveur de la qualité des plateaux techniques*

- Les centres de radiothérapie possèdent un minimum de deux appareils tel que recommandé par la circulaire d'organisation de la radiothérapie ;

- La modernisation et l'amélioration des appareils de radiothérapie : chaque centre de traitement dispose, au moins, de deux accélérateurs de haute énergie, comprise au moins entre 6 et 15 MV, multipoints électrons, permettant d'assurer les traitements par photons et par électrons ;
- L'environnement technique des appareils de radiothérapie : chaque centre dispose des moyens lui permettant d'optimiser toutes les phases de préparation, exécution et contrôle des traitements, au regard des techniques utilisées pour le traitement des patients.
 - **En phase de préparation** du traitement, pour tendre vers un traitement conformationnel pour tous les patients :
 - ◆ l'accès au scanner doit être amélioré : 3 h 30 minimum par semaine et par appareil ;
 - ◆ l'accès à l'IRM doit se développer, simultanément au développement de la simulation virtuelle ;
 - ◆ l'environnement technique immédiat, notamment les logiciels de calcul, permet d'assurer : la volumétrie de la tumeur, les calculs de dose et la planification des traitements en 3 D, la simulation classique voire la simulation virtuelle ;
 - ◆ la mise en réseau informatique des données qui contribuent à construire le traitement par irradiation est désormais incontournable.
 - **En phase d'exécution** du traitement
Dans tous les centres de radiothérapie, l'évolution technologique des accélérateurs, dont les collimateurs multilames, et des systèmes de contention doivent contribuer à un traitement de qualité.
 - **En phase d'évaluation** des traitements
 - ◆ Le contrôle des traitements doit tendre vers l'utilisation de l'imagerie portale dans tous les centres ;
 - ◆ La qualité du contrôle des traitements peut passer par : le double calcul des unités moniteurs, l'analyse dosimétrique de l'imagerie portale ;
 - ◆ Les techniques de dosimétrie *in vivo* restent ponctuelles ;
 - ◆ Les sites universitaires ont vocation à mettre en œuvre les nouvelles techniques et à diffuser leurs évaluations.

✓ *Recommandations relatives aux ressources humaines*

Il s'agit là de la reprise des ratios indicatifs déjà mentionnés dans le SROS II, volet complémentaire « Equipements lourds ».

- Dans un centre de radiothérapie, il est souhaitable de disposer d'une équipe constituée de :
 - 1 radiothérapeute pour 300 à 400 traitements annuels,
 - 1 radiophysicien pour 350 à 500 traitements annuels,
 - 2 ETP de manipulateurs par appareil de traitement et en permanence pendant les heures d'ouverture du centre, au moins un manipulateur au simulateur, et au moins un manipulateur formé au scanner,
 - 1 dosimétriste au minimum.Ces ratios de personnels tiennent compte de la présence aux réunions de concertation pluridisciplinaire.
- Dans un centre participant à la formation, la recherche et l'enseignement, il est souhaitable de disposer de :
 - 1 radiothérapeute pour 200 à 250 traitements annuels et un oncologue radiothérapeute pour 200 curiethérapies par an,
 - 1 radiophysicien pour 300 à 400 traitements annuels et un ETP pour 250 curiethérapies par an,

- 2 ETP de manipulateurs par appareil de traitement et en permanence pendant les heures d'ouverture du centre, et au moins un manipulateur au simulateur, et un manipulateur formé au scanner.

- 1 dosimétriste pour 300 à 500 planifications de traitement par an.

Ces ratios de personnels tiennent compte de la réalisation des techniques spéciales, des fonctions d'enseignement et de formation, des activités d'innovation et de recherche et de la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

✓ *Recommandations en faveur du bon fonctionnement des équipements*

▪ Concernant les **caractéristiques quantitatives et qualitatives de l'activité** :

- Le niveau d'activité reconnu comme souhaitable pour un accélérateur est de l'ordre de 400 traitements par an et par appareil. Au-delà de 500 traitements, l'appareil est considéré comme saturé et a vocation à être remplacé prioritairement ;
- La mise en oeuvre de la radiothérapie conformationnelle doit être recherchée dans tous les centres ;
- Les irradiations multi-fractionnées et les traitements à modulation d'intensité sont des modalités de traitement à développer ;
- Les activités dites innovantes, les activités complexes (irradiations corporelles totales, irradiations cutanées totales, stéréotaxie cérébrale monofractionnée et pédiatrie) restent du domaine des pôles régionaux. Elles nécessitent le plus souvent un temps machine important, des compétences particulières et une grande disponibilité médicale et/ou de personnel technique ;
- Les activités de curiethérapie font partie des activités satellites de la radiothérapie ;
- Les radiothérapeutes définissent au niveau régional les indications, protocoles et lieux appropriés pour mener à bien ces traitements.

▪ L'organisation de l'activité permet d'**optimiser le plateau technique et les compétences** :

- L'amplitude d'ouverture des machines ne devrait pas dépasser 12 heures par jour. Il n'est pas souhaitable pour les patients de faire fonctionner les équipements au-delà de 20 h 30 ;
- Le nombre de patients traités ne devrait pas excéder 4 à 6 patients par heure ;
- Les indications de la radiothérapie tant en curatif que palliatif doivent faire l'objet d'un guide d'harmonisation des pratiques dont les chapitres pourront être annexés par parties aux thésaurus régionaux par appareil, garantissant une égalité de traitement pour tous ;
- Le développement des transferts d'images et de données par les systèmes informatiques mis en réseau doit être encouragé (plateforme bretonne de Télésanté). Ces transferts de technologies peuvent permettre d'installer un appareil de traitement isolé, si et seulement si, il est en réseau avec un service de dosimétrie performant et fiable ;
- La coordination des soins avec les partenaires : l'activité de radiothérapie s'intègre au réseau de santé de cancérologie dans chaque secteur et les services de radiothérapie participent aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ;
- La mise en place de la démarche d'évaluation déjà engagée par le groupe de travail régional « radiothérapie » sera poursuivie au sein du CTRC et du réseau Onco Bretagne.

La chirurgie oncologique s'inscrit dans la démarche qualité du réseau sectoriel

La chirurgie oncologique fait désormais partie des activités soumises à autorisation dans le cadre des activités de traitement des cancers. Dès lors, la définition des implantations et la référence éventuelle à des seuils d'activité sont subordonnées à la publication des textes réglementaires attendus et font l'objet d'un report.

Pour autant, l'activité chirurgicale oncologique s'inscrit dans la démarche du réseau de cancérologie du secteur pour assurer la continuité de la prise en charge du patient : dispositif d'annonce, mise en oeuvre des traitements adjuvants, soins de support, suivi à domicile.

Toute équipe chirurgicale prenant en charge des cancers doit :

- Développer une démarche diagnostique et thérapeutique pluridisciplinaire aboutissant à un traitement chirurgical le mieux adapté en s'appuyant sur :
 - une RCP dont l'avis peut être requis en pré- et post-opératoire ;
 - un protocole d'exploration pré-opératoire en particulier en imagerie ;
 - un protocole de prise en charge des pièces opératoires pour l'anatomopathologie en particulier un accès aux examens extemporanés et sur paraffine ;
- Mettre en œuvre des protocoles partagés visant à l'harmonisation des pratiques chirurgicales ;
- Favoriser l'accès aux soins de réadaptation et à la chirurgie de réhabilitation ;
- Il est recommandé que les chirurgiens soient formés aux techniques propres à la cancérologie dans chaque spécialité chirurgicale dans le cadre du cursus initial et de la formation continue.

En outre, concernant la continuité des soins, les équipes bretonnes envisagent de passer entre elles des conventions d'assistance réciproques pour assurer une permanence des interventions dans les différents établissements en cas d'absence des praticiens compétents.

Les soins de support constituent des facteurs de qualité de la prise en charge des patients

Le plan cancer, en réponse aux demandes des patients, prévoit dans sa mesure 42 l'accès aux soins de support pour les patients atteints de cancer. La circulaire du 22 février 2005 en développe les principales modalités d'organisation.

L'objectif est d'assurer au patient une prise en charge globale des soins tout au long de sa maladie, intégrant les composantes médicales, paramédicales, psychologiques, voire sociales dans un contexte curatif ou palliatif.

Ce n'est donc pas une nouvelle discipline mais une coordination transversale qui fait partie intégrante des missions des réseaux de santé en cancérologie. Chaque réseau sectoriel de santé en cancérologie, est le lieu de cette coordination :

- il recense les compétences et services de soins de support disponibles dans son secteur et permet ainsi une mobilisation coordonnée et mutualisée de ces ressources auprès des malades.
- il met en place les dispositifs d'information en direction des patients et des acteurs de soins du secteur : un numéro de téléphone unique d'accueil et d'information pour le réseau est suggéré.
- il met en place, avec les acteurs des soins de support, les dispositions permettant d'intégrer les soins de support, pour les cas complexes, dans le programme personnalisé de soins dès la RCP initiale.

3.2.3. Les instances de promotion de la qualité

Le réseau régional de cancérologie

La circulaire d'organisation des soins recommande d'installer au plus tard en 2007 un réseau régional de cancérologie « *qui a pour objectifs d'harmoniser et d'améliorer, de façon continue, la qualité des pratiques, de favoriser le partage d'expériences et la communication des données médicales du patient* ».

- **En Bretagne, le réseau régional de cancérologie OncoBretagne** est installé depuis le 14 novembre 2003.
 - Le réseau régional breton n'est pas un réseau de santé mais il est « *un réseau d'échanges, de diffusion de connaissances et d'harmonisation des pratiques, constitué sur la base d'une fédération d'acteurs de soins impliqués dans des réseaux oncologiques sectoriels et des UCP(S) pour les réseaux en cours de constitution, ouvert à toutes les associations*

professionnelles concernées par la cancérologie en Bretagne. Il doit être le moteur de l'assurance qualité pour l'organisation des soins en cancérologie en Bretagne ».

A l'avenir, ses activités devront tenir compte du cahier des charges des réseaux régionaux en cours d'élaboration par l'Institut National du Cancer (INCA).

Le réseau régional devra s'engager dans la procédure de labellisation conduite par l'INCA.

- Le réseau régional a pour mission de promouvoir **l'amélioration de la qualité en cancérologie** ; à cette fin, il doit :
 - ◆ faciliter l'implémentation par les professionnels des recommandations nationales, organiser une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels ;
 - ◆ développer des audits de qualité en mettant en œuvre le programme d'évaluation des pratiques au sein des réseaux de santé sectoriels : établi dès 2005 et sur la durée du schéma, il permettra de juger de la bonne appropriation des consensus ;
 - ◆ mobiliser les médecins autour de la définition des cas devant impérativement être discutés en RCP est une priorité.

Il s'appuiera en particulier sur les conclusions des études menées par l'Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques (OMIT).
- Le réseau a vocation à promouvoir **des outils de communication partagés au sein de la région**. Il doit :
 - ◆ mobiliser les acteurs en vue de mettre en place le dossier communicant en cancérologie, qui devra s'adosser à la plateforme régionale de Télésanté,
 - ◆ participer à l'information des professionnels, ainsi qu'à l'information des patients, en élaborant, en particulier, un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région, en assurant une veille documentaire et une diffusion d'informations.
- **Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins** : le réseau régional assure le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins dans les différents secteurs, alimentés notamment par les 3C, et nourrit ainsi le tableau de bord régional de cancérologie, qu'il transmet au CTRC et aux destinataires identifiés dans le futur cahier des charges des réseaux régionaux de l'INCA.

Les outils interrégionaux de la qualité

✓ *L'Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutique (OMIT)*

La qualité des travaux de l'OMIT Bretagne/ Pays-de-la-Loire, reconnue au niveau national, conforte cette instance dans son rôle de promoteur de la qualité, en ce qui concerne la prescription et la dispensation de certaines molécules onéreuses.

L'OMIT a fait la preuve de son efficacité :

- pour recueillir de manière pertinente et consensuelle des éléments de connaissance sur l'utilisation de quelques molécules innovantes dans les établissements inclus dans le champ de l'observation,
- pour analyser les éléments recueillis et les mettre à disposition des acteurs de soins en retour afin de faire évoluer les pratiques.

Ses missions d'observation scientifique en cancérologie doivent être confortées et élargies aux dispositifs et thérapeutiques innovants qui nécessitent d'établir des consensus interrégionaux.

Ses travaux doivent cependant être complétés par des programmes d'actions plus opérationnels mis en œuvre, à partir du comité régional du médicament et des dispositifs médicaux, à l'hôpital.

L'exploitation des résultats de cet observatoire doit participer à l'amélioration et l'harmonisation des pratiques.

Le réseau régional a vocation à utiliser tous ces résultats dans le cadre de sa mission d'évaluation et d'harmonisation des pratiques.

✓ *Le Cancéropôle Grand Ouest*

Il est à mettre au rang des outils de la qualité, dans la mesure où il tend à développer des projets interrégionaux, pour lesquels les équipes de recherche fondamentale et les équipes de recherche clinique associées s'engagent à atteindre un niveau d'excellence, au bénéfice des soins au patient. Un lien indispensable doit être établi avec les pôles régionaux afin de mutualiser les efforts et compétences disponibles dans les services universitaires.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

Deux champs d'observation doivent être considérés pour juger de la mise en œuvre du schéma :

- Le suivi de la mise à disposition de moyens adaptés au déploiement de l'activité de traitement du cancer ;
- Le descriptif des plateaux techniques autorisés (équipements et compétences) :
 - L'organisation de l'offre de soins en cancérologie : mise en place des réseaux de santé, des RCP, du réseau régional, des pôles régionaux de cancérologie.
 - Les caractéristiques quantitatives et qualitatives des activités témoins de la démarche qualité engagée par les acteurs de soins en cancérologie dont :
 - ◆ L'amélioration du fonctionnement des réseaux, l'accompagnement du patient ;
 - ◆ L'harmonisation des pratiques.

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi de la mise en œuvre de ce volet s'appuie sur les systèmes d'information existants :

- SAE, ADELI, SIGMED pour les moyens mis à disposition, plateaux techniques et compétences,
- Le PMSI et la CCAM pour le suivi quantitatif de ces activités, ainsi que pour l'analyse de la population hospitalisée (file active, origine géographique).

4.2. LES INDICATEURS

Afin de suivre la mise en œuvre de ce volet, chaque établissement ou site autorisé à pratiquer au moins une des activités constitutives de l'activité de soins « traitement du cancer » doit fournir annuellement les éléments ci-dessous.

Les recommandations des sociétés savantes, de la Haute Autorité de Santé (HAS) et celles en cours d'élaboration par l'INCA, ainsi que les données transmises par l'OMIT, sont ici les piliers de l'évaluation.

Champ observé	Indicateurs	Source
Indicateurs de moyens		
Caractéristiques du plateau technique	- Equipements en adéquation avec les activités autorisées : type et nombre d'équipements dédiés - Nombre de praticiens compétents dans les équipes par discipline	- SAE, rapport d'activité annuel en cancérologie des établissements ou sites autorisés - ADELI, SIGMED, fichier ordinal
Organisation de l'offre de soins conforme à la circulaire du 22 février 2005	Mise en place au sein du réseau : 3C, RCP dans toutes les spécialités d'organes, dispositif d'annonce et d'accompagnement du patient, de soins de support	Rapport d'activité annuel du 3C

Graduation des soins		
Chimiothérapie	Nombre de séances Nombre de patients Nombre de séjours Nombre de patients	PMSI selon l'arrêté du 8 juin 2005 : sélection des codifications à valider en COTRIM
Radiothérapie	Nombre de préparations à une radiothérapie Nombre de séances	PMSI selon l'arrêté du 8 juin 2005 : sélection des codifications à valider en COTRIM
Chirurgie oncologique	Nombre d'actes	- PMSI : traitement chirurgical avec en outre un DP CIM10, C00 à C97, D00 à D07, D09 ou D37 à D48.
Curiothérapie	Nombre d'actes Nombre de patients	- Données déclaratives annuelles
Radiothérapie en sources non scellées	Nombre d'actes Nombre de patients	- Données déclaratives annuelles

4.3. L'UTILISATION DES INDICATEURS

Le réseau régional OncoBretagne, en lien avec le Comité Technique Régional en Cancérologie (CTRC), est l'outil de la mise en œuvre de la qualité et de l'harmonisation des pratiques dans le champ des pratiques médicales et des pratiques de soins paramédicales.

Deux grands axes de travail concrétisent sa mission d'harmonisation des pratiques :

- la diffusion des bonnes pratiques et le partage des expériences dans le cadre du développement des activités liées à la cancérologie,
- l'évaluation de l'appropriation des recommandations dans les différents secteurs de soins.

Un programme annuel de travail est élaboré par le réseau régional. Ce programme est communiqué chaque année au CTRC et vise l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer dans la région, en lien avec les autorisations octroyées.

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES A HAUT RISQUE VASCULAIRE

1. ENJEUX

La région Bretagne se caractérise par une surmortalité régionale pour les maladies de l'appareil circulatoire par rapport à la moyenne nationale dans pratiquement tous les secteurs sanitaires. Première cause de mortalité, ces maladies représentent également le 1^{er} motif d'admission en Affections de Longue Durée (ALD) et près de 10 % des séjours hospitaliers. Les maladies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les néphropathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires en constituent les étiologies principales.

La prise en compte de ces pathologies se retrouve dans différents volets du SROS :

- volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires » qui traite de prises en charge spécifiques : infarctus du myocarde, troubles du rythme et insuffisance cardiaque chronique ;
- volet « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » centré sur l'organisation spécifique de cette pathologie ;
- volet « Insuffisance Rénale Chronique » qui traite essentiellement de l'organisation du traitement de cette pathologie par les méthodes de suppléance.

En complément du Plan Régional de Santé Publique et de l'effort d'organisation des soins en établissement de santé, le SROS doit veiller à définir la place de ces derniers dans le cadre d'une politique plus globale qui justifie d'avoir une vision commune de l'organisation de la prévention et des rôles respectifs du secteur ambulatoire, des établissements et des réseaux de soins.

La prévention des maladies vasculaires nécessite tout d'abord de préciser le champ dans lequel elle s'inscrit.

Si la prévention primaire des maladies vasculaires suppose que l'on supprime ou réduise le niveau des facteurs de risques, les différentes pathologies évoquées plus haut répondent dès lors aux mêmes stratégies de dépistage et de prise en charge des facteurs de risques, que ceux-ci relèvent de déterminants biochimiques ou biophysiques (Diabète, Dyslipidémies, Hyper-Tension Artérielle, Insuffisance Rénale Chronique) ou comportementaux (tabagisme, obésité, régime alimentaire, sédentarité...). Dans la très grande majorité des cas, cette prévention primaire est le fait des professionnels de santé exerçant en ambulatoire, ainsi que de la médecine préventive ou du travail.

La même attitude vis-à-vis des facteurs de risque sera à mettre en œuvre en cas de maladies constituées, une fois la phase aiguë de la maladie, prise en charge au sein des établissements.

Ces facteurs de risques peuvent eux-mêmes faire l'objet de prévention primaire à travers les liens existants entre déterminants et comportements. Les actions et programmes à mettre en place vis-à-vis de la population relèvent alors plus du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Suivant les cas, on se place dans une situation de prévention primaire, secondaire ou tertiaire selon que l'on se réfère aux facteurs de risques ou à la maladie. Au-delà de cette distinction académique, ce qui fonde la démarche commune de l'ensemble des acteurs du système de santé, c'est la mise en place d'actions de différente nature qui vont contribuer à la réduction du risque vasculaire chez le patient.

Conscients des enjeux et des interdépendances des thérapeutiques et des actions à mettre en œuvre, les professionnels cherchent à travers les organisations en réseaux (le plus souvent Ville/ Hôpital) ou au sein des établissements (réflexions et organisations inter-services) à améliorer cette approche globale.

Le rôle principal des acteurs de l'ambulatoire se situe dans cette phase de diagnostic précoce et de prise en charge du risque vasculaire avant que le risque ne se soit réalisé dans le cadre des pathologies sus-citées. La fréquence de ces facteurs de risques en population, les sur- ou sous-traitements rapportés, leurs conséquences tant en terme de complications qu'économiques justifient une approche volontariste.

Cette démarche s'articule autour de plusieurs étapes :

1. l'identification et l'analyse du risque vasculaire pour la sélection des patients à haut risque ;
2. l'élaboration d'un projet thérapeutique qui s'appuiera sur un contrat établi avec le patient ;
3. la mise en œuvre de ce projet sur la base d'un volet médical et d'un volet éducatif.

Il reste encore à définir les populations cibles auxquelles s'adressera cette démarche (population générale, clientèle du médecin, patients déjà connus pour être porteurs d'un facteur de risque,...) ainsi que le contenu des différents volets « médicaux » et « éducatifs ».

Par volet médical, on entend les prestations habituellement délivrées par le système de soins : actes de consultations et de prescriptions délivrées par des généralistes ou des spécialistes, actes de consultation et de suivi en tabacologie et alcoolologie, explorations complémentaires en biologie, radiologie et exploration fonctionnelle, actes de kinésithérapie,...

Par volet éducatif, on entend les prestations à mettre à disposition des patients à haut risque et qui, dans les circonstances actuelles, ne peuvent être délivrées que dans un cadre dérogatoire :

- programme d'éducation thérapeutique organisé en séquences ou modules pédagogiques personnalisés tenant compte du diagnostic éducatif du patient et de son profil pathologique ;
- consultations individuelles pour certaines activités en diététique, podologie, psychologie ;
- activité de groupe visant à promouvoir l'activité physique, les recommandations nutritionnelles, l'observance,...

Dans un système en construction, il n'y a bien évidemment pas matière à bâtir des principes d'organisation opposables, mais à préconiser quelques recommandations tenant compte des différentes expériences et réflexions qui se mettent en place en région Bretagne.

2. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

2.1. LA PREVENTION VASCULAIRE EN ETABLISSEMENTS

Elle s'adresse prioritairement au patient hospitalisé à l'occasion ou au décours d'une admission pour bilan ou d'un événement pathologique (événement vasculaire, complication d'un diabète, insuffisance rénale,...).

En sus de l'approche thérapeutique spécifique à chacune des pathologies, la démarche d'analyse du risque et l'élaboration d'un projet thérapeutique doivent reposer sur les mêmes principes qu'en ambulatoire. Cette stratégie, pour être efficace, doit être instaurée dès la phase aiguë. La sensibilité du patient à ces mesures est alors maximale et il est essentiel qu'il perçoive la continuité entre les traitements « aigus » et les traitements au long cours de sa pathologie. De plus, il existe maintenant de nombreux arguments scientifiques démontrant l'efficacité de l'instauration précoce de certaines mesures.

Les hospitalisations sont autant de temps de renforcement de ces stratégies thérapeutiques. Dans les établissements, plusieurs services de spécialités différentes accueillent des patients présentant un haut risque vasculaire ou une pathologie artérielle et justifiant de modalités similaires de prévention secondaire. Les établissements doivent donc engager une réflexion pour une organisation multidisciplinaire, le cas échéant au sein de pôles et de modes de prises en charge diversifiés (hospitalisation de jour, de semaine, au-delà de l'hospitalisation complète). Ces organisations doivent pouvoir faciliter lors d'hospitalisations à l'occasion de bilans ou de complications, les ajustements des projets thérapeutiques ou le renforcement d'une de ses composantes et améliorer ainsi la prise en charge globale des patients.

2.2. LES RESEAUX DE SANTE, INTERFACES A CREER ENTRE LE SECTEUR AMBULATOIRE ET LES ETABLISSEMENTS

La chronicité des pathologies et les modalités de prise en charge supposent que, sur un territoire donné, les approches préventives du risque vasculaire, les outils d'identification et d'évaluation du risque, les stratégies mises en place soient les mêmes, que le patient soit pris en charge initialement en ambulatoire ou en établissement.

Secteur ambulatoire et établissements ne constituent que deux portes d'entrée différentes dans une démarche de prise en charge et de réduction du risque vasculaire. Elles correspondent à des lieux et à des temps différents de l'itinéraire d'un patient au sein du système de soins.

La démarche ne prend sens que dans la mesure où :

- elle s'inscrit dans un territoire donné ;
- elle utilise les mêmes concepts et supports pour dépister et caractériser les patients à haut risque vasculaire, quelle que soit la porte d'entrée du patient ;
- elle débouche sur la mise en œuvre, non plus d'une succession de consultations et de conseils, mais d'un projet thérapeutique initié, renforcé ou corrigé en des lieux différents correspondant à des temps différents de la trajectoire du patient (ambulatoire, hospitalisation pour un épisode aiguë ou intercurrent, un bilan ou une rééducation).

Ces objectifs sont à la base de la constitution des réseaux de santé.

A partir des expériences en cours, on peut tenter d'identifier les missions premières d'un réseau du risque vasculaire :

- **La formation commune des acteurs du dispositif sur un territoire donné** qui regroupe médecins généralistes, spécialistes libéraux et hospitaliers, et autres professionnels de santé : l'objet de la formation touche autant à la promotion des recommandations professionnelles qu'à la reconnaissance de la place de chacun dans le réseau ou l'acquisition d'un socle minimal de connaissances sur les diverses stratégies mises en place, et notamment sur les différents aspects du volet éducatif ;
- **L'élaboration et la diffusion des outils communs** que sont les fiches d'évaluation du risque, les supports d'élaboration du projet thérapeutique, le dossier médical partagé de prévention et de prise en charge ; ce dernier pouvant être un outil de communication entre professionnels et/ ou un support pédagogique à l'usage du patient. La création de site internet peut permettre la diffusion rapide des outils et peut constituer à terme un support de partage de dossiers. Sur ce point, les partages d'expérience, l'apport d'expertise des 2 unités de prévention du risque vasculaire de Rennes et de Brest sont à faciliter.

- la structuration du volet éducatif qui comprend :
 - l'identification des différents acteurs adhérents du réseau, qui seront impliqués à des degrés divers dans un projet de prise en charge (praticiens de diverses spécialités, addictologues,...) ;
 - le repérage des compétences pouvant être mobilisées et financées à titre dérogatoire sur la dotation de développement des réseaux (psychologue, diététicien, podologue, éducateur physique, autres,...) ;
 - La construction de différents modules pédagogiques :
 - susceptibles de répondre aux préoccupations communes (concept de promotion de santé, diététique,...) et spécialisées (approche spécifique pour certaines pathologies),
 - utilisant les ressources existantes ou à former tant au sein des établissements de santé qu'en ambulatoire,
 - mobilisant les capacités des associations de patients,
 - devant répondre à un certain nombre de critères de qualité.
 - La mise en place d'actions ou ateliers-supports (activités physiques, ateliers cuisine, échanges entre patients de type groupe auto-support) ;
 - La coordination pour chaque patient à haut risque de la mise en œuvre des différentes composantes du projet thérapeutique ;
 - L'évaluation pour chaque patient tant de la compliance au projet défini que des résultats obtenus.

Complément indispensable à l'organisation des soins poursuivis dans les trois volets du SROS que sont les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale chronique, la démarche de prévention et de prise en charge du risque vasculaire porte en elle :

- la traduction du principe de décloisonnement du système de soins ;
- un changement de pratiques dans les stratégies thérapeutiques relatives aux affections chroniques ;
- l'intégration de la composante éducative dans toute action thérapeutique et s'inscrivant sur toute la durée d'une prise en charge ;
- une obligation à repenser la place et la responsabilité des différents professionnels de santé ;
- une coordination permanente entre les acteurs des établissements et de l'ambulatoire pour optimiser le circuit du patient à haut risque vasculaire à l'intérieur du réseau de santé.

PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le SROS II 1999/ 2004 incluait un volet dédié aux pathologies cardio-vasculaires. Ce volet a fait l'objet d'un bilan validé par l'ARH après avis du Comité Technique Régional (COTER) des maladies cardio-vasculaires en juin 2004.

Des pathologies fréquentes et graves

Les maladies cardio-vasculaires ont été retenues comme priorité du SROS en raison de leur fréquence et de leur gravité :

- Certes, la mortalité par maladies cardio-vasculaires¹⁵ a fortement diminué au cours des deux dernières décennies tant en France qu'en Bretagne (- 41% chez les hommes, - 46 % chez les femmes) et l'écart entre la France et la Bretagne s'est réduit. Toutefois ces pathologies restent la 1ère cause de mortalité chez les femmes (36 % des décès en 2000), la 2ème cause chez les hommes (28 % des décès) ;
- Et surtout il existe une surmortalité régionale (+ 14 % chez les hommes, + 13 % chez les femmes) par rapport à la moyenne nationale et des inégalités intrarégionales avec en particulier, une surmortalité dans les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « Pontivy/ Loudéac » pour les cardiopathies ischémiques ;
- Ces pathologies constituent en Bretagne le premier motif d'hospitalisation médicale en court séjour, soit 13 % en 2002.

De façon plus spécifique, une enquête régionale réalisée en 2001¹⁶ a montré que si l'incidence de l'infarctus du myocarde était de 6,7 pour 10 000 habitants pour la région, elle était plus élevée sur les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « Pontivy/ Loudéac », mais aussi dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines (taux standardisés).

Une couverture régionale des besoins satisfaisante

Seulement 3 % des patients sont pris en charge dans des établissements sanitaires situés hors région (CMD 5, GHM médicaux). Toutefois, il existe des disparités intrarégionales avec une prise en charge des patients par les structures de leur secteur sanitaire de résidence supérieure à 90 % dans les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon », entre 80 et 90 % pour ceux des secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion », entre 70 et 80 % dans les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « St Malo/ Dinan » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit », et seulement de 56 % dans le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac ». Les besoins de ce dernier secteur, de 130 000 habitants environ, sont couverts essentiellement par les établissements hospitaliers des secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et de façon plus modeste par les secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit ».

L'attractivité des établissements du secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » est très forte avec 36 % de leurs patients venant soit d'autres secteurs de la région, soit de la Mayenne et de la Manche. Elle est significative sur le secteur sanitaire « Brest/ Morlaix » avec 20 % des patients pris en charge, résidant hors secteur, en grande majorité du secteur sanitaire « Quimper/ Carhaix ».

¹⁵ ORSB 2005

¹⁶ Enquête régionale du service médical de l'Assurance Maladie sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde

Des pertes de chance liées à des retards à tous les niveaux de la chaîne de prise en charge de l'infarctus du myocarde

La revascularisation coronaire précoce (par thrombolyse ou angioplastie) permet d'éviter les lésions myocardiques irréversibles de l'infarctus du myocarde. L'enquête 2001 a mis en évidence un faible taux de revascularisation coronaire précoce (40 % des patients) lié à un retard de l'appel des secours par le patient (la moitié des malades appellent les secours au-delà d'une heure après le début des symptômes), un faible recours au SAMU et au transport médicalisé (moins de la moitié des malades), un passage inopportun par les services d'accueil et de traitement des urgences.

Une réorganisation de l'offre de soins articulée sur la graduation des prises en charge et un fonctionnement en réseau

Le SROS II affichait un objectif global, de la prévention à la réadaptation. Il a permis :

- la structuration d'une offre de soins graduée avec 3 niveaux de prise en charge articulés sur 9 services de cardiologie avec une unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) disposant d'une garde cardiologique 24h/ 24 ;
- l'augmentation du nombre de centres d'angioplastie coronaire (8 centres) ;
- l'amélioration et l'harmonisation de la prise en charge de l'infarctus du myocarde ;
- le développement de l'offre de soins en réadaptation cardio-vasculaire (augmentation de 60 à 110 lits ou places) sur 3 centres de référence régionaux.

Cette réorganisation a été rendue possible par le renforcement important des effectifs de cardiologues hospitaliers, avec, en 2003, 90 ETP de cardiologues, alors que la densité des cardiologues libéraux (5,3 pour 100 000 h) reste en 2003 inférieure à la moyenne nationale (6,7) et que la répartition de ces cardiologues libéraux demeure très hétérogène et particulièrement faible dans les Côtes d'Armor.

On a assisté à l'émergence de réseaux soit de prise en charge de proximité (réseau Kalonic de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique sur le secteur sanitaire « Lorient/ Quimperlé »), soit de coordination des professionnels et des structures (réseau Cardiorance du secteur sanitaire « St Malo/ Dinan »).

La mise en place d'une coordination régionale autour du centre régional de prévention cardiovasculaire et le développement d'actions de prévention primaire et secondaire.

Toutefois, si le volet du SROS a eu un impact globalement positif, un certain nombre de *difficultés et de faiblesses* sont maintenant identifiées :

- en matière de coordination Ville/ Hôpital,
- mais aussi en matière d'évaluation, la qualité du PMSI restant insuffisante pour assurer le suivi du SROS, mais aussi l'accompagnement des filières de soins lesquelles nécessitent un dispositif spécifique.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

1.2.1. Le vieillissement de la population

La proportion des plus de 60 ans est plus élevée en Bretagne qu'en moyenne française et la proportion des plus de 80 ans va être multipliée par 1,8 entre 2000 et 2015.

Or, si le vieillissement observé au niveau national est en partie lié aux progrès dans la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires, cette population âgée est particulièrement exposée aux complications cardiaques. L'insuffisance cardiaque dont l'incidence augmente avec l'âge est un problème majeur de santé publique avec la survenue de 120 000 nouveaux cas par an (France entière) dont les 2/3 âgés de plus de 75 ans.

1.2.2. L'amélioration des outils diagnostiques et thérapeutiques

L'évolution des techniques et des thérapeutiques est constante dans ce champ, à l'exemple des transferts de la chirurgie cardiaque vers des techniques interventionnelles moins invasives, de la diffusion des stents thérapeutiques dans l'insuffisance coronarienne, de l'essor de la stimulation multisite dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Cette évolution a une forte incidence sur les besoins en formation des équipes pour assurer la compétence et sur l'adaptation des plateaux techniques.

De la même façon, les progrès de l'imagerie sont à prendre en compte avec notamment l'apparition de scanners « ultrarapides » véritable progrès dans la démarche diagnostique. Ces équipements sont déjà validés dans des études cliniques. Ces équipements pourraient restreindre la place de la coronarographie de façon significative et permettre un diagnostic plus précoce des lésions coronaires. Leur utilisation nécessitera une étroite collaboration entre radiologues et cardiologues.

1.2.3. Le transfert de compétences vers des professionnels paramédicaux

Des expériences sont en cours dans le domaine de l'échocardiographie. Elles devraient conduire, à moyen terme, à une nouvelle répartition des tâches et à une évolution des pratiques.

1.2.4. La prévention

C'est dans ce domaine que les progrès les plus évidents sont attendus, permettant d'espérer à moyen terme une diminution significative de l'incidence des pathologies liées à l'athérosclérose dans la population.

Toutefois, cette évolution suppose l'organisation d'une collaboration harmonieuse et efficace entre les divers acteurs concernés et autour d'objectifs parfaitement définis. La Mission Régionale de Santé (MRS), réunissant l'ARH et l'URCAM marque sa volonté de privilégier le développement des réseaux dans une approche globale du risque vasculaire.

Une commission régionale interdisciplinaire a été mise en place associant cardiologues, diabétologues, généralistes, néphrologues. Dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique relayé par le SROS, elle devrait permettre de préciser la nature de l'intervention du médecin généraliste (ou médecin traitant), ses attentes vis-à-vis de l'hôpital, le rôle des centres hospitaliers ainsi que la place des stratégies thérapeutiques nouvelles : éducation thérapeutique dont l'aide à l'observance, consultations spécifiques de diététique ou tabacologie.

En conclusion, le SROS doit :

- conforter et poursuivre les orientations du SROS II en matière d'organisation sectorielle, de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde, de réadaptation cardio-vasculaire,
- prendre en compte des champs non inscrits dans le SROS II :
 - la prise en charge des AVC, qui fait l'objet d'un volet spécifique du SROS, et la chirurgie vasculaire, incluse dans le volet chirurgie,
 - la prise en charge des troubles du rythme, des cardiopathies congénitales, de l'insuffisance cardiaque chronique,
- inscrire la prévention et le fonctionnement en réseau dans un dispositif coordonné Ville/ Hôpital, transversal sur l'ensemble des facteurs de risques des pathologies vasculaires et donc interdisciplinaire (cardiologie, diabétologie, hypertension, néphrologie...).

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Relatifs à la politique de santé publique

La loi de santé publique n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique identifie cent objectifs de santé publique dont plusieurs concernent, directement ou non, la cardiologie :

- obtenir une réduction de la mortalité par cardiopathies ischémiques de 13 % chez les hommes et 10 % chez les femmes d'ici 2008,
- réduire de 5 % l'hypercholestérolémie moyenne (LDL cholestérol actuellement à 1,53 g/l) chez l'adulte d'ici 2008,
- réduire de 2-3 mm Hg la moyenne de pression artérielle systolique,
- diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

Les objectifs du volet « Prise en charge des maladies cardio-vasculaires » du SROS sont :

- La graduation du dispositif de soins hospitaliers pour une égalité d'accès aux soins,
- La qualité des soins :
 - respect des normes (USIC) et des référentiels (Société Française de Cardiologie, HAS, Société Européenne de Cardiologie),
 - meilleure utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux,
- La continuité des soins, de la prévention à la réadaptation,
- L'articulation avec le secteur ambulatoire : organisation en réseau pour la prévention du risque vasculaire ou pour la prise en charge des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque).

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

2.2.1. Un fonctionnement en réseau s'appuyant sur une offre de soins graduée

Il s'agit de conforter le dispositif de soins gradué, mis en place dans le cadre du SROS II, avec :

La graduation des services de cardiologie en 3 niveaux :

- services de cardiologie hospitalo-universitaires,
- services de cardiologie avec unité de soins intensifs cardiologique (USIC) et garde cardiologique,
- services de médecine à orientation cardiologique avec lits de surveillance continue et astreinte cardiologique.

Ces niveaux de soins ont fait l'objet de recommandations. Les conditions techniques de fonctionnement des USIC sont, par ailleurs, inscrites dans le décret 2002-466 du 5 avril 2002.

Une organisation sectorielle :

- centrée sur les services de cardiologie avec USIC, disposant d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle (pour les secteurs de plus de 200 000 habitants), conforme aux recommandations de la SFC (cf. chapitre 3.1),
- avec un maillage du territoire par des services de médecine polyvalente ou à orientation cardiologique.

Un fonctionnement en réseau s'appuyant sur :

- des transports secondaires réactifs pour le transfert, en urgence ou non, vers les plateaux techniques et le retour, dès que possible, vers les unités de proximité,
- un dossier médical partagé,
- l'utilisation d'outils de communication efficaces et sécurisés permettant l'échange immédiat d'avis spécialisés,
- des coopérations inter-établissements formalisées : au minimum convention, voire constitution d'équipes communes dans le cadre d'une fédération médicale interhospitalière (FMIH) ou d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS),
- des coopérations avec les professionnels libéraux, généralistes, cardiologues, non médicaux.

Un dispositif intersectoriel, régional ou interrégional

- pour la prise en charge de certains troubles du rythme (cf. chapitre 2.2.2),
- pour la chirurgie cardiaque, dans le cadre d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire,
- pour la réadaptation cardio-vasculaire en centre spécialisé (cf. chapitre 2.2.4),
- pour l'organisation de la recherche et de la formation.

2.2.2. L'amélioration de prises en charge spécifiques***L'infarctus du myocarde : prise en charge en urgence***

Les stratégies thérapeutiques reposent sur la rapidité d'intervention des acteurs de la chaîne de soins, Centre 15, SAMU, services d'accueil et de traitement des urgences, services de cardiologie, plateaux techniques de cardiologie interventionnelle.

L'amélioration de la prise en charge implique :

- ✓ *L'organisation de campagnes de sensibilisation auprès du public et des médecins généralistes, à renouveler périodiquement*
Elles doivent permettre une meilleure identification des symptômes et le recours précoce au Centre 15.
- ✓ *L'optimisation de la prise en charge par les SAMU et SMUR*
 - Intervention d'une équipe SMUR sur le terrain et utilisation d'un protocole d'interrogatoire pour déterminer un score de gravité,
 - Coordination des transferts primaires ou secondaires, avec ou sans jonction,
 - Coordination entre médecins urgentistes, cardiologues de garde, USIC et cardiologues interventionnels.
- ✓ *L'adoption par tous les acteurs d'une même procédure de prise en charge* (cf. recommandations chapitre 3.2).
Sa diffusion reposera sur :
 - Des réunions annuelles locales autour des centres de cardiologie interventionnelle,
 - Associant tous les acteurs intervenant dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde,
 - S'appuyant sur des documents de présentation communs.

✓ *L'élaboration de conventions entre établissements*

Elles impliquent les centres de cardiologie interventionnelle, les services de cardiologie ou de médecine des établissements non dotés d'une unité de cardiologie interventionnelle et les services de réadaptation cardio-vasculaire.

Elles incluent les transferts des patients (dont le retour le plus précoce possible dans une structure de proximité), la prise en charge au décours immédiat de la phase aiguë (bilan non invasif, mise en route des thérapeutiques médicamenteuses validées, mesures de prévention secondaire, gestion des problèmes spécifiques dont la reprise de l'activité professionnelle), l'harmonisation des prises en charge.

✓ *La mise en place d'un registre régional de suivi des infarctus du myocarde*

Ce registre, validé par la SFC et concordant avec les objectifs de la société européenne de cardiologie, doit assurer :

- Le suivi prospectif multicentrique de la prise en charge des infarctus du myocarde pour la région Bretagne,
- L'évaluation des pratiques afin d'identifier les dysfonctionnements, améliorer les procédures de prise en charge, améliorer la coordination entre les professionnels de santé.

Une phase test de courte durée, sur un ou plusieurs secteurs sanitaires de la région, associera l'ensemble des acteurs de la filière de soins. Elle permettra aux professionnels de s'approprier l'outil et de définir le statut juridique (associatif) et administratif du registre avant généralisation du dispositif.

La coordination, la validation des données et leur exploitation devront être assurées au niveau régional par un personnel dédié sous la responsabilité d'un coordonnateur médical.

Les troubles du rythme : la graduation des soins

S'agissant d'activités qui ne relèvent qu'exceptionnellement de l'urgence, les propositions d'organisation tiennent compte essentiellement du volume des indications potentielles et de l'expérience des équipes. On distingue :

- l'électrophysiologie interventionnelle permettant de « détruire » une structure anatomique participant au circuit de tachycardie,
- les prothèses implantables : stimulateurs cardiaques et défibrillateurs cardiaques.

✓ *Electrophysiologie interventionnelle (cf. recommandations chapitre 3.3)*

Trois niveaux de prise en charge sont identifiés :

- **Niveau 1** : (ablation de la jonction atrio-ventriculaire). Technique la plus simple, elle doit pouvoir être envisagée dans des centres ayant une compétence indiscutable en électrophysiologie diagnostique et en stimulation cardiaque, et un volume d'activité suffisant.
- **Niveau 2** : l'ablation du flutter atrial, techniquement assez simple, ne doit pas être « banalisée ». Une expertise dans le domaine de l'ablation et un volume d'activité suffisant sont hautement souhaitables. La multiplication des centres n'est pas envisageable.
- **Niveau 3** : il regroupe les indications et/ ou les procédures difficiles (ablation des tachycardies jonctionnelles, ablations des foyers ectopiques, ablation des tachycardies ventriculaires, ablation de la fibrillation atriale) relevant d'équipes ayant une très grande expérience dans le domaine de l'ablation endocavitaire (à l'échelon de la région Bretagne : les deux CHU).

✓ *Implantation des stimulateurs cardiaques*

On distingue 2 niveaux de prise en charge :

- **La stimulation conventionnelle** (implantation de stimulateurs simple et double chambre).
Les établissements doivent respecter :
 - les conditions de mise en œuvre et d'activité fixées par la réglementation tout particulièrement le volume d'activité qui ne doit pas être inférieur à 50 implantations,
 - les recommandations de la SFC (cf. recommandations chapitre 3.3).
- **La resynchronisation cardiaque** par stimulation multisite (implantation de stimulateurs triple chambre) concerne le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique. Les contraintes techniques imposent un « encadrement » de ces implantations qui ne relèvent pas de l'urgence. Le nombre de centres habilités par l'ARH doit rester limité afin de ne pas disperser l'activité tout en assurant une couverture régionale acceptable.

Sous réserve qu'il remplisse les conditions requises, notamment en termes de formation des médecins et d'activité, un centre par département (intersectoriel) doit être envisagé.
Actuellement, les deux CHU remplissent toutes les conditions (cf. arrêté du directeur de l'ARH portant habilitation des établissements). Un centre en Sud Bretagne et un en Nord Bretagne seraient souhaitables.

✓ *Implantation et suivi des défibrillateurs cardiaques*

- **L'implantation des défibrillateurs automatiques** ne peut s'envisager que dans le cadre de la réglementation et des recommandations de la SFC.
Cette activité sera soumise à évaluation *via* la tenue d'un registre national. Ces implantations qui restent limitées en volume et ne relèvent en aucun cas de l'urgence ne justifient pas de multiplier, pour l'instant, le nombre de centres d'implantation.
La resynchronisation cardiaque peut être associée à l'implantation d'un défibrillateur : ses indications et modalités de prise en charge connaîtront d'importantes évolutions à moyen terme, ce qui justifie une évaluation régulière des besoins sur le plan régional.
- **Le suivi des patients implantés**, même s'il s'est beaucoup simplifié au cours des dernières années et qu'il est susceptible d'évoluer rapidement (« télésurveillance »), risque de constituer à terme une charge importante de travail. Les récentes recommandations de la SFC définissent les conditions, notamment en terme de compétence médicale d'un « centre de suivi ». Pour respecter les impératifs en terme de volume d'activité, un regroupement du suivi au niveau d'un centre départemental (intersectoriel) est nécessaire. Dans chaque centre, les médecins référents seront identifiés, formés à ce suivi et travailleront en étroite collaboration avec les centres d'implantation.

Compte tenu de l'activité actuelle dans le domaine de la défibrillation, seuls les CHU remplissent les conditions requises pour l'implantation des défibrillateurs (cf. arrêté du directeur de l'ARH portant habilitation des établissements).

La création de centres départementaux de suivi est souhaitable. Particulièrement évolutif, ce domaine d'activité nécessite un suivi régional régulier.

La filière de prise en charge des cardiopathies congénitales chez l'enfant et l'adulte

L'organisation doit assurer une prise en charge optimale de ces pathologies, en utilisant au mieux des compétences qui sont et resteront rares (cf. recommandations chapitre 3.4).

Elle repose sur :

✓ *Une graduation des soins en trois niveaux :*

- **Niveau sectoriel (ou inter-sectoriel)** avec identification de référents locaux publics ou libéraux, qui ne sont pas des cardio-pédiatres, mais des cardiologues ou, plus rarement, des pédiatres formés à l'échocardiographie fœtale et pédiatrique, et capables d'assurer avec une bonne fiabilité le diagnostic ante- et néonatal. Ces référents locaux devraient aussi participer au suivi des cohortes de patients.
- **Niveau régional**, avec un ou deux centres de référence disposant de cardio-pédiatres capables d'assurer :
 - une expertise de troisième niveau en échocardiographie fœtale,
 - la prise en charge néonatale des enfants chez qui a été détectée une cardiopathie sévère. Elle doit impérativement se faire en lien avec une maternité de niveau III,
 - le traitement interventionnel ou chirurgical des malformations qui n'ont pas nécessité de correction en période néonatale, chez l'enfant ou l'adolescent,
 - le suivi des cohortes de patients (enfants, adolescents et adultes) atteints de cardiopathies congénitales corrigées ou non corrigées, en lien avec les référents locaux.
 Si le CHU de Rennes peut répondre à l'ensemble de ces missions, il est probable que le CHU de Brest se limitera aux deux premières et à la quatrième.
- **Niveau interrégional** (voire national), pour la prise en charge des urgences chirurgicales pré- ou néonatales. Les conventions entre le ou les centres de référence régionaux et ce centre interrégional devront être précisées, incluant les conditions de transfert et l'accueil des familles.

✓ *Un fonctionnement en réseau régional des différents acteurs*

- favorisant le transfert anténatal des cardiopathies congénitales présentant un risque hémodynamique, de préférence vers le centre régional de référence (Rennes), en particulier pour les traitements de cathétérisme interventionnels de l'enfant, et vers un centre d'Ile de France si une chirurgie néonatale précoce est envisagée. Une telle organisation suppose la définition de protocoles entre les CHU de Brest et de Rennes,
- privilégiant le transfert d'images échocardiographiques en ligne, autorisant l'expertise régionale sans transfert,
- impliquant :
 - l'amélioration des transports médicalisés néonataux et pédiatriques,
 - le renforcement des moyens des centres experts en personnel médical et non médical et de former, à l'échelon des secteurs sanitaires des cardiologues (ou des pédiatres),
 - dans la mesure du possible, l'accompagnement, en matière d'hébergement, des familles dont les enfants ont été transférés,
 - l'évaluation de cette activité, évaluation sans doute simple dans la mesure où les acteurs concernés sont peu nombreux.

L'insuffisance cardiaque chronique

Chez le **sujet âgé**, selon les recommandations communes de la Société française de gériatrie et de gérontologie et de la Société française de cardiologie (cf. recommandations chapitre 3.5), la prise en charge de l'insuffisance cardiaque a pour objectif général :

- d'améliorer la qualité de la vie,
- de réduire la mortalité,
- de réduire le nombre et la durée des hospitalisations.

Au-delà des thérapeutiques médicamenteuses et interventionnelles (cf. chapitre 2.2.2), elle s'appuie sur une organisation spécifique permettant :

- une évaluation gérontologique préalable (fonctions cognitives, autonomie, état somatique, contexte de vie, prise en charge médicosociale),
- une prise en charge multidisciplinaire en réseau (généraliste, gériatre, cardiologue, IDE, diététicienne, assistante sociale). Elle a pour objectifs d'améliorer l'éducation du malade et de sa famille, le suivi du traitement et du régime, d'identifier précocément les décompensations. Bien que ne semblant pas avoir d'effet sur la mortalité, elle améliore la qualité de vie et diminue les hospitalisations.

Ce fonctionnement est amené à se rapprocher d'autres réseaux de prise en charge de pathologies chroniques ou de la personne âgée car faisant appel au même type de compétences et d'organisation.

Chez **le malade plus jeune** (moins de 65 ans), la prise en charge peut impliquer :

- la resynchronisation cardiaque (cf. paragraphe 2.2.2.),
- l'assistance ventriculaire (CHU),
- la transplantation cardiaque (cf. schéma d'organisation de la chirurgie cardiaque).

La réadaptation cardio-vasculaire réalisée en hospitalisation complète, de jour ou ambulatoire, selon l'état du patient, est un élément essentiel de la prise en charge (cf. paragraphe 2.2.4).

Enfin la prévention de l'insuffisance cardiaque repose sur une prise en charge précoce et efficace de l'HTA et de l'insuffisance coronarienne.

2.2.3. Une coordination régionale de la réadaptation cardio-vasculaire (RCV)

Le SROS II a permis essentiellement l'augmentation de la capacité d'accueil des 3 centres spécialisés régionaux, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire.

L'amélioration de la prise en charge repose maintenant sur :

- une coordination régionale de la RCV à partir des compétences des centres spécialisés, dans le cadre d'une convention de coopération mise en place en 2004,
- le développement de la RCV ambulatoire de proximité, assurant entraînement physique et prévention secondaire en articulation avec la mise en place de réseaux sectoriels sur le risque vasculaire et l'implication des professionnels libéraux,
- un appui sur les associations d'usagers pour promouvoir la RCV,
- l'harmonisation des pratiques professionnelles dans un but d'optimisation et d'évaluation avec élaboration d'un référentiel commun,
- l'harmonisation du recueil des données du PMSI.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

Elles feront l'objet d'actualisations régulières afin de prendre en compte les publications scientifiques et les recommandations des sociétés savantes.

3.1. CORONAROGRAPHIE ET ANGIOPLASTIE CORONARIENNE

Les recommandations de la SFC concernant « la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaires » (Archives des maladies du cœur et des vaisseaux 2000; 93: 147-158) restent la référence pour :

- la formation des cardiologues,
- l'organisation et le fonctionnement d'un centre de cathétérisme cardiaque,
- l'évaluation des centres,
- les niveaux d'activité :
 - Par médecin, réalisation de plus de 250 coronarographie, plus de 125 angioplasties,
 - Par centre, après 3 ans d'existence :
 - ◆ une activité inférieure à 250 angioplasties est insuffisante pour garantir la sécurité des patients,
 - ◆ une activité comprise entre 250 et 400 est insuffisante. La poursuite de l'activité est possible si la compétence des médecins est reconnue et leur niveau individuel d'activité est conforme aux recommandations avec un fonctionnement en réseau avec les centres à haut niveau d'activité, une évaluation de son activité, la mise en commun de l'expérience des médecins du réseau,
 - ◆ de 400 à 600 angioplasties, l'activité est correcte,
 - ◆ une activité supérieure à 600 angioplasties est satisfaisante, le niveau de sécurité est optimal.

3.2. INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE

Les recommandations régionales sont basées sur les recommandations de la société européenne de cardiologie publiées en 2002 et en 2003. Elles figurent dans le document complémentaire 1 et sont disponibles sur le site Internet de l'ARH.

3.3. TROUBLES DU RYTHME

Les recommandations pour l'électrophysiologie, l'implantation de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques sont celles de la Société Française de Cardiologie :

- Archives des maladies du cœur 1999, 92: 243-51
- Archives des maladies du cœur 2004; 97: 915-919

Electrophysiologie interventionnelle

Ces techniques d'ablation, utilisant le plus souvent comme énergie un courant de radiofréquence, peuvent, schématiquement, se subdiviser en cinq catégories :

✓ *Ablation de la jonction atrio-ventriculaire*

Cette procédure vise à détruire une structure « normale » pour pallier les effets délétères de la fibrillation atriale, lorsque celle-ci ne peut être contrôlée médicalement.

L'approche technique est, en principe, plus simple, car le site d'ablation optimal est habituellement facile à préciser. Néanmoins un abord du cœur gauche peut s'avérer nécessaire.

S'agissant d'un traitement irréversible imposant une stimulation cardiaque permanente, les indications doivent être mûrement réfléchies et individuellement discutées en fonction des autres possibilités thérapeutiques. Elles doivent rester exceptionnelles.

✓ *Ablation du flutter atrial « isthme-dépendant »*

Il s'agit d'indications aujourd'hui validées. Sous ce terme, sont regroupés les flutter atriaux droits dépendant de l'isthme cavo-tricuspidien. Même si l'aspect technique apparaît plus simple, l'évaluation du circuit et du résultat de la procédure repose sur des techniques électrophysiologiques sophistiquées.

✓ *Ablation de la fibrillation atriale*

Il s'agit d'une indication nouvelle des techniques ablatives, complexe sur le plan technique (cathétérisme trans-septal, déconnexion des veines pulmonaires, lésions linéaires) réservée aux équipes hautement spécialisées, même si les indications doivent rapidement augmenter dans un avenir proche. A côté des aspects purement techniques, les coûts (consommables) doivent être pris en considération. L'évaluation de cette technique devrait entrer dans le cadre du programme « techniques diagnostiques et thérapeutiques innovantes et coûteuses » mis en place par la DHOS.

✓ *Ablation des tachycardies jonctionnelles par réentrée intra-nodale ou empruntant une voie accessoire atrio-ventriculaire (incluant le syndrome de Wolff-Parkinson-White)*

Il s'agit de procédures aujourd'hui validées, tant au niveau des indications que des résultats. Ces procédures ne peuvent s'envisager qu'au niveau d'une structure ayant une grande expérience, à la fois pour des raisons d'efficacité (taux de succès > 95 %) et de sécurité (risque de bloc atrioventriculaire).

Elles nécessitent un équipement adapté : baie d'électrophysiologie (12 dérivations minimum), si possible avec gestion informatique des signaux - équipement de fluoroscopie de haute qualité, pour limiter l'irradiation (pour le patient et l'équipe médicale), avec arceau mobile et si possible stockage des images - générateur de radiofréquence avec contrôle de température.

Chaque procédure impose la présence de deux médecins compétents en électrophysiologie et rompus aux techniques d'ablation endocavitaire.

Le personnel « technique » (IDE ...) doit également avoir reçu une formation adaptée.

✓ *Indications « marginales »*

Il s'agit ici de procédures d'ablation réalisées moins fréquemment, techniquement très délicates, qu'il s'agisse des foyers atriaux ectopiques, ou de l'ablation des tachycardies ventriculaires. Ces techniques ne peuvent être envisagées que dans des centres ayant une grande expérience dans le domaine de l'ablation endocavitaire et possédant les équipements d'imagerie (IRM, scanner multibarettes), de cartographie et d'ablation (cryoablation) adaptés.

3.4. CARDIOPATHIES CONGENITALES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Prise en charge néonatale et pédiatrique

- Chaque maternité dotée d'un service de réanimation néonatale et chaque réanimation pédiatrique doit disposer d'au moins 2 médecins formés à l'évaluation hémodynamique échocardiographique.
- Une réorganisation des transports médicalisés du Morbihan est nécessaire pour permettre une prise en charge régionale des cardiopathies qui y sont diagnostiquées (actuellement l'orientation privilégiée se fait vers Nantes).

Suivi des cardiopathies congénitales à l'âge adulte

Il s'agit d'une cohorte de patients dont la prise en charge ne peut se faire que dans une structure cardiologique dotée de matériel spécifique à leur évaluation : suivi des troubles du rythme, explorations fonctionnelles cardio-respiratoires, hémodynamiques et angiographiques. Ce suivi concerne, en raison des spécificités de matériel, les patients adultes mais aussi les enfants, dans le cadre exclusivement des consultations externes et des hospitalisations de jour.

Le groupe de patients adultes représente une activité croissante pour les cardio-pédiatres dits experts (CHU de Brest et Rennes). En effet, ce groupe est numériquement en constante augmentation, leur évaluation se complexifie et devient multidisciplinaire.

Les moyens dédiés, en terme de personnel médical, paramédical et de matériel, seront anticipés.

3.5. INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les recommandations à prendre en compte pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé, sont celles élaborées par la Société française de cardiologie et la Société française de gériatrie et de gérontologie (Archives des maladies du cœur et des vaisseaux 2004 ; 97 : 803-822).

3.6. READAPTATION CARDIO-VASCULAIRE

Les bénéfices de la RCV en tant que prise en charge globale sont démontrés. Diverses sociétés savantes dont la Société Française de Cardiologie ont édité des recommandations sur ses indications et modalités de réalisation. L'offre bretonne est particulière avec 3 centres de référence et 2 structures de proximité actuellement identifiées, ambulatoires. Afin de favoriser l'accès de la RCV au maximum de patients qui le justifient, on peut proposer les critères et indications suivants :

Etablissements de référence :

- Critères géographiques :
 - Patients du secteur sanitaire où est situé le centre de référence,
 - Patients résidant trop loin d'une structure ambulatoire ;
- Critères médicaux :
 - Opérés thoraciques récents (moins d'un mois) ou ayant connu des complications post-opératoires,
 - Transplantés cardiaques depuis moins de 2 mois,
 - Suites de syndrome coronarien aigu avec multiples facteurs de risque et ou problématique socio-professionnelle,
 - Patients ayant fait un infarctus grave, c'est-à-dire laissant une importante séquelle myocardique (insuffisance cardiaque difficile à juguler ou fraction d'éjection du ventricule gauche < 40 %) ou avec des troubles du rythme ventriculaire lorsqu'ils ne sont pas considérés comme une contre-indication,
 - Insuffisants cardiaques récemment stabilisés ;

Structures de proximité :

Elles prennent en charge toutes les autres indications validées (voir Recommandations de la SFC) conciliables avec une prise en charge de proximité.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de ce volet du SROS reposeront :

- d'une part, sur les systèmes d'information hospitaliers :
 - PMSI et CCAM pour l'activité, en particulier pour le suivi des objectifs quantifiés,
 - SAE et fichier ADELI pour les personnels médicaux.
- d'autre part, sur des outils spécifiques :
 - pour les infarctus du myocarde sur les données du registre régional,
 - pour l'implantation des défibrillateurs cardiaques et la stimulation multisites, sur les relevés d'activité et les données des registres nationaux prévus dans la réglementation.
 - pour l'insuffisance cardiaque sur les données d'évaluation des réseaux.

4.2. LES INDICATEURS

Champ	Indicateurs	Source
Mortalité régionale et sectorielle par maladies cardio-vasculaires	Nombre de décès, taux de mortalité, indice comparatif de mortalité	ORSB
Démographie médicale	Nombre et ETP de cardiologues	SAE : personnels hospitaliers publics et privé DRASS : personnels libéraux
Activités interventionnelles sous imagerie en cardiologie	Nombre d'actes global et pour l'angioplastie coronarienne, la stimulation cardiaque conventionnelle, la stimulation multisite, l'implantation de défibrillateurs, l'électrophysiologie interventionnelle et les actes substitutifs à la chirurgie cardiaque	PMSI (CCAM)
Attractivité	Flux de patients au niveau régional, sectoriel, établissement	PMSI
Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC)	Nombre de lits, garde médicale sur place Nombre de RUM, TO, DMS, nombre de séjours pour infarctus aigu du myocarde (en DP), mortalité dans l'unité et dans le séjour	Etablissements (requête spécifique sur PMSI de l'USIC).
Prise en charge des infarctus du myocarde	* Indicateurs de fonctionnement du registre : nombre de participants, centres d'angioplastie, SAMU, services d'urgence, services de cardiologie... * Indicateurs de résultat: Nombre d'infarctus, âge et sexe des patients, délais de prise en charge, taux et méthode de reperméabilisation et résultats, complications, mortalité, dysfonctionnements	Registre régional : rapport annuel d'activité.
Réseaux cardiologiques	Nombre d'établissements adhérents, file active annuelle, nombre de protocoles de soins validés et cible, existence d'un dossier médical commun, recours à la télétransmission de données	Rapports d'évaluation des réseaux.

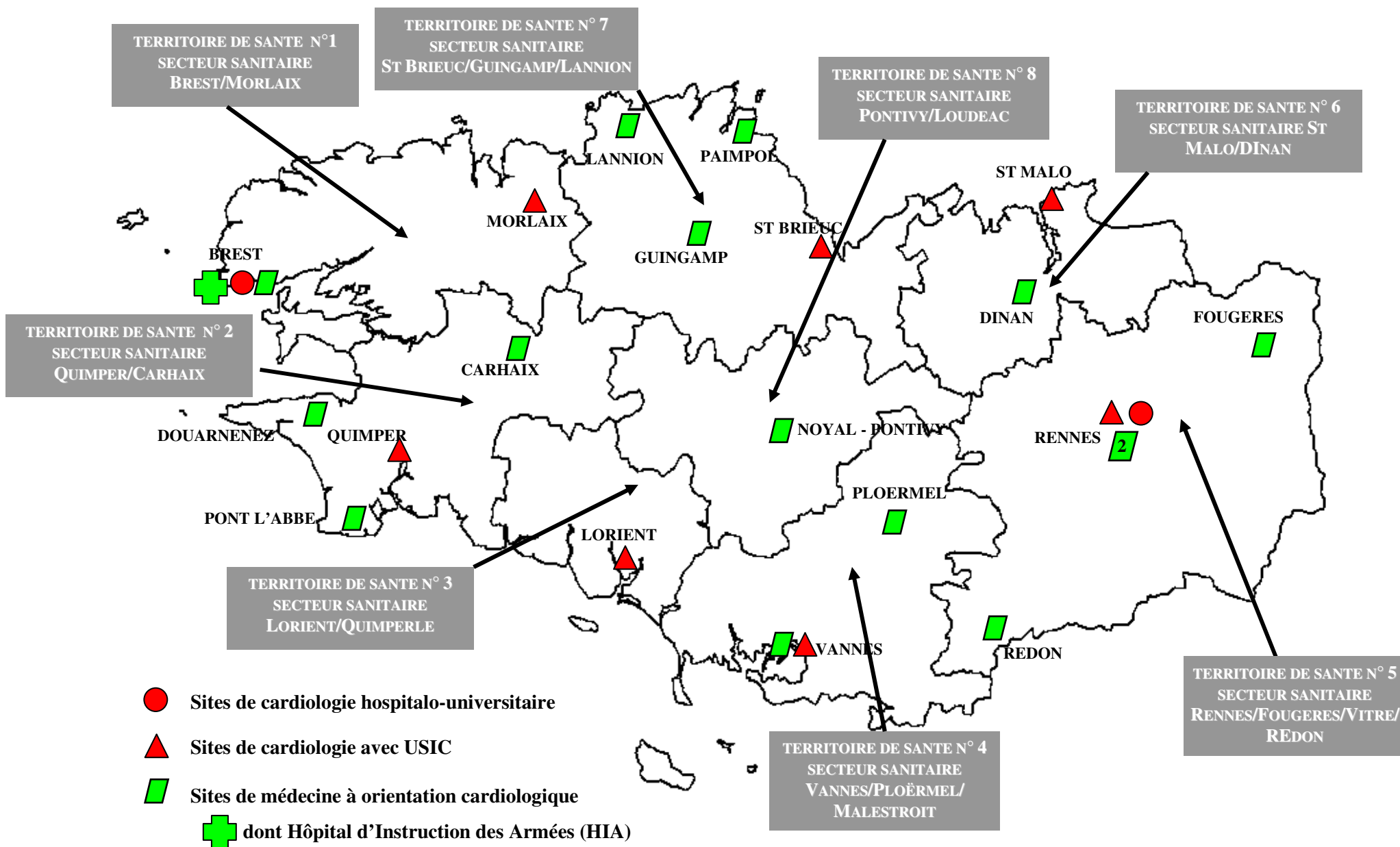
4.3. L'UTILISATION DES INDICATEURS

La composition du COTER a été élargie afin d'assurer une meilleure représentativité territoriale des professionnels et d'intégrer des représentants des usagers.

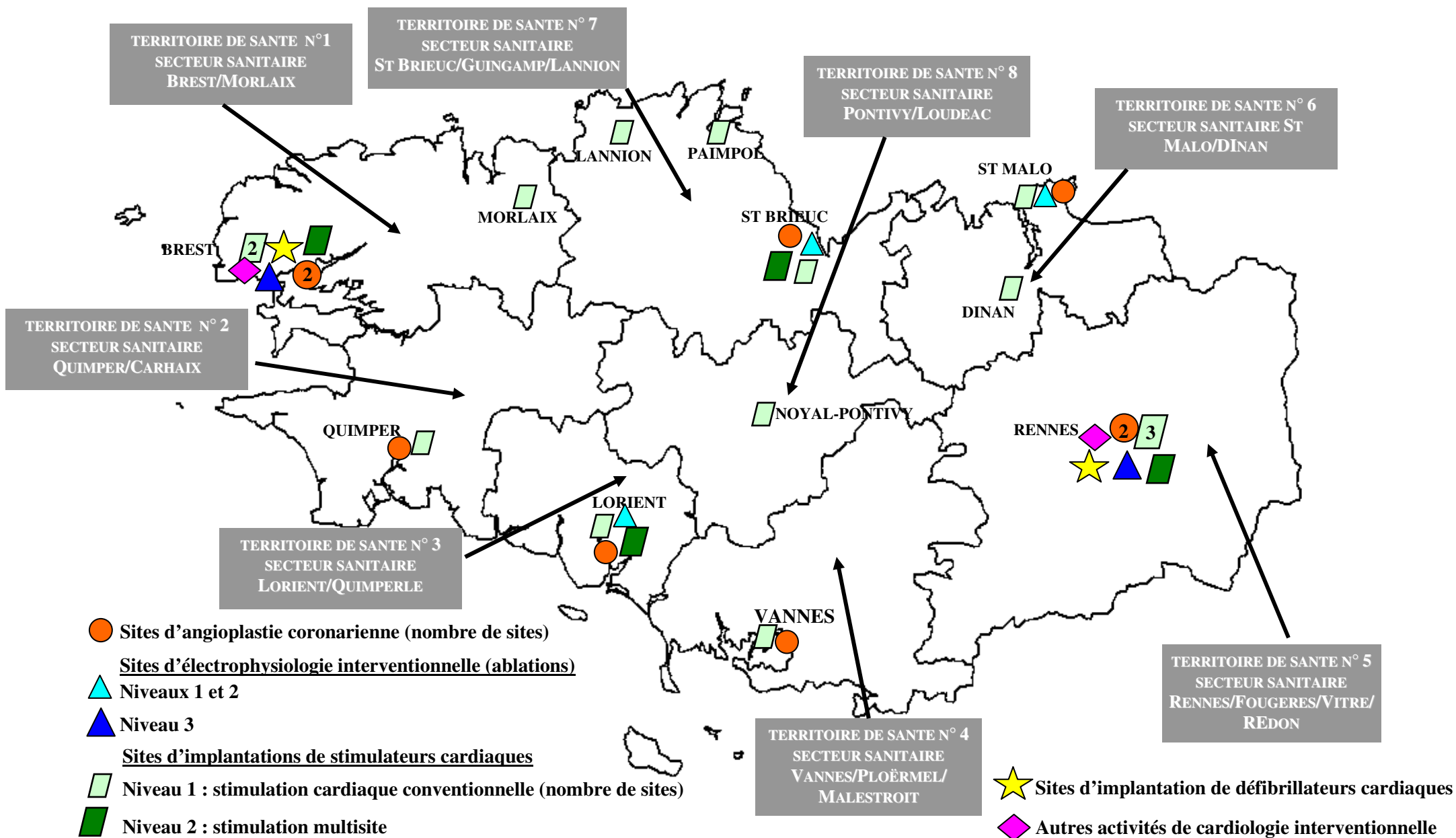
Le rôle du COTER est confirmé en matière de suivi et d'évaluation du volet, avec en particulier, en tant que de besoins, la révision :

- des objectifs quantifiés de cardiologie interventionnelle,
- de la liste des établissements habilités en matière d'implantation de défibrillateurs cardiaques et de stimulateurs multisites.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites et du nombre d'unités de cardiologie hospitalo-universitaire, d'unités de cardiologie avec USIC, d'unités de médecine à orientation cardiologique -- Bretagne/Cible 2010



Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites liés aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie -- Bretagne/Cible 2010



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une perte soudaine et non convulsive des fonctions neurologiques due à un événement vasculaire intracrânien ischémique (85 %) ou hémorragique (15 %).

Parmi les AVC ischémiques, 2 cadres nosologiques ont été individualisés :

- AVC constitué (symptomatologie persistant plusieurs heures avec lésion à l'imagerie),
- AIT, accident ischémique transitoire (symptomatologie clinique durant typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu).

L'AVC représente un problème majeur de santé publique :

- c'est une pathologie fréquente (300 nouveaux cas/an pour 100 000 habitants en France),
- c'est une pathologie grave (50 000 décès/an en France – 3^{ème} cause de décès). En Bretagne, 1 150 décès ont été enregistrés en 2003, soit 11,3 % des AVC hospitalisés,
- c'est une pathologie invalidante (1^{ère} cause de handicap chez l'adulte, 2^{ème} cause de démence, et cause majeure de dépression chez le patient et son entourage),
- c'est une véritable urgence, nécessitant une prise en charge immédiate et pluridisciplinaire spécialisée,
- c'est enfin un coût socio-économique important (coûts directs et indirects – soins et handicap – estimés à 3 milliards €/ an en France).

La thématique des AVC fait l'objet d'un volet spécifique du SROS pour 3 raisons :

- la pathologie AVC a une forte incidence en Bretagne (260 cas/ 100 000 habitants), quoique légèrement inférieure à l'incidence nationale, avec un recours important à l'hospitalisation ;
- c'est un axe de réflexion prioritaire en Bretagne depuis 2002 pour les neurologues et l'ARH ;
- une circulaire DHOS/DGS/DGAS/n° 2003-517 a été publiée le 3 novembre 2003, en complément des travaux et recommandations professionnelles de l'HAS et de la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV). Elle a pour objet de proposer des recommandations pour le SROS, afin d'améliorer l'organisation de l'ensemble de la filière de soins des patients atteints d'AVC.

1. ENJEUX

1.1. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE L'EXISTANT

Un nombre élevé d'hospitalisations liées aux AVC et AIT, concernant une population âgée

En Bretagne, en 2003, les séjours pour AVC¹⁷ représentent **2,2 % de l'activité médicale en court séjour (7 718 patients pour 10 210 séjours) et 6 % des séjours en SSR (4 216 séjours)**.

98 % des séjours AVC sont effectués en établissements publics et PSPH.

- **En court séjour**, 10 établissements ont pris en charge les deux tiers des séjours AVC en Bretagne.

L'âge moyen est de 73 ans. Cependant, 6,3 % des séjours concernent des patients d'âge inférieur à 50 ans, 15,2 % des patients d'âge inférieur à 60 ans.

59 % des patients retournent à domicile, 9 % vont en MCO, 19 % en SSR, 2 % en USLD, et 11,3 % décèdent.

¹⁷ Séjours avec diagnostic principal AVC, au sens PMSI du terme, incluant les séjours chirurgicaux

- En **soins de suite et de réadaptation**, 40 % des séjours sont effectués en services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et 60 % en services de soins de suite. Les établissements des secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » prennent en charge 48 % des séjours AVC. La moyenne d'âge est de 69,5 ans. Concernant la provenance, 44,5 % sont mutés d'un service de court séjour du même établissement, 32,5 % sont transférés d'un service de court séjour d'un autre établissement et 21 % proviennent du domicile (vrai ou substitut). La durée moyenne de séjour est de 29 jours (1 à 182 jours). Le score moyen de dépendance est élevé : 60 % des AVC ont une dépendance à l'entrée en soins de suite et de réadaptation (SSR) estimée moyenne, voire majeure. Il reste pratiquement inchangé à la sortie. Les modes de sortie se font vers le domicile dans 71 % des cas (domicile vrai, HAD ou structure médico-sociale), retour en unité de court séjour pour 11 % des patients, transfert en USLD pour 6 % et décès pour 6 % des patients.

Des dysfonctionnements à différents niveaux

- Un retard au diagnostic : les **délais trop longs d'admission et d'accès à l'imagerie** ne permettent pas la mise en œuvre d'un traitement adapté (la thrombolyse, injection visant à résorber le caillot sanguin, doit être réalisée dans un délai de moins de 3 heures après le début des signes cliniques). Toutefois, **le traitement thrombolytique ne concerne qu'une minorité de patients (5 %)**.
- Des insuffisances à tous les niveaux de la filière de soins : d'importantes **disparités de prise en charge sont constatées**, avec une insuffisance quantitative et qualitative en lits dédiés à la prise en charge de l'AVC (en court séjour et en SSR). La dispersion des patients reste encore trop fréquente dans les différentes unités de soins en fonction des places disponibles. **30 % des AVC sont pris en charge en dehors des services de Neurologie**. La prise en charge de l'AVC souffre d'un **manque de lits d'aval en soins de suite et réadaptation**, dont la durée moyenne de séjour en court séjour est l'illustration (11 jours), **mais aussi en aval du SSR**, c'est-à-dire en unités de soins de longue durée (USLD) ou en établissements médico-sociaux pour adultes handicapés. En 2002, une étude auprès des services de médecine physique et de réadaptation et des services de soins de suite gériatriques a montré que **20 % de patients** neurologiques étaient « **en attente de placement** », toutes pathologies neurologiques confondues.

Une inégalité territoriale d'accès aux soins

- En court séjour, le **taux d'attractivité** des structures hospitalières varie selon les secteurs sanitaires de 60 % (population AVC domiciliée sur le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac ») à 96 % et 97 % (respectivement secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon »). Le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » n'est pas autonome.
- Le **taux de fuite** hors région AVC est faible (4 %), et concerne surtout les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon ».
- En SSR, le **taux d'attractivité** des établissements varie, selon les secteurs sanitaires, de 65 % à 95,5 %.

Il est également noté :

- une inégalité de répartition territoriale de l'offre de SSR ;
- une inégalité de prise en charge selon l'âge, avec perte de chance pour les patients âgés ;
- une insuffisance des alternatives à l'hospitalisation complète en SSR ;
- un cloisonnement des différents dispositifs hospitaliers sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires, avec absence de filière complète et coordonnée.

L'offre de soins médicale est faible

Malgré les 63 neurologues, les 106 médecins de Médecine physique et de réadaptation et les 7,5 ETP neuro-chirurgiens (+ 1 interne en neuro-chirurgie) sur les secteurs libéraux et hospitalier, la démographie médicale neurologique spécialisée ne pourra, sans doute, pas suffire pour la mise en place des unités neuro-vasculaires et la pratique de la thrombolyse du fait du nombre limité de médecins formés au Diplôme universitaire neuro-vasculaire.

L'offre de soins sanitaire et médico-sociale comporte :

- 11 services de neurologie,
- 2 services de neurochirurgie (installés dans les 2 CHU),
- 21 hôpitaux locaux et 1 structure privée,
- Des équipements lourds installés : 33 des 38 scanners autorisés sont installés au 1^{er} mars 2005, et 14 des 17 IRM autorisés,
- 24 réseaux de santé financés en 2004, mais aucun ne couvrant la thématique spécifique AVC. Le réseau Neuro-Bretagne envisage le développement d'un axe neuro-vasculaire.

Une représentation des usagers

Une antenne départementale de France AVC (Association d'aide aux patients et aux familles de patients victimes d'AVC) a été ouverte en octobre 2004 en Ille et Vilaine. Une autre antenne est en cours de formalisation dans les Côtes d'Armor.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

- En Bretagne, l'**incidence** annuelle calculée (projection démographique au 1^{er} janvier 2003) atteint 260 nouveaux cas d'AVC/100 000 personnes, tous âges confondus.
- Selon le type d'AVC, l'incidence annuelle des AIT est de 58,5 nouveaux cas/100 000 personnes ; celle des AVC (hors AIT) est de 201 nouveaux cas/100 000 personnes,
 - *dont incidence annuelle des AVC hémorragiques = 34 nouveaux cas/100 000 personnes,*
 - *dont incidence annuelle des AVC ischémiques = 167 nouveaux cas/100 000 personnes.*
- La **prévalence** annuelle n'est pas connue. Une estimation retenue sur la base de données nationales retrouve 400 à 600 patients/100 000 personnes, tous âges confondus (jusqu'à 1 370 patients prévalents/100 000 habitants, selon des études américaines de 1999).
- **Le vieillissement de la population et l'évolution de la société** sont à l'origine d'une demande accrue de soins et de la nécessité d'une réponse adaptée aux besoins, compte tenu de **l'environnement familial et social, parfois défaillant.**
- **L'évolution des techniques** devrait permettre un meilleur accès à la **neuroradiologie diagnostique et interventionnelle** (imagerie et types d'interventions), une mise en oeuvre de la **thrombolyse**, une place pour la **télé-médecine.**
- L'évolution des pratiques conduira à une **hyperspécialisation médicale** dans ce domaine, et à une prise en charge des AVC pluridisciplinaire et multiprofessionnelle.
- Ces évolutions vont de pair avec un **raccourcissement des durées d'hospitalisation.**
- **Les contraintes financières** pesant sur l'Assurance Maladie et la mise en oeuvre de la tarification à l'activité imposent d'ores et déjà de rechercher de meilleures organisations.

1.3. LES ENJEUX

Ils sont centrés sur :

- **L'amélioration du circuit du patient** victime d'AVC. Quand il existe un service de neurologie, il est souhaitable que la filière spécifique de prise en charge de l'AVC s'organise à partir de ce service. Il existe des données concordantes qui montrent des avantages indiscutables de ces filières en termes de mortalité, de déficit résiduel, de durée de séjour et donc de coût.
La mise en place d'unités neuro-vasculaires entraîne une diminution de 20 % des décès et de 20 % des handicaps séquellaires d'un AVC.
- **La nécessaire articulation entre la ville et l'hôpital.**

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

La réflexion sur les AVC s'articule nécessairement avec celle menée sur les autres volets thématiques du SROS, en particulier Urgences, Médecine, Personnes âgées et SSR, et avec les travaux de la Commission mixte du risque vasculaire.

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Relatifs à la Santé Publique

La loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique a pour objectif, concernant les AVC, de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées.

2.1.2. Relatifs à l'organisation des soins

L'objectif général du SROS vise à garantir :

- une exigence accrue de la qualité des soins,
- une graduation des soins au sein des différents territoires de santé,
- une articulation organisée avec le secteur ambulatoire et le secteur social et médico-social.

2.1.3. Relatifs aux orientations stratégiques régionales

A chaque étape, **un raccourcissement des délais** de prise en charge est à rechercher : le traitement thrombolytique doit pouvoir être entrepris dans les 3 heures qui suivent l'AVC, pour les patients qui en relèvent.

Les axes prioritaires, destinées à susciter des modifications/ adaptations de l'offre de soins sont les suivantes :

- Affirmer la prise en charge urgente des AVC et des AIT et l'accès, 24 h/ 24, à l'imagerie ;
- Assurer une graduation des soins en distinguant 2 niveaux de prise en charge :
 - les unités neuro-vasculaires (UNV).
 - l'hospitalisation de proximité, pour les sites sans UNV, mais inclus dans la filière régionale de prise en charge des AVC.
- Formaliser les partenariats avec les services de neuro-chirurgie, la réanimation et les unités de surveillance continue (USC).
- Favoriser et augmenter l'accès à la rééducation et aux soins de suite :
- Préparer la sortie du patient et son retour à domicile.
- Organiser le suivi du patient retourné au domicile, afin d'éviter des réhospitalisations : mission de l'équipe mobile, en lien avec les acteurs Ville/ Hôpital concernés.

Pour améliorer la prise en charge des AVC, la priorité doit être donnée aux moyens, via la structuration de l'encadrement médical et paramédical (IDE, aides-soignantes, orthophonistes, kinésithérapeutes, neuropsychologues) préférentiellement à des innovations technologiques.

2.2. LE DISPOSITIF D'ORGANISATION

Le SROS doit privilégier une prise en charge **graduée** et **coordonnée** des patients AVC, en conciliant au mieux **qualité** et **proximité** des soins. Les soins ne peuvent atteindre leur pleine efficacité que s'ils s'inscrivent dans une **filière de soins structurée et dédiée**.

2.2.1. Raccourcir les délais de prise en charge

Améliorer le dispositif d'alerte

- En informant la population
L'objectif est de reconnaître et d'identifier les premiers signes cliniques.
Le réflexe est d'appeler le Centre 15 et d'hospitaliser tous les AVC.
- En sensibilisant les médecins : médecins généralistes, neurologues, maisons médicales de garde.
L'objectif est de joindre le Centre 15 avec un n° d'appel unique.
Les appels directs aux médecins doivent être réorientés vers le Centre 15.
- En organisant les relations et collaborations avec le Centre 15.
L'objectif est d'obtenir une harmonisation des réponses des permanenciers et régulateurs.
La liste des sites AVC identifiés dans le SROS sera mise en annexe du référentiel et des protocoles.
Dès réception de l'appel, le Centre 15 activera la procédure thrombolyse en place dans l'UNV de ce secteur.

Faciliter l'acheminement

- En utilisant le mode de transport le plus rapide et le plus adapté, selon les propositions du Centre 15 (transport non médicalisé, si le délai d'arrivée aux urgences est plus rapide par ce moyen).
- En améliorant les jonctions SAMU-SMUR ou SMUR-SMUR (cf. volet « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins »).
- En dirigeant, sauf exception, vers l'établissement le plus proche disposant d'une UNV (de manière systématique, s'il s'agit de patients jeunes de moins de 65 ans, et lorsque le délai de réalisation de la thrombolyse est inférieur à 3 heures).
- Sinon, en dirigeant vers un établissement ayant une activité d'accueil et de traitement des urgences identifiée dans le SROS.
- Si nécessité, en admettant directement dans une unité de soins intensifs, ou dans une unité de réanimation, selon l'état du patient.

Améliorer l'accueil et l'orientation en urgence

- En sensibilisant l'infirmière d'accueil et d'orientation du service d'urgence à la prise en charge spécifique des AVC.
- En reconnaissant la place majeure des urgentistes.
- En requérant, sur demande de l'urgentiste et dès l'admission aux urgences, un avis neurologique.
L'appel au neurologue se fait selon le protocole local mis en place.
Le neurologue pose l'indication de la thrombolyse, qui peut être démarrée aux Urgences.
- En demandant un avis neuro-chirurgical, si nécessaire.

Le développement des systèmes d'information et de communication est recommandé : les accès à la télémédecine seront favorisés vers les sites dont l'offre spécialisée neurologique ou chirurgicale sera incomplète.

Permettre l'accès à l'imagerie pour tous les patients concernés

- En exigeant un plateau technique minimal pour l'établissement receveur : IRM ou à défaut scanner. L'examen doit être réalisable 24h/24 et tous les jours de l'année, dans un délai inférieur à 1 heure suivant l'admission.
Le doppler, l'échodoppler et/ou l'angio-scanner sont réalisables dans les 48 heures.
Les tableaux de garde ou d'astreinte des neurologues, des radiologues et des manipulateurs sont accessibles à tous les intervenants dans l'établissement.
- En recherchant des modalités de coopération avec les radiologues libéraux.
- En favorisant le délai le plus court pour la prise en charge des AIT (bilan clinique et examens) en milieu hospitalier ou en cabinet libéral si le délai est plus rapide.
- En facilitant la télétransmission des images et la lecture à distance.

2.2.2. Regrouper les patients dans des unités identifiées

Organiser la graduation des soins en deux principaux niveaux de prise en charge par secteur sanitaire

✓ L'unité neuro-vasculaire (UNV)

L'UNV est le lieu privilégié pour admettre en urgence des patients susceptibles de bénéficier de la thrombolyse, pour assurer la surveillance tous les jours de l'année, et pour accueillir les AVC non récents pour bilan étiologique, traitement et adaptation du traitement. Sauf exception, les patients de moins de 65 ans y sont systématiquement dirigés.

Ses **missions** s'inscrivent dans l'organisation de la filière de soins :

- en amont (protocoles avec Centres 15, services d'urgence et plateaux techniques d'imagerie; liens avec les unités de proximité identifiées dans le SROS).
- en aval (retour au domicile ou dans l'établissement d'hébergement ; transfert vers une unité de médecine physique et de réadaptation, ou vers une unité de soins de suite).

L'UNV assure 24 h/24, tous les jours de l'année, une prise en charge standardisée, spécialisée et globale des AVC, incluant le diagnostic précis et précoce, les soins à la phase aiguë, la mise en route du traitement spécifique, la prévention et le traitement des complications, la proposition d'orientation adaptée en MPR ou en soins de suite.

L'UNV est le lieu de réalisation de la thrombolyse : l'indication est validée par le neurologue ou par un médecin ayant une compétence en neuro-vasculaire (DU)¹⁸, éventuellement *via* la télé-médecine.

Cependant, si le délai s'avère plus court, la thrombolyse peut être débutée aux Urgences par des urgentistes formés, ou en Réanimation, ou en unité de soins intensifs.

L'UNV participera à la prévention secondaire du risque vasculaire.

L'organisation et le fonctionnement de l'UNV sont précisés :

- C'est une unité individualisée, localisée dans un service ou pôle de neurologie, et regroupant des lits et une équipe **dédiés** à la prise en charge des AVC.
- L'UNV comporte 2 sortes de lits :
 - Aigus, lits regroupés géographiquement dans l'unité, et permettant une surveillance rapprochée et un nursing intensif. Lorsque les conditions techniques de fonctionnement sont conformes au décret n° 02-466 du 5 avril 2002, ces lits correspondent à une unité de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV).
 - Subaigus (suites thérapeutiques immédiates et mise en route du projet médico-social).

¹⁸ Diplôme universitaire

- ◆ Le plateau technique est accessible prioritairement 24h/24.
- ◆ Les modalités d'organisation et de fonctionnement interne à chaque structure font l'objet de recommandations décrites dans le chapitre 3.

L'unité neuro-vasculaire de référence (UNVR) est une UNV. Elle a un rôle de référence régionale et d'expertise, d'où son rattachement aux CHU. Son organisation et son fonctionnement diffèrent de ceux de l'UNV sur 3 points développés dans le chapitre 3.

✓ *L'Unité de proximité (UP - AVC)*

L'unité de proximité a vocation à accueillir les AVC non pris en charge en UNV, en complémentarité avec les UNV. La prise en charge en UP peut être liée à un éloignement trop important de l'UNV, à un âge trop élevé, à une contre-indication à la thrombolyse, à des comorbidités associées.

Ses **missions** sont définies ainsi :

- L'unité de proximité assure 24h/24 tous les jours de l'année une prise en charge :
 - standardisée (protocoles communs et validés avec l'UNV),
 - globale, incluant le diagnostic précoce, les soins à la phase aiguë, la mise en route du traitement médical, la prévention et le traitement des complications, le projet de réadaptation.
- Elle peut, dans certains cas, assurer la mise en œuvre de la thrombolyse, lorsque le délai d'acheminement d'un patient vers une UNV est jugé trop long. Un avis neurologique préalable est alors nécessaire (directement dans l'établissement receveur ou par convention). La thrombolyse est initiée par un médecin formé (neurologue, cardiologue, urgentiste,...).
- La télémédecine pourra jouer un rôle dans cette organisation.
- Des consultations neurologiques et cardiologiques pour adaptation du traitement et conseil de suivi sont organisées au sein de l'établissement ou par convention avec l'UNV.

L'**organisation** et le **fonctionnement** de l'UP-AVC sont précisés :

- C'est une unité comportant des lits regroupés au sein d'un service ou pôle de médecine (médecine polyvalente, cardiologie, neurologie, médecine gériatrique,...) dans un établissement étant autorisé comme site d'accueil et de traitement des urgences.
- Le plateau technique est accessible prioritairement, 24h/24, tous les jours de l'année. Il comprend au moins un scanner opérationnel.
- Les modalités d'organisation et de fonctionnement interne à chaque structure font l'objet de recommandations au paragraphe correspondant.

Chaque secteur sanitaire disposera d'au moins 1 UNV et 1 UP-AVC, sauf le secteur sanitaire n° 8 (UNV ou UP-AVC). Les établissements doivent être en mesure d'accueillir tous les AVC dans des services identifiés, au besoin en mettant en place en leur sein une UP-AVC en sus de l'UNV.

✓ *Les autres prises en charge*

- L'état clinique du patient peut requérir un avis puis une prise en charge **neuro-chirurgicale** dès l'admission, soit directement dans les 2 CHU si le patient est présent dans l'une de ces structures; soit par l'intermédiaire d'un avis téléphonique neurochirurgical à l'instigation de l'urgentiste ou du neurologue; soit enfin *via* la télémédecine. La prise en charge neuro-chirurgicale fera l'objet d'un volet du schéma interrégional d'organisation sanitaire.
La transmission d'images et la télémédecine pourront faciliter la prise de décision.
- Les indications de prise en charge en unité de **réanimation**, avec ses lits de surveillance continue adossés sont rares et concernent des défaillances mono ou pluri-viscérales.

- D'autres actes que de **neurologie interventionnelle** peuvent être indiqués (cf. volet « Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale »).
- Une prise en charge **chirurgicale** peut être réalisée selon les cas dans les services de chirurgie vasculaire des établissements publics ou privés. Ces services n'ont pas vocation à être identifiés comme des UP-AVC.
- Les **hôpitaux locaux** ne peuvent accueillir des AVC en urgence (diagnostic et traitement), en raison de la nécessité d'un plateau technique spécialisé et d'une équipe multidisciplinaire formée. Par contre, ils prennent une place importante en aval.

Mettre en place les équipes dédiées et formées

Les plans de formation font l'objet de recommandations au chapitre 3.

Promouvoir les complémentarités et le recours aux avis spécialisés

- Des coopérations sont mises en place entre Centre 15/ SAMU/ urgences/ médecins radiologues, neurologues et cardiologues/ USI/ services de réanimation/ services de neuro-chirurgie et de chirurgie vasculaire, dans l'objectif d'harmoniser les réponses à l'urgence, et sont opérationnelles dès l'appel pour AVC.
- Des conventions inter- voire intra-institutionnelles sont établies entre l'UNV sectorielle et l'UP identifiée.
- Les modalités d'accès aux avis des spécialistes seront formalisées au sein des établissements.
- Des consultations MPR seront prévues en service de neurologie, en UNV ou en médecine interne dès la prise en charge en court séjour.
- Des complémentarités avec les services de MPR et autres structures d'aval seront mises en place (consultations, équipes mobiles de rééducation, partenariat inter-institutionnel).
- La télémédecine peut jouer un rôle dans cette organisation.

Préparer le retour à domicile

La préparation du retour à domicile doit être envisagée dès l'admission en court séjour, en particulier par un bilan social, du comportement et de l'état psychologique. Elle fait l'objet de recommandations développées dans le chapitre 3.

2.2.3. Permettre l'accès du plus grand nombre de patients à une prise en charge rééducative, et favoriser le retour à domicile

Identifier, et développer si nécessaire, des lits et/ou places de MPR et de soins de suite pour les patients victimes d'AVC

- L'orientation du patient vers la structure la plus adaptée sera faite sur avis du médecin MPR au cours de la prise en charge en court séjour, afin d'admettre en médecine physique et de réadaptation et en soins de suite neurologiques au moins 50 % des AVC.
- Au moins un service ou un établissement de MPR développant ce type de prise en charge est identifié par secteur sanitaire. Il assure le rôle de pivot entre le court séjour, les soins de suite, les établissements médico-sociaux et le dispositif ambulatoire.
- Une capacité d'accueil en soins de suite neurologiques est réservée au sein des services de soins de suite polyvalents ou de soins de suite gériatriques dans chaque secteur sanitaire, voire territoire de proximité, pour les patients ne pouvant supporter une rééducation intensive.

Donner leur place aux hôpitaux locaux

L'hôpital local est au carrefour du médical, du social et du médico-social. Il permet la poursuite d'une hospitalisation lorsque l'état du patient n'est pas encore stabilisé et nécessite la poursuite de la rééducation/ réadaptation fonctionnelle, à proximité du domicile ou du lieu de vie. Il peut également assurer des soins de longue durée. Il participe au retour à domicile des patients en liaison avec les professionnels de santé locaux.

Prévoir des places pour AVC au sein du dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD)

- L'HAD permet la poursuite de la rééducation/ réadaptation en diminuant la durée de l'hospitalisation et en facilitant le retour à domicile, pour des patients dont l'état est stabilisé.
- Elle nécessite une coordination des divers professionnels médicaux et paramédicaux de l'hôpital et de la ville. Un séjour en HAD n'est envisageable qu'avec l'accord du patient, mais aussi celui de ses proches.

Identifier des lits pour AVC dans les unités de soins de longue durée

Le nombre de ces lits à caractère sanitaire étant limité, les admissions sont à réserver en priorité à des patients nécessitant une poursuite de soins techniques importants.

Développer la coordination des actions et intervenants

- Une complémentarité entre MPR et soins de suite polyvalents/ gériatriques est recherchée par l'intermédiaire de conventions de service à service entre soins de suite et USLD, y compris pour les patients âgés de moins de 60 ans.
- Un décloisonnement sera effectif entre les services ou unités de MPR et les services de soins de suite en permettant des transferts de patients de l'un à l'autre, selon l'évolution clinique du patient et les modifications de ses besoins en temps de rééducation.
- Des conventions et complémentarités seront mises en place entre les hôpitaux locaux et les services de Médecine, les professions de santé libérales, l'UP-AVC, l'UNV et les services sociaux.

Organiser, anticiper le retour à domicile

En s'inspirant de la conférence de consensus de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) du 29 septembre 2004 : sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuro-psychologique :

- préparer la sortie par un bilan social, du comportement et de l'état psychologique,
- favoriser la mise en place d'une équipe mobile de préparation et de suivi du maintien à domicile, afin de développer un pôle d'évaluation spécifique AVC par secteur sanitaire et entre les établissements du même secteur.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE ET ACCUEIL

- Une **plaquette d'information** de la population visant à reconnaître le caractère d'urgence et à améliorer le dispositif d'alerte sera à élaborer, en collaboration avec les médecins neurologues, et à diffuser après la publication du SROS, en cohérence avec les autres volets du SROS (urgences en particulier). Une première plaquette, éditée par France-AVC 35, est en cours de diffusion auprès des patients.
- Un **courrier de sensibilisation** devra être adressé à tous les médecins généralistes pour promouvoir l'appel direct au Centre 15 avec un numéro d'appel unique.
- Un **règlement intérieur** de fonctionnement et un **référentiel de réponse téléphonique** seront à élaborer conjointement entre les urgentistes et les neurologues.
- Des **protocoles conjoints neurologues/ Centres 15** devront porter sur les interventions primaires et les transports, et comporter, en particulier, la conduite à tenir devant des AIT.
- Des **protocoles conjoints neurologues/urgentistes** devront être élaborés pour optimiser la prise en charge et l'orientation des AVC et des AIT et les procédures d'hospitalisation.
- Des **formations** seront à généraliser autant que de besoin pour les neurologues (DU de pathologie neuro-vasculaire) et le personnel paramédical (IDE coordinatrice du Service d'accueil et IDE des services).

3.2. PRISE EN CHARGE EN COURT SEJOUR

- **L'organisation et le fonctionnement des UNV au sein de chaque structure devront répondre aux conditions suivantes :**
 - **L'activité minimale sera de 400 séjours par an**, sur la base d'un ratio de 1 lit aigu pour 3 à 4 lits subaigus.
 - **Fonctionnement médical** : l'UNV devra être placée **sous la responsabilité d'un neurologue formé** et ayant l'expérience de la prise en charge des pathologies neurovasculaires, ou à défaut, sous la responsabilité d'un médecin non neurologue, titulaire du DU de pathologie neurovasculaire ou reconnu compétent. L'équipe médicale devra être composée **d'au moins 3 neurologues**. La permanence des soins sera alors assurée par une **astreinte médicale** opérationnelle ou une permanence médicale. Un partenariat sera recherché avec d'autres médecins (neurologues autres, cardiologues, urgentistes,...) pour assurer cette permanence des soins.
 - L'intervention 24h/24 de **médecins de plusieurs spécialités** sera organisée au sein de l'établissement de santé ou par convention. Elle pourra concerner les médecins neurologues, radiologues, cardiologues, angéiologues, réanimateurs, biologistes, les chirurgiens vasculaires, neurochirurgiens et les gériatres.
 - **Fonctionnement paramédical** : l'équipe paramédicale sous la responsabilité d'un **cadre infirmier** devra comporter des infirmiers et aides-soignants dédiés, des orthophonistes, neuropsychologues, assistantes sociales et kinésithérapeutes disponibles pour l'UNV, si besoin par mutualisation.
 - **Les ratios de personnel souhaitables** pour une unité neurovasculaire de 30 lits, sur la base de 6 lits aigus et 24 lits subaigus sont, en équivalent temps plein (ETP), de 3 neurologues, 1 cadre paramédical, 3,9 infirmier(e)s (IDE) et 6,3 aides-soignants (AS) présents le jour et 2 IDE et 3,15 AS présents la nuit; 2 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 2 psychologues (1 psychologue clinicien et 1 neuropsychologue), 0,5 assistante sociale, 0,5 secrétaire.

- **L'équipement** d'une UNV devra comporter :
 - ◆ Pour les lits aigus : un module de surveillance ECG par lit avec enregistreur automatique et système de stockage de 24 heures au moins, ou répéteur central par câble ou télémetrie, 1 module de mesure non invasive de pression artérielle par lit, 1 saturomètre pour 2 lits, des lits à hauteur variable, des fluides médicaux -O2- vide, 1 ECG 3 pistes, 1 chariot avec matériel de réanimation d'urgences et 1 défibrillateur externe, des seringues auto-pousseuses et des pompes à perfusion, des pompes à alimentation entérale, 1 appareil de doppler continu, et de doppler transcrânien.
 - ◆ Pour les lits subaigus : des lits à hauteur variable, des fluides médicaux -O2- vide.
- Les caractéristiques de fonctionnement de l' **UNVR** seront superposables à celles de l'UNV, sauf sur 3 points : accès en urgence à l'IRM indispensable, permanence médicale assurée par des neurologues 24h/24, et unité sous la responsabilité d'un neurologue formé, ayant l'expérience de la prise en charge des pathologies neurovasculaires.
- En collaboration avec l'UNVR, l'UNV sera aussi un **lieu de formation** des médecins -autres que neurologues- (urgentistes, cardiologues, généralistes libéraux,...), et des équipes paramédicales impliqués dans la prise en charge des AVC, de stage pour les internes, de recherche clinique.
- **Les recommandations concernant la mise en place des UP-AVC sont les suivantes :**
 - L'activité minimale sera de 100 séjours par an (soit l'équivalent de 4 à 5 lits).
 - L'Unité de proximité AVC devra disposer d'un référent médical praticien hospitalier -si possible neurologue- d'un référent paramédical -cadre infirmier- et de moyens complémentaires en aides-soignantes, kinésithérapeutes. Ces référents seront les garants du respect des protocoles validés et coordonneront l'activité neuro-vasculaire avec les différents intervenants médicaux spécialisés. La permanence des soins sera assurée par l'astreinte médicale opérationnelle ou la garde 24h/ 24 de l'établissement.
- **La mise en place des équipes dédiées et formées devra être effective par :**
 - La recherche de redéploiements internes dans les établissements pour assurer au sein de l'UNV et de l'UP-AVC des ratios de personnel paramédicaux compatibles avec les recommandations de ce volet.
 - L'identification de l'UNV et/ou de l'UP-AVC dans le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
 - Un plan de formation : DU neuro-vasculaire, ou compétence reconnue pour les neurologues et tous les médecins impliqués dans la prise en charge aiguë des AVC. Pour le personnel paramédical, des formations devront être prévues dans le plan directeur.
 - L'organisation régionale par l'UNVR d'un réseau de formation continue partagée (protocoles validés, thrombolyse), auquel participera l'ensemble des professionnels de la filière AVC.
- **La préparation de la sortie du patient** est développée dans le paragraphe 3.3.

3.3. PRISE EN CHARGE EN AVAL

- **L'organisation interne des soins de suite et de réadaptation dédiés aux AVC** devra répondre aux conditions suivantes :
 - Les structures ou services MPR identifiés sont ceux qui ont au moins un tiers de leur activité orienté vers les pathologies neurologiques au premier rang desquelles l'AVC.
 - Les lits identifiés AVC au sein des soins de suite polyvalents seront d'au moins une dizaine par secteur sanitaire.
 - La mobilisation de compétences complémentaires (temps d'orthophonistes, diététicienne, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute,...) est souhaitable, selon des ratios d'encadrement décrits dans le volet « Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelles ».

- **Le développement d'outils de coordination** sera favorisé sous la forme de :
 - Logigramme d'orientation des patients ;
 - Fiche d'admission commune en SSR ;
 - Gestion par territoire des demandes d'admission ;
 - Evaluation médico-sociale des patients ;
 - Evaluation de la mise en œuvre de la coordination.
- **La prise en charge en hôpital local**, telle que préconisée par la circulaire du 28 mai 2003, impliquera la mise en place d'un plateau de réadaptation fonctionnelle adapté aux besoins de la population, de compétences en Médecine physique, en kinésithérapie, et de temps mutualisés d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.
- **Le retour à domicile** devra être préparé à l'aide de protocoles ayant trait à l'information des malades, de leur famille, des médecins généralistes. Un entretien avec le patient et son entourage sera organisé, ainsi que la visite du domicile, des contacts avec l'assistante sociale, des liens avec les partenaires du maintien à domicile (libéraux, SSIAD, CLIC, équipes mobiles de gériatrie, prestataires de services techniques, associations de maintien à domicile). Pour assurer le suivi des patients, une consultation neuro-MPR sera programmée au moins pendant la 1^{ère} année.
- **La réflexion sur la coordination régionale de la filière AVC** aura lieu dans le cadre du réseau Neuro-Bretagne.

3.4. AUTRES RECOMMANDATIONS

- L'amélioration de la qualité des soins devra inclure l'élaboration de protocoles pour les soignants, et la diffusion de fiches techniques (conduite à tenir face à la douleur physique et morale, à la dénutrition, à la déshydratation, aux troubles de la déglutition, à la prévention des escarres, aux rétractions tendineuses,...).
- Une réflexion sur la mise en place de la télémédecine et sur la qualité du recueil des informations PMSI et SAE, tant au niveau régional que sectoriel, sera engagée pendant la durée du SROS.
- La prévention secondaire des AVC devra comprendre l'éducation thérapeutique, en lien avec les neurologues, par le biais de consultations de prévention du risque vasculaire.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'évaluation de l'organisation, du fonctionnement et des pratiques au sein des différentes structures doit être un axe prioritaire du SROS. Cette évaluation permettra d'améliorer de façon qualitative l'offre de soins et la prise en charge des patients victimes d'un AVC. Au préalable, il faudra s'assurer que les moyens nécessaires au traitement et à l'exploitation des informations à recueillir sont disponibles.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du volet AVC portent sur l'offre de soins et sur l'activité développée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé « secteur sanitaire ». Ils sont élaborés à partir des sources d'informations suivantes :

- Données PMSI MCO et SSR ;
- Statistiques d'Activité des Etablissements (SAE) ;
- Rapport d'activité des établissements.

4.2. LES INDICATEURS

Les types d'indicateurs retenus sont les suivants :

Indicateurs généraux annuels

- taux d'incidence des AVC au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- taux de décès AVC en court séjour et en SSR,
- taux d'AVC chez les moins de 65 ans.

Indicateurs d'offre de soins

- nombre d'UNV identifiées au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre d'UP-AVC identifiées au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de services ou établissements MPR neurologiques identifiés au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de lits de soins de suite neurologiques identifiés au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de neurologues par UNV,
- ratios de personnel soignant par UNV, par UP-AVC,
- nombre d'équipes mobiles « handicap » au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de places AVC au sein des HAD, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire ».

Indicateurs d'activité

- nombre de séjours AVC non chirurgicaux en court séjour : en UNV, en UP-AVC, dans services autres au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de séjours AVC en MPR, en Soins de suite au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- nombre de thrombolyses au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- durée moyenne de séjour en court séjour : en UNV, en UP-AVC, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- durée moyenne de séjour en SSR : en MPR, en Soins de suite, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »,
- taux de retour à domicile à partir du court séjour, à partir des SSR, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire ».

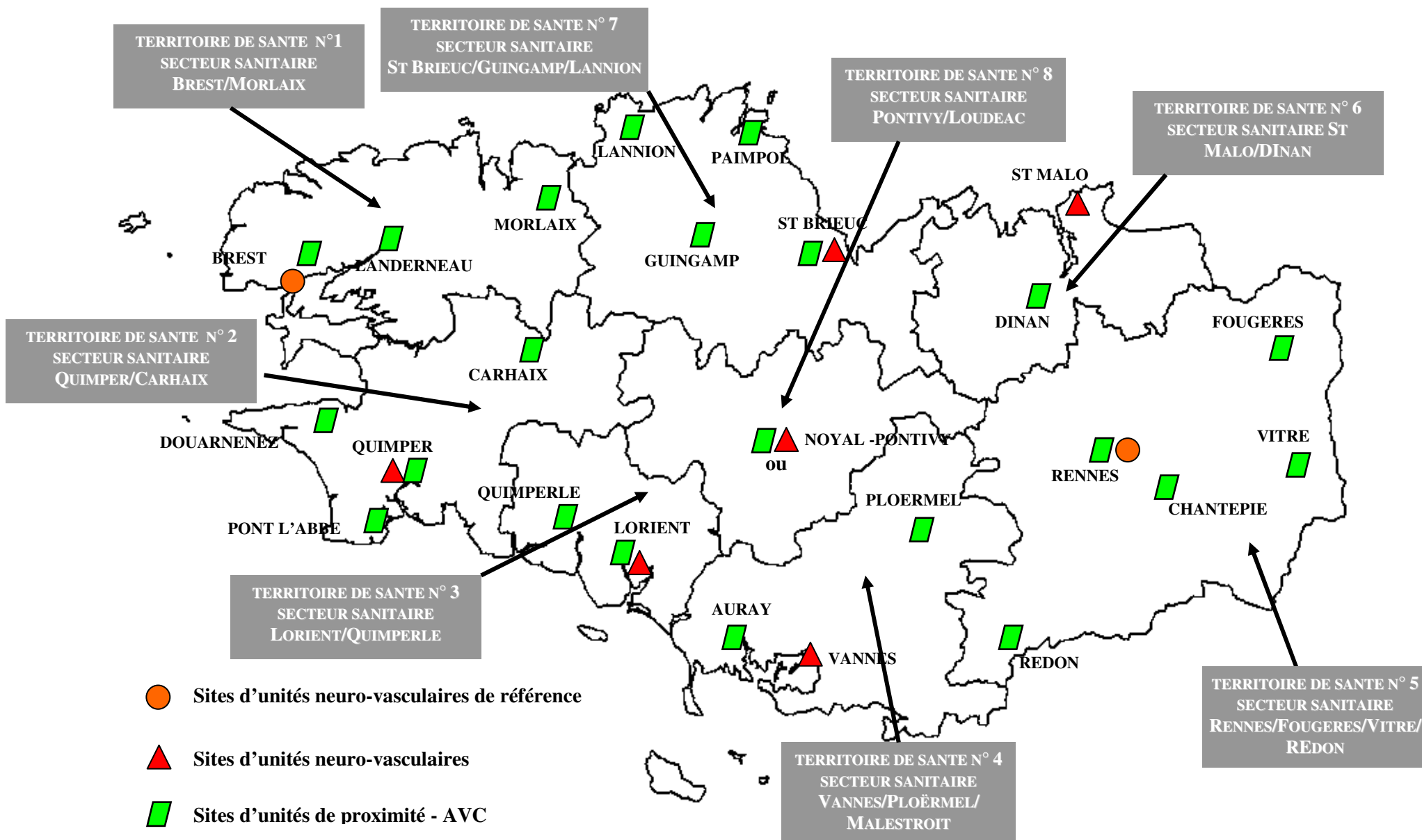
4.3. LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Le pilotage du dispositif est assuré par le COTER qui a pour missions :

- de suivre la mise en œuvre des actions contenues dans le volet,
- de proposer des adaptations de l'organisation sanitaire en fonction de l'évolution des besoins.

Il peut, pour ce faire, mettre en place des groupes de travail pour réaliser des enquêtes ponctuelles d'évaluation permettant d'apprécier l'adéquation de la réponse apportée par la filière AVC aux besoins des malades.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites d'unités neuro vasculaires de référence, d'unités neuro vasculaires et d'unités de proximité – Accidents Vasculaires Cérébraux - Bretagne/Cible 2010



PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

La région Bretagne se caractérise par une prévalence de l'Insuffisance Rénale Chronique dialysée plus basse (prévalence régionale standardisée sur l'âge et le sexe = 356,4 pmh¹⁹) que les autres régions françaises (moyenne nationale = 498,2 pmh). Il en est de même de l'incidence qui est évaluée dans la région à 98 pmh.

Le dispositif de prélèvement d'organe et de greffe rénale permet d'avoir une durée d'attente médiane pour un greffon inférieur à 6 mois et une part importante de patients greffés parmi les patients atteints d'IRC (50 %).

Parmi les caractéristiques principales de la population dialysée, on retiendra un âge médian de 71 ans, une maladie vasculaire ou diabétique comme étiologie principale de la maladie et la présence de facteurs de risques ou d'une co-morbidité associée chez 95 % des patients. La maladie est méconnue ou mal suivie dans près d'un tiers des cas lors de la mise en dialyse.

20 centres d'hémodialyse (dont 3 ne sont pas encore en fonctionnement) implantés dans 14 localités et 1 centre à fonctionnement temporaire, sont autorisés à la date du 1^{er} septembre 2004. Le dispositif est complété par 37 unités d'autodialyse situées dans 32 localités et 10 unités d'entraînement à l'hémodialyse autonome (à domicile ou en autodialyse) qui assurent la prise en charge des patients sur l'ensemble de la région. Les structures en fonctionnement sont accessibles dans un délai de moins de 45 minutes pour 88 % des patients pris en charge en centre et 91 % des patients pris en charge en autodialyse. Le dispositif d'entraînement et de suivi permet de proposer la dialyse péritonéale à l'ensemble des patients de la région, à l'exception des patients des secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé » et « Pontivy/ Loudéac »³ et 8 où la technique est peu ou non développée.

La localisation des différentes structures sur le territoire régional et dans chacun des secteurs est le plus souvent en adéquation avec les domiciliations des patients. Le taux de fuite des patients hors région est quasi nul (2 patients). L'attractivité est un peu plus forte (2 %) essentiellement pour des patients originaires des régions Pays de la Loire et Basse Normandie. Il existe également une bonne adéquation sectorielle entre les lieux de domicile et ceux de la structure de prise en charge ; les secteurs sanitaires « St Malo/ Dinan » et « Pontivy/ Loudéac » sont les secteurs où les taux de fuite, au bénéfice respectivement des secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon », « St Briec/ Guingamp/ Lannion » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » sont les plus importants.

La répartition des patients dans les différentes modalités de traitement est actuellement considérée comme satisfaisante :

- 59,4 % des patients pris en charge en centre d'hémodialyse (57,9 % en moyenne nationale),
- 40,6 % des patients pris en charge en alternative à l'hémodialyse en centre avec :
 - 9,2 % des patients pris en charge en Dialyse Péritonéale (8,7 % en moyenne nationale). Ce pourcentage de 9,2 % de la totalité des patients pris en charge en région Bretagne en DP s'élève à 17,4 % si l'on ne prend en compte que les patients dialysés depuis moins de 6 mois (vs 14,3 % en moyenne nationale),
 - 30,2 % des patients pris en charge en autodialyse (si l'on prend également en considération les patients pris en entraînement [28,3 % en moyenne nationale]),
 - 1,3 % des patients pris en charge en hémodialyse à domicile.

¹⁹ pmh = par million d'habitants

Une place incertaine est à réserver à l'Unité de Dialyse Médicalisée, récemment reconnue par voie réglementaire. Son mode de fonctionnement se rapproche des centres allégés expérimentés dans la région, qui ont tous évolué vers des centres à médicalisation permanente.

Cette répartition dans les différents modes de prise en charge est très variable d'un secteur à un autre et on peut distinguer :

- des secteurs ayant un développement des alternatives supérieur ou égal à la moyenne régionale : secteur sanitaire « Brest/ Morlaix » (46,4 %), secteur sanitaire « Quimper/ Carhaix » (57,8 %), secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » (40,5 %) et secteur sanitaire « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » (44,4 %) ;
- des secteurs ayant un développement des alternatives inférieur à la moyenne régionale : secteur sanitaire « Lorient/ Quimperlé » (15,4 %), secteur sanitaire « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » (34,9 %), secteur sanitaire « St Malo/ Dinan » (33,6 %) et secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » (17,9 %).

La prise en charge en pré-dialyse, la dialyse et le suivi de greffe des enfants sont assurés par les établissements disposant de la compétence de néphrologues pédiatres : à l'ouest de la région, cette prise en charge se fait au centre de Perharidy à Roscoff avec l'appui des services du CHU de Brest et de l'AUB ; à l'est, cette prise en charge est effectuée sur Rennes, conjointement par le CHU et l'AUB, voire par le CHU de Nantes en cas d'hémodialyse prolongée.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

Face à ce constat, les éléments de prospective à prendre en considération concernent tant l'évolution propre de la maladie que celle liée à l'organisation et aux techniques de soins.

1.2.1. Evolution de la maladie

La prévalence et l'incidence de la maladie vont continuer à augmenter avant que les efforts portant sur une amélioration du diagnostic et de la prise en charge précoce puissent avoir un effet sur la stabilisation de l'incidence.

Cette croissance actuellement de + 4 % par an est favorisée par :

- le vieillissement de la population : progression de + 4,7 % des plus de 60 ans dans la région d'ici 2007 quand, dans le même temps, la population totale n'augmentera que de 2 %. Ce sont les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » qui enregistreront les plus fortes progressions (respectivement de + 7,1 et + 6,9 % pour les plus de 60 ans) ;
- l'augmentation de la prévalence du diabète et des maladies vasculaires, étiologies principales des IRC ;
- l'augmentation de la durée de vie des patients en dialyse, liée à l'amélioration des soins et des techniques de dialyse.

1.2.2. Organisation et techniques de soins

Face à cette augmentation croissante de la demande, les principales variables qui vont influencer sur l'offre de soins tiennent à :

- la démographie médicale qui diminuera sur la durée du SROS dans la discipline néphrologique, alors que les exigences réglementaires vont vers une présence permanente sur la durée des séances et que les missions se sont diversifiées (suivi de dialyse, suivi de greffes, consultations de dépistage, prise en charge plus précoce des maladies rénales, développement de l'éducation thérapeutique, organisation des réseaux de soins...) ;

- l'évolution des techniques et des thérapeutiques.

Les dernières années ont été marquées par une évolution des conditions techniques de dialyse permettant la réalisation de séances plus efficaces et mieux supportées.

Ces évolutions portent tant sur le matériel d'hémodialyse que sur la durée et la programmation des séances (dialyse longue nocturne et dialyse quotidienne) ou sur les techniques (hémodiafiltration et hémofiltration). La dialyse péritonéale a également bénéficié de l'introduction des techniques automatisées et de nouvelles formules de dialysat. Des progrès sont également à noter dans les thérapeutiques adjuvantes concernant la correction de l'anémie ou des troubles du métabolisme phosphocalcique.

Si les nouvelles technologies ont permis l'amélioration des matériels et de leur utilisation, elles sont également en passe de modifier les conditions d'organisation des séances en conciliant proximité des structures, expertise néphrologique et sécurisation des soins, grâce à l'utilisation conjuguée de la télé-consultation, la télé-assistance et la télé-transmission des informations.

- Le contexte économique

Le développement d'une activité coûteuse s'inscrit dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Les modalités d'application de la tarification à l'activité (T2A), non encore stabilisées, portent sur l'instauration de 8 forfaits dialyse définis sur les bases d'une tarification à la structure et non à une typologie patients.

Au vu de ces évolutions et de ces contraintes, les enjeux majeurs de la lutte contre l'IRC sont identifiés comme suit :

- Des stratégies de programme visant à réduire le risque vasculaire pour tenter de stabiliser, voire diminuer, l'incidence de l'IRC.
- Des programmes de dépistage et de prise en charge précoce des maladies rénales, complications de maladies vasculaires dont le développement est le plus souvent silencieux. Ces prises en charge précoces, par le contrôle des perturbations cliniques et métaboliques et par la vigilance exercée vis-à-vis de l'utilisation des thérapeutiques néphrotoxiques, permettront de retarder le stade d'apparition de l'IRC justifiant une thérapeutique par épuration extra-rénale.
- Une meilleure identification des missions et des tâches des néphrologues avec un recentrage sur les activités de consultation de dépistage et de prise en charge précoce (consultations *in situ*, avancées ou sous forme d'avis).
- Une réorganisation des activités néphrologiques dans les établissements de santé par le regroupement au sein de pôles d'activité médicale. La constitution de ces pôles devra prendre en compte d'une part, l'intérêt à regrouper les pathologies à risque vasculaire et d'autre part, les avantages à regrouper, au sein d'un même pôle, les pathologies urologiques, les activités de repli des patients en hémodialyse autonome ou en dialyse péritonéale et les activités de suivi de greffes.
- Le maintien des politiques menées jusqu'alors dans la région en matière de développement de la greffe rénale, qui est la priorité en matière de traitement de l'IRC.
- Des stratégies thérapeutiques qui devront accompagner le vieillissement de la population (techniques et lieux de prise en charge à proximité du domicile et adaptés aux modes de vie des patients).
- Une meilleure prise en compte des questions éthiques quant aux bénéfices attendus de la prise en charge qui reste, malgré tout, très lourde et grevée de complications aux grands âges de la vie.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Concernant la santé publique

Dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, les 2 objectifs retenus en matière d'Insuffisance Rénale Chronique sont de :

Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (incidence estimée actuelle de 100 pmh²⁰)

avec les objectifs intermédiaires suivants :

- augmenter le nombre de patients dépistés selon les recommandations édictées par l'HAS ;
- réduire le nombre de patients arrivant au stade d'IRC nécessitant une épuration extra-rénale sans avoir jamais bénéficié d'un suivi néphrologique ;
- faire appliquer les recommandations de l'HAS relatives au dépistage et au suivi des patients diabétiques et hypertendus.

Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes

Les connaissances sur ce sujet ne sont pas actuellement disponibles. La maîtrise de cet objectif passera par un travail préalable de définition des indicateurs reposant sur la mesure objective de la qualité de dialyse et l'indice de satisfaction des patients.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

L'objectif général du SROS est « *d'offrir la meilleure adéquation entre la demande du patient, son état de santé, et le lieu et la technique de prise en charge* ».

La réalisation de cet objectif s'appuiera sur les principes de :

- proximité et de qualité de vie du patient,
- qualité des prises en charge, suivant les recommandations élaborées par les sociétés savantes ou le COTER IRC de Bretagne, et le respect des normes réglementaires de sécurité,
- libre choix du patient.

Il sera tenu compte dans l'appréciation de ces principes :

- de l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge,
- des contraintes liées à la démographie des personnels soignants,
- des contraintes économiques.

Pour mémoire, on rappellera les objectifs en matière de prélèvements et de greffe d'organes :

- pour l'inter-région Ouest : taux de prélèvements de 25 pmh.
- pour la greffe, en l'absence de définition d'objectifs quantifiés, le principe retenu pourrait être le maintien de la proportion de patients dialysés parmi les patients traités pour IRCT (50 %) [prévalence observée de patients traités pour IRCT par dialyse (377 pmh) / prévalence estimée des patients traités pour IRCT -dialyse + greffe- (779,8 pmh)].

²⁰ pmh = par million d'habitants

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

Ils reposent sur l'application des décrets du 23 septembre 2002 et de la circulaire du 15 mai 2003 :

- Les quatre modalités pour assurer l'activité de traitement de l'IRC par épuration extra-rénale (EER) sont : l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, l'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et la dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.
- L'autorisation de mise en œuvre des activités ne peut être délivrée qu'à un établissement de santé disposant au moins des 3 modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile. Cette autorisation pourra être donnée, à titre dérogatoire, à un établissement ne disposant pas des 3 modalités s'il a signé une convention de coopération organisant la prise en charge des patients avec le ou les établissements lui permettant de compléter dans ce sens la diversification de l'offre de soins.
- Les établissements se verront délivrer une autorisation d'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra-rénale et ce sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui fixeront les « fourchettes » d'activités exprimées en nombre de patients.
- Les conditions de fonctionnement ne seront opposables qu'à l'issue d'une période de 3 ans suivant la délivrance de l'autorisation.

L'organisation de l'offre de soins au niveau d'un territoire de santé sera basée sur le principe des coopérations entre les promoteurs des différentes modalités de traitement. Elle s'appuiera sur des conventions de coopération.

2.2.1. Le centre d'hémodialyse

Il se situe au sein d'un établissement de santé permettant l'hospitalisation à temps complet du patient. Le centre accueille des patients adultes ou enfants âgés de plus de 8 ans.

Il comporte au moins 8 postes²¹ d'hémodialyse. Un même poste ne peut accueillir plus de 3 patients par 24 heures.

Le centre doit disposer d'une équipe d'au moins 2 néphrologues. Une présence médicale, néphrologique selon les décrets, ou à compétence néphrologique, est assurée pendant toute la durée des séances d'hémodialyse. L'équipe infirmière comprend, au minimum, un infirmier pour 4 patients et une aide soignante pour 8 patients (ou une infirmière supplémentaire pour 8 patients).

2.2.2. L'unité de dialyse médicalisée (UDM)

Le décret mentionne qu'elle doit être implantée de telle façon qu'« *un médecin néphrologue, sans être habituellement présent au cours de la séance, puisse intervenir en cours de séance, dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité* ». Chaque unité doit comporter au moins 6 postes d'hémodialyse. Chaque patient doit bénéficier d'une visite d'un néphrologue de une à trois fois par semaine. La présence d'au moins une infirmière pour 4 patients est requise.

2.2.3. L'unité d'autodialyse

Ses conditions d'implantation ne sont pas définies. Elle accueille des patients formés à l'auto-prise en charge de leur traitement par épuration extra-rénale. En fonction de la capacité des patients à assurer ou non l'ensemble des gestes nécessaires à leur traitement, il a été distingué l'unité d'autodialyse simple et l'unité d'autodialyse assistée. L'aide à la ponction de la fistule par une infirmière ne contredit pas la notion d'autodialyse simple.

²¹ Un poste est constitué par l'association d'un lit ou d'un fauteuil, d'un générateur d'hémodialyse et d'une arrivée d'eau.

Dans une unité d'autodialyse simple, un générateur est attribué à chaque patient, et le personnel soignant se compose au minimum d'un infirmier pour 8 patients.

Dans une unité d'autodialyse assistée, un poste ne peut servir qu'à deux patients par jour au maximum, et le personnel soignant se compose au minimum d'un infirmier pour 6 patients. La désinfection du générateur est assurée et contrôlée par le personnel soignant.

2.2.4. La dialyse à domicile

Elle peut être réalisée sous deux formes : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (DP).

Comme pour les patients en autodialyse, la pratique de **l'hémodialyse à domicile** suppose la formation des patients à la technique (voir *infra*). Elle requiert la présence d'une tierce personne et peut bénéficier de l'appui d'un infirmier.

La dialyse péritonéale s'effectue au domicile, pour des patients formés à la technique avec l'aide d'une tierce personne ou d'une infirmière. Les services de soins de longue durée ou les maisons de retraite sont assimilés au domicile du patient. Les membres de l'équipe soignante peuvent se rendre au domicile des patients. L'établissement gestionnaire doit disposer d'un poste infirmier pour 10 ou 20 patients en dialyse péritonéale, selon qu'il assure ou non la totalité des missions propres à cette forme de dialyse (formation, suivi et repli avec ou sans hospitalisation).

2.2.5. L'entraînement à la dialyse

Il ne s'agit pas d'une modalité de traitement. Cependant, la pratique de l'autodialyse, de l'hémodialyse à domicile et de la dialyse péritonéale nécessite l'organisation de locaux et de conditions de fonctionnement spécifiques, pour pouvoir assurer la formation des malades à l'auto-prise en charge.

La formation est assurée pour l'hémodialyse au sein d'un centre, d'une UDM ou d'une unité de formation à l'hémodialyse indépendante. Un local ou une structure spécifique doit être dédié à cette activité. Cette unité doit disposer de postes spécifiques à cet effet. Si les séances d'entraînement se déroulent pendant l'ouverture du centre ou de l'unité, un infirmier doit être spécifiquement affecté à l'activité d'entraînement.

Pour la dialyse péritonéale, il est recommandé de disposer d'une unité et de locaux spécifiques pour l'entraînement et le suivi.

2.2.6. Les replis

On distingue deux types de repli :

Les replis sans hospitalisation

- Ils concernent l'ensemble des patients pris en charge en autodialyse ou en dialyse à domicile (qu'il s'agisse d'une hémodialyse ou d'une dialyse péritonéale). Le repli temporaire de ces patients doit pouvoir être organisé au sein d'un centre de dialyse ou d'une UDM en cas de nécessité médicale, technique ou sociale.
- Le repli temporaire des patients en UDM doit également pouvoir s'effectuer au sein d'un centre d'hémodialyse.
- Chaque centre ou UDM dispose à cet effet d'un nombre de postes réservés au repli.
- Pour chaque tranche de 30 à 45 patients pris en charge en dehors d'un centre d'hémodialyse, un poste de repli doit être disponible. L'organisation de ces postes de repli est explicitement prévue et détaillée dans les conventions de coopération liant les établissements gestionnaires entre eux ou entre structures différentes d'une même entité gestionnaire.

Les replis avec hospitalisation

- Tout établissement gestionnaire d'une structure assurant l'une ou l'autre des quatre modalités de dialyse doit pouvoir assurer l'hospitalisation des patients qu'il prend en charge, soit dans un service de la même entité juridique, soit dans un autre établissement de santé doté de capacités d'hospitalisation. Dans le premier cas, un protocole devra lier les deux services, dans le deuxième cas, les modalités d'hospitalisation seront explicitement prévues par la convention de coopération.
- Un lit d'hospitalisation doit ainsi être prévu pour 40 patients dialysés.
- La réalisation des séances de dialyse pendant l'hospitalisation d'un patient peut être du ressort du centre d'hémodialyse de l'établissement d'accueil si celui-ci en dispose et est en capacité d'accueillir le patient. Elle peut également être réalisée dans le centre d'hémodialyse habituel du patient si le transfert et la situation médicale du patient le permettent. Cette organisation entre établissements devra également être explicitement prévue dans la convention de coopération.

2.2.7. Les conventions de coopération

L'article R. 6123-55 dispose que l'autorisation de mise en œuvre des activités en matière d'épuration extra-rénale ne peut être délivrée qu'aux établissements de santé disposant des trois modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile. En Bretagne, seuls deux établissements répondent à cette exigence. Mais en contrepartie, ces deux établissements ne disposant pas de capacité d'hospitalisation, ne peuvent satisfaire à l'obligation de repli. Tous les établissements devront donc élaborer et mettre en œuvre des conventions de coopération définies par l'arrêté du 25 septembre 2003.

Ces conventions devront déterminer :

- Les conditions d'accès aux différentes modalités de traitement, par une organisation formalisée de l'information pré suppléance ;
- L'organisation de la continuité des soins, du transfert et du repli des patients ainsi que les modalités d'hospitalisation ;
- Le mode de transmission des informations concernant un patient entre différents établissements ;
- Les modalités d'évaluation des coopérations.

Chaque convention dans ses annexes devra décrire précisément les organisations concrètes mises en place. Ces annexes devront être visées par les responsables des équipes médicales.

2.2.8. Cas particuliers

Le centre d'hémodialyse pour enfants

Ce centre accueille les patients de la naissance à l'âge de 18 ans. Il peut également accueillir des jeunes majeurs et doit être en mesure de prendre en charge des enfants en déplacement sur des postes d'hémodialyse réservés à cet usage. Ce centre doit être situé au sein d'un établissement de santé disposant d'un service de pédiatrie permettant, en cas de nécessité, l'hospitalisation à temps complet. Il ne peut être accueilli plus de 3 patients par 24 heures sur un même poste. L'équipe médicale doit pouvoir assurer la présence permanente sur place d'un pédiatre ou d'un médecin néphrologue exerçant en pédiatrie pendant toute la durée des séances. Pendant les séances, la présence d'une infirmière pour 2 enfants et d'une puéricultrice ou d'une aide-soignante pour 4 enfants est requise. Une astreinte pédiatrique et infirmière doit exister.

Les unités saisonnières d'hémodialyse

Elles accueillent des adultes et des enfants de plus de 8 ans lors de leurs déplacements ou séjours de vacances. Leurs conditions d'ouverture et de fonctionnement sont prévues dans les autorisations. Une unité saisonnière ne peut être autorisée à accueillir des patients dans une modalité donnée que si l'établissement gestionnaire est autorisé à accueillir ces patients à titre permanent, dans cette modalité de soins. Une unité saisonnière est autorisée selon un mode de fonctionnement autodialyse, UDM ou centre. Ces unités ne peuvent accueillir respectivement que les patients en autodialyse ou à domicile, les mêmes patients et les patients en UDM, tous les patients en cas de fonctionnement saisonnier en centre. Les modalités de fonctionnement de ces unités saisonnières sont les mêmes que celles des unités permanentes.

Les relations services de dialyse, services de soins de suite et établissements pour personnes âgées

Un patient dialysé, que ce soit par une technique d'hémodialyse ou par une technique de dialyse péritonéale, doit pouvoir bénéficier des mêmes types d'orientation que tout autre patient. Aucune admission en service de soins de suite ou en établissement pour personnes âgées dépendantes ne pourra être refusée pour des motifs liés à la pathologie, à la technique de suppléance ou à l'imputation des transports sanitaires.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations énoncées ci-après se rattachent aux politiques de prévention et d'organisation de la greffe. Elles ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRECOCE

La définition et la mise en œuvre de ces démarches feront l'objet d'un développement dans le Plan Régional de Santé Publique et dans le programme régional de l'Assurance Maladie, en raison de la mobilisation de différents acteurs extérieurs aux établissements de santé. Dans le SROS, le volet « Prise en charge des personnes à haut risque vasculaire » constitue une introduction et une incitation à une prise en charge globale de la prévention à la réadaptation.

3.1.1. Les politiques de prévention primaire

Les recommandations de l'HAS concernant le suivi et la prise en charge des patients hypertendus et diabétiques devront être généralisées et mises en œuvre.

3.1.2. La politique de dépistage de l'IRC et de prise en charge précoce des insuffisants rénaux chroniques

Elle repose sur la mise en œuvre des recommandations de l'HAS.

Elle s'appuie sur :

- la généralisation de l'utilisation de la formule de Cockcroft à l'ensemble des laboratoires ;
- l'information et la sensibilisation des généralistes à l'interprétation de la formule de Cockcroft ;

- l'organisation des spécialistes qui auront à relayer au sein des territoires de santé, la traduction concrète de la recommandation de l'HAS (demande d'avis néphrologique pour toute clearance de Cockroft < 60 ml / mn).

Elle passe par :

- la mise en place de réseaux de santé, de prévention et de prise en charge du risque vasculaire ;
- le développement des consultations néphrologiques par l'ensemble des néphrologues en favorisant la mise en place des consultations avancées dans le cadre des dispositifs juridiques existants des réseaux ou des actions de coopération ;
- l'organisation pluridisciplinaire de la prise en charge du risque vasculaire au sein des établissements de santé (consultations de dépistage, amélioration des moyens de communication avec les praticiens de ville, hôpitaux de jour avec avis pluriprofessionnel, consultations d'éducation thérapeutique,...) ;
- la participation de tous les praticiens exerçant en néphrologie et/ou en dialyse au sein d'un même territoire à la définition des politiques, des stratégies et des actions à mener dans le domaine de la néphrologie (inventaire des missions, répartition des responsabilités et des tâches,...). Ces champs d'activité feront l'objet de charte de fonctionnement entre les équipes médicales ou s'intégreront aux conventions de coopérations.

3.2. L'ORGANISATION DE LA GREFFE

La greffe rénale n'est qu'un des aspects d'une politique de prélèvement et de greffes d'organes. Elle fera l'objet d'un volet du SIOS en application du décret n° 2006-73 du 24 janvier 2006. Ne sont rappelées ici que quelques recommandations d'organisation issues des travaux préparatoires du SROS et qui concernent des préoccupations régionales. Elle reste la priorité en matière de traitement de l'insuffisance rénale chronique arrivée au stade terminal.

3.2.1. En matière de prélèvement d'organes

- Respecter les ratios préconisés par l'Agence de Biomédecine pour les équipes de prélèvement ;
- Augmenter le nombre d'établissements préleveurs (CH Lannion) ;
- Mettre en place des organisations inter-établissements avec la participation des urologues du secteur privé.

3.2.2. En matière de greffe de reins (la greffe elle-même et le suivi post-greffe)

- Augmenter le nombre de greffes rénales réalisées chaque année sur la région à 100 ;
- Développer le suivi alterné et partagé des patients greffés entre centre greffeur et services de « proximité » (dossier médical personnel) ;
- Associer les urologues du secteur privé.

3.3. L'ORGANISATION DE LA DIALYSE

L'atteinte des objectifs du SROS nécessite :

- la mise à disposition de la population bretonne de l'ensemble des modalités de dialyse et des différentes techniques de dialyse ;
- une organisation permettant d'assurer :
 - la préparation à la dialyse,
 - la prise en charge des complications,
 - la réponse aux besoins des patients non résidents en Bretagne ;

- une organisation permettant le passage harmonieux d'une modalité à une autre et plus généralement l'intégration de l'activité de dialyse au sein de l'ensemble des missions dévolues aux principaux acteurs concernés par l'Insuffisance Rénale Chronique.

3.3.1. Les différentes modalités de dialyse

La dialyse à domicile

✓ *Concernant l'Hémodialyse à Domicile*

Le nombre de patients ayant recours à cette modalité est actuellement faible (< 20) et diminue d'année en année.

Sous réserve de la mise en place de conditions d'accompagnement satisfaisantes (tierce personne, Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication [NTIC]...), son développement doit pouvoir s'envisager avec les évolutions des schémas thérapeutiques (dialyse quotidienne) que ce soit au domicile des patients ou dans les institutions de type substitut de domicile.

✓ *Concernant la Dialyse Péritonéale*

Cette technique doit être mise à disposition de l'ensemble de la population de la région Bretagne. Elle est à développer au sein des secteurs sanitaires « Lorient/ Quimperlé » et « Pontivy/ Loudéac ».

La mise à disposition de la technique sur toute la région passe par des organisations cohérentes entre promoteurs intervenant sur le même territoire. Ceux-ci doivent être en capacité d'offrir information sur la technique, formation, assistance et suivi au domicile et repli avec ou sans hospitalisation en cas de complications.

Le deuxième principe d'organisation de la Dialyse Péritonéale repose, notamment pour sa version automatisée, sur la possibilité de sa réalisation dans des institutions d'accueil pour personnes âgées avec le support éventuel des NTIC. Deux modalités de soins peuvent être envisagées :

- soit sur un mode ambulatoire : dans ce cas, par convention avec un promoteur, un hôpital local ou un EHPAD accepte d'héberger pour la nuit une ou plusieurs personnes en dialyse péritonéale ; ces personnes ne pouvant ou ne souhaitant pas assumer seules la prise en charge de la technique (personne vivant seule, « technophobie », lieux de vie peu adaptés) ;
- soit sur un mode institutionnel, plus classique de mise à disposition de la technique aux patients résidant dans l'établissement.

La réglementation actuelle et les modes de financement des soins dans ces institutions constituent un frein au développement de la technique. Une évolution est indispensable si l'on veut voir la dialyse péritonéale prendre toute sa place parmi les modalités de traitement de l'IRC.

Les unités d'autodialyse

Les unités d'autodialyse simple, telles que définies dans les décrets, n'ont pas de place dans la région compte tenu de l'offre existante et de la typologie des patients.

Les unités d'autodialyse assistées, pour lesquelles une progression d'environ 4 % par an est observée en nombre de séances, peuvent voir ce rythme de développement se maintenir, sous réserve de développer parallèlement :

- des structures d'entraînement suffisamment autonomes,
- des structures de repli garantissant au patient la continuité des soins en cas de difficultés médicales ou sociales,
- la promotion de techniques et de stratégies de dialyse individualisée (dialyse longue, dialyse quotidienne).

L'offre proposée, tant en ce qui concerne la localisation géographique que les plages horaires offertes, est apparue satisfaisante. Dans tous les secteurs ayant développé ce mode de prise en charge, il existe au moins une structure qui offre une possibilité de réaliser des dialyses en soirée ou en dialyse nocturne longue.

Les unités de dialyse médicalisées

Ce type d'unité existait dans la région sous l'appellation « centre allégé ». Elles ont progressivement disparu en raison :

- d'une aggravation des typologies de patients amenant ces structures à fonctionner dans une configuration de type centre de dialyse,
- et de l'absence de reconnaissance juridique de leur fonctionnement.

L'implantation de ces unités sera appréciée au cas par cas. Au vu des premiers résultats, l'avis du COTER sera sollicité sur les conditions de fonctionnement et de développement de ces unités.

Les centres de dialyse

Il n'existe réglementairement qu'un seul type de centre. Actuellement un seul type de forfait a été défini pour les patients dialysés dans ces structures.

En pratique, on constate des orientations ou des replis entre les centres selon les typologies de patients ou les techniques de dialyse utilisées.

Au sein d'un même territoire, les relations entre les centres seront régies, si besoin, dans le cadre des conventions de coopération.

La dialyse en soirée ou la dialyse longue nocturne à la demande des patients et/ou sur indication médicale est à maintenir ou à expérimenter. Ces séances relèveront soit d'un fonctionnement de type centre, soit d'un fonctionnement de type unité médicalisée. Typologie du patient et contraintes d'organisation médicale en détermineront la faisabilité.

Les structures de dialyse pédiatrique

Dans l'ouest de la Bretagne, le centre de Perharidy répond aux critères définis pour être agréé centre d'hémodialyse pédiatrique. Dans le cadre des nouvelles conventions de coopération, les conventions avec le CHU de Brest (service de réanimation pour les replis éventuels et service de pédiatrie pour l'orientation) devront être actualisées.

Le partenariat avec l'AUB pour le développement et le suivi des enfants en dialyse péritonéale pédiatrique devra être développé dans le cadre de ces mêmes conventions de coopération.

Pour la partie est de la Bretagne, il n'y a pas lieu de reconnaître un centre de dialyse pédiatrique, le centre du CHU de Nantes assurant la prise en charge des enfants de moins de 8 ans en hémodialyse prolongée. Il conviendrait toutefois de garder la possibilité, à titre exceptionnel, de dialyser dans les services ou les centres implantés au CHU de Rennes des enfants faisant l'objet d'un projet thérapeutique particulier (prise en charge ne s'inscrivant pas dans une perspective de greffes).

Les conventions de coopération établies sur le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » prendront ces éléments en considération.

3.3.2. L'organisation de l'environnement de la dialyse

L'accès aux différentes modalités de suppléance de la fonction rénale suppose de s'être doté d'un « environnement » favorable tant à la préparation du patient qu'à son accompagnement une fois débuté le traitement par épuration extra-rénale.

La préparation à la suppléance de la fonction rénale

Cette étape recouvre :

- l'information et le recueil explicite du consentement éclairé du patient sur les modalités de traitement proposées.
Information et recueil du consentement du patient doivent intervenir suffisamment tôt dans le parcours de prise en charge du patient. La mise en place de consultation pluridisciplinaire de pré-suppléance est à privilégier.
Ce consentement devra être renouvelé quand des changements de modalités de traitement sont envisagés.
La participation des associations de patients dans la démarche d'information des patients sera favorisée.
- L'éducation thérapeutique du patient et l'entraînement des patients aux techniques autonomes.
L'identification claire ou l'individualisation de locaux et de personnel au sein d'une structure de dialyse, telle que recommandée dans le SROS 1999/ 2004, est toujours valide et souhaitable.
- La préparation des abords vasculaires.
La préparation des abords vasculaires et la prise en charge des complications nécessitent une organisation formalisée associant néphrologues, chirurgiens et radiologues. Cette organisation suppose :
 - la mise en place à un niveau inter-sectoriel d'une organisation :
 - identifiant nommément les chirurgiens, les radiologues et les établissements qui s'engagent à assurer réalisation et reprise des complications des abords vasculaires des dialysés,
 - décrivant précisément les modalités d'accès et d'organisation qui prévalent entre les structures de dialyse et les plateaux techniques radiologiques et chirurgicaux.
 - une réflexion commune à un niveau régional sur les conditions de « labellisation », de formation initiale et de formation continue des praticiens qui s'engageraient à assurer l'exploration et la chirurgie des abords vasculaires.

Les séjours temporaires

La prise en charge en séjours temporaires relèvera soit :

- d'un accueil dans le cadre de places disponibles sur les plages horaires de fonctionnement de la structure,
- d'un aménagement de plages horaires spécialement destinées à cette activité,
- d'une unité réellement spécifique.

Dans le cadre de la procédure d'autorisation, chaque promoteur devra indiquer ses capacités à accueillir des patients en séjours temporaires, ainsi que son engagement à adapter ses conditions de fonctionnement pour respecter les normes réglementaires liées à ce surcroît d'activité. L'avis du centre chargé d'assurer le repli et/ou l'hospitalisation des patients, devra être requis.

Il est souhaitable :

- Que chaque secteur sanitaire soit en capacité d'accueillir des patients en séjour temporaire pour chacune des modalités de dialyse dans au moins une structure,
- Que les demandes soient systématiquement recensées,

- Que le dossier d'information minimale qui sera transmis du centre d'origine au centre d'accueil temporaire soit *a minima* normalisé.

Les soins de suite

Tous les services doivent être en mesure d'accueillir tous les patients quel que soit leur mode de traitement.

Le développement des co-morbidités et l'importance des troubles fonctionnels observés chez certains patients justifient le maintien d'un dispositif spécifique répondant à des besoins interrégionaux en matière de soins de suite nutritionnels, de rééducation fonctionnelle et de réadaptation cardio-vasculaire.

La télémédecine

Les possibilités offertes en matière de télé-consultation, télé-assistance et télé-transmission des données seront développées dans les différentes modalités de prise en charge afin de concilier soins de proximité et expertise néphrologique et d'optimiser le temps médical spécialisé.

3.3.3. Les coopérations

L'organisation de la dialyse proprement dite relève des coopérations formalisées par des conventions entre établissements de santé (cf. paragraphe 2.2.).

Il sera proposé aux différents promoteurs un modèle de convention reprenant les items réglementaires mais proposant également aux promoteurs d'élargir le partenariat à :

- l'éducation thérapeutique du patient et la définition de la place des associations de patients ;
- l'accès à l'information sur la greffe et à l'organisation du suivi des greffes ;
- la préparation à la dialyse ;
- l'organisation des séjours temporaires ;
- au diagnostic et à la prise en charge précoce des patients.

Ces derniers éléments à caractère non strictement opposable pourront éventuellement prendre la forme d'une charte de fonctionnement entre les équipes médicales.

L'organisation de l'activité néphrologique sur un secteur répond à des problématiques de coopération beaucoup plus larges incluant d'autres acteurs dans les domaines de la prévention, de l'information, de la greffe, de la chirurgie urologique, des abords vasculaires ou pour l'implantation des cathéters péritonéaux... Dans ce cas, la formalisation de réseaux de santé prenant en compte l'ensemble du risque vasculaire est encouragée, à travers les formules juridiques existantes (associations, conventions, GCS, GIE,...).

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

L'évaluation est explicitement prévue par la réglementation :

- dans le cadre du régime d'autorisation (art L. 6122-10) ; réalisée tous les 5 ans, elle subordonne le renouvellement de l'autorisation ;
- dans le cadre de l'arrêté du 25 septembre 2003 relatif aux conventions de coopération ; elle est annuelle ;
- dans le cadre de l'autorisation des unités saisonnières ; elle est annuelle en vertu des dispositions de la circulaire du 15 mai 2003.

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de ce volet du SROS reposent sur les systèmes de recueil d'information suivants :

- Le système Breizh Rein, système d'information relatif aux données « patients » géré par l'association Breizh Rein dont la pérennité du fonctionnement devra être assurée.
- La SAE, qui fournit les informations concernant l'activité exprimée en séances.

La valorisation des 2 systèmes existants sera privilégiée et il n'est pas souhaitable *a priori* de mettre en place des enquêtes spécifiques. Toutefois, il est possible d'envisager :

- des enquêtes complémentaires portant sur la qualité de vie des patients dialysés, menées en partenariat avec les associations de patients,
- des enquêtes spécifiques menées à l'initiative des différentes équipes qui devraient pouvoir bénéficier des appuis méthodologiques et pratiques de l'HAS.

4.2. LES INDICATEURS

Le suivi reposera sur les indicateurs suivants :

4.2.1. Démographie

Indicateurs non spécifiques à ce volet, ils seront établis dans le dispositif général du SROS et détailleront notamment l'évolution de la population des plus de 65 ans.

4.2.2. Epidémiologie

Issus de Breizh Rein, ils seront établis annuellement sur la base des patients domiciliés dans la région Bretagne :

- Nombre de nouveaux patients pris en charge par une méthode d'épuration extra-rénale ;
- Nombre de patients traités par une méthode d'épuration extra-rénale à un instant t ;
- Cette information sera complétée, en fonction de sa disponibilité auprès de l'EFG, par le nombre de patients domiciliés en région Bretagne et porteurs d'un greffon fonctionnel ;
- Répartition régionale de la nature et des causes de la maladie rénale initiale sur la base des nouveaux patients pris en charge ;
- Répartition régionale des comorbidités, des facteurs de risques et des handicaps.

4.2.3. Activités

Issues des données de Breizh Rein sur la base des données d'activités

- Mesure du taux d'attractivité régionale ;
- Répartition dans les différentes modalités de prise en charge ;
- Mesure des taux de fuite et d'attractivité des secteurs de la région Bretagne.

Issues des données de la SAE

- Nombre de séances d'hémodialyse réalisées dans chaque centre, UDM et Unités d'auto-dialyse.
- Le cas particulier des patients en séjour temporaire et des patients en dialyse péritonéale dont l'activité est mal évaluée feront l'objet de recommandations du COTER.

Issues des données de l'EFG et des centres

- Nombre de prélèvements réalisés ;
- Nombre de greffes réalisées ;
- Nombre de consultants et de consultations post-greffe.

4.2.4. Indicateurs de l'offre de soins

Les fichiers Adeli et SAE permettront de suivre les informations concernant l'évolution du nombre de praticiens et des structures de dialyse.

4.2.5. Indicateurs qualitatifs relatifs à la prise en charge

Ils seront déterminés au début du SROS, à la fin et à mi-parcours. Ils concerneront les domaines suivants :

- Accessibilité ;
- Proximité ;
- Lutte contre les Infections Nosocomiales ;
- Abords vasculaires ;
- Qualité des prises en charge ;
- Satisfaction des prises en charge.

4.2.6. Concernant les autres aspects de ce volet

Dans l'état actuel des connaissances et des systèmes d'information, on ne peut qu'évoquer le souhait de disposer des indicateurs relatifs au dépistage, à la prise en charge précoce et au fonctionnement des réseaux.

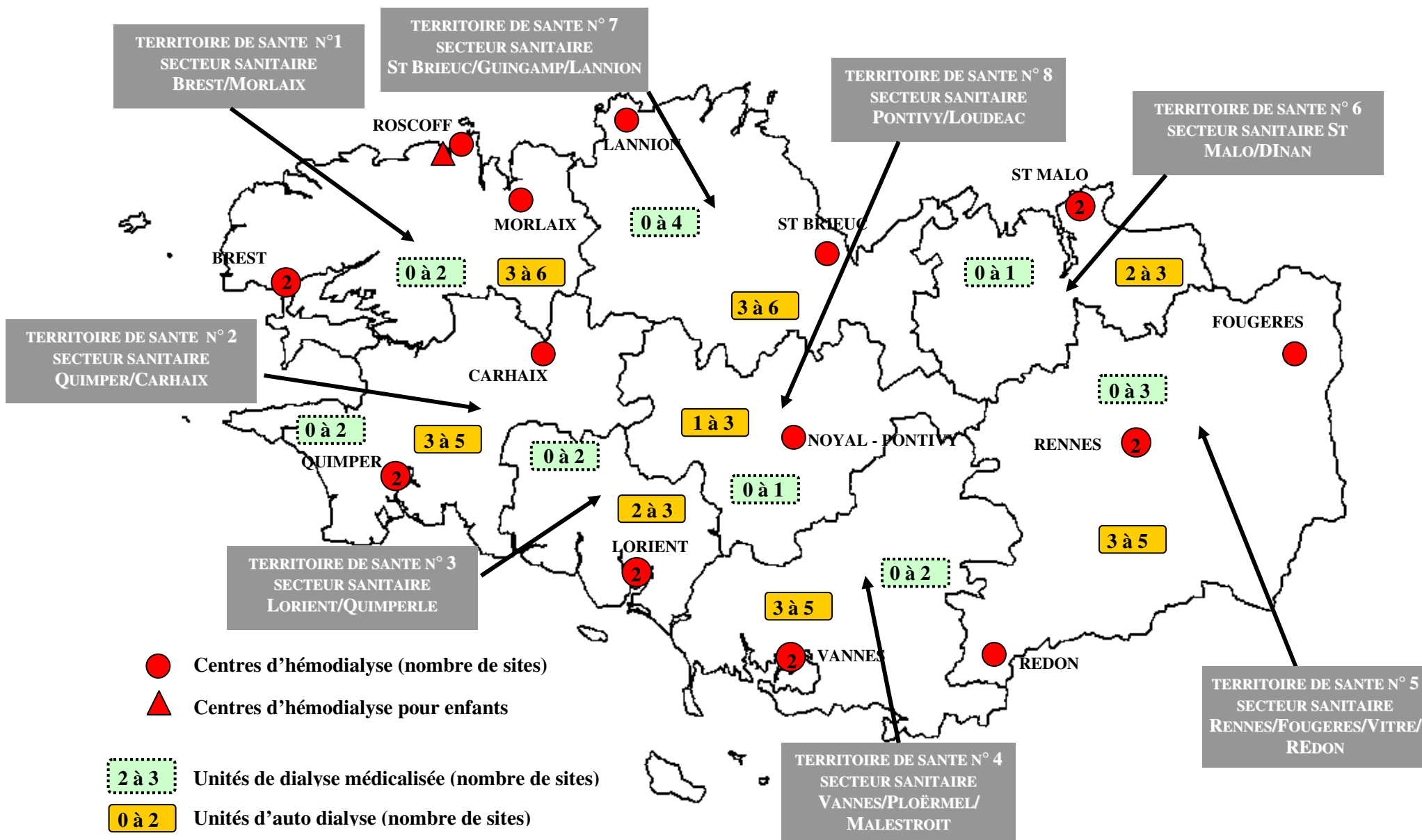
4.3. L'UTILISATION DES INDICATEURS, LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

La liste des indicateurs constituera la base du tableau de bord de suivi de ce volet du SROS.

Au vu des résultats, et notamment de ceux concernant l'évolution du nombre de patients pris en charge, le COTER pourra proposer la révision des objectifs quantifiés du volet .

Les indicateurs retenus devront être fournis par tout promoteur à l'occasion d'une demande d'autorisation d'activité ou de son renouvellement selon un modèle-type.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de centres d'hémodialyse, du nombre d'unités de dialyse médicalisée et du nombre d'unités d'autodialyse -- Bretagne/Cible 2010



SOINS DE SUITE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLES

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le bilan validé par le Comité Technique Régional (COTER) « Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR) » s'appuie sur les résultats de questionnaires adressés en 2004 à tous les établissements de rééducation de Bretagne et aux membres du Collège de Soins de Suite, l'exploitation du PMSI SSR 2003, en particulier les données concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ainsi que sur l'évaluation des services de rééducation adulte de la région réalisée début 2005 par le Service Médical de l'Assurance Maladie.

Dans le texte qui suit, le terme de Rééducation est remplacé par celui de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), conformément au changement de dénomination de la spécialité en 1995.

1.1.1. Les acquis du SROS II

Peuvent être retenues :

- Une certaine redistribution de l'offre de MPR entre secteurs sanitaires par le biais d'opérations de transferts d'autorisations entre établissements PSPH pour l'activité de Réadaptation Fonctionnelle ;
- La reconversion partielle des structures de MPR pédiatrique vers le médico-social ;
- La médicalisation de près de la totalité des établissements de repos et convalescence grâce à la contractualisation ;
- Une meilleure lisibilité de l'offre en SSR.

En effet, bien que les Soins de Suite ou de Réadaptation relèvent d'une définition légale commune donnée par l'article L 6111-2 du Code de Santé Publique, il existait une grande imprécision quant à la description des disciplines d'équipement concernées et notamment celle des Soins de Suite d'une part et celle de la Réadaptation d'autre part, très différentes dans leur organisation et fonctionnement médical.

Le souci de répondre au mieux aux besoins des patients a conduit les acteurs bretons à distinguer :

✓ *Les Soins de Suite*

Ils recouvrent :

- les Soins de Suite Polyvalents (anciennement repos/convalescence),
- les Soins de Suite Gériatriques,
- les autres Soins de Suite Spécialisés (maisons d'enfants à caractère sanitaire, post-cure en alcoologie, soins de suite nutritionnels).

✓ *La Réadaptation*

Elle correspond pour l'essentiel :

- à la Médecine Physique et Réadaptation (MPR) Polyvalente ou Spécialisée (*post-réanimation, neurologique, grands brûlés*) ;
- mais aussi à la Réadaptation cardio-vasculaire, qui fait peu appel aux médecins spécialistes en MPR.

Dans le même ordre d'idées, il s'est dégagé, au sein du COTER, un consensus sur les orientations distinctes des différentes catégories d'établissements en fonction des critères de technicité du GAIN (Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale), à savoir les soins techniques infirmiers (STI), les soins de nursing et ceux propres à la rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF).

Activités de soins	Typologie de service GAIN	Caractérisation	Catégorie de soins	Etablissements
SOINS DE SUITE	2	Soins de suite à dominante STI	Soins de suite polyvalents	Ex. Maisons de repos et de convalescence/hôpitaux locaux
	3	Soins de suite à dominante nursing (STI d'intensité moyenne)	Soins de suite polyvalents	MRC/HL
	4	Soins de suite avec rééducation fonctionnelle Soins d'intensité moyenne sur les 3 axes	Soins mixtes (gériatriques)	CH Etablissements gériatriques
READAPTATION	5	RRF d'intensité moyenne	MPR polyvalente	CH et établissements de rééducation fonctionnelle
	6	RRF d'intensité moyenne à lourde	MPR polyvalente	CH et établissements de rééducation fonctionnelle
	7	RRF, nursing et STI mesurés lourds sur les 3 axes	Réadaptation spécialisée	CHU et établissements spécialisés

1.1.2. Les points faibles de l'organisations des soins

Un développement encore insuffisant des alternatives à l'hospitalisation complète en MPR ;

L'ébauche d'organisations en réseau ou fédération qui reste à fortifier ;

L'impasse des solutions d'aval

Les sorties des services de SSR de patients au handicap confirmé restent problématiques du fait du manque de lits sanitaires d'aval pour soins prolongés et de structures médico-sociales, ainsi que de l'absence d'une organisation efficace des retours « *aménagés* » à domicile.

La contrainte de la démographie médicale en MPR

La démographie médicale MPR est, par ailleurs, une contrainte qui devrait peser dès la fin 2006 ; la création en 2004 d'un Diplôme Inter Universitaire de Médecine de Rééducation pour les généralistes ne devant compenser que très partiellement la pénurie de spécialistes.

1.1.3. Les résultats de l'évaluation des services de MPR pour adultes

L'exploitation des données SAE et PMSI 2003 et les résultats de l'enquête médicale menée un jour donné début 2005 par le Service Médical au sein des 22 sites bretons de MPR adultes, publics et PSPH (982 lits et 151 places installés) ont montré que les besoins dans le champ de la rhumatologie, l'orthopédie et la traumatologie, semblaient partout bien couverts.

Il faut rappeler ici que les 3 établissements MPR sous OQN, précédemment évalués de manière individualisée dans le cadre de la contractualisation, ont aussi une activité orientée quasi-exclusivement vers les pathologies locomotrices à l'instar des kinésithérapeutes libéraux.

Par contre, **les patients neurologiques médullaires, lésés cérébraux et surtout les victimes d'AVC sont, selon l'étude, pris en charge de façon disparate par de nombreux établissements** hétérogènes quant à leurs moyens humains et compétences paramédicales (orthophonistes, neuro-psychologues, psychothérapeutes...) et sociales. En outre, le nombre de patients pris en charge au décours d'AVC est apparu faible compte tenu des statistiques du court séjour.

Par ailleurs, le potentiel de substitution de lits vers les alternatives est confirmé.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

1.2.1. Les données démographiques

Le vieillissement de la population générale (cf. données du volet « Prise en charge des personnes âgées ») et son double corollaire à savoir : l'augmentation des pathologies - en particulier vasculaires - et des interventions chirurgicales (programmées ou non) essentiellement liées à la rhumatologie, la traumatologie et l'orthopédie, laisse présager une augmentation parallèle du recours aux Soins de Suite.

L'étude du Service Médical sur les personnes de plus de 75 ans hospitalisées en mars 2002 dans les établissements de soins bretons, reprise dans le cadre des travaux sur la prise en charge des personnes âgées, a permis d'estimer les besoins en soins de suite gériatriques en Bretagne à 1 200 lits, soit le tiers de l'offre actuelle en Soins de Suite pour adultes. Cette estimation ne tient pas compte des patients en soins de longue durée qui pourraient relever aussi de soins de suite gériatriques.

Le vieillissement des personnes handicapées et la chronicisation des pathologies neurologiques et neuro-musculaires (Sclérose en plaques, Parkinson, Sclérose latérale amyotrophique, Myopathies), génèrent aussi un besoin accru en Soins de Suite et particulièrement en Réadaptation ; en effet, ces maladies et les déficiences et incapacités qu'elles engendrent nécessitent des bilans médicaux et paramédicaux réguliers et des programmes de soins spécifiques visant à prévenir des aggravations fonctionnelles et/ou à compenser divers handicaps pouvant toucher l'ensemble de la vie sociale.

1.2.2. Les données épidémiologiques

Concernant l'enfance et l'adolescence

Elles mettent l'accent sur deux types de troubles : ceux de l'apprentissage et ceux des conduites alimentaires qui, selon certaines indications, peuvent relever du champ SSR ; les premiers méritent d'être repérés et pris en charge plus précocement (le plus souvent en ambulatoire) par des équipes pluridisciplinaires formées aux investigations neuro-psychologiques et coordonnées par un médecin MPR, les seconds justifient des périodes relativement longues d'hospitalisation pour une prise en charge nutritionnelle à distance du milieu familial et en dehors d'un contexte de psychiatrie institutionnelle (230 nouveaux cas par an en Bretagne dont 80 % relèvent de l'ambulatoire, 10 % de l'hospitalisation en Santé mentale et 10 % en Soins de Suite spécialisés en nutrition). La réponse à ces nouveaux besoins sera définie dans le volet du SROS relatif à la « Prise en charge des enfants et des adolescents ».

Concernant l'âge adulte

L'AVC, du fait de sa grande fréquence (7 000 nouveaux AVC par an en Bretagne) justifie l'élaboration d'un volet particulier du SROS ; l'organisation de l'aval de la prise en charge neurologique initiale est essentielle, car au moins la moitié des patients nécessitent un séjour en SSR à des degrés divers et *a priori*, trop peu ont accès à la MPR (moins de 1 000 patients en hospitalisation complète durant l'année 2004 selon les files actives déclarées par les établissements).

Les autres pathologies vasculaires, comme les affections vasculaires périphériques (artérites), vont aussi voir leur nombre augmenter dans les prochaines années, en lien avec les facteurs de risques que sont le tabagisme, le diabète et l'obésité.

Les pathologies respiratoires sont particulièrement représentées en Bretagne. Selon les experts, le handicap respiratoire risque d'augmenter de façon importante dans les années à venir en particulier à cause des Broncho Pneumopathies Obstructives.

Ces pathologies chroniques nécessitent des soins d'aval de « réhabilitation » au décours des décompensations aiguës afin de limiter les déficiences et incapacités.

On peut estimer à près de 38 000 le nombre de bretons présentant un handicap respiratoire toutes étiologies confondues dont 2 000 appareillés.

1.2.3. L'évolution des pratiques et des techniques médicales

L'accentuation de la brièveté des périodes de soins aigus, en médecine et encore plus en chirurgie, du fait de l'évolution des techniques permettant de substituer de plus en plus le mode de l'hospitalisation complète par le mode ambulatoire, fait que, pour certaines populations fragiles et/ou âgées, le passage par la séquence des Soins de Suite s'avèrera de plus en plus nécessaire, ne serait-ce que pour préparer un retour durable et de qualité à domicile.

L'évolution des techniques propres à la réadaptation des handicaps lourds qui font de plus en plus appel aux thérapies implantables, à l'informatique, la robotisation, la domotique, conduira aussi dans la discipline de la MPR à une relative concentration des plateaux techniques.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

Si, pour l'essentiel, les principes du SROS précédent continuent de prévaloir, le contexte d'élaboration du SROS et la mise en perspective du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) apportent toutefois un nouvel éclairage à la réflexion dans le champ SSR.

2.1.1. Relatifs à la Santé Publique

Comme bon nombre de volets du SROS, le champ SSR est concerné par la **prévention** en particulier en matière d'addictologie (la Bretagne, malgré des progrès, continue de se démarquer en matière d'alcoolisme). Les centres de post-cure éthylique, qui relèvent de l'activité de soins de suite, représentent un maillon important des dispositifs de lutte contre l'alcoolisme.

La prévention du Handicap chez l'enfant comme chez l'adulte demeure l'objectif principal de la MPR, même s'il s'agit plus de prévention secondaire et tertiaire.

Dans le respect de la loi n° 2005-102 du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les établissements MPR ont une place privilégiée au sein des dispositifs départementaux en appui de l'offre médico-sociale (Maisons départementales du handicap, équipes pluridisciplinaires chargées de l'évaluation des besoins individuels...).

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

La structuration d'une **offre de soins transversale**, associant à l'hôpital, les acteurs de ville -au premier rang desquels les kinésithérapeutes libéraux- et les partenaires médico-sociaux, est un objectif particulièrement prégnant en SSR et peut justifier la création de **réseaux de santé** intégrant la prise en charge du handicap.

Le SROS II, à défaut de bâtir des réseaux, a permis de repérer les principaux acteurs de la complémentarité territoriale.

Ce SROS devrait pour le moins viser une évolution des mentalités et préparer le partenariat par des réunions de professionnels sur des formations communes Ville/ Hôpital, des échanges de professionnels sur les bonnes pratiques paramédicales,....

L'organisation territoriale de l'offre sera définie en fonction des activités

- La région pour les réadaptations spécialisées, la MPR pédiatrique et la post-cure,
- Le secteur sanitaire pour la MPR polyvalente et à orientation neurologique, les soins de suite neurologiques et gériatriques,
- Le territoire de proximité pour les soins de suite polyvalents.

⇒ Pour répondre au mieux aux besoins de la population et aux objectifs de qualité, ***les différentes activités doivent s'exercer selon divers modes de prise en charge*** et s'intégrer dans des filières de soins, ce qui suppose :

- *Le développement des alternatives à l'hospitalisation*, tant l'hospitalisation de jour que les Traitements et Cures Ambulatoires. Cette dernière modalité a une place de choix en MPR pour potentialiser l'offre en lits. Elle correspond à des séances d'une durée moyenne de 2 heures, faisant intervenir au moins deux acteurs de soins.
- *Le développement de l'HAD*. C'est une alternative à l'hospitalisation qui intéresse aussi le champ SSR en particulier sur son versant Réadaptation (cf. volet « Hospitalisation à domicile »). Cette modalité, quand elle est médicalement indiquée, devrait se limiter à une séquence courte de l'itinéraire du patient sortant des SSR, compte tenu des autres solutions en matière de handicap, de « maintien à domicile » et de l'accès à de multiples prestations médicales, techniques et sociales, couvertes par divers organismes de prise en charge. Le service HAD doit organiser des complémentarités avec les plateaux techniques de MPR pour des prises en charge neurologiques complexes.
- *L'organisation de filières concernant les traumatisés crâniens et blessés médullaires* est également souhaitée par les textes régissant le SROS. Il s'agit plus d'améliorer la lisibilité des dispositifs déjà existants en MPR, que de créer de nouvelles structures.
Le volet thématique correspondant sera publié en 2006.

Cependant, l'absence de « reconnaissance administrative » de lits sanitaires d'aval de soins prolongés pour les patients jeunes, parfois des enfants, et très dépendants, reste un obstacle à la fluidité des filières et à la continuité des prises en charge.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION CONCERNANT LA READAPTATION

2.2.1. Parfaire le rééquilibrage de l'offre entre secteurs sanitaires et consolider sur chacun d'entre eux une offre de soins de Médecine Physique et Réadaptation suffisante en volume et qualité, en favorisant le développement des alternatives

Dans la continuité du SROS II, en se référant aux projets médicaux de territoire, les secteurs sanitaires « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit » et « St Malo/ Dinan » devront voir leur offre en MPR étoffée :

- *Secteur sanitaire « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit »*, l'installation de lits sur 2 nouveaux sites compense seulement partiellement le manque pointé dans le SROS II.
- *Secteur sanitaire « St Malo/ Dinan »*, une extension de l'offre MPR est toujours d'actualité.

La MPR polyvalente devra s'ouvrir à la prise en charge précoce des patients artéritiques.

Partout, les établissements de MPR adulte devront développer les alternatives à l'hospitalisation complète.

En 2003, le nombre de venues plafonne à 87 398 contre 428 750 journées en hospitalisation complète.

Le développement de la modalité hospitalisation de jour devra aboutir, en fin de SROS, à **une augmentation d'au moins 10 % du nombre des venues (à population constante)**.

La MPR est une discipline également concernée par une autre modalité d'alternative à l'hospitalisation complète : les traitements et cures ambulatoires, jusqu'à présent surtout pratiqués en cancérologie et dialyse, et comptabilisés dans SAE sous forme de séances.

Seuls, 4 secteurs sanitaires offrent ce mode de prise en charge.

En fin de SROS, tous les secteurs sanitaires devraient pouvoir proposer cette modalité de prise en charge, particulièrement aux patients neurologiques, pour lesquels les acteurs de ville ne peuvent apporter de solutions adéquates.

2.2.2. Confirmer le dispositif régional de certaines réadaptations spécialisées

- La neurologie lourde, dénomination propre au SROS II, correspond dorénavant, à la seule réadaptation post-réanimation ; elle est confirmée sur les sites des 2 CHU ; elle prend en charge essentiellement les patients canulés rééduqués et les sorties de comas.
Les autres sites qualifiés durant la période 1999/ 2004 pour la neurologie lourde, ou les Traumatisés crâniens, seront identifiés au sein des filières AVC, Blessés médullaires et Traumatisés crâniens (cf. volets thématiques correspondants).
- Les autres sites spécialisés sont confirmés :
 - **La réadaptation cardio-vasculaire** sur 3 sites répartis géographiquement,
 - **Les grands brûlés** sur le seul site du Sud Bretagne.

2.2.3. Identifier par secteur sanitaire au moins un établissement de MPR à orientation neurologique

Un établissement de santé assurant la MPR polyvalente disposera d'une unité spécifique neurologique.

L'exploitation des données du PMSI SSR, ainsi que l'étude 2005 du Service Médical, permettent d'identifier les établissements déjà engagés.

Un tiers de l'activité au moins de MPR sera consacrée à la prise en charge précoce des patients neurologiques au premier rang desquels les AVC.

Le rôle de pivot sera dévolu à cette structure MPR à orientation neurologique du secteur sanitaire, au sein des filières AVC et éventuellement des filières lésés cérébraux et/ou blessés médullaires.

Cette structure à vocation sectorielle devra organiser des interventions tant en amont (consultations précoces de médecin MPR en services de court séjour, débouchant sur une orientation différenciée du patient en SSR...) qu'en aval, avec la préparation du retour à domicile ou de l'entrée en établissement médico-social. Il pourra être fait appel à une équipe mobile capable d'intervenir tout au long de l'itinéraire du patient depuis l'accident médical jusqu'à l'insertion socio-familiale. Compte tenu de l'âge et de la fragilité des patients AVC, les équipes mobiles gériatriques pourront être amenées à intervenir en partenariat avec l'établissement MPR par le biais de conventions.

2.2.4. Identifier par secteur sanitaire au moins un établissement de MPR disposant de places de rééducation respiratoire

Le projet de service (outre l'organisation du suivi médical par un médecin pneumologue et les programmes de kinésithérapie respiratoire) devra intégrer des objectifs de prévention (lutte contre le tabagisme), d'éducation thérapeutique et d'aménagement du domicile.

Pour ce dernier point, le partenariat avec au moins une association ou une société privée agréée pour la délivrance de matériel à domicile sera formalisé.

A défaut, l'identification se fera au sein d'un service de soins de suite polyvalents.

2.2.5. Confirmer le dispositif intersectoriel actuel de la MPR pédiatrique

Seuls les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix », « Lorient/ Quimperlé », « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » disposent d'un établissement de MPR pédiatrique (2 à ce jour pour le secteur sanitaire « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion ») ; ce dispositif (131 lits et 70 places) paraît suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins régionaux.

Il convient encore de :

- Recentrer la prise en charge des enfants en MPR sur les soins :
Trois secteurs sanitaires restent concernés à l'issue du SROS II par une reconversion partielle vers le médico-social et/ ou une réduction de capacité :
 - Sur le secteur sanitaire « Brest/ Morlaix », il reste à mettre en œuvre une restructuration déjà engagée ;
 - Sur le secteur sanitaire « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion », il convient d'ajuster la réponse aux besoins apportée par les deux établissements ;
 - Sur le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon », il est nécessaire d'identifier quelques lits de MPR post-réanimation réservés aux enfants.
- Améliorer la connaissance et l'accès au dispositif breton spécifique de MPR pédiatrique.
Les établissements de MPR adulte installés sur chaque secteur sanitaire assurent pour la plupart déjà, des consultations externes spécifiques et le relais est passé (en fonction des indications médicales) vers les structures pédiatriques. La connaissance de cette offre de qualité mériterait, en fonction des besoins individualisés de certains enfants, d'être mieux exploitée par les divers acteurs médico-sociaux départementaux qui gravitent autour de l'enfance inadaptée, ainsi que par les acteurs libéraux comme les kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes.

Il convient par ailleurs de noter que l'existence d'un dispositif intersectoriel en MPR spécialisée pédiatrique n'exclut pas la prise en charge ambulatoire, au plus près du domicile, par d'autres établissements.

2.3. LES PRINCIPES D'ORGANISATION CONCERNANT LES SOINS DE SUITE

2.3.1. Parfaire le rééquilibrage de l'offre entre secteurs sanitaires et consolider, sur chacun d'entre eux, une offre de soins de suite suffisante en volume et qualité

Dans la continuité du SROS II, les secteurs sanitaires « Quimper/ Carhaix », « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » devront prioritairement voir leur offre en Soins de Suite améliorée quantitativement ; des opérations sont en cours sur ces trois secteurs sanitaires et doivent faire l'objet d'un suivi attentif, puis d'une évaluation sur les réponses apportées.

La médicalisation des maisons de repos et convalescence se poursuivra sur les mêmes bases que précédemment, de même que l'ensemble des soins de suite, en particulier en hôpital local (*cf. recommandations*).

2.3.2. Organiser l'accès à des soins de suite gériatriques en filière

Chaque secteur sanitaire devra disposer d'un contingent de lits spécifiques de soins de suite gériatriques réservés à des patients particulièrement âgés et fragiles.

Ces lits s'inscrivent dans une organisation territoriale en filière (conforme aux préconisations du volet « Prise en charge des Personnes Agées »).

Il s'agira, dans un premier temps, de qualifier de gériatriques les services déjà engagés et organisés pour ce type de prise en charge, de préférence en CHU et CH, puis dans un second temps de répondre au cahier des charges disponible sur le site de l'ARH.

La création ou l'extension de capacités sera envisagée en fonction des manques patents sur certains secteurs sanitaires.

2.3.3. Identifier sur chaque secteur sanitaire au moins un établissement de soins de suite polyvalents, en mesure de prendre en charge des AVC dans le cadre de filières

Sur chaque secteur sanitaire, il faudra disposer d'un contingent de lits de soins de suite permettant de prendre en charge des patients victimes d'AVC et ne pouvant supporter une rééducation intensive (*cf. les recommandations du volet « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux »*) ; ces lits seront installés de préférence dans un seul établissement polyvalent ; ils ne seront pas dédiés exclusivement à cette prise en charge, mais annuellement l'établissement devra produire un nombre de séjours AVC adéquat de l'ordre d'une centaine.

Cet établissement sera lié par convention à l'établissement MPR à orientation neurologique.

2.3.4. Confirmer le dispositif actuel des soins de suite en alcoologie

Les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix », « Lorient/ Quimperlé », « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » disposent d'établissements de soins de suite en alcoologie (post-cure).

Les secteurs « Lorient/ Quimperlé », « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » ont chacun 2 établissements.

Ce dispositif, rassemblant 220 lits et places, devrait suffire à couvrir les besoins régionaux.

2.3.5. Créer un site régional de soins de suite pour adolescents et jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale restrictive et d'obésité

Ce site viendra compléter l'offre actuelle en soins de suite nutritionnels, répartie sur deux secteurs sanitaires.

Un seul établissement de la région, disposant déjà d'une unité spécialisée en soins nutritionnels dans ce type de prise en charge, devrait permettre, avec 12 lits d'hospitalisation complète, de couvrir les besoins régionaux en complément des institutions relevant de la santé mentale.

La problématique générale des conduites alimentaires sera par ailleurs développée dans le volet « Prise en charge des enfants et des adolescents » prévu pour 2006.

2.3.6. Confirmer le dispositif actuel des soins de suite pédiatriques sur 2 sites

Les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » disposent chacun d'un établissement de soins de suite pédiatriques (Maison d'enfants à caractère sanitaire/pouponnière). Le dispositif couvre les besoins régionaux en la matière. La complémentarité avec la PMI, les services hospitaliers de pédiatrie et la MPR pédiatrique, devra donner lieu à l'actualisation des conventions de fonctionnement.

2.4. LA COMPLEMENTARITE ET LA COOPERATION ENTRE STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (MPR)

2.4.1. Organiser la complémentarité sectorielle prioritairement entre établissements MPR et de Soins de Suite à orientation neurologique

A l'échelle du secteur sanitaire, cette complémentarité est indispensable si l'on veut optimiser l'offre de soins et améliorer le service rendu aux patients neurologiques sortant des services de médecine ou de neurologie. Elle pourrait se concevoir dans l'esprit d'un futur réseau de santé susceptible, à terme, d'associer les acteurs de ville et le dispositif médico-social (SSIAD, SPASAD, MAS, FAM, EHPAD)²².

Compte tenu de la prévalence des AVC et de la diversité des déficiences et incapacités qu'ils génèrent (motrices, neuro-psychologiques, sensorielles....), il s'agit bien d'une pathologie neurologique « exemplaire » pour amorcer un travail de réseau évoluant vers une prise en compte plus généraliste du handicap moteur.

2.4.2. Organiser la complémentarité régionale entre établissements MPR ou entre établissements de soins de suite spécialisés

La réadaptation cardio-vasculaire a donné lieu dès octobre 2003 à la formalisation d'une convention de coopération entre les 3 établissements de la région. Les autres prises en charge spécialisées (Enfants, Alcoologie, Nutrition,...) devront aussi mettre en œuvre une telle collaboration, à officialiser par une convention signée des représentants des établissements au cours du présent SROS.

Les objectifs communs à toutes les thématiques sont :

- L'organisation du maillage territorial et de l'accès aux soins,
- L'amélioration des pratiques professionnelles,
- La promotion de l'activité auprès de prescripteurs potentiels hospitaliers, libéraux et du champ médico-social,
- L'évaluation de la coopération (conception d'outils communs, analyse partagée des données PMSI SSR).

2.4.3. Les filières spécifiques aux lésés cérébraux et blessés médullaires

Elles donneront lieu à un volet spécifique du SROS. Le dispositif propre aux Etats Végétatifs Chroniques y sera intégré.

²² SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile - SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile - MAS : Maison d'Accueil Spécialisée - FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé - EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE : LES TRAITEMENTS ET CURES AMBULATOIRES (TCA)

L'article R. 6121-4 du Code de la Santé Publique, tel qu'issu du décret n° 2005-434 du 6 mai 2005, définit les alternatives à l'hospitalisation.

Cependant, aucun texte ne décrit précisément pour la MPR, les traitements et cures ambulatoires (TCA), appellation figurant dans la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements).

Cette forme d'alternative à l'hospitalisation répond, selon les experts MPR, à de nombreux besoins ne pouvant être couverts par les soins de ville. Leur développement doit permettre d'optimiser l'offre en lits et places MPR et de favoriser le maintien à domicile des handicapés physiques lourdement déficients, ces prestations particulières participent donc à la dynamisation des filières de prise en charge.

Sur la base d'un travail réalisé par l'ORSB, sont proposés ci-après des critères d'orientation et de caractérisation propres à cette modalité de soins en vue d'un développement durant la période du SROS.

3.1.1. Caractérisation des TCA

Critères qualitatifs (socio-cliniques)	
Etat clinique	Stabilisé
Surveillance médicale	Discontinue Nécessité d'un environnement médical
Contexte environnemental (<i>humain et matériel</i>)	Nécessité d'un soutien familial et/ou de moyens matériels d'accès au domicile
Proximité géographique	Eloignement maximum 50 km par rapport à la structure
Filière d'amont	Demande du médecin traitant (<i>spécialiste ou généraliste</i>) confirmée par le médecin de la TCA. Hospitalisation complète ou de jour (<i>le plus souvent MPR</i>)
Dépendance physique	Indépendant ou peu dépendant (<i>quel que soit le recours à l'appareillage</i>)
Besoins de soins associés (<i>scolarisation, formation, éducation sanitaire...</i>)	Proposition de prise en charge d'au moins un besoin associé
Critères quantitatifs	
Durée de présence du patient	2h à 3h 30 dans la structure
Durée quotidienne de soins	1h 30 à 3h (<i>moyenne 2h 15</i>)
Durée de pause	45 minutes plutôt dans un lieu collectif
Nombre d'intervenants	Minimum 2 parmi un large éventail de professionnels
Fréquence hebdomadaire	1 à 5 " <i>séances</i> "
Plateau technique	Mise en œuvre limitée Moyenne : 3 éléments
Nombre d'actes (<i>selon CCAM / NGAP</i>)	Moyenne 2,7
Protocoles de rééducation/réadaptation	Plusieurs protocoles

3.1.2. Quelques exemples d'activités MPR susceptibles d'être réalisées en TCA

Les activités sont regroupées en trois catégories :

✓ *Prestations médico-techniques*

- Réglage de la neuro-modulation,
- Pansements complexes d'escarres.

✓ *Appareillage*

- Confection d'orthèses ou diverses aides techniques,
- Réalisation de moulages en vue de la confection de prothèses (hors consultation médicale d'appareillage),
- Adaptations techniques de prothèses provisoires (hors consultation médicale d'appareillage),
- Essais réglementaires de fauteuils roulants électriques ou tricycles en vue d'une prise en charge par les caisses d'Assurance Maladie.

✓ *Rééducation-Réadaptation-Réinsertion*

- Etude de l'aménagement du domicile,
- Ergothérapie à domicile (aide technique...),
- Simulation de logement au sein de l'établissement MPR,
- Entraînement à la conduite automobile,
- Etude ergonomique du poste de travail et médiation en vue d'un accès ou d'un maintien dans l'emploi,
- Ré-entraînement à l'effort des cardiaques,
- Rééducation sportive et d'entretien des patients lourds ventilés,
- Bilans pluri-intervenants (médecins et /ou paramédicaux),
- Troubles d'apprentissage neuro-moteurs des très jeunes enfants.

3.2. LA FILIERE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Afin que les patients soient orientés vers la meilleure solution d'aval, dès la sortie du court séjour, et le plus précocement possible, il est souhaitable que les acteurs de la filière AVC s'approprient, au sein de chaque secteur sanitaire, le logigramme d'orientation élaboré au titre du volet « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » et déposé sur le site de l'ARH.

La notion de durée minimale (*1 h/jour*) de rééducation individuelle supportable par le patient, quel que soit son âge, est un élément déterminant de l'orientation.

Les consultations MPR et/ou les interventions d'une équipe mobile spécifique aux problèmes liés au handicap moteur sont à prévoir dès l'amont de la prise en charge en service de neurologie, UNV ou services de médecine interne pour les patients victimes d'AVC sévères et ce, afin d'évaluer les possibilités de rééducation.

Tout au long de l'évolution du patient, des passerelles doivent être aménagées afin, le cas échéant, qu'il puisse bénéficier de temps accrus de rééducation en établissement ou service MPR, alors que son orientation première était un établissement de soins de suite et vice versa.

Les services de soins de suite gériatriques participent à la prise en charge sectorielle de certains profils de patients victimes d'AVC.

La préparation du retour à domicile devra s'inspirer des recommandations de la conférence de consensus de la SOFMER du 29 septembre 2004.

3.3. LA MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION PEDIATRIQUE

Tous les établissements, ou services, de MPR pédiatrique, sont invités à décliner dans leur projet d'établissement l'organisation et l'affectation des moyens correspondant à la réalisation des bilans des troubles de l'apprentissage de l'enfant en hospitalisation complète de courte durée ou de préférence en ambulatoire d'une part, et au suivi au long cours des enfants pris en charge par les orthophonistes libérales et/ou des structures médico-sociales comme les CMPP, d'autre part.

Le pilotage régional, en matière de recommandations et d'harmonisation de bonnes pratiques, sera assuré par le Centre du Langage installé dans le service de MPR pédiatrique (Rééducation enfants) du CHU de Rennes.

Le partenariat départemental avec la PMI, les CAMSP, les CMPP et les établissements pour enfants ayant des troubles du comportement (anciens Instituts de Rééducation) sera formalisé en accord avec les DDASS, pour organiser l'accès le plus précoce possible à des bilans approfondis ainsi que le suivi régulier des enfants.

3.4. LES SOINS DE SUITE POLYVALENTS

L'établissement ou le service de soins de suite polyvalents est une structure sanitaire de proximité intervenant après la phase aiguë d'une affection médicale ou chirurgicale.

Sous la responsabilité d'un médecin généraliste, en lien avec les responsables médicaux ayant pris en charge la phase aiguë, elle vise à prodiguer des soins courants dans un but de retour rapide en milieu de vie habituel.

Elle doit respecter la polyvalence des situations et pathologies.

Elle ne dispose pas de plateau technique.

A noter que la discipline d'équipement convalescence n'a plus de signification, mais reste référencée dans la nomenclature des disciplines d'équipement NODESS.

Ses missions

La structure de Soins de Suite Polyvalents s'adresse à des patients provenant du court séjour (du domicile plus rarement) requérant des soins continus dans un but de retour à domicile ou dans leur lieu de vie.

Elle assure, de manière coordonnée, outre une surveillance médicale, des soins techniques infirmiers, de nursing et de kinésithérapie correspondant aux typologies 2 et/ou 3 du GAIN (outil élaboré par le Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale de l'Assurance Maladie).

Elle accueille des patients ne pouvant être suivis à domicile.

Le projet de soins individualisés est le pivot de la prise en charge.

La continuité des soins 24h/24 doit y être organisée.

Son fonctionnement

✓ *Accès aux soins formalisé*

◆ Procédure de pré-admission écrite

Chaque admission est négociée sous la responsabilité du médecin avec le service adresseur ou le médecin traitant.

Les informations utiles à la prise en charge doivent être communiquées par écrit par l'adresseur en particulier les motifs de l'hospitalisation.

◆ Etude de dossiers

✓ *Suivi des refus d'admission et de leurs motifs.*

✓ *Rédaction d'un projet de soins individualisé s'appuyant sur un bilan initial médical et psycho-social écrit.*

- ✓ *Suivi régulier par le médecin avec point d'étape hebdomadaire écrit associant les membres de l'équipe.*
- ✓ *Dossier patient incluant les dossiers :*
 - Médical,
 - Infirmier,
 - Kinésithérapique (éventuellement),
 - Socio-professionnel (éventuellement),
- ✓ *Organisation de la sortie :*
 - Lettre de sortie aux correspondants,
 - Démarches auprès des familles et d'éventuels acteurs sociaux,
- ✓ *Sécurité et qualité des soins :*
 - Lutte contre les infections nosocomiales,
 - Prise en charge de la douleur en mettant en place les comités correspondants (CLIN, COMED, CLUD...),
 - Evaluation régulière de la charge en soins avec des outils appropriés (AGGIR, SIIPS, GAIN, PATHOS...),
- ✓ *Inscription dans les filières et réseaux entre l'amont et l'aval (Ville/ Hôpital – CLIC, SSIAD - FDT- MAS...) avec conventions écrites et promotion de rencontres entre professionnels de différents établissements.*
- ✓ *Système d'information médicalisé :*
 - PMSI : recueil, traitement et circulation de l'information homogènes (formation adéquate, mutualisation des moyens TIM-DIM...),
- ✓ *Elaboration d'outils : projet individualisé de soins, bilans divers,...*
- ✓ *Consultations spécialisées régulières organisées sur le site en fonction du projet médical,*
- ✓ *Evaluation de l'activité médicale :*
 - Selon indicateurs PMSI,
 - Selon questionnaire de satisfaction des patients,
 - Selon audit des protocoles de soins et des conventions,
 - Dans le cadre de la revue du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Son organisation

- ✓ *Les moyens matériels*
 - ◆ Sur le plan immobilier la structure devrait disposer :
 - d'un espace d'accueil
 - de cabinets médicaux
 - d'espaces pour les soins et la rééducation :
 - infirmerie
 - salle de kiné « à sec »
 - d'une pharmacie à usage intérieur
 - d'un "restaurant"
 - et d'un espace de détente et de réunion,
 - des sanitaires adaptés aux handicapés.

Les chambres seront de préférence des chambres seules d'une surface de 15 m² avec cabinet de toilette attenant, muni d'une douche sans dénivelé.

L'accessibilité aux personnes handicapées, quel que soit le handicap, sera partout vérifiée.

- ◆ Sur le plan des équipements

L'installation des chambres devrait comporter :

- Arrivée murale des fluides médicaux,
- Fauteuils spécifiques / dépendance,
- Lits à hauteur variable et matelas de prévention des escarres,

Par ailleurs, une centralisation des appels des malades et du matériel, comme un soulève-malade, des fauteuils à pousser et /ou fauteuils roulants à propulsion manuelle sont à prévoir.

✓ *Les moyens humains*

Les propositions tiennent compte de l'étude réalisée en 2002 par le Service Médical de l'Assurance Maladie sur les Maisons de Repos et Convalescence de Bretagne et des échanges au sein du Collège des Soins de Suite.

Le ratio médico-soignant à atteindre est évalué à 0,68 agent/ lit (base 35 h).

Le tableau suivant identifie les personnels en ETP médicaux et non médicaux souhaités pour une Unité de 30 lits.

Base 35 heures

	Typologie 3 du GAIN	Typologie 2 du GAIN	Panachage 2/3 (-50%)
Médecins (hors interne)	1.00	0.44	0.72
Kinésithérapeute	0.75	0.73	0.74
Ergothérapeute	0.11	0.11	0.11
Total rééducateurs	0.87	0.84	0.85
I.D.E.	6.64	5.73	6.18
I.D.E.	6.64	5.73	6.18
A.S.	10.07	9.73	9.90
ASH	3.10	2.83	2.96
Total soignants	19.80	18.29	19.05
Total /personnel	21.67	19.58	20.62
Ratio / lit	0.72	0.64	0.68

Des temps de pharmacien, diététicien et travailleur social sont à prévoir en sus, selon les projets d'établissement.

Pour les établissements de soins de suite polyvalents destinés à prendre en charge des AVC de manière précoce, les moyens humains seront renforcés en particulier pour ce qui est des aides-soignants du fait des soins de nursing requis.

Pour les établissements et services de soins de suite gériatriques, il convient de se reporter au volet du SROS « Prise en charge sanitaire des Personnes Agées ».

3.5. LES SOINS DE SUITE EN ALCOOLOGIE

Les constats

- Les structures SSR en alcoologie sont impliquées dans des réseaux d'addictologie formalisés ou en cours de formalisation ;
- Les co-morbidités psychiatriques et somatiques sont en augmentation ;
- Les SSR en alcoologie prennent en compte des patients présentant des addictions associées ;
- Un déficit en temps médical et paramédical des structures est constaté ;
- Les patients reçus présentent des situations de forte désocialisation et de grande précarité.

Les objectifs

- Développer l'articulation entre les centres de post-cure, les établissements de santé et les établissements sociaux pour une approche globale et cohérente des besoins des personnes ;
- Maintenir la qualité de prise en charge dans les SSR en alcoologie et renforcer la prise en charge médicale et paramédicale ;
- Réaffirmer les indications d'admissions pour l'ensemble des post-cures compte tenu de l'évolution des structures en appliquant les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Les moyens

- Assurer la continuité des soins avec des professionnels médicaux et paramédicaux.
- Le ratio de personnel souhaitable en ETP pour 15 lits en alcoologie correspond à :

Sur la base 35 heures

Médecin psychiatre	0.1
Médecin alcoologue	0.5
Cadre de santé	0.43
IDE	3
Psychologue	0.60
Assistante sociale	0.3
Ergothérapeute	0.5
Agents des services logistiques	2
Moniteur éducateur	1
Educateur spécialisé	1

3.6. LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR***La prévention de la douleur***

Les principes de prévention de la douleur s'adressent à l'ensemble des soins de suite ou de réadaptation comme à tous les établissements de santé (Art. L. 1112-4 du Code de Santé Publique). Cette thématique relève de l'orientation stratégique majeure du SROS, à savoir la qualité des soins (cf. première partie : dispositif général).

Toutefois, les établissements SSR sont engagés plus spécifiquement à rédiger des protocoles en kinésithérapie et ergothérapie.

La prise en charge de la douleur chronique

Les établissements MPR sont les partenaires privilégiés des réseaux de santé sectoriels concernant la douleur chronique.

Les médecins MPR sont invités à participer aux consultations pluridisciplinaires du secteur (cf. étude du Service Médical de l'Assurance Maladie : Evaluation des structures de prise en charge de la douleur chronique en Bretagne octobre 2004).

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF**4.1. LE SUIVI ET L'EVALUATION**

Le COTER SSR assure par ses 3 collègues :

- La coordination des dispositifs de soins de réadaptation, soins de suite et des filières TCM (traumatisés crâniens médullaires) ;
- L'harmonisation régionale des procédures et recommandations ;
- L'évaluation annuelle de l'évolution de l'offre sur chacun des secteurs sanitaires et de la complémentarité sectorielle et régionale ;

Il veille, en outre, à l'articulation de ce volet du SROS avec les autres volets, en particulier : « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins », « Réanimation, soins intensifs et surveillance continue », « Médecine », « Prise en charge des personnes âgées », « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux », « Hospitalisation à domicile ».

Trois groupes de travail spécifiques seront mis en place :

- PMSI SSR ;
- MPR à orientation neurologique ;
- Troubles de l'apprentissage de l'enfant, devant contribuer à l'élaboration du volet « Prise en charges des enfants et des adolescents ».

Ces groupes sont chargés de faire des recommandations en matière de pratiques médicales et de recueil de l'information (en rapport avec le COTRIM) ; le 1^{er} groupe élaborera un rapport-type d'activité d'une U.F. de MPR.

Des tableaux de bord de suivi et d'évaluation seront annuellement validés et commentés par le COTER.

Ils rassembleront la plupart des indicateurs développés ci-dessous.

Ces tableaux seront évolutifs au fil du SROS, compte tenu de la pertinence ou non « à l'usage » de certains indicateurs.

4.2. LES INDICATEURS

Objectifs

Préférentiellement :

- Suivre la mise en place des structures à orientation "nouvelle" en particulier : neurologique, respiratoire, troubles de l'apprentissage de l'enfant, anorexie restrictive.
- Apprécier la dynamique des flux court séjour/structures d'aval par secteur sanitaire.

Types d'indicateurs

Ils sont classés en 3 groupes :

- Le suivi de l'offre,
- Le suivi de l'activité,
- Le suivi de la qualité du service rendu.

Tableau n° 1 - Le suivi de l'offre de soins

OBJECTIFS	INDICATEURS	ETABLISSEMENTS CONCERNES	SOURCES
Apprécier le rééquilibrage de l'offre globale SSR au niveau du secteur sanitaire	Nombre de séjours, de venues/1000 habitants du secteur en MPR/Soins de suite % de séjours produits pour des patients extrarégionaux et extra sectoriels	TOUS	Inventaire DRASS SAE PMSI
Apprécier le développement des alternatives en MPR au niveau du secteur sanitaire	Nombre de venues (hôpital de jour/TCA) % places/secteur	Etablissements autorisés en Réadaptation	DRASS SAE
Apprécier l'effort de complémentarité	Nombre de réseaux de santé financés par le FAQSV ou la DRDR dans le champ du SSR et handicap moteur Nombre de fédérations MPR Nombre de GCS	TOUS	URCAM Comité des réseaux

Tableau n° 2 - Le suivi de l'activité

OBJECTIFS	INDICATEURS	ETABLISSEMENTS CONCERNES	SOURCES
Approcher l'efficience de l'offre	Nombre de séjours annuels Nombre de venues annuelles TO, DMS	TOUS	SAE PMSI
	Nombre d'interventions annuelles organisées par le service MPR au bénéfice des autres services du centre hospitalier Nombre de consultations externes	Services MPR des établissements publics	Rapport d'activité annuel de l'unité fonctionnelle MPR (UF) SAE
	<i>Moyens en personnel en ETP</i> - Médicaux - Paramédicaux - Soignants <i>Rapportés à l'activité</i> - En HC, en HJ, en TCA (1000 séjours/100 venues/100 séances)	TOUS	SAE Fiche descriptive de l'établissement
	% de séjours avec dépendance physique à l'entrée ≥ 12 % PCL % PCTL % PRR % PRRC Temps hebdomadaire moyen de rééducation (dont réadaptation/réinsertion)	Etablissements autorisés en réadaptation	PMSI Rapport d'activité UF MPR

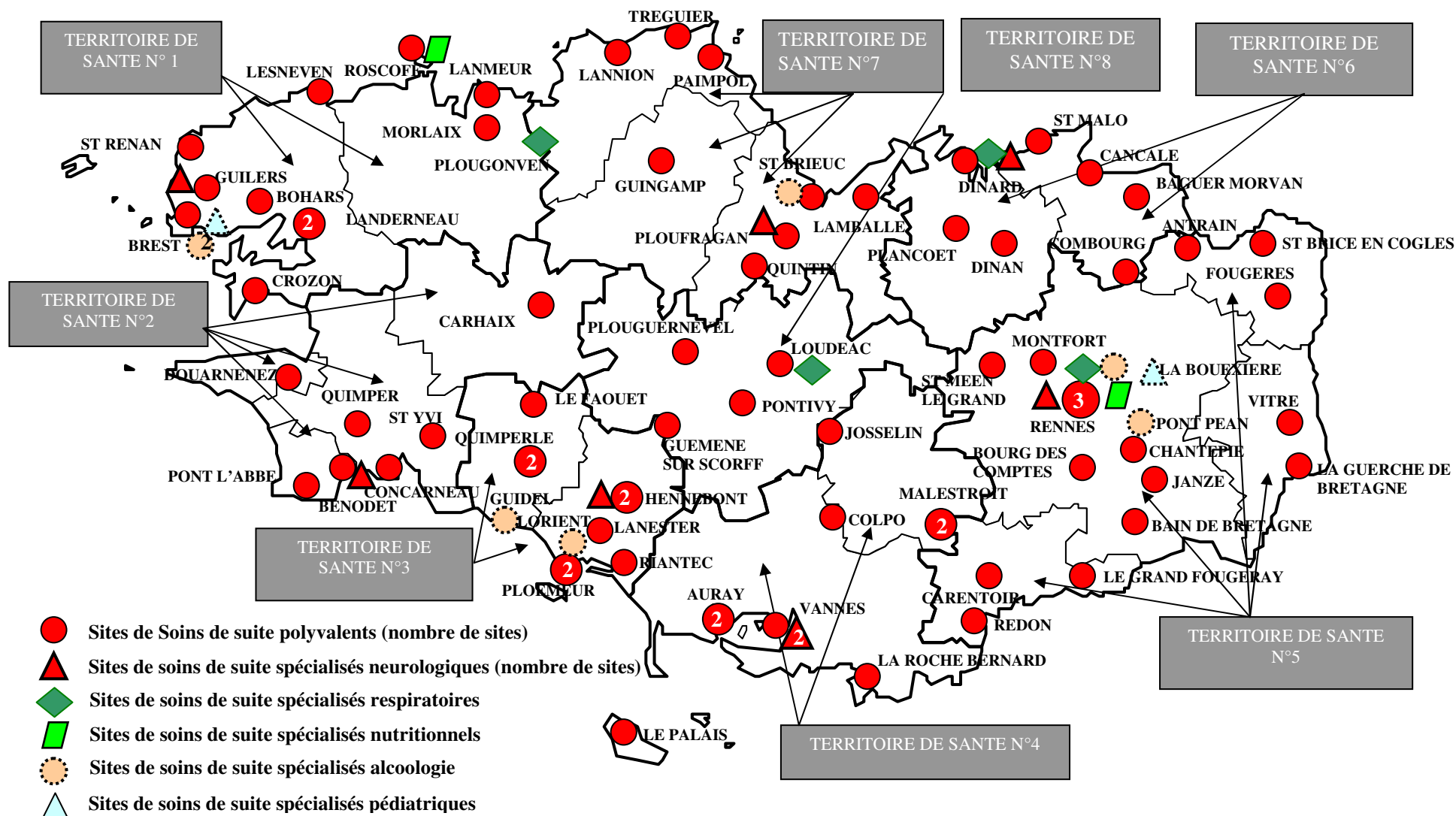
Tableau n° 3 – Le suivi de la qualité du service rendu

OBJECTIFS	INDICATEURS	ETABLISSEMENTS CONCERNES	SOURCES
Apprécier la réponse à la polyvalence des besoins sur le secteur sanitaire	Case MIX des CMC	TOUS	PMSI Rapport d'activité UF/MPR
Apprécier la prise en charge précoce des affections neurologiques	Taux de mutations et transferts <i>Nombre annuel :</i> - d'AVC concernés - de blessés médullaires - de lésés cérébraux % CMC 12, ventilation des GHJ % PCL, % PCTL % PRR, % PRRC	Etablissements MPR à orientation neurologique	PMSI Rapport d'activité UF
	Délai d'admission en MPR à la sortie des services de court séjour		
	Taux de transfert de la réa/ Nombre de patients canulés	Les 2 CHU	PMSI Rapport d'activité UF/MPR
	Nombre annuel d'AVC concernés % CMC 12 Délai d'admission en soins de suite à la sortie des services de court séjour	Etablissements de soins de suite avec activité neurologique	PMSI Rapport d'activité

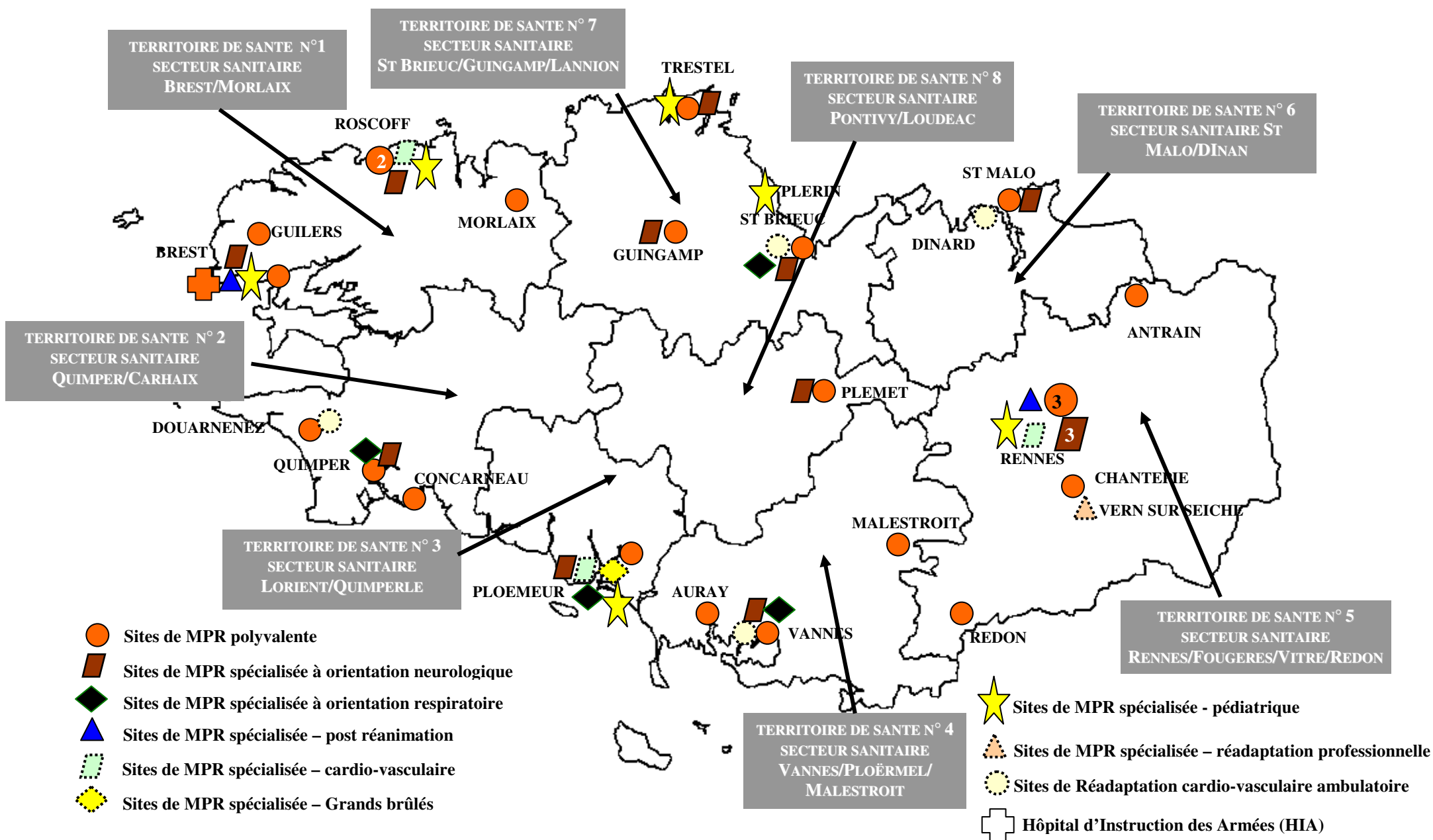
Tableau n° 3 (suite) – Le suivi de la qualité du service rendu

OBJECTIFS	INDICATEURS	ETABLISSEMENTS CONCERNES	SOURCES
Apprécier la prise en charge des pathologies respiratoires	Nombre de venues, séances pour pathologies respiratoires en MPR % CMC, ventilation des GHJ	Etablissements MPR identifiés	PMSI Rapport d'activité
	Nombre de séjours/venues en soins de suite pour pathologies respiratoires	Etablissements de soins de suite avec activité respiratoire	PMSI Rapport d'activité
Apprécier la prise en charge des troubles de l'apprentissage de l'enfant	Nombre de séjours (DMS) Nombre de venues en MPR pédiatrique pour troubles de l'apprentissage Nombre de séances TCA % d'enfants bénéficiant de prises en charge coordonnées (sanitaire/médico sociale) Tranches d'âge et sexe	Etablissements de MPR pédiatrique	PMSI Rapport d'activité UF/MPR
Apprécier la prise en charge des adolescents et adultes atteints d'anorexie restrictive	Nombre de séjours (DMS) Nombre de venues % , âge, sexe	Le seul établissement identifié	PMSI Rapport d'activité de l'UF
Apprécier la prise en charge de la Douleur Prévention de la Douleur Aiguë	% de patients ayant bénéficié à l'année d'une évaluation chiffrée et "tracée" de la douleur Nombre de nouveaux protocoles anti-douleurs rédigés, audités dans l'année	TOUS	Rapport CLUD
Prise en charge de la Douleur Chronique	Nombre de vacations médicales et/ou ETP paramédicaux consacrés à la lutte contre la douleur chronique (consultation ou unité pluridisciplinaire de lutte contre la douleur, participation à un réseau sectoriel)	Etablissements ou services autorisés en réadaptation	Rapport CLUD Rapport d'activité MPR/UF
Apprécier l'effort de complémentarité entre structures, en particulier pour les suites d'affections neurologiques au plan du territoire de santé	Nombre de conventions MPR/soins de suite /médecine gériatrique/neurologie pour la prise en charge des AVC visant à utiliser le logigramme d'orientation des patients (COTER AVC)	Etablissements MPR et établissements de soins de suite identifiés (AVC)	Rapport d'activité de l'unité MPR ou du service de soins de suite
Apprécier l'effort de complémentarité entre structures "spécialisées" au niveau de la région	Nombre de conventions entre établissements à orientation spécifique Nombre de réunions annuelles avec ordre du jour et compte rendu. Nombre de rapports rédigés	Tous les établissements du champ SSR selon leur spécificité Neurologie post-réanimation, Neurologie, (lésés cérébraux, médullaires) Respiratoire, Nutrition, MPR pédiatrique Soins de suite en alcoologie	Bilan annuel de coopération

Répartition par territoire de proximité des sites de soins de suite polyvalents et spécialisés (neurologiques, respiratoires, nutritionnels, alcoologie, pédiatrique) – Bretagne/Cible 2010



Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de MPR polyvalente et spécialisée (à orientation neurologique et respiratoire, post-réanimation, cardio-vasculaire, grands brûlés, pédiatrique et réadaptation professionnelle) et de réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire Bretagne/Cible 2010



HOSPITALISATION A DOMICILE

1. ENJEUX

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) permet « *d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* »²³.

L'HAD s'adresse à des malades relevant de l'hospitalisation. La complexité et la fréquence des actes réalisés au domicile en font bien une alternative à l'hospitalisation à temps complet, à côté des hospitalisations de jour et des actes de chirurgie ambulatoire effectués, pour leur part, au sein d'un établissement de santé.

Les soins en Hospitalisation à Domicile s'inscrivent aussi dans une graduation des soins délivrés au domicile du patient. La prise en charge en ambulatoire et à son domicile d'un patient peut comprendre, en règle générale, plusieurs phases :

- en premier lieu, des prestations réalisées par chaque professionnel de santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute,...) dans le cadre d'actes définis par voie conventionnelle et par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 pour les infirmiers.
- en second lieu, la mise en œuvre d'actes plus complexes, plus fréquents, plus longs ou faisant intervenir un plus grand nombre de professionnels qui nécessitera une coordination des professionnels entre eux. La réalisation effective et les moyens attribués à cette coordination sont très variables. Parfois mis en œuvre par les professionnels eux-mêmes, indépendamment de l'attribution de tout moyen supplémentaire, elle repose alors sur les réseaux informels qui se constituent dans le cadre de la pratique quotidienne. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, ou les personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et les personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les services de soins infirmiers à domicile constituent un dispositif spécifique pour la pratique des soins infirmiers et d'hygiène générale, souvent associés à la réalisation d'actes d'aide à la vie quotidienne.
- à un stade plus complexe, se posera la question de l'hospitalisation du patient et de la réalisation de celle-ci à son domicile, en l'absence de recours à des techniques diagnostiques et de soins lourdes ou invasives.

Seul volet consacré à un mode de prise en charge parmi les 16 thématiques obligatoires du SROS, le développement de l'HAD sera favorisé sur la durée du présent SROS par la levée des obstacles réglementaires et tarifaires qui fait suite à la réforme du régime des autorisations et du financement des établissements.

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le caractère récent des services d'HAD en région Bretagne, à l'exception de celui de Lannion, et l'absence de standardisation des données font que l'on dispose de peu d'informations exploitables concernant l'activité du dispositif.

1.1.1. Les structures autorisées et/ou installées

Au 1^{er} septembre 2005, il existe 6 établissements titulaires d'une autorisation d'HAD (2 publics, 2 privés à but lucratif, 2 privés à but non lucratif).

²³ Article R712-2-1 du code de santé publique

4 HAD s'appuient sur un établissement de santé développant une activité MCO (Lannion, Quimper, Vannes et Brest), une sur un établissement de santé qui développait jusqu'alors une activité de dialyse (AUB St Malo) et une sur une association regroupant, au-delà des membres fondateurs que sont la mutualité française et l'union départementale des associations de soins à domicile, tous les professionnels de santé libéraux et institutionnels de la zone d'intervention.

Ces 6 structures sont implantées dans des sites urbains et pour les 5 qui sont en fonctionnement (l'HAD de la clinique Pasteur n'est pas encore installée), le rayon d'intervention est le plus souvent inférieur à 20 / 25 Km.

1.1.2. L'activité

Les services d'HAD de la région ont tous un caractère généraliste et non spécialisé. Il convient de signaler, toutefois, la particularité de l'HAD de Lannion qui a développé une activité de suivi en gynécologie-obstétrique pour la moitié de l'activité de la structure en terme de journées.

Actuellement, les dispositifs existants prennent en charge de 15 à 20 patients simultanément. Tous les services signalent le caractère lentement progressif de la montée en charge.

Le cancer constitue, très nettement, la pathologie dominante à l'origine de la prise en charge (de 50 à 70 %). Les pathologies neurologiques et vasculaires viennent ensuite (avec les AVC qui apparaissent dans l'une ou l'autre des catégories).

Les soins palliatifs représentent en conséquence les prises en charge les plus fréquentes (de 40 % à plus de 70 %).

La moyenne d'âge des patients pris en charge en HAD, quand elle est disponible, varie de 64 ans à 70 ans. La durée moyenne de séjour varie de 28 à 33 jours.

Dans deux établissements qui fournissent l'information, une demande sur deux ne serait pas suivie de prise en charge.

L'origine des prescriptions est souvent celle de services d'hospitalisation de l'établissement gestionnaire de l'HAD (plus de 50 % du recrutement pour 3 établissements). Les patients adressés en HAD à partir de leur domicile représentent de 10 à 20 % des entrées. Il semble que cette modalité de prescription soit le fait d'un petit « noyau » de prescripteurs.

1.1.3. Les modes de fonctionnement

Les modes d'organisation des 5 services d'HAD installés font référence aux circulaires du 30 mai 2000 et du 4 février 2004. Ils s'appuient sur :

- Un organe de gestion qui porte différentes appellations (commission de surveillance, de suivi, commission d'orientation,...) et qui regroupe des représentants de l'établissement support (direction et professionnels de santé) et des professionnels de santé libéraux de la zone concernée. La représentation ou la participation des SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), des équipes mobiles ou des réseaux, est variable.
- une équipe salariée comprenant dans tous les cas :
 - un cadre infirmier toujours présent assurant la coordination du dispositif et la coordination de l'équipe soignante « au lit du malade » ;

- un médecin chargé d'assurer la coordination de professionnels relevant de plusieurs disciplines, c'est-à-dire « le médecin coordonnateur ». Sur les 5 médecins coordonnateurs exerçant au début du SROS, deux sont également titulaires d'un poste de praticien au sein de l'établissement support de l'HAD.

Mais avec des choix d'organisation différents d'un établissement à l'autre concernant :

- le recours aux infirmières libérales, choix exclusif pour certains, quand d'autres disposent d'une équipe d'infirmiers salariés.
 - le recours aux aides-soignants que 4 établissements sur 5 privilégient, un établissement faisant assumer les soins de nursing par le renforcement des passages d'infirmiers.
- Les relations individuelles avec les professionnels libéraux (médecins généralistes, spécialistes, IDE, kinésithérapeutes) sont assez similaires d'un projet à l'autre.

Les interventions des professionnels libéraux sont encadrées par des conventions. Elles varient dans la précision des contenus, mais concernent, le plus souvent, le respect des principes déontologiques, de la continuité des soins et le mode de versement des honoraires.

Elles sont parfois plus complètes pour les infirmiers(ères) et font état de l'engagement à respecter le protocole de soins, des modalités de transmission de l'information et d'utilisation des matériels.

Les modes de rémunération du temps de coordination (financé explicitement dans certaines structures, sur la base de 3C) et les modalités de rémunération (par le patient avec remboursement, ou directement par la structure) sont variables.

L'adhésion par signature à un projet de prise en charge particulier n'est pas systématique pour les médecins (elle est même le plus souvent tacite).

- Les concepts de consultation ou de visite d'admission, d'adhésion pas toujours formalisée du patient à ce mode de prise en charge, de dossier de soins au lit du patient paraissent assez similaires.
- Le concept de continuité de soins paraît pour sa part assez différent entre les promoteurs (continuité de la réponse à l'appel, continuité des prestations infirmières au domicile, recours à un système de garde de ville). La continuité des soins infirmiers ne semble pas poser de difficultés, celle des prestations médicales est souvent liée au contexte local de continuité des soins de la médecine de ville.
- Les notions de projet thérapeutique, de lettre de mission spécifique matérialisant l'engagement du médecin traitant à assurer le suivi du patient et du projet, sont plus ou moins développées selon les promoteurs.
- Les moyens de communication entre les membres de l'équipe et mis à disposition des malades sont diversement développés par les promoteurs. Le téléphone est pour l'instant la technologie la plus partagée.

1.2. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION

L'HAD peut constituer une réponse adaptée aux besoins sanitaires et socio-démographiques des 5 prochaines années :

- Le modèle dominant des pathologies chroniques justifie la mise en place de modes de prise en charge diversifiés dans les lieux de vie des patients afin d'éviter ou de réduire les séjours en établissements.

- Le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques de soins amènent à prendre en charge des populations plus âgées, confrontées aux problèmes intriqués de pathologies multiples et de dépendance.
- Les patients souhaitent ce maintien et cette prise en charge au domicile sous réserve :
 - que l'ensemble des conditions à ce maintien à domicile soit réuni (qualité, sécurité et continuité des soins, soutien matériel et psychologique tant du patient que des aidants familiaux) ;
 - que cette prise en charge s'inscrive dans un « continuum » possible et fluide avec l'ensemble des solutions existantes en hospitalisation à temps complet et en hospitalisation de jour, quel que soit le type d'établissement (MCO ou soins de suite) et en ambulatoire.
- La limitation des séjours hospitaliers au strict nécessaire se justifie tant pour des raisons sanitaires (réduction des complications iatrogènes) qu'économiques.

Par nature et du fait de ses caractéristiques, l'HAD répond aux grandes orientations du SROS

✓ *Proximité :*

En apportant au domicile du patient les compétences, les services et les techniques de soins complexes, l'HAD représente l'étape la plus aboutie sur le plan de la proximité pour l'apport de prestations de soins dans l'environnement physique, social et familial du patient.

✓ *Graduation des soins et subsidiarité :*

L'HAD trouve sa place dans une organisation graduée tenant compte de la complexité, de la charge en soins et de la technicité des interventions et faisant appel, en premier lieu, à l'intervention des professionnels libéraux, à celle des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), enfin au dispositif propre de l'HAD, alternatif à une hospitalisation.

Mode de prise en charge plus que structure de soins, l'HAD fait appel en priorité aux professionnels de santé intervenant au domicile du patient, en lien avec les réseaux de soins qui se sont constitués soit sur des approches populationnelles (réseaux gérontologiques, périnatalité,...), soit sur des approches par pathologie (cancérologie, soins palliatifs,...). Elle se construit et s'organise avec eux.

✓ *Articulation avec le secteur social et médico-social :*

Le développement de l'hospitalisation à domicile est conditionné par le développement concomitant tant :

- de l'aide à domicile capable d'apporter des compétences diversifiées aux différents besoins non sanitaires des patients.
- que de la solvabilité de ces besoins, permettant de garantir une réelle accessibilité de cette alternative aux patients, quels que soient leur niveau de ressources et leur environnement.

Le domicile doit constituer un lieu de prise en charge cohérent des problèmes liés à la maladie, à la dépendance et aux handicaps et un lieu de décloisonnement des systèmes sociaux, sanitaires et médico-sociaux.

✓ *Qualité des soins :*

L'Hospitalisation à Domicile est soumise aux mêmes obligations légales et réglementaires que celles existantes au sein des services de court séjour d'un établissement de santé. Les exigences de sécurité et de qualité des soins y sont identiques alors que les lieux de délivrance des soins (le domicile) et les modes d'organisation (professionnels de l'ambulatoire, salariés et libéraux) sont différents de l'hospitalisation complète.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

L'objectif général d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques constitue l'un des 5 plans stratégiques de santé publique gérés par la loi du 9 août 2004 : l'HAD y contribue naturellement.

Les principes d'organisation de ce mode alternatif d'hospitalisation visent à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- favoriser pour tout patient l'accès à ce mode de prise en charge quel que soit son territoire de domiciliation et quels que soient ses conditions de ressources et son environnement socio-familial ;
- mettre en adéquation les indications de l'HAD avec la charge en soins qui fonde le caractère substitutif de ce dispositif de soins par rapport à l'hospitalisation complète et qui distingue l'HAD des autres modes de prise en charge à domicile (SSIAD et interventions coordonnées des professionnels en ambulatoire) ;
- garantir aux patients la qualité des prises en charge.

2.2. LES CONDITIONS ET MODALITES D'ORGANISATION

Elles reposent, essentiellement, sur l'application des décrets du 15 décembre 2000 et des circulaires du 30 mai 2000 et du 4 février 2004.

2.2.1. Une forte implication des professionnels et intervenants sanitaires et sociaux

L'Hospitalisation à Domicile évite, anticipe ou est consécutive à des prises en charge en établissements de santé. Elle implique des relations étroites entre les professionnels hospitaliers et libéraux, et entre différents dispositifs ou intervenants sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Par professionnels, intervenants et dispositifs, il faut entendre :

- Les professionnels de santé exerçant en ambulatoire et plus particulièrement :
 - Les médecins généralistes et spécialistes (pour ceux n'intervenant pas au sein des établissements de santé),
 - Les infirmiers,
 - Les kinésithérapeutes,
 - Les pharmaciens,
 - Les pédicures podologues,
 - Les centres de soins infirmiers,
 - Les prestataires de service.
- Tous les réseaux de soins ou de santé déjà reconnus sur le territoire ;
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide à domicile (SSAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurant à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ou leurs organismes gestionnaires ;
- Les établissements de santé publics et privés.

Les principes de participation, partenariat et complémentarité devront être respectés à toutes les étapes d'élaboration et de fonctionnement d'un projet HAD : à la conception, à la gestion et à la mise en œuvre.

Au moment de la conception

La conception d'un service d'HAD sur un territoire donné doit être le fruit d'une réflexion des différents intervenants. Elle doit reposer sur des études d'opportunité utilisant les méthodes participatives pour l'évaluation des besoins à l'instar de celles proposées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins.

Toute forme juridique de regroupement des intervenants (de l'association au Groupement de Coopération Sanitaire) pour être promoteur d'un projet d'HAD, est à encourager.

Dans l'hypothèse où un promoteur unique se manifeste, celui-ci devra apporter toutes justifications sur l'adhésion des autres intervenants à son projet. La matérialisation de cette adhésion ne peut se limiter à une simple lettre de soutien de telle ou telle personne physique. Il est souhaitable d'obtenir :

- pour les établissements et organismes : une délibération des instances administratives et un engagement des représentants des professionnels de santé ;
- pour les professionnels libéraux : un engagement des représentants territoriaux concernés des instances régionales de représentation (URML, associations, « Cap Réseau »,...).

Une liste exhaustive des différents intervenants sanitaires et médico-sociaux du territoire concernés et disposés à s'engager dans le dispositif, ainsi que l'avis de la conférence sanitaire sur le projet seront requis à l'appui de la demande d'autorisation.

Au niveau de la gestion

Quelle que soit la forme juridique retenue par le promoteur du dispositif d'HAD, les représentants des principaux intervenants devront pouvoir être associés à une instance consultative (comportant également des représentants d'usagers). Sa mission portera sur le mode d'organisation et de fonctionnement du dispositif, notamment les relations établies entre les différents intervenants, ainsi que sur les outils de liaison et de communication et les protocoles élaborés.

Sur le plan de la mise en œuvre

✓ *La prise en charge d'un patient en HAD repose sur :*

- **une prescription**, à durée limitée mais renouvelable, établie par un médecin exerçant en établissement de santé ou en ambulatoire.
De la connaissance qu'ont les prescripteurs des indications de l'HAD et de ses capacités de prise en charge, dépendra le développement de l'activité. Information des prescripteurs, participation aux projets, connaissance des équipes permettront d'assurer l'essor du service.
- **une équipe coordonnée** par :
 - un cadre infirmier qui assure la coordination des interventions des personnels non médicaux ;
 - un médecin coordonnateur qui « *organise le fonctionnement médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins* ».

- et s'assure de la définition et de l'adéquation du suivi médical aux besoins des patients avec le médecin traitant, dans le cadre du projet thérapeutique.

→ L'équipe soignante inclut la participation :

- d'aides-soignants, qui dans le cadre réglementaire actuel, sont le plus souvent salariés de la structure HAD,
- de psychologues et d'assistantes sociales,
- de personnels infirmiers qui peuvent être « *salariés de la structure, salariés de toute personne morale ayant passé convention avec la dite structure ou d'exercice libéral* ». Le recours à ces différentes catégories de personnel sera fonction tant de la démographie des professionnels de la zone concernée que du projet d'organisation de ces mêmes professionnels.
Dans le cadre des partenariats à instaurer avec les services de SSIAD et les Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), la permanence de l'équipe soignante du SSIAD auprès du patient en cas de passage en HAD sera favorisée pour respecter, si nécessaire, la qualité de la relation soignant/ soigné sous réserve que le mode de fonctionnement du SSIAD soit compatible avec le projet d'HAD.
- d'auxiliaires médicaux et de personnels de rééducation,
- de médecins traitants qui assurent le suivi, la prescription, certains actes et l'évaluation régulière de la prise en charge (en sus de la prescription initiale dans certains cas).

Toute structure d'HAD doit disposer en permanence d'au moins un agent (auxiliaire médical ou agent relevant des personnels de rééducation) pour 6 patients pris en charge et, sur la totalité des personnels, exprimés en équivalent temps plein, exerçant dans la structure, la moitié doit être constituée d'infirmiers diplômés d'Etat (qu'il s'agisse de salariés ou de personnels conventionnés).

Les modalités d'intervention, de participation aux réunions de coordination, de respect de la continuité des soins, de rémunération des intervenants libéraux, seront fixées dans un document écrit valant engagement des partenaires. Un cadre sera proposé en liaison avec les représentants des professionnels.

→ Le fonctionnement du dispositif est régi par un règlement intérieur qui précise, outre l'organisation générale des interventions, les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux, les modes d'organisation de la permanence et de la continuité des soins garantissant également le transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie.

- ✓ Le projet thérapeutique pour chaque patient, élaboré et mis en œuvre par l'équipe médicale et soignante, devra recueillir l'adhésion formalisée des intervenants, être régulièrement réévalué et prendre en compte l'ensemble des besoins médicaux, psychologiques et sociaux du patient, pour mettre en œuvre :
 - des soins coordonnés et continus relevant d'une prise en charge importante et pluridisciplinaire ;
 - des soins ponctuels, continus ou de réadaptation qui recouvrent l'un des 23 modes de prise en charge définis dans le cadre de la tarification. (cf. annexe 1 de l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement).

2.2.2. La polyvalence des HAD

Le constat d'un faible développement actuel des services d'HAD et la volonté de mettre en place un dispositif en s'appuyant sur une organisation et un décloisonnement de dispositifs sociaux, médico-sociaux et de soins ambulatoires plaident en faveur du caractère généraliste et polyvalent de l'HAD.

Si les pathologies cancéreuses sont actuellement les pathologies les plus représentées et les soins palliatifs le mode d'intervention le plus souvent mis en oeuvre, les travaux menés dans le cadre de la préparation des autres volets du schéma ont souligné l'intérêt de développer ce mode de prise en charge pour d'autres situations pathologiques. Tel est, notamment, le cas de la prise en charge coordonnée des accidents vasculaires cérébraux.

Le développement des prises en charge pour d'autres pathologies (pneumologiques, vasculaires psychiatriques, pédiatriques, neurologiques,...) devra s'appuyer sur la participation d'équipes spécialisées, quelles que soient leur nature et leur structure de rattachement, avec la volonté de les développer au sein de services généralistes. Les cahiers des charges définis par la circulaire du 4 février 2004 traitant de la périnatalité, de la pédiatrie et de la psychiatrie doivent servir de cadre à ce développement financé par des tarifs différenciés et adaptés.

La réponse à certains besoins très spécialisés, comme l'onco-pédiatrie, pourrait relever d'une approche fédérative de différentes HAD d'un ou plusieurs territoires voire de la région, permettant, en s'appuyant sur une équipe hospitalière référente, d'organiser la mise en oeuvre de prestations spécialisées au domicile et d'améliorer les conditions de recours à l'équipe hospitalière. A noter, cependant, que dans ce domaine, le fonctionnement en réseau de santé Ville/ Hôpital pourrait apporter le même service, avec les mêmes garanties de qualité.

2.2.3. Une organisation territoriale

- **Le développement de l'hospitalisation à domicile s'inscrit en principe à l'échelle des territoires de proximité** dont les contours sont proches des bassins de proximité constitués selon les flux de patients, voire des Pays.

Ces territoires correspondent à des zones d'intervention d'un rayon de 20 à 30 kms. L'équipe en charge du dispositif, à savoir un temps d'infirmière coordinatrice et un temps de médecin coordonnateur, se situe, en principe, à cette échelle territoriale. La constitution de l'équipe soignante relève également de la dynamique propre du territoire et est fonction de la mobilisation des professionnels locaux (libéraux, SSIAD, établissements). Un projet individualisé d'organisation et de fonctionnement doit établir les modes de relations entre les différents intervenants et partenaires.

La réalité populationnelle de la zone géographique desservie sera, toutefois, différente selon que le service d'HAD se situe en zone urbaine, péri-urbaine ou rurale. Ce dernier pourra donc répondre à des besoins en matière d'hospitalisation à domicile différents. La nature de l'offre de soins sera également variable en fonction de la densité de professionnels libéraux, de services d'aide à domicile ou de diversité des établissements de santé.

Selon le périmètre et le volume de la population desservie, un service d'HAD pourra relever d'une structure autonome (difficilement « viable » en dehors d'une communauté urbaine ou d'agglomération) ou d'une antenne. La notion d'antenne d'une structure HAD permet de concilier le respect d'une approche de proximité pour la mise en place d'une organisation par les acteurs locaux avec la nécessaire taille critique (en terme de capacité de prise en charge) qu'imposent les exigences en matière de polyvalence des soins, de qualité de prise en charge, d'organisation administrative (suivi de la T2A) et de mise en cohérence des différents intervenants.

Au sein d'une même aire géographique d'intervention, un seul dispositif d'HAD pourra être autorisé, étant observé qu'en cas d'existence préalable d'un réseau de santé en soins palliatifs, sur ce même espace, l'importance des besoins complémentaires à couvrir devra être rigoureusement évaluée.

- **Pour autant, les secteurs sanitaires constituent les pôles d'organisation et de structuration de ou des dispositifs d'HAD**, *via* les conférences sanitaires à travers les projets médicaux de territoires.

La cohérence dans l'application des protocoles de soins et le respect des bonnes pratiques et des modes d'organisation promus par les réseaux de soins qui, pour la plupart, s'organisent ou se fédèrent sur une base sectorielle, seront mieux garantis.

Ces territoires de santé peuvent aussi constituer les lieux d'organisation de la formation des intervenants et d'élaboration des outils d'intervention.

Cette organisation doit favoriser une réelle polyvalence du dispositif d'HAD qui doit être en capacité de prendre en charge des soins « lourds », techniques et spécialisés.

L'annexe du SROS pour ce volet fixe comme cible à atteindre environ une implantation par territoire de proximité. La notion d'implantation correspond à l'entité juridique titulaire de l'autorisation. La couverture géographique des territoires de proximité pourra être organisée à partir d'antennes, dont le nombre est laissé à la discrétion du promoteur. Ce nombre sera précisé dans le dossier de demande d'autorisation et devra répondre aux principes énoncés ci-dessus.

Au sein d'un même territoire de proximité, l'autonomisation d'une antenne en entité juridique devra se justifier *a priori*.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. DEVELOPPER LES SERVICES D'AIDE A LA PERSONNE ET LES RELATIONS AVEC LE SYSTEME DE SOINS

L'accessibilité insuffisante aux services d'aide à la personne est souvent citée comme un des facteurs explicatifs au lent développement de l'HAD, tant par les services d'HAD que par les professionnels de santé libéraux confrontés à la question plus large des aides à la vie quotidienne et aux patients. Cette difficulté justifie les recommandations ci-après qui dépassent le champ de compétence de l'ARH et plaident en faveur d'un partenariat organisé et volontariste.

La réalisation d'un diagnostic psycho-social et environnemental des besoins de la personne

Une prise en charge adaptée et de qualité d'une personne en hospitalisation à domicile implique, au préalable, dans des délais courts, la réalisation d'un diagnostic pluridisciplinaire des besoins psychologiques et sociaux du patient, tenant compte des réalités de son environnement familial et physique (conditions du logement) afin de mettre en place des conditions favorables à son hospitalisation.

Organiser la solvabilité de la demande et la simplification des règles d'attribution

Plusieurs types de prestations sont soumis à des critères d'attribution différents et délivrés par divers organismes (collectivité locales, organismes de protection sociale, mutuelles,...). De plus, les effets de seuil liés à l'âge, aux revenus, au degré de dépendance ou de handicap sont constatés. Certes, des améliorations ont été apportées dans la coordination des dispositifs, l'information des intervenants sanitaires et sociaux, la rapidité de la mobilisation des fonds. Il est donc souhaitable de mutualiser les initiatives déjà mises en œuvre et de favoriser la passation des conventions avec les HAD, élaborées sur la base d'un document-cadre.

Il conviendrait de simplifier l'attribution des aides. Les hypothèses de procédures adaptées à l'urgence des interventions, de délégations de décisions d'interventions consenties aux gestionnaires d'HAD par les organismes financeurs, de création de fonds mutualisés,... mériteraient d'être approfondies ou expérimentées en relation avec les collectivités locales, les organismes de protection sociale,...

L'existence d'une offre de services suffisamment importante, qualifiée et diversifiée

La formation et la professionnalisation des intervenants, la continuité des réponses, la capacité des gestionnaires de services, publics, associatifs ou privés lucratifs, à s'adapter aux besoins variés des patients sont autant d'axes à développer. Ceux-ci sont notamment précisés dans le plan national de développement des services d'aide à la personne et le plan d'action régional « intervenants à domicile ».

→ En outre, il est recommandé à tout promoteur d'HAD :

- d'associer les services de maintien et d'aide à domicile présents sur le territoire d'intervention de l'HAD à la réflexion locale lors de l'élaboration du projet,
- d'identifier la nature des prestations disponibles et leurs conditions d'attribution et de mobilisation,
- de repérer les insuffisances de l'offre sur leurs territoires d'intervention afin de susciter le développement d'une réponse adaptée,
- de formaliser la convention qui doit intervenir avec les différents organismes prestataires d'allocations et de services, dans l'objectif d'apporter une réponse personnalisée, globale, territoriale, continue et coordonnée aux besoins du patient.

3.2. EVITER LES HOSPITALISATIONS ET ANTICIPER LES SORTIES D'HOSPITALISATION

Cette recommandation, également fondée pour d'autres volets du SROS, dont le volet « Médecine », suggère de faire précéder la consultation d'admission en HAD, par une consultation d'orientation pluridisciplinaire au cours ou en prévision d'une hospitalisation.

Cette consultation vise à inscrire la prise en charge au domicile dans le cadre d'une trajectoire de soins. Elle doit être suffisamment précoce lors d'une hospitalisation en établissement et associer les représentants des principaux intervenants, incluant notamment les acteurs du diagnostic psychosocial et environnemental évoqué au paragraphe précédent.

De même, un certain nombre d'hospitalisations doit pouvoir être évité par un travail plus étroit entre médecins généralistes, services d'urgences et services d'HAD grâce à une connaissance des intervenants et à une capacité à mobiliser les compétences adaptées pour réaliser ce diagnostic global des besoins, élaborer et mettre en œuvre au domicile le projet thérapeutique.

3.3. PROMOUVOIR LES INTERVENTIONS A DOMICILE ET DANS LES SUBSTITUTS DE DOMICILE

Les services d'HAD développent par définition leurs activités au domicile des patients. Le vieillissement de la population conduit une partie de celle-ci à recourir à des hébergements collectifs. Le degré de médicalisation mis en place dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) répond à la dépendance de patients âgés et, dans une certaine mesure, aux co-morbidités qui sont associées, mais n'intègre pas la charge en soins que requiert une hospitalisation à domicile. L'intervention des HAD dans les lieux substitutifs de domicile et dans les EHPAD ne doit pas être exclue *a priori*.

3.4. ASSURER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE

Les exigences en matière de qualité de prise en charge en HAD sont les mêmes que celles requises en établissements de santé. Le référentiel d'accréditation de la Haute Autorité de Santé tient compte des adaptations spécifiques liées au mode de prise en charge.

Dans ce contexte de soins partagés entre les professionnels salariés d'un établissement et des professionnels exerçant en ambulatoire, il convient de s'attacher à promouvoir la qualité des échanges entre l'ensemble des intervenants notamment dans les domaines suivants :

- la généralisation de **projets thérapeutiques personnalisés** régulièrement ajustés ;
- l'information du patient, de son entourage et leur association aux décisions ;
- la prise en compte des priorités que sont la lutte contre la douleur et le développement des soins palliatifs ;
- la réduction des risques iatrogènes : à la démultiplication de structures ou de comités, on privilégiera le recours aux dispositifs existants au sein des établissements de la zone d'intervention.
- la conformité aux recommandations professionnelles :
Les réseaux de santé existants ou en cours de constitution (réseau de cancérologie, soins palliatifs, maladies vasculaires, neurologiques, gérontologiques...) seront les référents pour la diffusion de ces recommandations, la formation des acteurs et la bonne application des protocoles. Une formalisation par convention décrivant précisément les relations entre l'HAD et les réseaux est souhaitable.
- **la continuité des soins et l'organisation des transitions entre les différentes modalités de prise en charge :**
Le mode d'organisation de la continuité des soins doit privilégier la qualité de la relation établie entre le médecin traitant et le malade quels que soient les systèmes libéraux existants ou qui se mettent en place.
La personnalisation du projet de prise en charge doit pouvoir être conservée lors des transitions avec d'autres modes de prise en charge (information des équipes de SMUR, lieu de repli en hospitalisation identifiée, information sur l'évolution de l'état de santé du patient, permanence des équipes soignantes par delà les différentes structures de prises en charge à domicile).
- la traçabilité des actes et des interventions à travers la mise en place d'outils communs (dossiers, système d'information et de communication...).

Sur ces différents points, et plus particulièrement sur ceux relatifs au projet thérapeutique et aux outils documentaires et de communication à mettre en place, il est recommandé aux intervenants de l'Hospitalisation à Domicile de se référer au document élaboré par les professionnels :
« *Obligations réciproques des professionnels libéraux et des structures d'HAD* ».

- L'informatisation des systèmes :

La mise en place de la tarification à l'activité et le développement d'outils de communication entre des lieux de prise en charge distants peuvent difficilement s'envisager sans une informatisation, que celle-ci soit destinée au traitement de l'information ou à la télé-assistance (télé-consultation et télé-surveillance au domicile du patient, communication et partage des informations en temps réel entre plusieurs intervenants appartenant à des institutions différentes,...).

Afin d'éviter la multiplication de systèmes incompatibles et rendre cohérents les projets de développement des réseaux informatiques, il est fortement recommandé aux promoteurs de se rapprocher de la plateforme de Télésanté mise en place en région Bretagne.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'HAD ne fait pas l'objet de recueils d'activité spécifique. Les 2 sources d'information actuellement disponibles sont :

- la SAE, qui permet uniquement d'isoler le nombre de journées réalisées. Elle peut renseigner également sur la composition des équipes soignantes, lorsque l'HAD constitue, en elle-même, un établissement de santé. Même dans ce cas, la prise en compte de l'activité des personnels libéraux est incomplète.
- le PMSI qui vient d'être mis en place récemment pour cette activité (arrêté du 31 décembre 2004) : outil de gestion et de tarification avant tout, il doit pouvoir permettre la construction des principaux indicateurs d'activité.

Chaque service d'HAD développe également ses propres indicateurs pour son rapport spécifique d'activité. Un travail de définition et d'harmonisation des recueils de données permettant la valorisation des informations de chaque service, dans un objectif d'évaluation régionale, devra être mené durant le SROS en se référant à la production des indicateurs définis.

La valorisation du PMSI et des informations disponibles auprès de chaque service pour assurer le suivi de ce volet sera privilégiée. Pour autant, sur la durée du SROS, pourront être conduites des enquêtes relatives à la satisfaction des patients, à l'adéquation des patients au mode de prise en charge ou aux trajectoires de soins des patients que le SROS ambitionne de mieux organiser.

4.2. LES INDICATEURS

Dans une première approche et dans l'attente de précisions à apporter par le COTER dans le cadre du suivi du présent volet, il est proposé de privilégier le recueil et le suivi des indicateurs suivants :

Des indicateurs d'activité construits à partir de l'outil de gestion de la tarification

✓ Relatifs aux populations accueillies :

- Nombre de patients, répartition par sexe et par âge et selon l'origine géographique ;
- Répartition des provenances (domicile, domicile avec SSIAD, établissements, service...) ;
- Nombre de réadmissions dans l'année ;
- Répartition des pathologies prises en charge ;
- Répartition des sorties (domicile, établissements et services, décès à domicile et décès différé).

✓ *Relatifs aux séjours :*

- Nombre de séjours répartis selon la catégorie (soins ponctuels, continus ou de réadaptation) ;
- Durée Moyenne de Séjour ;
- Répartition des modes de prise en charge (selon la terminologie de l'arrêté du 31 décembre 2004) ;
- Nombre de sous-séquences ;
- Répartition des modes de prises en charge et des indices de dépendance au sein des sous-séquences (à préciser).

Des indicateurs plus qualitatifs relatifs au processus✓ *L'accessibilité*

- Nombre et répartition des structures ;
- Pourcentage de la population de la région desservie par les services d'HAD en fonction des aires géographiques retenues ;
- Part de l'HAD au sein des différentes modalités d'hospitalisation (en nombre de séjours) ;
- Nombre de refus de prises en charge liées à l'inadéquation sociale ou environnementale avec ce mode de prise en charge ;
- Nombre de refus liés à la « lourdeur » de la prise en charge (soit relevant d'une hospitalisation en établissement ou à l'inverse de soins ambulatoires et/ou de dispositifs d'accompagnement médico-sociaux) ;
- Répartition des admissions selon les établissements, les services adresseurs et les médecins prescripteurs ;
- Nombre de médecins libéraux et salariés prescripteurs (au moins une fois dans l'année) / nombre de médecins libéraux et salariés installés dans la zone d'intervention de l'HAD.

✓ *La participation aux instances de fonctionnement*

Cet indicateur pourra s'apprécier par la composition des instances de fonctionnement et le degré de représentation des membres par rapport aux professionnels et aux établissements présents dans le territoire.

✓ *La prise en charge des patients*

En distinguant les indicateurs de résultats en matière de qualité de prise en charge et les indicateurs de processus (relations partenariales de prise en charge)

Des indicateurs à construire à partir d'enquêtes complémentaires

- Adéquation des patients au mode de prise en charge ;
- Etude de trajectoires ;
- Audit des projets thérapeutiques et des dossiers (sur la base de critères à retrouver systématiquement) ;
- Enquêtes de satisfaction des patients (à mener en partenariat avec les associations de patients et s'appuyant sur les recommandations faites en matière d'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques) ;
- Enquête de satisfaction des prescripteurs et des professionnels.

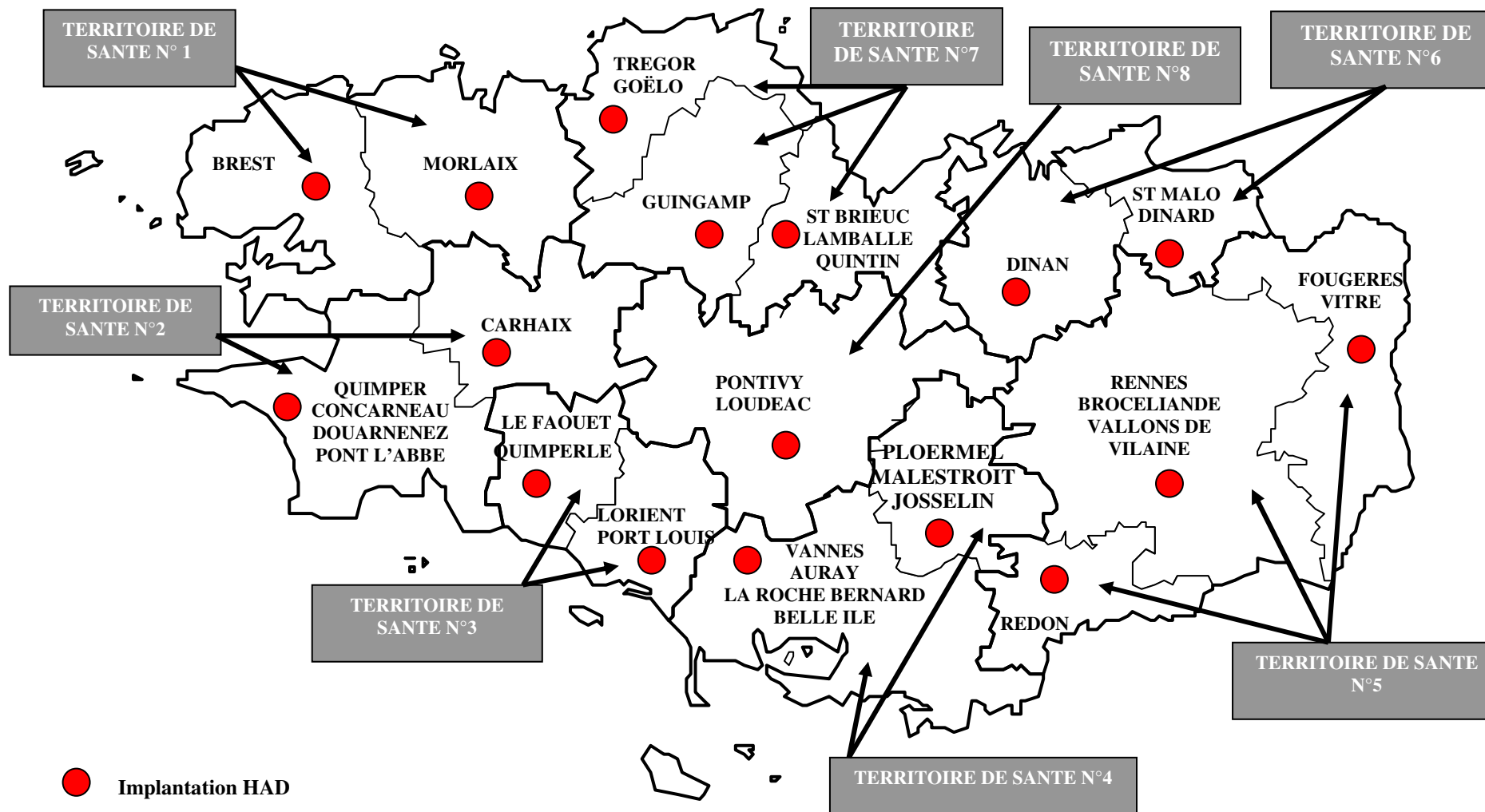
4.3. LE DISPOSITIF DE SUIVI

Il doit assurer :

- la préparation de tableaux de bord de suivi annuel de mise en place des projets et de montée en charge de chacun des services,
- le suivi et l'analyse annuelle des indicateurs,
- l'évaluation des conditions de mise en place des différents projets, notamment, leur caractère participatif,
- l'harmonisation des procédures et la cohérence des dispositifs d'HAD par rapport aux autres modes de prise en charge des patients par les établissements, les services et les professionnels intervenant à domicile et les réseaux qui se constituent.

Pour ce faire, le COTER s'appuiera sur des groupes d'échanges de pratiques ou d'évaluation par les pairs dans les domaines des systèmes d'information, de la définition et de l'utilisation des indicateurs et dans la mise en place de la procédure d'accréditation.

Répartition par territoire de proximité des implantations d'hospitalisation à domicile – Bretagne/Cible 2010



SOINS PALLIATIFS

INTRODUCTION

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique, les soins palliatifs sont « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe inter-disciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Lorsqu'on regarde la répartition nationale globale des lits identifiés pour les soins palliatifs (LISP) et des lits dans les unités fixes de soins palliatifs (USP), la région Bretagne se situe au 4^{ème} rang, hors Ile de France, alors même qu'elle n'est que la 13^{ème} région en nombre d'habitants. Ce bon niveau régional de lits est certainement dû pour une part à la dynamique ancienne de développement des soins palliatifs, mais probablement aussi au fait que certaines prises en charge notamment au sein des « lits d'appui » ont eu une dénomination « lits identifiés » qui ne correspond pas parfaitement à celle retenue par le Ministère et la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

En Bretagne, la réflexion sur ce thème a démarré depuis plusieurs années, en faisant une priorité régionale. Sur instigation conjointe de l'ARH et de l'URCAM, des préconisations régionales en matière d'organisation des soins palliatifs ont été arrêtées en décembre 2001, tant au domicile des patients (ou substitut du domicile tels que les établissements hébergeant des personnes âgées en cours de réforme et de médicalisation) qu'en établissement de santé. La mise en œuvre de ces préconisations a été retenue dans le temps restant du SROS II, bien que n'étant pas *stricto sensu* un volet propre de ce SROS, l'enjeu étant de permettre, sur l'ensemble des secteurs sanitaires, et pour toute personne en fin de vie nécessitant des soins palliatifs, le choix entre une prise en charge à domicile ou en établissement de santé.

La déclinaison des prises en charge a été envisagée selon 4 modalités :

- l'unité fixe de soins palliatifs au sein d'un secteur sanitaire, avec personnel dédié et spécifiquement formé,
- l'équipe mobile de soins palliatifs intra et extra-hospitalière,
- les « lits d'appui » au sein de services à taux de mortalité élevé, bénéficiant des conseils d'une équipe mobile de soins palliatifs ou des réseaux de santé,
- la prise en charge à domicile ou substitut du domicile, avec temps de coordination au lit du patient.

Le lien essentiel entre ces différentes modalités s'est construit autour de la notion de réseau organisé de soins (ou à défaut d'activité *extra-muros* d'une équipe mobile de soins palliatifs) à développer au niveau de chaque secteur sanitaire.

Le taux d'équipement visé pour les lits en unité de soins palliatifs et pour les lits « d'appui » était proposé à hauteur de 10 lits/ 100 000 habitants.

Pour les 5 années à venir, dans le cadre du SROS, un volet obligatoire « Soins Palliatifs » a été retenu incluant le bilan de la montée en charge de ce dispositif.

Les enjeux majeurs de ce volet sont de :

- développer une offre de soins territoriale, graduée et coordonnée ;
- assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité ;
- organiser un suivi du dispositif au niveau régional.

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Il existe manifestement en Bretagne une dynamique propre aux soins palliatifs et à l'accompagnement qui a permis de bâtir un dispositif déjà relativement équilibré sur la région recensant :

- **10 Unités fixes de soins palliatifs** rassemblant 82 lits dont près de 60 % en SSR.
Tous les secteurs sanitaires ne sont pas couverts : le secteur sanitaire « Quimper/ Carhaix » a en projet une unité de soins palliatifs (USP) de 10 lits de médecine au CH Douarnenez. Les secteurs sanitaires « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et « Pontivy/ Loudéac » ne disposent pas d'USP.
- **62 lits installés identifiés pour les soins palliatifs** (anciennement lits d'appui), dont 1/3 en hôpital local.

Au vu de l'évaluation des USP en Bretagne réalisée en 2003, il apparaît qu'un certain nombre de structures n'intègrent pas toutes les composantes inscrites dans la circulaire DHOS n° 2002/98 du 19 février 2002 relative aux soins palliatifs, et se trouvent ainsi éloignées des recommandations nationales de la SFAP et des préconisations régionales ARH-URCAM de décembre 2001. L'évaluation souligne que « l'organisation d'une réelle unité fonctionnelle avec des moyens humains spécifiquement dédiés fait défaut dans un certain nombre d'unités fixes », et que « le ratio d'encadrement soignant par lit ne permet pas le fonctionnement correct de quelques unités ».

Le concept de lits identifiés n'existait pas lors de la rédaction des préconisations régionales. A l'époque, il avait été décidé de soutenir la création de « lits d'appui ». Leur identification était parfois plus une reconnaissance de l'activité palliative d'un établissement que l'identification de lits particuliers. Aussi leurs modalités de fonctionnement ne correspondent-elles pas toujours aux préconisations nationales de fonctionnement des lits identifiés.

Un des objectifs du SROS sera en conséquence d'aider l'ensemble de ces structures (USP et lits identifiés) à répondre au mieux aux besoins des patients dans le respect de la circulaire précitée, voire à requalifier celles qui s'éloigneraient trop des préconisations dans leur organisation et/ou leur fonctionnement, afin d'assurer une harmonisation des structures sur l'ensemble de la région.

- **8 équipes mobiles de soins palliatifs (correspondant à 53 % de l'objectif fixé par le contrat entre l'ARH et le Ministère de la santé)**
Seul le secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » n'est pas couvert.
On relève une certaine hétérogénéité de fonctionnement entre les différentes équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), principalement en ce qui concerne le suivi des patients à domicile. Il convient d'ailleurs de veiller à la coordination et à la complémentarité entre les EMSP et les réseaux de santé Ville/ Hôpital pour ne pas démultiplier une même offre de soins.
- **6 réseaux de santé Ville/ Hôpital**
Au début du SROS II, seul le réseau du Trégor était agréé. Depuis lors, 5 réseaux de soins palliatifs ont été financés au titre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), puis de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR) : trois réseaux de proximité se sont installés sur les deux bassins du secteur sanitaire « Brest/ Morlaix ». Récemment, dans le secteur sanitaire « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion », un réseau s'est mis en place à Saint Brieuc, en complémentarité de l'EMSP du Centre hospitalier, et, dans le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon », une organisation en réseau de médecins généralistes (siège à Montgermont) fait l'objet à ce stade d'une expérimentation.
Si on constate bien l'émergence de plusieurs réseaux de soins palliatifs, par contre leur emprise géographique reste variable et est loin de couvrir la totalité de la Bretagne.

- Parallèlement, l'**hospitalisation à domicile (HAD)** se développe en Bretagne avec 112 places autorisées, accueillant aussi des patients relevant de soins palliatifs.
Le taux d'inclusion des prises en charge de soins palliatifs représente en moyenne le tiers des places d'HAD, avec de fortes disparités selon et au sein des secteurs sanitaires, correspondant pour certaines structures d'HAD plus récentes à une montée en charge de l'activité.
Les secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix », « Lorient/ Quimperlé » et « Pontivy/ Loudéac » ne disposaient pas de structure d'HAD en 2004.
- Au total, **sur le plan financier**, entre 1999 et 2004, l'ARH de Bretagne a orienté plus de 3 M€ sur la priorité « Soins palliatifs » *via* les Contrats d'objectifs et de moyens ou dans une enveloppe hors Contrats. Les COM constituent le principal outil de développement des soins palliatifs en Bretagne avec un accompagnement de l'ARH à hauteur de 2,17 M€ pour la période 2001-2007, au-delà des dotations ministérielles.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

La dimension prospective conduit à identifier les principaux enjeux et anticiper l'évolution des besoins. Les enjeux portent sur une meilleure couverture du territoire intégrant la prise en charge à domicile, le repli hospitalier, le développement de l'HAD notamment en zone urbaine, le repositionnement des structures de proximité, dont les hôpitaux locaux, ainsi que sur la couverture maximale des territoires de proximité en réseaux Ville/ Hôpital, notamment lorsqu'il n'existe pas de structure d'HAD, ni d'équipe mobile de soins palliatifs.

1.2.1. Une nouvelle définition des soins palliatifs

Le SROS II s'était appuyé sur une définition relativement restrictive des soins palliatifs et avait retenu l'appellation de soins palliatifs terminaux destinés aux patients atteints d'une pathologie sûrement mortelle, ne relevant plus d'un traitement curatif et dont le pronostic est *a priori* réservé à 3 mois de vie.

Le présent SROS doit tendre à la prise en compte des actuelles définitions, élaborées par la SFAP en 1996 et l'HAS en 2002, élargissant le champ d'action à des « soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale ».

Deux phases palliatives sont proposées au sein d'un continuum permanent :

- **une phase palliative dénommée initiale**, durant laquelle des traitements spécifiques doivent être encore appliqués ;
- **une phase palliative dénommée terminale**, c'est-à-dire quand il n'y a pas ou plus de traitements spécifiques de la maladie (ordre de durée de vie allant de quelques semaines à quelques mois).

1.2.2. L'augmentation de la population âgée

La population bretonne est plus âgée que celle de la France entière. Cette situation varie selon les secteurs sanitaires (population plus âgée dans les secteurs sanitaires « St Briec/ Guingamp/ Lannion » ou « Pontivy/ Loudéac », et plus jeune dans le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitre/ Redon »).

Les progrès thérapeutiques, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et le retour au pays d'une population retraitée accentuent cet accroissement du nombre de personnes âgées dans la Région.

Le gain d'espérance de vie en Bretagne a représenté 10 années sur une période de 40 ans (1961-2001), soit un gain d'1 an supérieur à la France.

La catégorie des personnes âgées devrait croître fortement d'ici 25 ans (tranche d'âge > 60 ans = 34 % en 2030)²⁴.

1.2.3. L'évolution de la demande

Une évolution sociétale s'exprime de plus en plus fortement vis-à-vis de la question des droits des malades, de la fin de vie, de la nécessité de prendre en charge les patients en phase palliative, et de leur épargner des souffrances inutiles.

Ainsi, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu et précisé les droits des personnes malades et, plus largement, de toute personne dans ses relations avec le système de santé.

Plus récemment, en réponse à la question de l'euthanasie, la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est venue porter l'accent sur le développement de la démarche palliative.

1.2.4. Les perspectives en matière de développement de l'offre

Pour appréhender au mieux les besoins en soins palliatifs, l'approche théorique, fondée sur les préconisations régionales élaborées en 2001, se base, à dire d'experts, sur un taux de prise en charge spécifique estimé à 20-25 % des décès annuels : environ 6 000 à 7 500 personnes pourraient bénéficier d'une prise en charge palliative dans une structure spécifique chaque année en Bretagne.

Selon une étude du Service Médical de l'Assurance Maladie en 2003, 80 % des prises en charge correspondaient à des pathologies cancéreuses.

En corollaire à ces estimations et compte tenu des modalités de prise en charge (domicile - établissement) et des durées moyennes de séjour, il apparaît souhaitable que la région se dote d'au moins 300 lits d'hospitalisation (lits en Unité fixe et lits identifiés).

En conclusion, le taux d'équipement visé pour les lits d'unités de soins palliatifs devrait correspondre à 5 lits pour 100 000 habitants et, pour les lits identifiés, également à 5 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une estimation, laissant toute latitude aux acteurs de terrain pour s'organiser. L'objectif global retenu pour le présent SROS reste de 10 lits/ 100 000 habitants (Lits en Unité fixe + Lits identifiés), étant observé que ces éléments de prospective pourraient justifier dans les 5 ans des réévaluations des besoins.

²⁴ Source : *La santé de la population en Bretagne – 2005 – Observatoire Régional de Santé de Bretagne*

Pour l'heure, cet objectif global fait l'objet de la déclinaison suivante dans le cadre expérimental du contrat signé entre le Ministère et l'ARH de Bretagne :

- développer l'offre de soins extrahospitalière pour atteindre les valeurs cibles suivantes : 8 territoires de santé de proximité dotés d'au moins 1 réseau de santé Ville/ Hôpital prenant en charge les soins palliatifs à l'issue du contrat 2005-2008, et 15 équipes mobiles de soins palliatifs au terme du contrat.
- accroître l'offre de lits (lits identifiés soins palliatifs et lits d'Unités fixes) en ayant pour valeur cible le doublement du nombre de lits de 155 à 300 à l'issue du contrat.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Relatifs à la santé publique

- **La loi n° 99-477 du 9 juin 1999** visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs inscrit, dans son article 1^{er}, que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».
- **La loi n° 2004-806 du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique développe pour la période 2004-2008 un plan stratégique national de lutte contre le cancer (en particulier, soins et accompagnement), et fixe des objectifs en matière de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur :
 - prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire notamment pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie) ;
 - réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.
- En application de cette loi, de ses décrets d'application et du plan triennal de développement des soins palliatifs 2002-2005, **la circulaire du 19 février 2002** relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs autour de 3 axes :
 - respect du choix des malades sur les conditions et le lieu de leur fin de vie ;
 - adaptation et diversification de l'offre territoriale de soins palliatifs et articulation entre les différents dispositifs, structures, et instances concernées ;
 - promotion du bénévolat d'accompagnement par l'intermédiaire des associations.
- **La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie précise le dispositif :
 - en inscrivant, dans la loi, l'obligation d'identifier les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs ;
 - en identifiant un volet « activité palliative des services » au sein du projet médical des établissements.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

L'objectif général du présent SROS vise à garantir :

- une exigence accrue de qualité des soins,
- une graduation des soins au sein des différents territoires de santé « secteurs sanitaires »,
- une articulation organisée avec le secteur ambulatoire et le secteur social et médico-social.

La réalisation de cet objectif s'appuiera sur les principes de :

- sécurité et qualité des soins, incluant la dimension humaine de la prise en charge,
- proximité et accessibilité des prises en charge au plus près du lieu de vie, dans le cadre des territoires de proximité, en lien étroit avec le médecin traitant.

2.1.3. En référence aux orientations stratégiques régionales

Les principales orientations stratégiques du volet soins palliatifs sont :

- d'offrir au patient, grâce à l'organisation mise en place au sein de chaque secteur sanitaire et/ou territoire de proximité, l'éventail le plus large des offres en soins palliatifs (réseaux, unités fixes, lits identifiés, équipes mobiles, places en HAD,...) en particulier à domicile ;
- de faire en sorte que tout patient pris en charge à domicile bénéficie dans les meilleurs délais et les meilleures conditions possibles d'un lit d'hospitalisation de repli ;
- de favoriser l'harmonisation régionale des pratiques, de l'enseignement et de la recherche.

Les actions prioritaires, destinées à susciter des modifications et/ou adaptations de l'offre de soins sont les suivantes :

- compléter l'offre de soins (unités fixes, lits identifiés, équipes mobiles, places d'hospitalisation à domicile, réseaux,...), en fonction des priorités de chaque secteur sanitaire et/ou de proximité ;
- améliorer l'organisation et le fonctionnement des structures déjà existantes ;
- favoriser le déploiement des lits identifiés ;
- favoriser l'organisation et la collaboration entre les différents acteurs de santé au plus près du patient.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

La réflexion sur les soins palliatifs s'articule nécessairement avec celle menée sur les autres volets thématiques du SROS - en particulier les volets « Médecine », « Prise en charge des personnes âgées », « Prise en charge des personnes atteintes de cancer », « Hospitalisation à domicile », « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » - et les travaux ministériels de la DHOS et de la SFAP.

2.2.1. Une graduation des soins nécessaire

Le développement de l'offre de soins palliatifs devra permettre de privilégier une réelle prise en charge de proximité et favoriser le maintien dans le milieu de vie habituel.

Il n'a pas été défini de recommandations propres aux réseaux, aux équipes mobiles de soins palliatifs et aux places d'HAD. Néanmoins, il est souligné qu'il faudra veiller à ce que ces structures aient une taille critique suffisante, une activité variée, et soient complémentaires. En particulier, les équipes mobiles intra-hospitalières pourront étendre leurs activités à domicile et les développer sur plusieurs établissements de santé.

Le but de cette démarche est de ne pas démultiplier une même offre de soins sur un secteur sanitaire et d'optimiser les moyens alloués.

L'organisation de cette offre donne une priorité au domicile et s'effectue autour :

- ✓ des réseaux, des équipes extra-hospitalières, des places d'hospitalisation à domicile qui auront à participer à la prise en charge à domicile.
- ✓ des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (hôpitaux de jour, hospitalisation de repli, consultations multidisciplinaires,...) dont le développement sera également à privilégier, afin de permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

- ✓ des équipes mobiles intra-hospitalières qui devront aider à la prise en charge des patients en soins palliatifs dans tous les services hospitaliers.
- ✓ des lits identifiés, harmonieusement répartis sur les territoires de proximité, qui devront répondre à un besoin plus local en accueillant les patients nécessitant une hospitalisation, au plus près de leur domicile.

Il faudra soutenir le développement des lits identifiés dans les établissements qui le souhaitent tout en veillant à ne pas éparpiller les moyens dans de petites structures dans lesquelles il serait difficile d'assurer le développement d'une compétence eu égard au peu de patients pris en charge.

- ✓ d'unités fixes de soins palliatifs : l'existence d'au moins 1 USP par secteur sanitaire devra rester une priorité du SROS. A ce jour, les secteurs sanitaires « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et « Pontivy/ Loudéac » en sont dépourvus.

Les unités fixes devront prendre en charge préférentiellement des patients relevant de soins particulièrement complexes (sur le plan technique, humain, psychologique,...) et aussi répondre aux besoins locaux en fonction de l'organisation territoriale.

Dans le cadre du SROS, il sera nécessaire d'évaluer le fonctionnement des unités et des services disposant anciennement de « lits d'appui » pour pouvoir soit les requalifier immédiatement et définitivement comme *lits identifiés*, soit les requalifier temporairement de manière à leur permettre dans le temps du SROS de se conformer aux exigences de qualité.

- ✓ des 2 centres hospitaliers universitaires qui, outre leur activité de soins à l'échelle locale, devront avoir une activité à l'échelle régionale en développant, coordonnant et fédérant la recherche et l'enseignement. Pour répondre à cette triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, ils devront compléter leur dispositif d'offre de soins, soit directement, soit dans un cadre conventionnel de manière coordonnée avec des USP du secteur sanitaire.

2.2.2. Une organisation territoriale

L'organisation de l'offre de soins devra favoriser l'approche territoriale. Cette organisation mise en place devra permettre d'offrir au patient l'éventail le plus large des offres en soins palliatifs.

Tout en respectant ces priorités organisationnelles locales ou territoriales, des principes de portée générale sont déclinés :

- au niveau du secteur sanitaire :
 - une offre globale de lits de soins palliatifs (USP+LISP) calculée sur la base de 10 lits pour 100 000 habitants,
 - au moins 1 unité fixe de soins palliatifs,
 - 1 équipe mobile de soins palliatifs à vocation intra-hospitalière et/ou extra-hospitalière selon l'organisation sectorielle mise en place.
- au niveau du territoire de proximité :
 - une répartition harmonieuse des lits identifiés dans les établissements en veillant cependant à ne pas éparpiller les moyens,
 - l'accès à des équipes mobiles intra-hospitalières,
 - si possible, un réseau de santé Ville/ Hôpital, l'accès à un service d'HAD permettant une prise en charge à domicile.

2.2.3. Une organisation coordonnée

L'objectif d'une organisation territoriale en réseau doit être prioritaire et associer, par convention de coopération :

- les professionnels intervenant à domicile,
- les réseaux de santé,
- les établissements de santé comportant :
 - des services d'urgences,
 - des USP,
 - des lits identifiés,
 - des équipes mobiles,
 - les structures d'HAD,
- les établissements pour personnes âgées,
- les structures médico-sociales,
- les associations bénévoles.

Les différentes structures qui prendront en charge des patients en soins palliatifs devront veiller à :

- assurer un maillage du secteur sanitaire qui seul permettra au patient, quel que soit son lieu de vie, d'accéder à ce dont il a besoin, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge à domicile.
- assurer une complémentarité et des liens étroits, entre le service hospitalier référent du patient, son lieu de vie, son médecin traitant, les autres acteurs libéraux du domicile et les structures de soins palliatifs.
- permettre de proposer au patient une solution d'hospitalisation (USP, lits identifiés, service de soins référent du patient) lorsqu'elle deviendra nécessaire.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. ASSURER UNE PRISE EN CHARGE ET UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE

3.1.1. Information et organisation du parcours du patient

Une prise en charge correcte des patients en fin de vie à domicile se conçoit si des dispositions sont mises en place pour pouvoir accueillir en urgence le patient dans un établissement de santé. Pour ce faire, une organisation en réseau sera à privilégier et devra inciter chaque secteur sanitaire et/ou territoire de proximité à :

- Définir, en fonction des organisations locales, un dispositif de suivi des disponibilités en lits d'accueil des soins palliatifs.
Cette réflexion devra permettre de limiter les transferts des patients dans les services d'accueil et de traitement des urgences et d'éviter ainsi qu'ils ne décèdent dans des conditions souvent difficiles.
- En fonction des particularités locales et en l'absence de réseau de proximité, favoriser la création d'une réunion de concertation de « *soins palliatifs* » à l'échelon de chaque secteur sanitaire et/ou territoire de proximité en y intégrant les partenaires libéraux.

3.1.2. Accès direct aux structures de soins palliatifs à privilégier

Les recommandations sont de deux ordres :

- Réfléchir à un système d'astreinte « *soins palliatifs* » qui permette d'assurer une meilleure permanence médicale. Une coopération avec les SAMU- Centres 15 pourra être mise en place. Elle devra améliorer l'organisation des interventions auprès des patients en fin de vie (via les médecins de garde ou les SMUR), lorsque survient une urgence à domicile et peut-être éviter des hospitalisations inutiles ou non souhaitées, des réanimations médicalement injustifiées, voire des transferts.
- Prendre des dispositions concernant les patients qui arrivent directement dans les services d'accueil et de traitement des urgences en veillant à ce que l'organisation de ces services permette une prise en charge adaptée de ces patients en fin de vie (aide à la rédaction de recommandations, formation, formalisation des liens avec les structures de soins palliatifs,...).

3.1.3. Prise en charge globale (soins de support) et continue

- Il est retenu que les soins palliatifs devront représenter une composante importante des **soins de support** qui sont « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long de la maladie grave* »²⁵. Ils « *se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques, dans la prise en charge des malades* » et « *concernent l'ensemble des acteurs de santé, ceux du domicile comme ceux des établissements, dans la continuité, la cohérence et la qualité des soins* »²⁶.

Les maladies graves font en effet apparaître, conjointement aux traitements spécifiques, des besoins dans des domaines variés concernant le patient et son entourage : douleur, problèmes nutritionnels, difficultés sociales, troubles moteurs et handicaps, souffrance psychique et accompagnement de fin de vie,...

Les structures de soins palliatifs sont invitées à coopérer aux structures de soins de support et à participer à leur développement, sur la base d'un cahier des charges proposé dans le cadre des travaux préparatoires du SROS.

Les associations de malades et de bénévoles accompagnants devront trouver leur place dans les projets à l'échelon du secteur sanitaire et/ou du territoire de proximité.

L'organisation de ces soins de support devra s'appuyer sur les ressources déjà existantes et mobiliser des compétences, en favorisant des coordinations transversales.

- Les patients relevant de soins palliatifs sont porteurs de pathologies *a priori* inguérissables. Quels que soient le stade et l'évolution de la maladie, la **douleur** est le symptôme le plus fréquent en soins palliatifs, lié aux pathologies elles-mêmes ou provoqué par les actes de diagnostic ou les traitements des maladies. En fin de vie, seule une prise en charge globale et multidisciplinaire de la douleur peut avoir du sens dans une souffrance totale.

Dans le cadre du bilan du 2^{ème} plan national de lutte contre la douleur 2002-2005 et de la réflexion sur le 3^{ème} plan autour du thème « douleurs du grand âge et de la fin de vie », des propositions sont retenues pour ce volet du SROS : afficher systématiquement un projet douleur dans chaque établissement, sensibiliser et former en amont les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique (échelles d'évaluation, protocoles de prévention de la douleur iatrogène, traitements médicamenteux et non médicamenteux), renforcer l'information et l'éducation des patients afin d'améliorer l'observance.

²⁵ - Krakowski I. « Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves ». *Med Pal* 2004 ; 3 : 134-143.

²⁶ - DHOS juin 2004 – Les soins de support dans le cadre du plan cancer – rapport de groupe de travail

3.2. ORGANISER, AU NIVEAU REGIONAL, UN RESEAU D'EXPERTISE

L'ambition portée par la région Bretagne sur la prise en charge en soins palliatifs justifie la création d'un pôle régional universitaire intégrant les 2 CHU afin de coordonner et de fédérer la recherche et l'enseignement en soins palliatifs. Cependant, une telle création relèvera de la compétence universitaire.

La création d'un réseau d'expertise régional peut également être envisagée. Ses missions principales seraient :

- informer les familles et les professionnels (création d'un site Internet : lien avec un n° vert...);
- impulser et mobiliser dans l'objectif de promouvoir le développement de la démarche palliative dans tous les établissements de santé et médico-sociaux, en favorisant le lien entre les différents acteurs de terrain ;
- diffuser des recommandations et des bonnes pratiques :
 - sous l'angle de l'organisation : comment organiser une UMP, une équipe mobile de soins palliatifs,...
 - sous l'angle des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

L'objectif est de permettre aux professionnels de s'approprier les pratiques et de décliner les recommandations de l'HAS et des sociétés savantes pour les prendre réellement en compte.

- évaluer, avec aide méthodologique et en appui au COTER, l'adéquation des prises en charge.
- identifier et favoriser le lien avec les associations de bénévoles.

La réflexion sur ce réseau d'expertise doit cependant être approfondie en complémentarité avec d'autres réseaux (douleur, soins de support,...) pour mutualiser les compétences et les financements.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'évaluation de l'organisation, du fonctionnement et des pratiques au sein des différentes structures doit être un axe prioritaire du SROS. Seule cette évaluation permettra d'améliorer, de façon qualitative, l'offre de soins et la prise en charge des patients en soins palliatifs. Au préalable, il faudra s'assurer que les moyens nécessaires au traitement et à l'exploitation des informations recueillies soient disponibles.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du volet « Soins palliatifs » portent sur l'offre de soins et sur l'activité développée au plan régional et au sein de chaque secteur sanitaire. Ils sont élaborés à partir des sources déclaratives d'informations suivantes :

- Données PMSI MCO et SSR,
- Statistiques d'Activité des Etablissements (SAE),
- Rapport d'activité des établissements,
- Bilan régional annuel, établi à la demande du Ministère.

Ces éléments de suivi pourront être complétés par des supports d'évaluation, à élaborer au sein du groupe de travail mis en place dans le cadre du suivi du volet et constitué de membres du COTER, et par la mise en œuvre, au travers d'enquêtes ponctuelles portant sur les résultats des politiques engagées. Ces évaluations s'attacheront principalement à mettre en évidence la dimension qualitative des prises en charge proposées, à partir des différents indicateurs disponibles, afin d'apprécier l'adéquation de la réponse apportée par la filière palliative aux besoins des malades.

4.2. LES INDICATEURS

Il est difficile de proposer des indicateurs du suivi et de l'évaluation du dispositif soins palliatifs, dans la mesure où des travaux d'évaluation sont actuellement en cours de réflexion au niveau national. Les indicateurs COMPAQ, au regard de leur pertinence peuvent, pour certains, être pris en compte.

Néanmoins, il est proposé de retenir les types d'indicateurs suivants :

Indicateurs généraux :

- Inscription du développement des soins palliatifs dans les projets médicaux et les projets d'établissement (% par catégorie d'établissement de santé) ;
- Durées moyennes annuelles de séjour au sein des USP et médianes de séjour, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire » ;
- Durées moyennes annuelles de séjour au sein des LISP et médianes de séjour, au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire » ;
- Taux annuel de décès dans les USP ;
- Nombre annuel de décès dans les établissements ou services prenant en charge des soins palliatifs.

Indicateurs d'organisation :

- Nombre d'USP au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire » ;
- Existence d'une fiche de mission et de structure des EMSP au sein d'une UF autonome précisant les objectifs des EMSP et leur mode de fonctionnement ;
- Ratio du nombre de lits USP / 100 000 habitants ;
- Classification des lits d'USP : % en court séjour ;
- Nombre d'EMSP au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire »- ;
- Nombre de conventions établies avec les établissements, les structures du domicile et les réseaux de santé ;
- Nombre de LISP au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire » ;
- Nombre annuel de créations de LISP ;
- Ratio du nombre de lits identifiés / 100 000 habitants ;
- Classification des LISP : % en court séjour, % territoire de santé « secteur sanitaire » ;
- Nombre d'HAD ;
- Nombre de réseaux de soins palliatifs au plan régional et par territoire de santé « secteur sanitaire ».

Indicateurs d'activité :

- USP : nombre annuel de prises en charge ;
- EMSP : nombre annuel de prises en charge ;
- LISP : nombre de prises en charge palliatives ;
- HAD : nombre d'inclusions de patients relevant de soins palliatifs et ratio ;
- Réseaux.

4.3. LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Le pilotage du dispositif est assuré par le COTER qui a pour missions :

- de suivre la mise en œuvre des actions contenues dans le volet ;
- de proposer des adaptations de l'organisation sanitaire en fonction de l'évolution des besoins.

Le COTER n'a pas souhaité élaborer de nouvelles recommandations, mais a pris en compte les référentiels, recommandations et préconisations issus des travaux nationaux et régionaux.

Dans le cadre du suivi de ce volet du SROS, le COTER propose la constitution **de groupes de travail et de réflexion** portant sur le codage PMSI, l'évaluation et le suivi des pratiques et des structures, le réseau régional et le pôle universitaire.

Le codage PMSI

La nécessité d'aider les médecins DIM dans l'évaluation des patients en soins palliatifs apparaît nécessaire. Au-delà de la simple évaluation de ce volet, il est proposé de créer un groupe de travail dont la mission sera de réfléchir à cette question du codage des séjours en tenant compte au fur et à mesure des critères nationaux de codage PMSI actuellement en cours de définition au sein du Ministère et de la SFAP.

Les séjours « soins palliatifs » peuvent être codés selon 3 GHS différents.

L'évaluation et le suivi

L'évaluation des pratiques et du fonctionnement des différentes structures permet d'améliorer de façon qualitative l'offre de soins et la prise en charge des soins palliatifs. En cela, l'évaluation est un axe prioritaire du SROS.

Les nouvelles structures qui seront créées devront correspondre aux critères d'organisation et de fonctionnement déjà établis.

Les établissements, pour lesquels jusqu'à présent des « lits d'appui » avaient été reconnus et qui voudraient poursuivre cette prise en charge palliative au sein de lits identifiés, devront se rapprocher des référentiels.

Le groupe de travail aura comme mission d'effectuer l'évaluation des lits d'appui et d'aider les établissements dans leur démarche d'amélioration, dans l'objectif d'harmoniser le fonctionnement des lits identifiés.

Afin d'assurer l'harmonisation des structures sur l'ensemble de la région, le groupe de travail pourrait proposer de requalifier certains services. Il travaillera également à l'amélioration et l'adaptation régionale des critères majeurs d'évaluation.

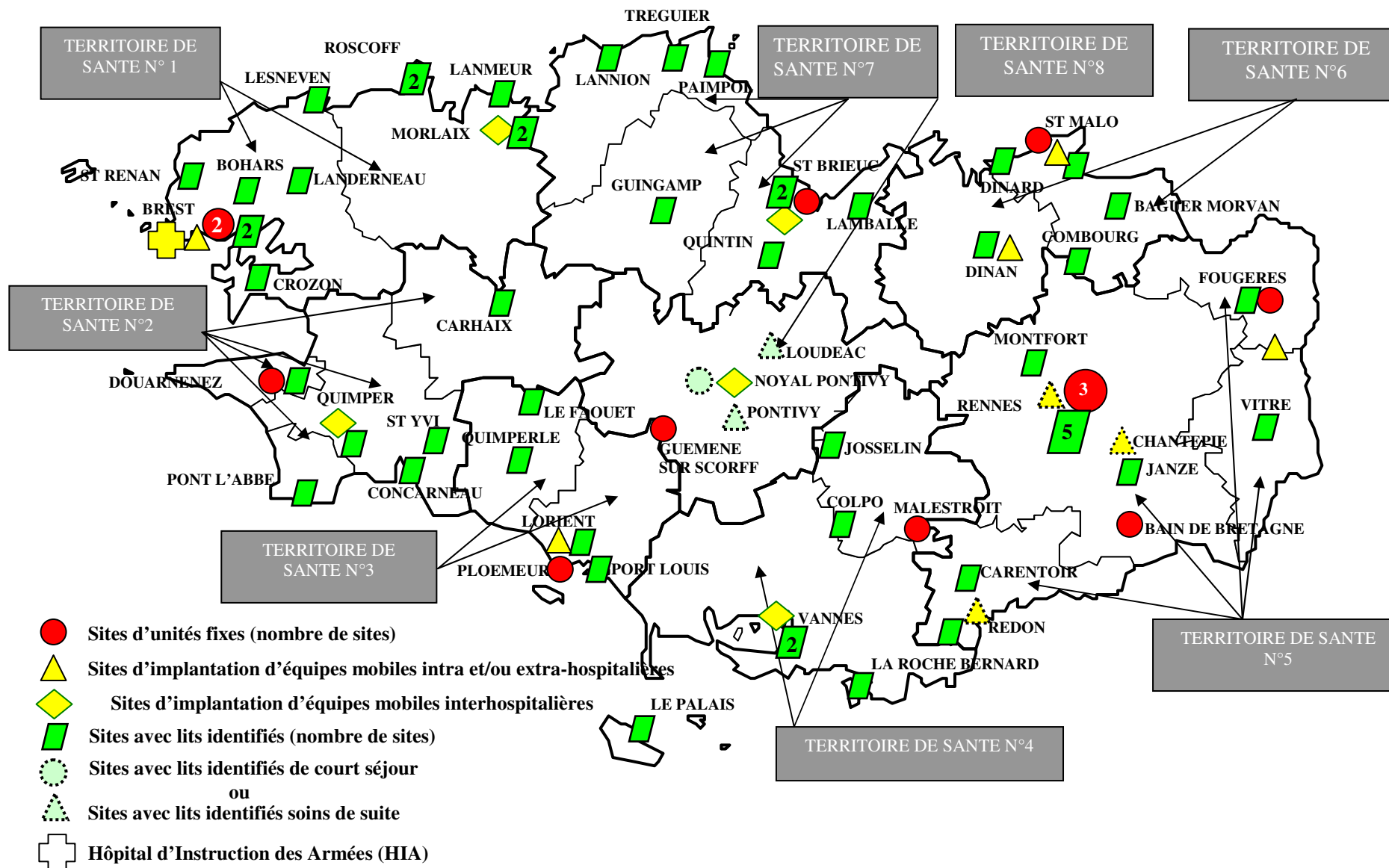
Le réseau régional d'expertise

Un groupe de travail sera chargé de formaliser la création et la mise en œuvre d'un réseau régional d'expertise.

Le pôle universitaire régional

La finalisation de ce projet de pôle universitaire régional sera assurée également par un groupe de travail qui devra associer les universités.

Répartition par territoire de proximité des sites de Soins Palliatifs : unités fixes, équipes mobiles (inter- ou intra-hospitalières) et lits identifiés – Bretagne/Cible 2010



PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le premier SROS « Santé mentale » a été publié en avril 2001. Au terme de trois années d'application, le bilan de ce schéma laisse apparaître :

- **Des avancées significatives en matière de restructuration de l'offre de soins.** Afin d'adapter qualitativement et quantitativement l'offre de soins aux besoins réels de la population accueillie, les établissements de santé ont poursuivi leurs efforts en matière d'hospitalisation complète, tant sur les conditions matérielles, la qualité et la sécurité des soins, que sur la recherche d'une meilleure adéquation des prises en charge avec les besoins des patients. Les capacités de psychiatrie en Bretagne étaient très supérieures aux moyennes nationales, parce que les services d'hospitalisation constituaient des « lieux de vie » pour des patients extérieurs à la région. La réduction des capacités d'accueil en hospitalisation complète (- 10 % soit 495 lits en trois ans) s'est accompagnée de la création de places médico-sociales (385 places créées en trois ans) afin d'offrir des lieux de vie adaptés pour des personnes relevant du handicap psychique, de la création de places d'alternatives (15 places de jour et 5 places de nuit créées) et au développement des structures ambulatoires.
- **Le renforcement des prises en charge ambulatoires.** Partout sur le territoire breton, le Centre médico-psychologique (CMP) est conforté comme le premier niveau de prise en charge en santé mentale et son rôle apparaît renforcé dans la prévention des situations de crise. Des opérations de création, de relocalisation des CMP, de regroupement entre eux, avec les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou les hôpitaux de jour (HJ) ont été engagées afin d'éviter la dispersion des structures.
- **Le constat d'une augmentation des files actives.** Les données disponibles portant sur les files actives de patients, tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie, témoignent d'une augmentation des files actives (près de 10 % en trois ans). Les listes d'attente dans les CMP sont en augmentation, notamment en psychiatrie infanto-juvénile où la demande explose. Il devient difficile d'assurer la permanence des soins en urgence et la gestion de délais importants d'attente pour une première consultation et pour une première prise en charge. La pression permanente sur l'hospitalisation complète amène à considérer que la capacité actuelle en lits à l'issue des transformations programmées dans le SROS précédent doit être maintenue.
- **La réduction des inégalités entre les établissements à travers les contrats d'objectifs et de moyens.** Les contrats d'objectifs et de moyens ont constitué le principal outil de développement de la prise en charge en santé mentale en Bretagne avec un accompagnement de 1,5 M€ en crédits nouveaux auxquels s'ajoutent 3,6 M€ issus du redéploiement entre établissements sur la période 2001/ 2004. En effet, les CH de Bégard, Quimper, Caudan, Plouguernével, Saint-Avé et Morlaix contribuent depuis 2002 au programme de redistribution des moyens entre les établissements gérant des secteurs psychiatriques.
- **Le rééquilibrage en faveur de la pédopsychiatrie.** Le SROS I a permis d'effectuer un rééquilibrage des moyens en faveur de la psychiatrie de l'enfant ainsi que de la psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune : tous les départements disposent à présent d'une unité d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie et des structures spécifiques pour adolescents et jeunes adultes ont été ouvertes.

- **La prise en charge de populations spécifiques.** Elle a constitué l'un des axes forts du SROS I : en lien avec les priorités de santé publique établies dans la région, des actions spécifiques ont été développées en direction des personnes présentant des conduites suicidaires ou des conduites addictives. Le projet d'Unité pour Malades Difficiles (UMD), défini avec le concours d'une mission interrégionale d'experts, a abouti à une autorisation permettant le démarrage des travaux en cours d'année 2005. La gérontopsychiatrie a fait l'objet d'une réflexion et d'une recherche d'organisation plus efficiente.
- **Le développement des groupes de secteurs et la stagnation des réseaux.** Le groupe de secteurs psychiatriques correspondant au secteur sanitaire s'est forgé une identité et constitue peu à peu une véritable entité. Face à la diversification des missions des secteurs et compte tenu de la spécificité de certaines prises en charge, l'intersectorialité est apparue comme une solution adaptée. La coopération entre la psychiatrie publique et la psychiatrie privée n'a été qu'amorcée durant ces trois années, de même qu'avec la psychiatrie libérale qui assume une large part de soins de première ligne en santé mentale. Les réseaux thématiques de santé mentale ne se sont pas développés.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

- **Les projections démographiques générales.** Dans le scénario²⁷ actuellement privilégié, à l'issue des premiers résultats du recensement de 2004, du fait de la hausse du taux de fécondité et d'un solde migratoire très positif, la population bretonne augmente de 8 % entre 2000 et 2010 (3 162 108 habitants à l'horizon 2010), mais cette augmentation, tout comme son vieillissement, est inégale selon les départements : elle est plus faible dans les Côtes d'Armor (+ 4 %) et dans le Finistère (+ 5,3 %), moyenne dans le Morbihan (+ 7,2 %) et profite surtout à l'Ille et Vilaine (+ 13,6 %), ce qui modifie d'autant le profil des populations à prendre en charge dans les secteurs psychiatriques (ainsi la communauté d'agglomération de Rennes augmenterait-elle de 100 000 habitants en dix ans).
- **La démographie médicale.** La démographie des psychiatres paraît évoluer de façon défavorable. Au 1er janvier 2003, 584 psychiatres exerçaient en Bretagne (238 psychiatres libéraux et 346 psychiatres salariés exclusifs), soit une densité de 19,6 pour 100 000 habitants, légèrement inférieure à la densité moyenne en France métropolitaine (22,7 pour 100 000 habitants)²⁸ et qui devrait encore diminuer. Le taux de féminisation est de 41,8 %, à peu près équivalent au taux national (42,4 %). La pyramide des âges objective une population de psychiatres un peu plus jeune en Bretagne qu'en France (53 % de moins de 50 ans en Bretagne contre 48 % en France). La Bretagne compte, également, une part plus importante de psychiatres exerçant dans le secteur public et PSPH (56 % contre 45 % en moyenne française).

Sur le plan de la formation, les deux subdivisions de Rennes et de Brest forment chaque année 5,3 % des quotas nationaux. Ainsi, la région a formé en 8 ans, de 1997 à 2004, 77 psychiatres. Les quotas de formation sont passés de 176 en 2001 au niveau national, à 244 en 2004 (soit une augmentation de 38 %) et de 9 à 13 en Bretagne sur la même période (soit une augmentation de 31 %). Toutefois, même s'il est établi que la Bretagne retient 70 % des spécialistes qu'elle forme toutes spécialités confondues, on constate également que les nouvelles installations se font plutôt dans les grandes agglomérations et le secteur libéral.

S'agissant des postes hospitaliers publics, les établissements bretons n'échappent pas aux difficultés d'attractivité de certains postes. En janvier 2005, 17 % des postes budgétés (320 au total) sont vacants dans les établissements publics de santé de la région, et ce malgré le fléchage « prioritaire » de certains d'entre eux.

²⁷ Source INSEE : projections de population OMPHALE.

²⁸ Source DREES : STATISS 2004

- **L'augmentation des besoins de soins en santé mentale.** L'augmentation des files actives (+ 8 % entre 2001 et 2003²⁹) traduit, tout comme l'allongement des listes d'attente dans les CMP, l'augmentation de la demande de soins. Cet emballement tient d'une part à un meilleur recours aux soins, mais aussi à des demandes croissantes d'intervention et de soutien exprimées vis-à-vis de la psychiatrie par ses différents partenaires : or, les soins psychiatriques ne constituent pas une réponse unique à la souffrance morale et psychique, d'autres réponses sont possibles en terme d'accompagnement psychologique ou social, qu'il soit individuel ou familial. Une certaine redéfinition du champ apparaît nécessaire pour permettre à la psychiatrie de se recentrer sur ses missions.

Seule mesure de l'évolution des besoins, l'enquête épidémiologique « Santé mentale en population générale : images et réalités », réalisée dans la ville de Rennes en mars 2004³⁰, à l'instar de 46 autres sites en France et 7 à l'étranger entre 1999 et 2003, a permis d'évaluer la prévalence des principaux troubles psychiques. Les troubles anxieux sont ceux les plus fréquemment repérés et parmi eux l'anxiété généralisée (cf. tableau ci-dessous). Les troubles de l'humeur viennent en seconde position et parmi eux, les épisodes dépressifs sont les plus fréquents (8 % à Rennes et 11 % France entière). Un risque suicidaire élevé a été isolé auprès de 1,6 % des personnes interviewées à Rennes, contre 1,9 % en moyenne sur les autres sites.

Tableau 1 – Prévalence des principaux troubles psychiques
Source : Enquête santé mentale en population générale, images et réalités
Rennes, mars 2004, CCOMS

Prévalence des principaux troubles	Troubles de l'humeur	Episodes dépressifs	Anxiété généralisée	Psychose	Problème d'alcool	Problème de drogue
Rennes	10,7%	8%	13%	3,8%	5,4%	4,8%
France	13,7%	11%	12,8%	2,9%	4,5%	2,8%

Au total, les données comparées entre Rennes et les autres sites étudiés en France ne font pas apparaître de prévalence particulière des troubles de l'humeur et de l'anxiété ; en revanche, une surmorbidité est enregistrée sur les psychoses, la consommation d'alcool et la toxicomanie.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe des objectifs à atteindre en matière de santé dont la déclinaison est arrêtée dans les différents programmes du Plan régional de santé publique (PRSP)³¹. Un certain nombre de ces objectifs concernent la santé mentale. Le SROS prend en compte les objectifs du PRSP.

- S'agissant plus particulièrement des troubles psychotiques et névrotiques caractérisés, quatre objectifs ont été retenus dans la loi, la réalisation du quatrième étant seule susceptible d'évaluation en terme de moyens mis en œuvre :
 - Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité, cette population n'étant pas à ce jour évaluée.

²⁹ Source : SAE 2001, 2002 et 2003

³⁰ enquête réalisée par l'IFSI du Centre Hospitalier Guillaume Régnier sous l'égide du Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale

³¹ Plan régional de santé publique de Bretagne, version 1, DRASS de Bretagne, décembre 2004.

- Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles non reconnus,
 - Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20 % le nombre de personnes traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.
 - Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux : réduire chez les personnes atteintes la marginalisation sociale et la stigmatisation, elles-mêmes facteurs d'aggravation.
- S'agissant du suicide, l'objectif retenu est de réduire de 20 % le nombre de suicides en population générale à l'horizon 2008 (par rapport à 835 suicides en Bretagne en 2001, soit un taux de mortalité de 28,3 pour 100 000 habitants³²).
 - S'agissant des conduites addictives, on retiendra principalement trois objectifs :
 - alcool : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %³³,
 - alcool : réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance,
 - toxicomanie, dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.
 - S'agissant du Plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire, (PAGUS) qui constitue l'un des plans obligatoires du PRSP, un des objectifs poursuivis concerne notamment l'organisation d'un réseau régional de l'urgence médicopsychologique permettant d'assurer la prise en charge de ces urgences en cas de catastrophe.
 - S'agissant enfin du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS), la Bretagne s'est engagée à poursuivre³⁴ l'amélioration de la prise en compte de la souffrance psychique des personnes en difficulté par l'adaptation du dispositif de santé mentale et le développement des complémentarités socio-sanitaires.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

Le volet « Santé Mentale » du SROS s'inscrit dans la continuité du SROS Santé mentale publié en 2001 dont les objectifs généraux doivent être poursuivis :

- Garantir au patient la cohérence et la continuité des soins par la promotion de la coopération, afin de réduire les disparités infra-régionales et le cloisonnement entre les dispositifs de prise en charge,
- Garantir une réponse adaptée à des besoins spécifiques en lien avec les autres dispositifs de prise en charge, notamment somatiques et médico-sociaux, afin de mieux couvrir les besoins relatifs à des populations particulières et à des priorités de santé publique.

Afin d'affirmer la spécificité de l'offre de soins en psychiatrie, il convient plus précisément d'(e) :

- Améliorer l'accès aux soins de premier recours et développer une offre de soins de qualité graduée et diversifiée :
 - en améliorant l'accessibilité des soins autour du CMP ;
 - en assurant le maintien d'une capacité suffisante de lits d'hospitalisation complète sur la région ;
 - en définissant des soins post-aigus ainsi que des « soins prolongés » en psychiatrie ;

³² source : Programme Régional de Santé : Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008.

³³ les données de consommation moyenne par région ne sont pas connues.

³⁴ dans le cadre de son PRAPS de 2^{ème} génération.

- Développer les coopérations sanitaires à travers :
 - la psychiatrie dans les services d'urgence et la psychiatrie de liaison ;
 - l'intersectorialité en réponse à des besoins spécifiques ;
 - les réseaux Ville/ Hôpital en santé mentale ;
 - la complémentarité des métiers : les contraintes de la démographie médicale imposent des modalités nouvelles de partage des tâches entre les professionnels ;
- Renforcer les dispositifs de prise en charge de certaines populations spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées, détenus), ces dispositifs très articulés avec le secteur médico-social faisant l'objet d'une présentation détaillée dans le paragraphe 3.2 ;
- Poursuivre l'évaluation de la qualité des soins grâce notamment à l'amélioration de la performance du système d'information et soutenir l'évaluation des pratiques cliniques en lien étroit avec les projets de recherche développés en clinique psychiatrique ;
- Soutenir la recherche fondamentale, la recherche clinique et thérapeutique. Portés par les services universitaires, des projets innovants doivent s'inscrire dans l'activité des différentes équipes de la région et pourraient notamment porter sur :
 - les troubles envahissants du développement ;
 - les troubles du sommeil ;
 - l'épidémiologie du suicide ;
 - les approches psychothérapeutiques structurées dites « de réhabilitation » adaptées à la prise en charge des patients psychotiques chroniques ;
 - les thérapeutiques pharmacologiques dans les troubles psychiatriques graves de l'adulte (troubles schizophréniques, troubles affectifs) ;
 - les thérapeutiques d'électro-stimulation : électroconvulsivothérapie (ECT), stimulation magnétique trans-crânienne (TMS) ;
 - l'articulation de la recherche en psychiatrie avec le pôle des neurosciences autour d'une thématique de recherche commune soutenue par l'Université et le CHU de Rennes sur « troubles du comportement et ganglions de la base du crâne ».

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

Ils visent, en référence aux différentes lois relatives à la santé mentale, à l'ordonnance du 4 septembre 2003 et à ses différents décrets d'application, à définir une organisation territoriale pertinente, à garantir l'accessibilité des soins, la qualité de l'offre de soins psychiatriques, ainsi que la continuité et la cohérence des prises en charge.

2.2.1. Conforter l'organisation territoriale en santé mentale

Le maintien du secteur psychiatrique

Le maintien du secteur psychiatrique, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile, est réaffirmé dans l'ordonnance du 4 septembre 2003. La circulaire du 25 octobre 2004 précise que le secteur est maintenu dans sa dimension fonctionnelle (accessibilité, continuité, pluridisciplinarité et qualité des soins), à laquelle s'ajoute la dimension territoriale.

Le maintien d'une offre de soins diversifiée permettant l'exercice du libre choix du médecin est garanti par la présence sur les secteurs d'établissements psychiatriques publics, privés PSPH et de cliniques privées.

La référence aux territoires de santé

L'organisation en groupes de secteurs psychiatriques définis dans le premier schéma est maintenue dans les limites respectives des secteurs sanitaires correspondants aux territoires de santé infra-régionaux.

Des adaptations nécessaires dans certains endroits

A l'intérieur de chaque groupe de secteurs psychiatriques, des adaptations sont envisagées soit pour prendre en compte l'évolution des besoins de la population, soit pour améliorer l'efficacité de l'organisation mise en place.

2.2.2. Développer une offre de soins de qualité, accessible, graduée et diversifiée***La prise en charge en ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation***

Le développement de l'ambulatoire et la diversification des activités et structures alternatives à l'hospitalisation permettent de privilégier une réelle prise en charge de proximité :

- Le CMP est conforté dans son rôle de premier niveau de prise en charge et de pivot du dispositif de secteur. Chaque secteur de psychiatrie doit avoir au minimum un CMP ouvert 5 jours/semaine. Le regroupement des structures alternatives sur les mêmes sites (exemple CMP/HJ/CATTP) doit être privilégié.
- La poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation (soins ambulatoires en CMP et CATTP, hôpital de jour, de semaine ou de nuit, HAD) constitue une priorité afin de diversifier les prises en charge et d'assurer un véritable relais en amont et en aval de l'hospitalisation à plein temps.

La prise en charge aux urgences et la psychiatrie de liaison

Le premier contact avec les urgences hospitalières ou le dispositif spécialisé en psychiatrie en situation de crise ou d'urgence est déterminant pour l'inscription dans une démarche de soins. Il faut rappeler l'intrication complexe du somatique et du psychique dans toutes les pathologies de l'urgence. L'objectif est donc d'assurer une prise en charge de qualité aux urgences ou dans les services de soins de l'hôpital général en garantissant :

- La présence d'une équipe psychiatrique aux urgences et l'identification de lits d'hospitalisation de très courte durée dans les services d'accueil et de traitement des urgences dont une partie accueille les urgences psychiatriques.
- La présence dans les services d'accueil et de traitement des urgences d'un infirmier 24h/24 et d'au moins une astreinte opérationnelle de psychiatre. Seuls les services de Rennes et de Brest ont instauré une garde sur place de psychiatre en raison de la nature et de la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques.
- Dans les services actuellement appelés UPATOU, la présence d'un infirmier de jour, d'une astreinte la nuit et d'une astreinte de psychiatre³⁵.
- La formalisation de ces organisations par des conventions interhospitalières, concernant également la psychiatrie de liaison à l'hôpital général.
- L'achèvement et la pérennisation du réseau des Cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP) devront permettre d'optimiser la prise en charge de l'urgence médico-psychologique. La conduite par la CUMP régionale de l'animation et de la coordination de ce réseau sera confortée dans le cadre de la mise en œuvre du Plan régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires.

³⁵ Décret du 30 mai 1997.

La prise en charge en hospitalisation complète

La prise en charge en hospitalisation complète constitue en effet un temps fort dans un parcours de soins psychiatriques, qu'il faut relayer en ambulatoire, en lien avec les services sociaux et médico-sociaux pour l'hébergement et l'insertion sociale.

La nécessité du maintien des capacités d'hospitalisation complète à l'issue des reconversions programmées dans le SROS précédent est affirmée, compte tenu de l'augmentation enregistrée de la demande de soins et de la pression actuellement existante sur les lits en hospitalisation. Il semble pertinent de définir quatre **niveaux d'hospitalisation en psychiatrie** :

- **L'hospitalisation « aiguë »** : elle permet une prise en charge intensive des épisodes aigus, des situations de crise et des cas les plus lourds. Elle assure également les hospitalisations sous contrainte, en augmentation³⁶. Le raccourcissement observé au fil du temps des durées moyennes d'hospitalisation témoigne de cette évolution des modalités de recours aux soins, tendant à renforcer la prise en charge à plein temps sur une période plus courte suivie d'un relais en ambulatoire. L'analyse des rapports de secteur de psychiatrie générale³⁷ permet de calculer, en excluant les séjours de plus d'un an, cette durée moyenne de séjour à trente jours. Ainsi la phase d'hospitalisation aiguë se compte-t-elle en jours ou en semaines. La définition d'objectifs quantifiés par secteur sanitaire en nombre de journées d'hospitalisation complète doit porter sur les capacités d'accueil en unités de soins aigus « indifférenciés » auxquels s'ajoutent éventuellement les unités intersectorielles de prise en charge de populations spécifiques (personnes âgées, adolescents, conduites addictives, hospitalisations sous contrainte...).
- **Les soins « post-aigus »** : il s'agit de véritables soins de suite psychiatriques, destinés à favoriser la consolidation et la stabilisation des troubles psychotiques chroniques, afin d'éviter des rechutes intempestives. Il convient donc de prévoir et de développer des temps de consolidation en aval, dans des structures de soins de suite, où la durée de séjour se compte en mois. Outre les réponses sous forme d'alternatives à l'hospitalisation, chaque établissement de santé doit identifier une ou plusieurs structures-relais pour ces soins de suite, lesquelles peuvent être communes à plusieurs territoires de santé.
- **La phase de réadaptation sociale et professionnelle ne peut intervenir qu'à l'issue de cette période de prise en charge « post-aiguë »**. Les soins de réadaptation ont pour objectif de promouvoir l'insertion ou la réinsertion du patient au mieux de son efficacité et de ses souhaits. Ils conjuguent les moyens thérapeutiques aux fins de promouvoir les habiletés sociales et professionnelles du patient, après des soins dits actifs amenant à une stabilité convenue. Ils sont fondés sur des mises en situation de vie et de travail accompagnées.
- **Les « soins prolongés »** : il convient de distinguer, d'une part, les soins de longue durée pour personnes âgées malades mentales ne pouvant relever d'EHPAD, et d'autre part, les soins aux patients chroniques que l'on peut qualifier d'« hospitalo-requérants ». La reconnaissance de ces patients, pour lesquels la durée de séjour se compte en années, est indispensable ; ils se répartissent en deux catégories très différentes :
 - les patients médico-légaux : ils relèvent de l'article 122.1 du Code Pénal, d'hospitalisations d'office prolongées, de retours d'UMD avec persistance possible d'un état de dangerosité partielle ;
 - les patients dont l'état se caractérise par une absence de stabilisation de leur état pathologique et une lourdeur de prise en charge rendant impossible une orientation COTOREP, une durée de prise en charge en établissement psychiatrique supérieure à 365 jours et/ou un échec de placement en Maison d'accueil spécialisée, en Foyer d'accueil médicalisé ou en EHPAD.

³⁶ voir rapport de l'ADESM

³⁷ Les secteurs de psychiatrie générale en Bretagne en 2003, L'info statistique n°5, DRASS de Bretagne.

2.2.3. Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge

La prise en charge globale du patient, y compris les soins somatiques et dentaires

- Pendant l'hospitalisation, la prise en charge des soins somatiques aux malades mentaux par des médecins généralistes doit être structurée, ainsi que l'organisation des consultations spécialisées, y compris les soins dentaires, au sein d'un service médico-technique ou par convention avec l'hôpital général. Dans un certain nombre de cas, les patients adressés par les urgences ou les services de soins somatiques en milieu psychiatrique n'ont pas bénéficié d'un bilan somatique complet, ce qui génère de grosses difficultés ultérieures : c'est pourquoi le diagnostic doit être posé en amont du transfert du patient et l'interface avec les services de médecine doit demeurer permanente et réactive.
- En addictologie, le dispositif intersectoriel souvent mis en place permet d'articuler soins préventifs, curatifs et de réadaptation et d'intégrer la coopération avec les structures médico-sociales spécialisées : Centre de cure ambulatoire en addictologie (CCAA), Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Chaque secteur sanitaire de santé doit disposer, en service de médecine ou de psychiatrie³⁸ :
 - d'au moins une unité d'hospitalisation de courte durée en alcoologie-addictologie ;
 - d'au moins une équipe hospitalière d'addictologie de liaison ;
 - d'au moins un hôpital de jour.
 Chaque secteur sanitaire doit également comprendre un centre de soins de suite et de réadaptation, ou à défaut avoir accès par convention à une structure située dans un territoire voisin.
- L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une modalité particulière de réponse sur un territoire donné. Elle semble plus adaptée à certaines populations particulières (personnes âgées) et nécessite l'inscription dans un réseau déjà formalisé.

La prise en charge des malades difficiles

La prise en charge des malades difficiles doit s'organiser de manière graduée : réponse de proximité pour les crises de dangerosité passagère, tandis que les cas les plus difficiles seront orientés vers l'Unité interrégionale pour Malades Difficiles (UMD) qui doit ouvrir à Plouguernevel en 2007. Cette UMD de 40 places, exclusivement réservée aux malades de sexe masculin, recrutera sur le principe de la préférence interrégionale, des patients structurellement dangereux, ayant déjà été soumis à des protocoles thérapeutiques intensifs, préalablement sectorisés et pour lesquels un engagement de reprise a été fourni par le chef de service sous caution de la préfecture³⁹.

La prise en charge des détenus

- La mise en place annoncée des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) conditionnera l'organisation des soins psychiatriques aux détenus. Dans cette attente, le fonctionnement du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) doit être revu. Ce dernier devra élaborer un projet de service tenant compte :
 - de ses missions de prestataire de soins psychiatriques aux détenus de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Rennes,
 - de son rôle de service de référence pour la prise en charge en psychiatrie « à temps complet » des détenus de la région consentant aux soins,

³⁸ Rapport Reynaud-Parquet-Lagrué : Les pratiques addictives : usage nocif et dépendance aux substances psychoactives

³⁹ Le règlement intérieur des UMD est défini par l'arrêté du 14 octobre 1986.

- de sa mission de coordination et d'animation pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la région.
- Les établissements prestataires de soins psychiatriques devront réactualiser les conventions signées en 1995 avec les établissements pénitentiaires, afin de développer la prise en charge des troubles psychiatriques au regard des besoins. Outre le renforcement des interventions permettant d'assurer une continuité de la réponse et une diversification des interventions, la réactualisation de ces protocoles devra permettre de rechercher complémentarité et cohérence dans les actions de soins ou de promotion de la santé menées par les différents intervenants au sein des UCSA, notamment dans le champ de la lutte contre les toxicomanies.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. L'ORGANISATION DES SOINS

3.1.1. Améliorer l'accès au CMP

L'amélioration des délais de rendez-vous et la gestion des files d'attente dans les CMP

- Diverses modalités de gestion des files d'attente et d'amélioration des délais de rendez-vous sont proposées⁴⁰. L'objectif fixé est de pouvoir répondre sans délai aux véritables urgences et d'aboutir à un délai moyen d'un mois pour un premier rendez-vous :
 - Un « filtrage » des appels par le secrétariat et une réorientation de certaines demandes vers une structure mieux adaptée (conseil familial, conjugal, psychologue) sont possibles. Un premier accueil peut aussi être assuré par le personnel infirmier ou paramédical, voire une assistante sociale qui adresse si nécessaire au médecin. Dans certains secteurs, la liste des demandes est examinée en réunion et suivie d'une attribution des consultations aux praticiens mais aussi aux psychologues.
 - Mise en place de créneaux de consultations sans rendez-vous (exemple : une fois par semaine : pédopsychiatre et infirmier(e).)
 - Mise en place d'une consultation de première ligne par les internes : un médecin coordonnateur détermine l'urgence de la demande, préconise une intervention brève (3 consultations) assurée par l'interne et supervisée par le praticien hospitalier.
- Intervention d'équipes mobiles de liaison par exemple sur les lieux de vie des enfants pour éviter la crise, même si la consultation est souvent nécessaire dans un deuxième temps.

L'amplitude des horaires d'ouverture des CMP

- Le CMP, ouvert au minimum cinq jours par semaine, doit pouvoir adapter ses horaires d'ouverture aux besoins de la population qu'il dessert, dans le respect du temps de travail réglementaire du personnel. De nombreuses solutions sont possibles au cas par cas et doivent être étudiées par les équipes de secteur.

⁴⁰ Ces propositions ont été élaborées par l'Association de psychiatrie infanto-juvénile de Bretagne et validées par le Comité régional de santé mentale

- Il peut également développer des antennes, ouvertes à des horaires particuliers selon les besoins de la population à desservir.

La prise en charge de relais en aval de l'hospitalisation

L'équipe du CMP assure le suivi sanitaire au long cours des patients chroniques. A ce temps thérapeutique doit être adjointe une réponse sociale complémentaire, apportant une solution d'hébergement et une socialisation rendue possible à travers la reprise d'une activité professionnelle et/ou de loisirs.

3.1.2 Améliorer l'accueil des patients dans les services d'urgences

Régulation des appels d'urgence

Il importe de réguler l'orientation des patients en amont de leur arrivée au service d'urgences. Il est proposé de suivre le protocole suivant⁴¹ :

- En cas d'urgence psychiatrique avérée (agitation, troubles du comportement, agressivité, menace de suicide, angoisse..), le patient ou sa famille appelle en premier lieu le médecin traitant, et par défaut le 15,
- Le médecin traitant et/ou le Centre 15 sont responsables de l'orientation du patient et de l'organisation du transport, en particulier des modalités de la contention et/ ou de la sédation le cas échéant. En cas d'agitation et d'agressivité majeure, le Centre 15 apprécie les moyens humains à mobiliser (nombre et qualification professionnelle) et, si besoin, sollicite le recours à la force publique, préalablement à l'évaluation par le médecin traitant et à l'arrivée des transports. Les conditions et les modalités de recours à la force publique doivent faire l'objet d'un protocole à élaborer sous l'autorité du préfet,
- La régulation par le Centre 15 se fait sur la base du référentiel régional. Il n'existe pas de régulation spécialisée : le Centre 15 ne peut pas transférer la responsabilité de l'envoi des secours à l'équipe psychiatrique de liaison d'un établissement,
- L'orientation par le Centre 15 est proposée selon des critères d'antériorité de la maladie, et d'état du patient :
 - si le patient est connu pour une pathologie spécifique qui a fait l'objet de décompensation antérieure et d'hospitalisation en milieu spécialisé, le patient est transporté et hospitalisé directement au centre hospitalier où il est suivi,
 - s'il s'agit d'une primo-hospitalisation : l'orientation se fera vers le service des urgences le plus proche. Ce service devra avoir un personnel compétent et une UHCD pour l'évaluation du patient.
 - si le patient est agité, l'orientation se fera, dans tous les cas, vers le service d'urgence le plus proche,
 - dans le cas d'une HDT, l'examen du patient se fera, en priorité, par le médecin assurant la permanence de soins. En cas de carence, le SAMU aura recours à la procédure d'urgence.
- Les transports sont organisés en référence à la charte régionale. Ils sont en priorité assurés par les transporteurs privés ou par les moyens de l'établissement spécialisé en cas d'hospitalisation d'office. D'une manière générale, le transport des patients présentant une pathologie psychiatrique et devant être admis ou non en milieu spécialisé, ne relève pas des sapeurs-pompiers (le SDIS n'intervient qu'en cas de carence ou sur réquisition de l'autorité de police).

⁴¹ Propositions élaborées par le COTER « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins »

Orientation des patients en aval des urgences

Concernant l'orientation des patients en aval des urgences, un relais rapide avec le dispositif de prise en charge ambulatoire est préconisé. Pour ce faire, il est souhaité que le psychiatre puisse assurer une consultation post-urgences au sein de l'établissement permettant d'améliorer le relais vers les CMP.

3.1.3. Promouvoir l'intersectorialité

Face à la diversification des missions, les secteurs ne sont pas en mesure d'assurer l'excellence des prises en charge dans tous les domaines. L'intersectorialité a donc été mise en place dans la plupart des établissements pour exercer des missions spécifiques tels que, par exemple, la gérontopsychiatrie, l'addictologie, les urgences, les soins somatiques, les hospitalisations sous contrainte.

L'accueil à l'hôpital psychiatrique

Il est recommandé de mettre en place des services intersectoriels d'accueil et d'orientation pour les entrées au centre hospitalier à la fois pour les admissions non programmées, les hospitalisations sous contrainte et le relais avec les services d'urgences⁴². Ces services peuvent jouer le rôle de CMP ouvert 24h/24 assurant la permanence des soins et la mobilisation de la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP) en cas de besoin.

L'organisation des hospitalisations sous contrainte

Il est possible de mettre en place des unités intersectorielles d'hospitalisation sous contrainte. Le regroupement des patients permet d'optimiser les contraintes de fonctionnement des unités fermées, mais peut aussi générer des phénomènes de violence difficiles à contrôler. Ce dispositif permet de limiter les unités fermées : il est difficilement admissible qu'une unité d'hospitalisation de secteur classique soit fermée dans sa totalité pour quelques patients en hospitalisation d'office.

Les soins aux patients dont la durée d'hospitalisation est supérieure à une année

Un dispositif de suivi de ces patients doit être mis en place (études de l'Assurance Maladie, systèmes d'information). Les patients en échec de placement médico-social doivent pouvoir bénéficier d'un accueil en unités sanitaires spécialisées à vocation intersectorielle, dont le fonctionnement repose sur un projet de soins spécifique et bénéficier d'un taux d'encadrement adapté à la lourdeur des cas.

Le développement de l'intersectorialité pour la prise en charge en géronto-psychiatrie

- Il s'agit dans un premier temps d'organiser cette intersectorialité au niveau des unités d'hospitalisation complète, par la mise en place d'unités intersectorielles d'hospitalisation, aiguës et chroniques.
- Concernant le suivi ambulatoire, l'équipe mobile spécialisée (appuyée ou non sur un CMP spécialisé) doit permettre des soins dans le cadre de vie du patient, sans le couper de ses repères, et un soutien de l'entourage, qu'il soit professionnel ou familial.

⁴² Organisation déjà mise en place à Saint-Avé, Bégard, Caudan, en projet à Rennes et à Quimper

3.1.4. Consolider l'articulation avec l'offre sociale et médico-sociale

Il convient de renforcer les partenariats et le travail en réseau avec les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

La consolidation des liens avec les établissements médico-sociaux

- Le suivi psychiatrique des populations accueillies dans les établissements médico-sociaux est essentiel pour prévenir les situations de crise et les hospitalisations intempestives. La psychiatrie de liaison dans les établissements médico-sociaux doit être fixée par voie conventionnelle sur le modèle de la charte régionale disponible sur le site de l'ARH.
- De nombreuses personnes sont encore hospitalisées au long cours dans les services de psychiatrie de la région, faute d'un relais social ou médico-social. Cependant, les créations de places médico-sociales, à partir des redéploiements des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie ont atteint leurs limites. La Bretagne doit pouvoir bénéficier des créations nouvelles annoncées dans le Plan de santé mentale.

L'articulation avec les travailleurs sociaux

Les articulations entre la psychiatrie et le social sont complexes et reposent sur un équilibre fragile entre deux excès, l'un tendant à psychiatriser le social et l'autre à socialiser la psychiatrie, ce qui génère des incompréhensions réciproques entre les acteurs des deux champs.

- On observe que la fonction asile de l'hôpital est activée quand il y a urgence sociale. Ensuite la difficulté est plutôt de faire sortir le patient en l'absence de réponse du dispositif d'aide sociale : la réponse demeure vraiment dans l'articulation de la psychiatrie avec les services sociaux. Certaines équipes de secteur ont organisé des échanges réguliers avec les travailleurs sociaux pour les accompagner dans la guidance des patients en situation de précarité ou d'exclusion, d'autres ont expérimenté des consultations avancées dans des établissements ou des dispositifs sociaux.
- Il apparaît globalement nécessaire de renforcer les équipes de secteurs en travailleurs sociaux, notamment au niveau des CMP.

La place des usagers et de leurs familles

Les patients et leurs familles doivent être considérés comme des partenaires à part entière de l'organisation des soins. Ils doivent être associés à la réalisation, au suivi et à la mise en œuvre du volet « Santé mentale ».

- Les associations d'usagers et de familles de malades mentaux siègent à la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM) et participent aux différents travaux initiés par cette commission, qu'ils peuvent saisir d'une demande ou d'une problématique particulière.
- Les familles doivent être reconnues dans leur rôle de partenaires pour le suivi des patients et, à ce titre, pouvoir bénéficier de formations à l'accompagnement de leurs patients. Le renforcement de la formation des bénévoles qui assurent de fait un rôle d'aidant est annoncé dans le Plan de santé mentale.
- La reconnaissance du handicap psychique dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un tournant primordial quant à la qualité de vie et à l'insertion sociale de ces personnes, dont certaines demeuraient jusque là sans solution, le plus souvent à la charge de leurs familles.

3.1.5. Développer la coopération entre les différents acteurs

L'augmentation de la demande de soins, alliée aux contraintes de la démographie médicale et à la rareté des ressources disponibles, impose une synergie des différents acteurs de la santé mentale et le développement de véritables réseaux de santé publics et privés. Les nouvelles modalités introduites par l'ordonnance du 4 septembre 2003 proposent des outils de coopération ? supports de dispositifs innovants.

La coopération entre les établissements de santé publics et privés

- La coopération entre établissements publics et établissements privés se développe et doit être renforcée, quant à la mise à disposition de lits pour l'accueil des urgences ou des « soins de suite ». Le développement des structures alternatives à l'hospitalisation doit s'appuyer sur des conventions de partenariat public/ privé.
- Il convient, par ailleurs, de veiller à un accès fluide pour tous les patients à des soins de suite. Tout au long de la mise en œuvre du SROS, il faut permettre l'adéquation des capacités de prise en charge en post-aigu aux besoins des établissements de soins aigus.
- La coopération avec la psychiatrie libérale est attendue sur la prise en charge des urgences par les psychiatres des établissements privés sur certains créneaux horaires et dans les alternatives développées par les cliniques privées. La coopération doit également se développer autour de l'utilisation de certains plateaux techniques, à l'exemple de la sismothérapie. Le rééquilibrage de l'offre de soins doit tenir compte des inégalités de densité des installations libérales dans les secteurs sanitaires. Certains libéraux sont demandeurs d'un travail institutionnel et il convient de réfléchir aux modalités qui leur permettent de travailler au sein de la psychiatrie publique.

La coopération avec la psychiatrie et la médecine libérale

- Les réseaux Ville/ Hôpital en santé mentale seront développés autour d'une pathologie particulière, d'une population spécifique ou en réponse à l'urgence.
- A partir des consultations spécialisées à l'hôpital ou au CMP, il est possible de mettre en place des créneaux de réponse téléphonique en direct aux médecins généralistes souhaitant bénéficier d'un avis « urgent », leur permettant d'assurer eux-mêmes la prise en charge de tel ou tel de leur patient.
- A partir des CMP, il est possible d'associer les psychiatres libéraux à la réponse à des consultations urgentes de patients qui seraient orientés vers leurs cabinets. La difficulté est que les psychiatres libéraux estiment déjà répondre à leurs propres urgences.

Le développement de la télémedecine

- L'essor de la télémedecine peut servir de support à une dynamique de coopération entre acteurs. Celle-ci permet d'organiser des staffs d'échanges entre différentes équipes et d'assurer un soutien à des soignants isolés. La télémedecine permet en effet de développer des réponses à trois catégories de situations particulières :
 - la situation des structures isolées ou éloignées (notamment sur les îles) pour assurer la permanence des soins,
 - les contraintes d'expertise, les demandes d'avis d'experts qui peuvent ainsi être sollicités à distance,
 - le rôle didactique dans l'enseignement, l'apprentissage et la formation à distance.
- On peut également envisager des forums d'échanges cliniques sur la plateforme Télésanté régionale, qui permet des communications sécurisées entre professionnels par internet.

3.1.6. Améliorer la formation des personnels

Il existe un risque de « perte de savoir et d'expérience » liée aux nombreux départs en retraite. En conséquence, les besoins de formation et d'accompagnement des professionnels de la psychiatrie doivent être pris en compte. Les formations à la gestion des situations de violence seront particulièrement prioritaires.

- Le Plan de santé mentale évoque la nécessaire amélioration de la formation des infirmiers et infirmières en psychiatrie. Depuis la mise en place en 1992 du diplôme unique, aucune formation spécialisée des infirmiers n'a été instaurée, alors même que les compétences requises sont celles d'un infirmier spécialisé. Le Plan prévoit dès 2005 la mise en place d'une formation d'adaptation à l'emploi, sous forme d'une mise en situation professionnelle (5 x 3 jours), ainsi que la généralisation d'un dispositif innovant de compagnonnage/tutorat des nouveaux infirmiers dans leur première année d'exercice par des infirmiers expérimentés en psychiatrie. L'accompagnement des nouveaux diplômés nécessite du temps, des moyens et des compétences : les nombreux départs en retraite prévus dans les années à venir présentent un risque de perte de ces compétences, requises pour effectuer ce tutorat.
- Les formations continues doivent se poursuivre et s'organiser : formations communes de toute une équipe autour d'une thématique par exemple. La gestion des situations de violence nécessite un apprentissage permanent.
- La formation des travailleurs sociaux à l'accompagnement des malades mentaux doit se concrétiser à travers des groupes d'échanges de pratiques, des interventions des équipes de secteur à des réunions de synthèse. Il semble indispensable d'organiser au niveau régional un programme de formation pluridisciplinaire (tant dans le cadre de la formation initiale que continue) qui permettrait d'engager au niveau régional une véritable démarche « d'acculturation » entre secteur social et territoire de santé dans le champ de la santé mentale⁴³.
- Des formations spécifiques à l'intervention face à la crise suicidaire, auprès des personnes âgées d'une part, en milieu carcéral d'autre part, viennent de commencer en Bretagne. Un travail de fond doit être mené afin de détecter les véritables crises suicidaires.
- La formation des psychiatres à la psychiatrie du sujet âgé doit être renforcée (création d'un DESC en gérontopsychiatrie, stage validant en gériatrie).

3.2. LA PRISE EN CHARGE DE POPULATIONS ET DE PATHOLOGIES SPECIFIQUES

3.2.1. Les enfants et les adolescents

Psychiatrie et périnatalité

Prévention et soins psychiatriques en périnatalité nécessitent une réactivité particulière et une coordination des intervenants autour de la mère et de l'enfant. Cet aspect est développé dans le volet « Périnatalité » du SROS.

La prise en charge au CMP et le développement des alternatives à l'hospitalisation

- Les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont particulièrement concernés par l'augmentation des demandes de rendez-vous et des délais qui en découlent. Les recommandations formulées au paragraphe 3.1.1 ; pour l'ensemble des CMP sont donc particulièrement opérantes⁴⁴. Pour mémoire, l'objectif est d'assurer une réponse immédiate à

⁴³ cf. rapport Parquet « souffrance psychique et exclusion sociale », 2003.

⁴⁴ Ces propositions ont été élaborées par l'Association de psychiatrie infanto-juvénile de Bretagne et validées par le Comité régional de santé mentale

toutes les situations d'urgence et de ramener le délai moyen de rendez-vous de première intention à un mois, ce qui suppose de mettre en place un véritable suivi de ces files d'attente.

- Il est également souhaitable de développer, dans les intersecteurs qui en sont dépourvus, des alternatives à l'hospitalisation (HJ et CATTP pour enfants et adolescents) et de compléter ainsi la gamme des prises en charge en articulation avec d'autres institutions (établissements scolaires, sociaux et médico-sociaux).

La prise en charge en hospitalisation complète

- Bien que le maillage du territoire tel que rappelé dans le Plan de santé mentale (grâce à l'existence d'une unité d'hospitalisation complète par département) soit assuré en Bretagne depuis début 2005, divers problèmes restent à résoudre. La saturation des unités existantes entraîne un transfert de charge de ces enfants vers la pédiatrie ou la difficulté de réguler les admissions en urgence. Cette situation nécessite une évaluation constante des besoins avec le souci d'adaptation du potentiel d'accueil au cours des années à venir.
- Il est cependant recommandé d'hospitaliser systématiquement toute tentative de suicide d'un adolescent en pédiatrie, ce qui nécessite une collaboration entre les pédopsychiatres et les équipes pédiatriques. Dans certains cas, une hospitalisation de plus longue durée en psychiatrie peut être décidée. Par conséquent, il apparaît nécessaire de développer des structures spécifiques à l'accueil des adolescents dans le milieu psychiatrique⁴⁵ et de créer une unité de soins de suite à vocation régionale assortie d'une scolarisation pour des lycéens et étudiante.
- Les centres de crise apportent une réponse spécifique à la prise en charge des états d'agitation et de perturbation intense. L'existence d'un centre de crise par secteur sanitaire, implanté en milieu spécialisé, apparaît souhaitable. Les dispositifs spécifiques pour adolescents posent le problème de l'impossible cohabitation dans de petites unités de 8 à 12 lits de jeunes patients présentant des pathologies très différentes (troubles récents et troubles récurrents liés à des pathologies acquises dans l'enfance, ou bien adolescents en état de crises suicidaires et adolescents présentant des troubles graves du caractère et du comportement).

La mise en place de Maisons des adolescents

- Cette disposition du Plan de santé mentale fait l'objet d'un partenariat entre le Ministère de la Santé et la Fondation Hôpitaux de Paris/Hôpitaux de France dans le cadre d'un appel à projets national. Ces projets, conçus comme support d'une articulation entre les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales offertes aux adolescents, supposent une clarification des rôles des acteurs et notamment des professionnels et des établissements de santé, afin de garantir une prise en charge globale, au moyen de protocoles assortis d'une évaluation. C'est une des priorités du Projet Stratégique en Région (PASER) Bretagne concernant la prévention des risques chez les jeunes de moins de 26 ans qui a retenu l'objectif d'implantation d'une Maison des Adolescents par département.

La prise en charge des adolescents difficiles

- La problématique des adolescents « en difficulté - difficiles », ayant épuisé tous les modes de prise en charge pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques mis en œuvre auprès d'eux, renvoie les différents acteurs sanitaires, éducatifs, scolaires, sociaux, judiciaires à un constat d'insuffisance des réponses apportées. Il apparaît que la caractéristique clinique fondamentale soit celle de la « destructivité itérative des liens » (familiaux, éducatifs, de soins). Les trajectoires sont souvent chaotiques, les passages d'une structure à une autre nombreux, les échecs mettent à mal les jeunes mais aussi les équipes, et la psychiatrie est souvent identifiée comme le dernier recours, lieu de contention, de soins et d'hébergement.

⁴⁵ Unités existantes à Vannes, Lorient, Rennes, Brest.

L'amélioration de la prise en charge nécessite la coordination des différents intervenants au sein d'équipes pluri-institutionnelles. Il convient de créer dans les différents secteurs sanitaires, des groupes ressources qui réunissent des professionnels issus des différentes institutions impliquées : psychiatrie générale et infanto-juvénile, services de l'Aide sociale à l'enfance, services éducatifs, services judiciaires. Ces groupes interinstitutionnels sont chargés d'élaborer des propositions de prise en charge et de soins, de veiller à la mise en place et au suivi des projets individualisés qui peuvent prévoir des temps partagés entre les différentes institutions.

Les groupes ressources mobilisent une équipe technique de trois intervenants (un infirmier en psychiatrie, un éducateur PJJ, un éducateur ASE) qui assurent, auprès des lieux d'accueil, le suivi des prises en charge proposées et interviennent en appui des équipes de la structure.

- La prévention demeure la meilleure des stratégies : l'essentiel repose sur des interventions en amont des situations de grande rupture. Le travail des groupes ressources comporte un volet prévention. Une expérimentation d'équipes mobiles, dans certains secteurs sanitaires, en lien avec le groupe-ressource et intervenant dans les milieux de vie de ces adolescents, permettra de renforcer cette prévention auprès de populations à risques.

3.2.2. Les enfants, adolescents et adultes atteints de troubles envahissants du développement (TED)

Le Centre de ressources sur l'autisme

- Le Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA), mis en place dès 2001 et à vocation interrégionale (Bretagne et Pays-de-la-Loire), va dorénavant assurer une couverture régionale. Il doit être renforcé dans ses missions spécifiques : l'évaluation diagnostique de seconde intention des cas complexes, la recherche, la formation.
- Les missions d'accueil et d'accompagnement des familles doivent pouvoir être déléguées à des centres-relais départementaux.

Le dépistage et la prise en charge précoce des enfants atteints de TED

Le dépistage et la prise en charge précoce des enfants atteints de TED relève des missions des intersecteurs de pédopsychiatrie. Le CRA doit favoriser le repérage des signes précoces de l'autisme devant aboutir à une prise en charge intensive dès le plus jeune âge afin d'améliorer le pronostic à plus long terme.

Le diagnostic et la prise en charge des adultes atteints d'autisme

Le diagnostic, tout comme la prise en charge des adultes atteints d'autisme, doivent être soutenus. La priorité a jusqu'ici été accordée aux enfants, compte tenu de la gravité du pronostic, mais l'évolution des connaissances et la diversification des modes de prise en charge, les attentes légitimes des familles doivent conduire à prendre en compte les besoins des adultes en termes d'évaluation et de prise en charge dans leurs différents lieux de vie.

3.2.3. Les suicides

La prise en charge des tentatives de suicide aux urgences de l'hôpital

L'accueil indifférencié des suicidants en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) doit être préservé, ce passage apparaissant comme un temps fondamental d'approche complémentaire entre la médecine somatique et la psychiatrie, permettant d'établir dans certains cas l'alliance

thérapeutique avec le patient. En effet, les arrivées aux urgences restent le point d'appui du dispositif et la prise en charge des patients nécessite une collaboration entre psychiatres, somaticiens et urgentistes. Les services poursuivent la démarche engagée d'évaluation des pratiques⁴⁶.

La psychiatrie de liaison dans les services de soins somatiques

Elle permet également l'intervention de personnels spécialisés auprès des personnes en crise suicidaire dans les services de médecine, de chirurgie ou de spécialités.

La prise en charge en amont de la crise suicidaire

De nombreuses actions de prévention sont développées dans la région, notamment à travers le Programme Régional de santé "Prévenir le suicide en Bretagne" et dans le cadre global de la prévention des risques chez les jeunes de moins de 26 ans en lien avec le PASER Bretagne. La prise en charge en amont de la crise suicidaire pose la question de l'implication des psychiatres libéraux dans le cadre des urgences (cf. *supra*). En ce qui concerne la régulation au SAMU, la difficulté dans ce domaine est le turn-over des régulateurs ainsi que l'absence de formation adaptée.

La prise en charge en aval de la crise suicidaire

Tout patient doit quitter le service des urgences avec une orientation effective et formalisée. S'il s'agit d'un relais en ambulatoire, le rendez-vous doit être déjà pris. L'orientation peut se faire en effet vers :

- L'Unité médico-psychologique (UMP) : la modalité d'une prise en charge en 2 temps de la crise suicidaire semble particulièrement opérante pour les patients avec lesquels une alliance thérapeutique a pu être établie. C'est pourquoi, l'UMP est un relais pertinent pour ces patients à la sortie de l'UHCD même si elle n'est pas spécialisée pour les personnes suicidaires.
- L'hospitalisation en service de psychiatrie, en milieu traditionnel, ou vers d'autres établissements de santé. Il convient d'organiser une palette d'offre de soins diversifiée grâce à un partenariat formalisé : conventions avec des cliniques privées, services SSR, pavillon intersectoriel d'accueil « attractif », services de l'hôpital général où intervient l'équipe de psychiatrie de liaison.
- L'ambulatoire : pour certains patients, le relais peut être pris d'emblée en ambulatoire vers le CMP ou le médecin traitant. Grâce à un effort d'organisation dès les urgences, un rendez-vous peut être organisé le jour-même ou le lendemain et permet une sortie rapide de l'UHCD. A partir du CMP, s'organise le relais avec les médecins généralistes (réseau de médecins généralistes « référents »).

A noter qu'un relais par des psychologues serait possible si les psychothérapies prescrites médicalement étaient remboursées.

Enfin, il est souhaitable de prendre en compte les spécificités des étudiants et d'organiser le relais entre les soignants de la ville de faculté et le médecin du domicile des parents.

La prise en charge de l'entourage et la postvention

L'entourage des patients suicidants et des personnes suicidées doit être rencontré lors du passage aux urgences et doit se voir proposer un accompagnement. Cette dernière peut être effectuée auprès d'un interlocuteur extérieur à l'hôpital, notamment du domaine associatif, et pas nécessairement dans le cadre des urgences.

⁴⁶ En référence au guide d'audit de l'HAS, établi à partir de la conférence de consensus.

Le programme spécifique dépression et suicide du Plan de santé mentale

Le Plan de santé mentale promeut principalement l'amélioration du repérage de la dépression, notamment dans les établissements scolaires en partenariat avec l'Education Nationale. Il s'agit également dans ce cadre de développer le contrôle du bon usage des anti-dépresseurs, et d'appliquer dans la stratégie nationale de lutte contre le suicide les mesures énoncées relatives aux unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie et à la mise en place des Maisons des Adolescents. La région⁴⁷ souhaite également mettre en place un programme spécifique de traitement des différentes formes de dépression et du trouble bipolaire, prenant en compte la priorité régionale de prévention du suicide et des liens connus entre dépression et suicide.

3.2.4. Les personnes âgées

Le SROS comporte un volet thématique consacré plus spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées. Les aspects relatifs à la définition du champ de la gérontopsychiatrie, aux modes de prise en charge (ambulatoire et hospitalisation), à la participation des psychiatres au dispositif des consultations mémoire/ CMRR et à l'inscription dans la filière gériatrique y sont développés⁴⁸.

3.2.5. Les personnes handicapées en raison de troubles psychiques

La reconnaissance du handicap psychique

Il s'agit d'une catégorie de patients relativement stabilisés sur le plan de leurs troubles mentaux, mais présentant des troubles cognitifs et de comportement tels qu'ils ne peuvent recouvrer l'autonomie nécessaire aux actes de la vie quotidienne et à la vie sociale normale⁴⁹.

Le développement de la complémentarité et du travail en réseau entre les secteurs sanitaire et médico social

L'amélioration de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social passe par une connaissance et une reconnaissance réciproque grâce à des formations communes, des conventions de partenariat, des protocoles de collaboration. Les préconisations suivantes, à l'initiative des conseils généraux, sont susceptibles de répondre à cette préoccupation :

- Mettre en place des commissions de résolution de problèmes concrets ;
- Participer aux rencontres entre les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;
- Elaborer des chartes de coopération avec le secteur de la psychiatrie.

De multiples solutions de logement accompagné

Un grand nombre de patients pourraient quitter l'institution psychiatrique s'ils bénéficiaient, en sus d'un suivi ambulatoire au CMP, voir d'un CATTP ou d'un hôpital de jour pour les soins psychiatriques, d'un accompagnement dans la vie quotidienne et de conditions de logement adaptées à leur handicap psychique.

Il convient de développer des solutions de logement avec soutien, à temps partiel ou à temps plein, d'une part dans le champ sanitaire (appartement thérapeutique, placement familial thérapeutique), mais aussi dans le champ social et médico-social, avec un dénominateur commun qui est l'existence

⁴⁷ A l'initiative du territoire de santé n° 3, secteur de Quimperlé

⁴⁸ Cf. volet « Prise en charge des personnes âgées » du SROS

⁴⁹ La Loi du 11 février 2005 assure désormais la reconnaissance du handicap psychique (cf. supra)

d'une équipe de suivi ou de soutien. Ces solutions doivent être négociées avec les établissements de santé et les partenaires sociaux :

- hébergement avec soutien à temps plein (foyer médicalisé ou non, accueil familial social, habitat semi-collectif),
- hébergement avec soutien à temps partiel : appartements communautaires, habitats collectifs type « familles gouvernantes » ou Maisons Relais, habitat individuel adapté, appartements protégés, appartements de coordination thérapeutique,

Les projets de vie doivent intégrer la dimension vie sociale (travail ou autre). Le suivi en CATTP ou en ateliers thérapeutiques, sur lesquels les établissements de soins sont invités à développer des projets, apporte une réponse en terme de resocialisation, en lien avec le secteur associatif.

Le lien social et l'accès au travail

Une grande partie des handicapés psychiques n'est pas en mesure d'accéder à l'emploi. Il convient donc de soutenir les initiatives des associations d'ex-patients et de familles (FNAP-PSY, UNAFAM), *via* le développement des ateliers et des clubs ayant pour objectifs de créer du lien social, de rompre l'isolement et de permettre une activité manuelle, intellectuelle ou de loisir compatible avec le rythme de la personne.

Certains patients s'inscrivent dans une démarche de réadaptation, axée principalement sur la dynamique qui peut se créer autour de la notion de travail. Les jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques peuvent bénéficier d'un séjour en centre de post-cure et de réadaptation pour leur permettre, après la phase aiguë de la maladie, une reprise progressive des activités professionnelles jusqu'à la concrétisation d'un projet d'insertion. Cette orientation vers le travail doit être privilégiée dès lors qu'elle est possible. Plusieurs orientations peuvent être prononcées par la COTOREP : Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) qui permet une période d'évaluation, à l'issue de laquelle le patient est orienté, en milieu ordinaire ou en milieu protégé, vers les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

3.2.6. Les personnes en situation de précarité et d'exclusion

Une étude portant sur les modalités d'entrée à l'hôpital psychiatrique⁵⁰ fait apparaître que près de 20 % des admissions ne sont pas liées à des problèmes psychiatriques, mais à des situations de détresse sociale. A l'inverse, on constate que nombre de patients psychotiques sont en errance, à la rue, et certaines catégories d'établissements sociaux (CHRS) se plaignent d'avoir à charge des personnes présentant des troubles mentaux graves d'allure psychotique, non suivis par les secteurs de psychiatrie. Plusieurs modalités de réponse sont à développer⁵¹ :

Les équipes mobiles

Elles interviennent sur les lieux fréquentés par ces populations (CHRS, boutiques de la solidarité, restaurants sociaux, associations caritatives). Certains patients ont déjà été suivis par la psychiatrie mais sont en rupture de soins, d'autres ne sont pas connus de la psychiatrie, ne sont pas demandeurs, mais nécessitent des soins. Le repérage se fait alors par le secteur social ou associatif, qui a souvent une mauvaise lisibilité du dispositif de la psychiatrie publique ; l'équipe mobile constitue un relais et permet d'organiser l'accès aux soins (CMP, hôpital) de ces patients.

⁵⁰ Etude menée par le DIM du CHGR à Rennes en 2002.

⁵¹ Voir études de la DRASS : « Souffrance psychique, précarité et exclusion, comment faire ? - novembre 2004 » et « Les PASS - évaluation des réseaux - avril 2004 ».

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS doivent favoriser la synergie entre le secteur social et la psychiatrie par le biais conventionnel. Il convient de renforcer, en tant que de besoin, les PASS existantes dans les hôpitaux généraux, plutôt que de créer des PASS spécifiques en psychiatrie, afin qu'elles puissent optimiser leur fonction d'interface entre le champ social et le champ de la psychiatrie.

3.2.7. Les conduites addictives

L'organisation des soins en addictologie dans un territoire de santé

Le référentiel issu du rapport Parquet Reynaud fournit la base d'organisation d'une filière de prise en charge :

- Les équipes hospitalières d'addictologie de liaison ont pour mission d'aider à la prise en charge des problèmes de consommation d'alcool, tabac, produits illicites, en formant les équipes soignantes au repérage des consommateurs à risque ou nocifs, en les assistant dans la prise en charge et en participant à l'orientation du malade après hospitalisation, y compris aux urgences. Ces équipes permettent d'engager le patient dans un projet thérapeutique.
- Les unités d'hospitalisation spécialisées (d'environ 10 lits) en alcoologie-addictologie doivent pouvoir assurer les sevrages en urgence, les cures programmées, et développer des prises en charge spécifiques et diversifiées des patients ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de produit illicite.
- Le développement des hôpitaux de jour pour patients en difficulté avec l'alcool doit également être encouragé.
- Les soins de suite et de réadaptation en alcoologie doivent permettre d'engager le patient en situation de dépendance dans un véritable processus de réhabilitation. Chaque secteur sanitaire doit identifier un centre de post-cure de référence ou organiser l'accès à une structure localisée dans un secteur sanitaire voisin (cf. volet « Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelles »).

Le réseau de coordination

Il est recommandé de mettre en place dans chaque secteur sanitaire un réseau de soins en addictologie qui organise :

- la prise en charge ambulatoire : les consultations peuvent être faites en médecine libérale, au CMP, au CCAA, au CSST (ces deux derniers pouvant éventuellement être regroupés au sein d'un CSAPA) ou en consultations hospitalières ;
- la prise en charge en hospitalisation ;
- l'accès à un centre de post-cure ou de soins de suite ;
- le travail de liaison en addictologie dans l'ensemble des services hospitaliers et notamment les urgences ;
- la formation des référents ;
- l'articulation avec les travailleurs sociaux, les structures sociales, la justice.

Le réseau intègre également les acteurs et les actions de prévention, développées dans les plans MILDT départementaux, le volet conduites addictives du PRSP, en lien avec le PASER Bretagne pour lequel la prévention des risques chez les jeunes de moins de 26 ans en matière d'alcool, tabac, drogue, est une priorité.

Les troubles des conduites alimentaires

Ces troubles (boulimie, anorexie) font l'objet de projets de réseaux intersectoriels associant des établissements publics et privés.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LE SYSTEME D'INFORMATION

Chaque établissement de santé mentale met en place un Système d'Information Hospitalier qui répond à une charte commune dans la région.

4.1.1. La charte spécifique d'un SIH en psychiatrie

La charte régionale définit les caractéristiques spécifiques d'un SIH en psychiatrie. Ces caractéristiques spécifiques sont la genèse d'un identifiant par patient (IPP), la fonction d'identitovigilance (celle-ci ne peut cependant être entièrement automatisée et sera renforcée par le DIM), le géocodage, l'existence d'un réseau qui permet la saisie multisites.

4.1.2. La mesure de la performance du système

Le système doit être en mesure d'éditer des données sous de multiples formats selon des périodicités variables et le degré de précision doit permettre la distinction de l'activité sectorielle et intersectorielle. Il doit également pouvoir fournir des indicateurs d'activité, de suivi des files actives et des modes de prise en charge.

4.1.3. La mise en cohérence régionale

Chaque DIM peut éditer un rapport médicalisé de l'établissement selon un guide de cadrage défini par l'ARH. Il s'agit de pouvoir interroger les bases de données des établissements afin de produire un tableau de bord régional ; ce dernier permet une mesure de l'activité réelle en psychiatrie dans la région, la construction d'indicateurs pertinents dans l'allocation de moyens et une certaine mesure de la morbidité en santé mentale.

La liste des indicateurs retenus pour assurer le suivi du SROS comporte, a minima, les douze indicateurs suivants, recueillis annuellement dans chaque établissement et distinctement en ce qui concerne d'une part la psychiatrie générale et d'autre part la psychiatrie infanto-juvénile :

- le nombre de journées d'hospitalisation complète ;
- le nombre de places d'hôpital de jour ;
- le nombre de places d'hôpital de nuit (en psychiatrie générale exclusivement) ;
- le nombre de venues en hôpital de jour ;
- le nombre de venues en hôpital de nuit (en psychiatrie générale exclusivement) ;
- la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (en excluant les patients présents plus de 365 jours) ;
- la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année pour un patient donné ;
- la file active totale de l'établissement ;
- l'existence d'un dispositif de suivi des patients hospitalisés en hospitalisation complète depuis plus de 365 jours ;
- l'ouverture du site de l'UMD ;

- le pourcentage de secteurs ayant un délai d'attente pour un premier rendez-vous, hors urgence, supérieur à 30 jours ;
- le nombre annuel de consultations psychiatriques réalisées dans les unités de consultations et de soins ambulatoires et dans les services médico-psychologiques régionaux / 100 détenus.

Cette liste a vocation à s'étendre et à s'améliorer sur la durée du schéma en fonction de la montée en charge des SIH dans les établissements de santé.

4.2. LA COMMISSION REGIONALE DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE

Le pilotage du dispositif est assuré par la Commission régionale de concertation en santé mentale⁵², cette instance succède au comité régional de santé mentale mis en place dès 2002 en Bretagne selon les recommandations du SROS précédent.

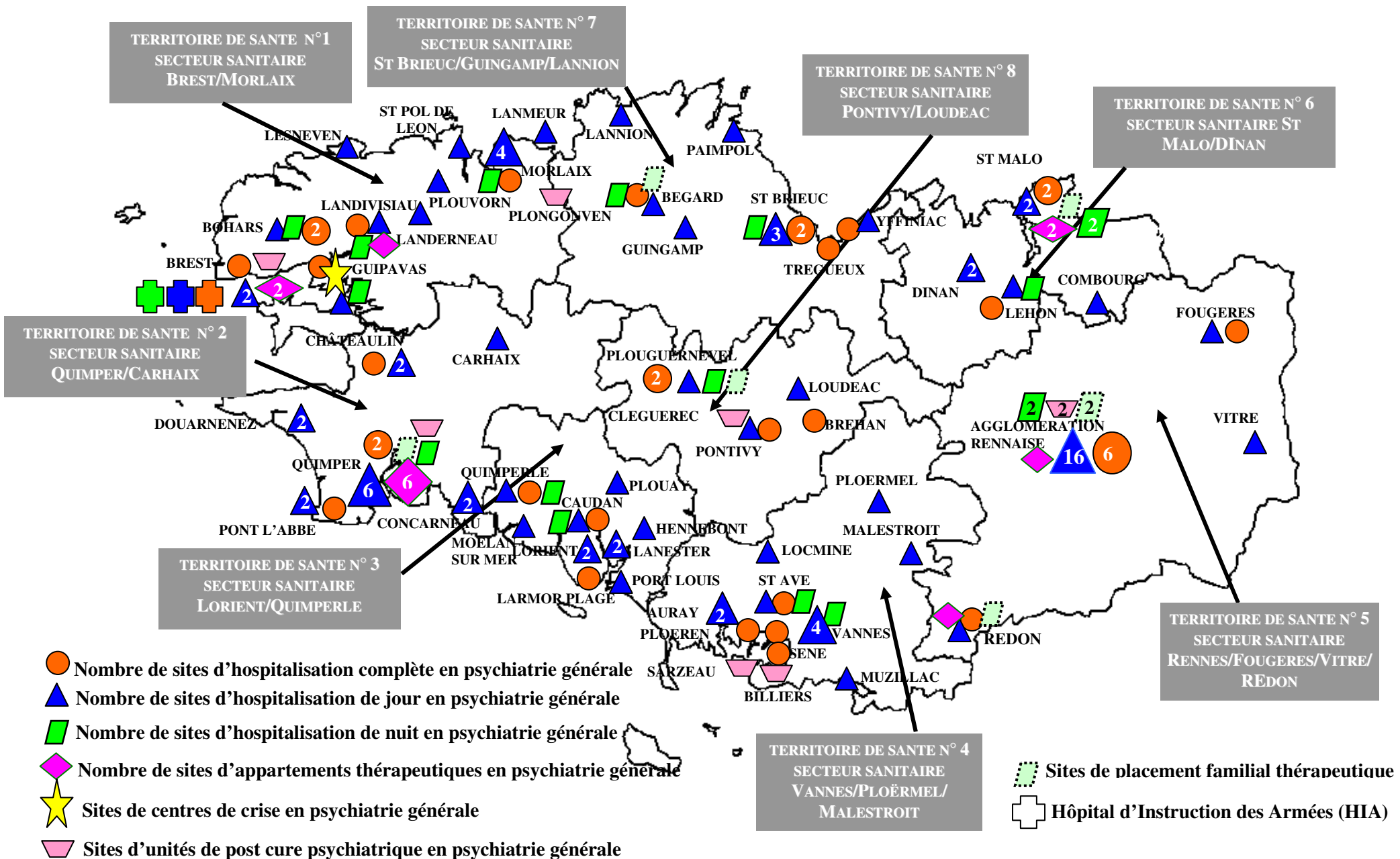
Elle se réunit à échéance régulière, environ une fois par trimestre. Cette instance consultative doit favoriser la cohérence de l'ensemble des actions menées dans le champ de la santé mentale. Elle a pour missions :

- le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des actions contenues dans le présent volet,
- la définition de propositions relatives à l'adaptation de l'organisation sanitaire à l'évolution des besoins,
- la concertation et le suivi de la mise en œuvre du Plan de Santé Mentale.

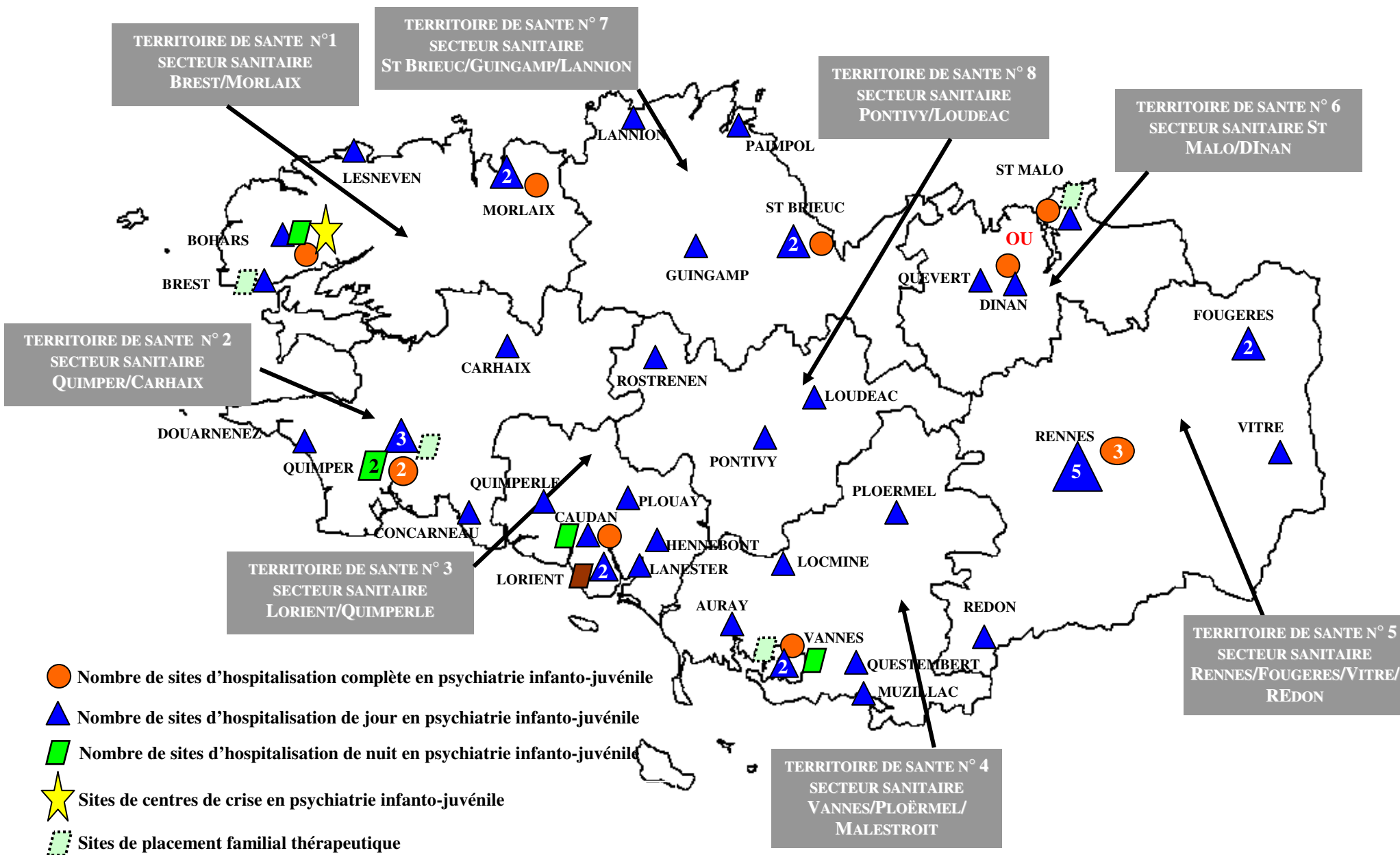
Elle constitue un lieu de débat et de réflexion qui permet d'appréhender au mieux le dispositif de santé mentale.

⁵² Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites en psychiatrie générale (hospitalisation complète, de jour et de nuit, appartements thérapeutiques, centres de crise et post-cure psychiatrique) - Bretagne/Cible 2010



Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites en psychiatrie infanto-juvénile (hospitalisation complète, de jour et de nuit, centres de crise psychiatrique et placement familial thérapeutique) - Bretagne/Cible 2010



PERINATALITE

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

- **Des indicateurs de périnatalité plutôt favorables.** En matière de périnatalité, les indicateurs de mortalité et de prématurité situent la Bretagne au-dessous des taux nationaux : la région Bretagne est l'une des régions où le taux de mortalité infantile est le plus faible et la mortalité maternelle parmi les plus basses. Toutefois, on constate que prématurité et faible poids de naissance sont en augmentation, tant au niveau national que régional, notamment liés à l'évolution de l'âge de la mère et aux multiples traitements de l'infécondité.
- **La mise en place d'une organisation graduée des soins.** En 1998, la Bretagne comptait 43 sites de périnatalité ; 32 sites de périnatalité ont été autorisés par l'A.R.H de Bretagne le 12 décembre 2001. Au 1^{er} janvier 2005, il existe :
 - 28 sites d'obstétrique, dont :
 - 12 maternités sans unité de néonatalogie,
 - 10 maternités avec unité de néonatalogie « soins courants »,
 - 2 maternités avec unité de néonatalogie « soins courants » et « soins intensifs »,
 - 4 maternités avec unité de néonatalogie et réanimation néonatale.
 - 4 centres périnataux de proximité et une maison périnatale.

Les modalités d'hospitalisation à domicile et de l'hospitalisation de jour en obstétrique sont peu développées dans la région.

- **Une structuration avancée en réseaux périnataux inter-sectoriels.** En 2005, les 4 réseaux de santé périnataux inter-sectoriels sont formalisés et financés sur la dotation des réseaux : le réseau ADEPAFIN des Côtes d'Armor sur les secteurs sanitaires « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et « Pontivy/ Loudéac », agréé dès 1999, le réseau de Bretagne Occidentale, associant les structures de périnatalité des secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et « Quimper/ Carhaix », le réseau « Bien naître en Ile-et-Vilaine » regroupant les structures privées et publiques des secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Malo/ Dinan » (à l'exception du C.H de Dinan membre de l'ADEPAFIN) et, enfin, le réseau « Périnat 56 » associant les structures des secteurs « Lorient/ Quimperlé » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit ». L'harmonisation entre les différents réseaux doit désormais être recherchée, notamment entre les réseaux desservant un même territoire de santé à l'image de l'ADEPAFIN et de « Bien naître en Ile-et-Vilaine » sur le secteur « St Malo/ Dinan ».
- **Une accessibilité aux maternités préservée pour les parturientes.** Une première approche géographique permet de préciser que 98,4 % des femmes en âge de procréer sont à moins de 30 km ou à 45 mn au plus d'une maternité.
- **L'activité des structures de périnatalité.** En matière d'activité obstétricale, le nombre d'accouchements a très légèrement diminué entre 2000 et 2003 (36 872 contre 36 829, Source SAE). 4 secteurs ont progressé en nombre d'accouchements depuis 1992 (« Brest/ Morlaix », « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit », « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion »), et si la part des secteurs sanitaires évolue peu, le secteur sanitaire « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » réalise plus de 30 % des accouchements en Bretagne.

S'agissant de la néonatalogie et de la réanimation néonatale, l'activité reste difficile à évaluer en l'absence de généralisation des réseaux périnataux disposant de systèmes d'information pour ce faire ; il faut également mentionner le fait que l'ensemble des capacités autorisées en 2001 en néonatalogie n'a pas été installé.

L'Aide Médicale à la Procréation (A.M.P) se déploie au sein de 5 centres en Bretagne ; 3 centres pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (D.P.N) se sont également mis en place depuis avril 1999.

Le secteur de l'échographie, qui subit les évolutions du risque médico-légal, a enregistré une baisse notable du nombre de praticiens.

L'activité d'orthogénie s'établissait en 2003 à 7 557 I.V.G, dont 1/3 réalisées par voie médicamenteuse. Il conviendrait de suivre l'évolution de cette activité afin de connaître l'impact de l'allongement des délais de prise en charge et l'élargissement des modalités de pratique (en ville).

- **L'accompagnement financier de la mise aux normes des décrets du 9 octobre 1998.** Par les enveloppes spécifiques et les C.O.M, 10,78 M€ ont été affectés par l'ARH de Bretagne à la périnatalité, ayant permis au 31 décembre 2004 le financement de 26,43 ETP médicaux, 78,38 sages-femmes et 158,36 ETP non médicaux, en rappelant que d'autres postes médicaux ont été financés par ailleurs. L'écart, qui s'est notablement réduit depuis 2000, entre, d'une part, les normes édictées par les décrets et, d'autre part, les moyens médicaux et paramédicaux, les structures et équipements existants dans les établissements de santé, s'est encore comblé avec l'apport de 2005.

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

- **Les projections démographiques générales.** L'indice conjoncturel de fécondité s'établissait autour de 1,9 en 2003 en Bretagne. Les projections de naissances réalisées par l'INSEE sur les bassins de proximité envisagent, entre 2002 et 2009 :
 - selon l'hypothèse de fécondité basse : un seul bassin à évolution positive (celui de Rennes),
 - selon l'hypothèse de fécondité haute : en sus du bassin rennais, les bassins de Vannes, Quimper, Brest et Guingamp sont aussi positifs à un moindre degré.
- **Une démographie professionnelle plutôt défavorable à l'avenir.** En ce qui concerne les effectifs médicaux, l'analyse de l'évolution démographique des différents professionnels de la naissance révèle, dans une région pourtant attractive, l'acuité du problème :
 - Les gynécologues-obstétriciens : sur les 232 gynécologues-obstétriciens en activité en Bretagne en 2003, 44,4 % de l'effectif a plus de 50 ans, et 27 % d'entre eux n'ont pas la compétence chirurgicale, ce qui nécessite qu'un chirurgien viscéral assure une astreinte simultanée. Dans les plateaux techniques à faible activité chirurgicale, où les activités chirurgicales sont en nombre limité, le recours fréquent à des remplaçants nuit à la continuité et à la sécurité des soins. En février 2005, sur les 103 postes de gynécologues-obstétriciens recensés dans le secteur public (P.H temps plein, temps partiel, assistant et PAC), 95 sont pourvus, soit un taux de vacance de 7,77 %.
 - Les pédiatres : la tranche d'âge des 50/ 59 ans représente 41 % des 248 praticiens en exercice en 2003 et le taux de vacance réel des postes temps plein hospitalier est de 14 %. Les pédiatres néonatalogistes, dont la compétence est requise dans les unités spécialisées, sont peu nombreux, et tout particulièrement dans le secteur libéral.
 - Les anesthésistes-réanimateurs : leur démographie est essentiellement caractérisée par une pyramide des âges très défavorable (45,2 % ont plus de 50 ans) et une baisse annoncée des effectifs, dans une spécialité très sollicitée en gardes et astreintes.
 - Les sages-femmes : 771 sages-femmes étaient inscrites dans le fichier ADELI en 2003, dont 674 salariées, 29 à exercice mixte et 68 libérales. Après avoir enregistré des besoins supérieurs à l'offre générateurs de postes non pourvus entre 2001 et 2005, la Bretagne devrait, à compter de 2006, pouvoir répondre aux demandes, du fait d'une augmentation des capacités de formation amorcée en 2002.

- **L'évolution des attentes des usagers.** Depuis plusieurs décennies, la médicalisation des grossesses a progressé et imposé une surveillance technique systématique, qui ne répond pas aux attentes de toutes les femmes et ne satisfait pas nécessairement tous les professionnels de la naissance. Les femmes souhaitent en effet bénéficier d'une prise en charge personnalisée, incluant la dimension psychologique, affective et émotionnelle de la naissance ; celle-ci doit être coordonnée entre les différents acteurs. Il convient donc, dans la poursuite de la réflexion sur les sites d'accouchements et leur implantation, d'adapter les modalités d'accouchement dans les secteurs de naissance aux besoins et aux souhaits des parturientes.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique

La loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique fixe plusieurs objectifs en matière de santé maternelle et infantile, de pathologies gynécologiques, d'affections d'origine anténatale et de reproduction, contraception et I.V.G, dont :

- réduire la mortalité périnatale (atteindre 5,5 pour mille en 2008),
- réduire la mortalité maternelle (atteindre 5 pour 100 000 en 2008),
- diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité,
- réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

L'objectif général du volet « Périnatalité » du SROS vise à garantir à la femme et au nouveau-né une prise en charge personnalisée et adaptée, fondée sur une évaluation individualisée du risque et une orientation adaptée dans l'offre de soins graduée des réseaux.

La réalisation de cet objectif s'appuiera sur les principes de :

- sécurité et qualité des soins, incluant la dimension humaine de l'accompagnement,
- proximité des prises en charge, en veillant au développement de prestations au plus près du domicile,
- libre choix de la parturiente et du couple parental.

Il sera tenu compte dans la mise en oeuvre :

- de l'évolution des techniques et des modalités de prises en charge,
- des évolutions réglementaires,
- des contraintes liées à la démographie des professionnels de la naissance,
- des contraintes économiques.

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

2.2.1. L'évaluation des risques au sein du réseau

L'évaluation des risques constitue une voie privilégiée pour assurer une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes. Elle permet d'élaborer avec la femme, le couple parental, un projet de suivi de grossesse et de naissance.

L'évaluation des risques

- Deux types de risques doivent faire l'objet d'une évaluation en début de grossesse :
 - Le risque obstétrical,
 - Le risque psycho-social (cf. *infra* paragraphe 2.2.3 « Environnement psychologique de la mère et de l'enfant »).
- Cette évaluation des risques devrait permettre :
 - de reconnaître le caractère physiologique, à bas risque, de la plupart des grossesses,
 - d'assurer une orientation adaptée de la patiente dans le réseau en fonction du niveau de risque évalué,
 - de délivrer une information éclairée à la parturiente et au couple sur l'organisation de l'offre de soins périnataux, afin de définir le type de prise en charge souhaitée et possible.
- L'évaluation des risques doit concerner, dès la déclaration de grossesse, l'ensemble des femmes enceintes, tout particulièrement les patientes en situation familiale et psycho-sociale difficile.
- En tout état de cause, cette évaluation doit être réalisée au plus tard dans le cadre de la consultation du 4^{ème} mois, créée par le Plan Périnatalité 2005/ 2007 sous forme d'un entretien individuel du 4^{ème} mois, réalisé sous la responsabilité principalement des sages-femmes.
- La place des médecins généralistes et des sages-femmes doit être valorisée dans ce dispositif.

Le développement des réseaux périnataux

L'évaluation des risques prend tout son sens au sein d'un fonctionnement en réseau, principe fondamental de l'organisation dans le champ de la périnatalité.

- Le développement des réseaux en périnatalité correspond à la volonté :
 - d'améliorer la sécurité en orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à son niveau de surveillance et de soin et celui de son nouveau-né en fonction du risque évalué, et en définissant les situations justifiant un transfert,
 - d'améliorer la qualité de la prise en charge globale de la mère et de son enfant autour de la naissance,
 - de privilégier la proximité du lieu de résidence de la femme enceinte, après information éclairée et dans le respect de son libre choix en fonction de son niveau de risque obstétrical, tout en évitant les séparations prolongées mère/ enfant.
- La structuration des réseaux en périnatalité implique de préciser :
 - Le périmètre géographique : chaque réseau breton se structure sur une base inter-sectorielle, correspondant au découpage de la région en 4 territoires de santé spécifiques à la périnatalité, s'appuyant sur une maternité de référence disposant d'une unité de réanimation néonatale,
 - Les partenaires : afin de couvrir l'amont et l'aval de la prise en charge, le réseau associe aux établissements de santé publics et privés autorisés en obstétrique, les professionnels de santé de ville (médecins libéraux, sages-femmes), la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I), la psychiatrie et la pédopsychiatrie et les acteurs des champs médico-social et social (C.A.M.S.P notamment),
 - L'organisation : le réseau identifie les missions de chaque structure dans le respect de la graduation des soins. Il détermine les modalités de la concertation médicale sur les dossiers complexes, les différents types de transferts et leur niveau de médicalisation ainsi que les modalités de formation de ses membres,
 - Les missions : le réseau définit des référentiels communs pour l'évaluation des risques, les protocoles communs de prise en charge, ainsi que le système d'information et d'évaluation partagé,
 - Les modes de communication entre partenaires (Télésanté, dossier partagé, ...).

- Formalisation : pour être reconnu et prétendre à des financements au niveau régional, les conditions d'organisation et de fonctionnement de chaque réseau doivent être détaillées dans sa convention constitutive.
- Evaluation et démarche qualité : chaque réseau doit contribuer à diffuser les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, définir sa démarche qualité - en intégrant la gestion des risques dans le domaine du risque maternel et des souffrances fœtales - et assurer, dans son rapport d'activité annuel, le suivi des indicateurs répertoriés *infra* (paragraphe 4.1).

Dossier de suivi de grossesse et dossier médical personnel (DMP)

Le travail en réseau implique le regroupement des informations relatives à la femme et au nouveau-né et leur mise en commun entre les différents professionnels du réseau.

- L'intégration annoncée du carnet de santé de maternité, peu usité sous sa forme papier, au dossier médical personnel, créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, favorisera la continuité de la surveillance et des soins délivrés à la femme enceinte.
- Chaque réseau devra mettre en place l'informatisation de ce dossier périnatal partagé entre l'ensemble des partenaires. Ce dossier aura vocation à être remis à la femme enceinte. Cet outil de recueil d'informations doit être interfaçable avec la plateforme de Télésanté régionale et le dossier médical personnel.

2.2.2. Graduation des soins et plateau technique

Assistance médicale à la procréation (AMP)

L'activité d'assistance médicale à la procréation est réalisée dans les conditions prévues dans le Code de la Santé Publique et dans la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la loi bioéthique (chapitre II du Titre VI).

Diagnostic prénatal (DPN)

Depuis avril 1999, 3 Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal sont autorisés en Bretagne, articulés avec les quatre réseaux de santé périnataux. Pour autant, la création d'un 4^{ème} centre n'est pas envisagée.

Il convient d'assurer une prise en charge de qualité optimale :

- Au niveau des centres :
 - Par une meilleure couverture des besoins avec élargissement d'un dispositif sur le Morbihan,
 - Par une ouverture facilitée des centres aux professionnels libéraux,
 - Par une collaboration avec les centres hors région.
- Sur le champ de l'échographie :
 - Par une reconnaissance et réévaluation de la pratique de l'échographie,
 - Par la reconnaissance de niveaux dans la pratique échographique.

Il est souhaité qu'un dispositif de suivi et d'évaluation se mette en place pour réfléchir à des référentiels de qualité, qui devront intégrer les travaux du Comité technique national de l'échographie.

Interruptions de grossesse

✓ *Les Interruptions Volontaires de Grossesse (I.V.G)*

- S'agissant de la prévention, il faut rappeler que l'I.V.G n'est pas une méthode contraceptive, et qu'une priorité doit être donnée à l'éducation sexuelle et à la contraception, dans le cadre de collaborations entre les centres d'I.V.G et les centres de planning familial.
- S'agissant des prises en charge, les orientations prioritaires sont les suivantes :
 - Le rapprochement des centres d'I.V.G avec les unités de gynécologie-obstétrique, afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment pour les I.V.G chirurgicales tardives et la prise en charge en urgence des I.V.G réalisées en ambulatoire,
 - L'amélioration de l'accessibilité au dispositif, reposant sur une information largement diffusée,
 - Le raccourcissement des délais de primo-consultation et de prise en charge,
 - La diversification des modes de prise en charge impliquant le développement de l'I.V.G médicamenteuse et particulièrement sa pratique en ambulatoire.

✓ *Les Interruptions Médicales de Grossesse (I.M.G)*

Les I.M.G doivent se réaliser dans le cadre du dispositif des articles L. 2213-1 à -3 et R. 2213-1 à -6 du Code de la Santé Publique.

Sites de périnatalité : maternités et unités de néonatalogie, réanimation néonatale

✓ *Normes en matière de maternités et de structures de soins pour les nouveau-nés*

Les décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 précisent les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. L'arrêté du 25 avril 2000 précise les normes applicables aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et réanimation néonatale.

Ces dispositions sont opposables dans un délai porté à 5 ans par le décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003, après les premières autorisations, soit au plus tard en décembre 2006 pour les établissements bretons.

✓ *Sites de périnatalité*

- Les maternités sans dispositif spécifique pour la prise en charge du nouveau-né atteint d'une pathologie avérée

Elles permettent toutefois la prise en charge du nouveau-né atteint d'affection sans gravité. Un avis pédiatrique doit pouvoir être obtenu à tout moment.

- Les maternités disposant d'une unité de néonatalogie

Elles peuvent prendre en charge les grossesses dont le risque néonatal prévisible est en rapport avec les capacités de soins dans la structure (néonatalogie avec ou sans soins intensifs). Le transfert anténatal doit dans les autres cas être favorisé.

- Les maternités offrant une unité de réanimation néonatale, qui assurent la prise en charge spécifique des mères et des nouveau-nés nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale

Il est rappelé que le centre périnatal de proximité (cf. *infra* paragraphe 2.2.3) s'inscrit également dans la graduation des soins, qui se prolonge jusqu'au plus près du domicile.

Relations avec l'environnement médico-technique : l'anesthésie, la chirurgie, la chirurgie pédiatrique et la pédiatrie

Le plateau obstétrical

La périnatalité suppose une approche globale et fait intervenir de nombreux acteurs : les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres, les chirurgiens spécialistes, les biologistes, les radiologues, les sages-femmes, les infirmières puéricultrices, IBODE et IADE,...

L'organisation d'un plateau technique du per-partum doit répondre à deux impératifs :

1. Un plateau technique suffisamment structuré en moyens humains et techniques pour assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né ;
2. Une répartition géographique suffisamment équilibrée afin d'assurer une bonne accessibilité. Le maintien d'un plateau technique d'obstétrique à faible activité peut être justifié si, pour une part significative de la population féminine du bassin de naissance concerné, le temps d'accès se révèle supérieur à 45 minutes d'un site d'accouchements dans un bassin voisin.

- Le lien avec la chirurgie et l'anesthésie

La chirurgie

L'article D. 6124-44 du Code de la Santé Publique précise que « *quel que soit le nombre de naissances dans un établissement de santé, la continuité obstétricale et chirurgicale des soins doit être assurée 24H/24 dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :*

- *soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale,*
- *soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement. »*

Les modalités de réalisation d'une intervention salvatrice doivent faire l'objet de protocoles écrits, élaborés par les obstétriciens et autres spécialistes impliqués. Ces protocoles doivent notamment traiter de la prise en charge du risque hémorragique, préciser les conditions de transfert de la parturiente pour intervention ou définir les modalités d'intervention d'autres équipes si la parturiente ne peut être transférée. Dans ce cadre, le volet « Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale » précisera les modalités de recours à la radiologie interventionnelle.

En l'absence de chirurgien viscéraliste dans l'établissement, une coopération avec un établissement proche peut permettre de pallier cette situation à condition que le chirurgien puisse intervenir, dans le cadre de protocoles de prise en charge communs définis avec les équipes de l'établissement soutien. La circulaire ministérielle n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS dispose en effet, s'agissant de la chirurgie, « *qu'une coopération avec un établissement très proche peut permettre de ne pas disposer en propre d'un service de chirurgie à condition qu'un chirurgien, capable de répondre aux urgences vitales maternelles, puisse intervenir rapidement.* »

Les modalités de cette coopération doivent être validées au sein du réseau de santé périnatal. En outre, les maternités devant être soutenues par des astreintes chirurgicales externes à l'établissement ne doivent pas prendre en charge des parturientes à risque. En l'absence de telles coopérations, l'activité obstétricale ne pourrait être poursuivie sur le site fragilisé.

La discipline de gynécologie-obstétrique est une spécialité à part entière, incluant l'activité chirurgicale correspondante. Il convient de rappeler que pour la chirurgie gynécologique – au même titre que les autres disciplines chirurgicales - un minimum d'activité est préconisé (cf. volet « Chirurgie »).

L'anesthésie

L'activité obstétricale requiert l'organisation *a minima* d'une astreinte opérationnelle d'anesthésie.

A partir de 2 000 naissances, une garde sur place devient obligatoire, spécifique à l'obstétrique.

La gynécologie obstétrique

L'activité obstétricale requiert l'organisation *a minima* d'une astreinte opérationnelle de gynécologue-obstétricien.

A partir de 1 500 naissances, une garde sur place 24 h/ 24 est requise.

Il convient en outre de tenir compte de l'activité programmée (consultations, activités chirurgicales, activité d'AMP notamment).

○ Le lien avec la pédiatrie

Dans le cadre de la prise en charge du nouveau-né, il faut distinguer :

- les interventions auprès du nouveau-né et les soins de réanimation en salle de naissance, pouvant être assurés par les pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, obstétriciens, IADE, IDE puéricultrices ;
- les soins au nouveau-né présentant un épisode pathologique au cours de son hébergement en maternité, qui sont assurés par le pédiatre.

La continuité des soins conditionne le maintien d'un centre d'accouchements : en l'absence d'unité de néonatalogie, le recours à un pédiatre, dans des délais compatibles avec la sécurité, doit être possible 24h/24.

Les décrets d'octobre 1998 ne demandent, pour le pédiatre, une expérience attestée en néonatalogie que dans les unités de néonatalogie ; *a contrario*, les pédiatres intervenant en maternité n'ont pas à attester de compétence en néonatalogie.

✓ *Les chambres de naissance*

La chambre de naissance peut constituer, au sein du secteur de naissance d'un établissement autorisé et avec le personnel de ce dernier, une alternative à la salle d'accouchement traditionnelle (cf. *infra* paragraphe 3.2).

Transports périnataux

A l'instar des niveaux de soins gradués en périnatalité, est établie une graduation des transports afin d'offrir aux nouveau-nés, nourrissons et enfants un niveau de prise en charge adaptée.

Le schéma organisationnel prévoit 3 types de prise en charge de transport sanitaire :

- Le transport médicalisé, réalisé par des SMUR pédiatriques ou non,
- Le transport inter-hospitalier accompagné par du personnel infirmier ou transports paramédicalisés,
- Le transport ambulancier.

Le SMUR est appelé « pédiatrique » lorsqu'il est spécialisé dans la prise en charge des nouveau-nés, nourrissons et enfants (cf. volet « Prise en charge des enfants et des adolescents »), « néonatal » lorsqu'il est spécialisé dans le transport des nouveau-nés, « périnatal » lorsqu'il est spécialisé dans les transports de la femme enceinte (transport anténatal ou transfert *in utero*) et du nouveau-né.

✓ *Le transport néonatal*

La circulaire DHOS/2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants précise les modalités du transport néonatal.

S'agissant des transports médicalisés inter-hospitaliers de nouveau-nés, et compte tenu de la configuration géographique de la région Bretagne, de l'organisation des soins périnatals sur la base de 4 réseaux de santé centrés sur les sites de périnatalité avec réanimation néonatale, situés dans les établissements sièges de SAMU, il ne peut être prévu un seul SMUR régional néonatal ou pédiatrique disposant en permanence d'une équipe spécialisée dédiée.

Il est préconisé 4 S.M.U.R référents sur les établissements sièges d'unité « réanimation néonatale », disposant d'un SAMU et d'un accueil spécialisé d'urgences pédiatriques. Ces SMUR ne disposent pas de manière permanente d'une équipe pédiatrique.

✓ *Le transport anténatal*

○ Le transfert materno-foetal

Il s'agit des transferts *in utero* pour grossesse pathologique. L'objectif du transfert anténatal est d'adapter le niveau de soins proposé à la gravité de l'état de santé de la mère et/ ou de l'enfant, en limitant les transferts postnatals prévisibles délétères pour les nouveau-nés à risque.

Ce transfert relève d'un accord entre l'obstétricien demandeur du transfert, l'obstétricien qui reçoit la femme enceinte, le médecin régulateur du SAMU/ Centre 15, et le cas échéant, le médecin assurant le transport, l'avis du pédiatre-néonatalogiste pouvant être sollicité.

La liste des indications et contre-indications aux transferts *in utero* doit être élaborée au sein du réseau de santé périnatal en tenant compte des niveaux des soins des structures des territoires concernés, et des sites de référence régionaux, voire extra-régionaux. Les critères de surveillance ou de médicalisation d'un transfert *in utero* sont liés aux risques d'aggravation de la pathologie maternelle pendant le transport.

Les recommandations et protocoles de prise en charge des transferts *in utero* doivent être élaborés au sein du réseau de santé périnatal en lien avec les équipes des SAMU et SMUR.

○ Le transport retour

Dans le cadre du réseau de santé périnatal, doivent être définies les conditions dans lesquelles les établissements sièges d'un site de périnatalité avec unité de néonatalogie, unité de réanimation néonatale doivent re-transférer vers l'établissement d'origine les femmes enceintes lorsque la prématurité a été évitée et/ ou le risque initial a disparu, et lorsque le niveau de soins redevient compatible avec celui potentiellement nécessaire pour la prise en charge du nouveau-né.

✓ *Le transport postnatal*○ Le transfert maternel

L'état de santé de la mère peut justifier son transfert vers un plateau technique spécialisé comme la réanimation, la radiologie interventionnelle (embolisation en cas d'hémorragie de la délivrance)...

Le transfert maternel pour rapprochement mère/ enfant, ayant pour but de maintenir le lien mère/ enfant en limitant au maximum la séparation, concerne les mères dont les enfants ont dû être transférés après la naissance vers une autre structure du fait de l'aggravation secondaire de leur état ou d'une contre-indication au transfert anténatal, si les soins du nouveau-né s'avèrent prolongés et dans la limite des capacités disponibles en unité d'obstétrique.

Les modalités de ces transports inter-hospitaliers doivent être définies au sein du réseau de santé périnatal en lien avec les équipes des SAMU et SMUR.

○ L'accouchement à domicile

Les modalités de la prise en charge d'une femme enceinte en travail à domicile et de prise en charge à domicile de l'accouchement, des soins au nouveau-né et des soins de la délivrance doivent être précisées au sein du réseau de santé périnatal, en lien avec les équipes des SAMU et SMUR.

Dans ces deux situations, la femme enceinte, ou la mère et l'enfant, doivent être orientés vers la structure souhaitée par la femme ou le couple parental, dans le respect des conditions correspondant à la situation et au niveau de soins nécessaires pour la femme et l'enfant.

2.2.3. Le développement des prestations au plus près du domicile

Le développement des prestations au plus près du domicile constitue le complément nécessaire de la graduation des soins organisée autour des plateaux techniques. Il implique la valorisation de l'exercice des professionnels de proximité faisant partie du réseau.

Le rôle-clé de la P.M.I au sein du réseau de santé périnatal et la prise en charge des familles vulnérables

Acteur-clé de proximité, le service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I) doit « *organiser les mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et des enfants* » ainsi que « *des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies* » (art. L. 2111-1 du C.S.P). L'organisation pluridisciplinaire du service et le maillage territorial permettent d'intervenir précocement à domicile, en pré- et en post-partum, notamment auprès des familles les plus vulnérables.

Les interventions du service de P.M.I sont incluses, au même titre que celles des autres partenaires, dans le fonctionnement du réseau périnatal inter-sectoriel. Afin de garantir la cohésion des actions entre les différents acteurs, tout en respectant leurs compétences respectives, notamment celles de l'ARH et des conseils généraux, la formalisation des liens doit s'inscrire dans la convention constitutive du réseau périnatal qui veillera notamment à préciser :

- Le rôle des acteurs,
- La population concernée,
- Les articulations entre les différents modes de prise en charge, notamment l'articulation entre les services de P.M.I et de (pédo-) psychiatrie,
- L'identification des zones à couverture déficitaire,
- Les protocoles d'intervention.

L'environnement psychologique de la mère et de l'enfant

Ainsi que le souligne la circulaire DHOS/DGS/2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, la prévention des dysfonctionnements de la relation parents/ enfant, qui peuvent être à l'origine de problèmes psychopathologiques ultérieurs, suppose d'améliorer la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, *via* notamment le dépistage précoce.

La prévention implique :

- La mise en œuvre de l'entretien individuel du 4^{ème} mois (cf. *supra* paragraphe 2.2.1),
- La nécessité de préserver le lien mère/ nouveau-né, et en particulier lorsque l'état de la mère nécessite une hospitalisation en psychiatrie, voire de concourir à l'améliorer (cf. *infra* paragraphe 3.7),
- La mise en place de véritables collaborations médico-psychologiques en maternité :
 - La coordination et la définition précise des conditions d'intervention sous la forme de protocoles, des différents acteurs (services de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie, de psychiatrie, de la P.M.I et de l'A.S.E),
 - L'identification d'un référent en psychiatrie lorsque des troubles des interactions parents/ enfant sont décelés ou en cas de deuil périnatal ou de crise aiguë.

Des préconisations en matière d'intervention de la psychiatrie et de la pédo-psychiatrie feront l'objet d'un travail en lien avec la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale.

Articulation avec les Centres Périnataux de Proximité (C.P.P)

Le Centre Périnatal de Proximité, défini par les décrets du 9 octobre 1998 comme une possibilité de reconversion pour des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an et ne pouvant justifier d'une exception géographique, constitue une réponse structurante aux besoins de proximité, en proposant des prestations au plus près du domicile, tant en pré- qu'en post-partum, hors accouchement et hospitalisation. Le Plan Périnatalité 2005/ 2007 prévoit de conforter et d'étendre le rôle et les missions des C.P.P en permettant leur création dans des établissements où il n'y a jamais eu de site d'accouchements, en élargissant le champ couvert par les consultations et en expérimentant dans certains C.P.P l'hospitalisation en post-partum des femmes et de leur nouveau-né (prolongement de l'expérimentation des « maisons périnatales »).

- Le C.P.P assure dans le cadre du réseau périnatal inter-sectoriel concerné :
 - l'accueil et la surveillance des grossesses à bas risque jusqu'au 8^{ème} mois (consultations, échographies...), de préparation (à la naissance, à la parentalité),
 - la prise en charge des mères et des nouveau-nés en suites de couches immédiates et plus lointaines (développement de la parentalité),
 - et, éventuellement, des consultations de gynécologie.
- Le C.P.P travaille en étroite collaboration avec la maternité de référence avec laquelle il est lié dans le cadre d'une convention, d'une fédération médicale interhospitalière ou d'un groupement de coopération sanitaire (accessible aux professionnels libéraux),
- Le C.P.P doit disposer de personnel :
 - Médical : un gynécologue-obstétricien coordonnateur, responsable du C.P.P et relayé, le cas échéant, par d'autres gynécologues, et d'une sage-femme disponible sur place tous les jours ouvrables ;
 - Paramédical (aides soignantes, auxiliaires de puériculture) et autres selon les besoins (secrétaire, psychologue, diététicienne, assistante sociale)

- L'expérimentation, déjà en cours en Bretagne, d'un hébergement de la mère et du nouveau-né en suites de couches immédiates peut être renouvelée, voire dupliquée, en fonction des besoins évalués localement, dans le cadre du réseau périnatal et en collaboration étroite avec le centre de référence et les autres sites obstétricaux.

L'Hospitalisation à Domicile (H.A.D)

L'Hospitalisation à Domicile a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation (cf. volet « Hospitalisation à domicile », en offrant à domicile, à la femme et à son enfant, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète. Elle s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée au sein du réseau périnatal.

La circulaire DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 définit un cahier des charges de la prise en charge en H.A.D en périnatalité.

L'H.A.D en périnatalité est essentiellement orientée vers la prise en charge de la grossesse à risque, du post-partum pathologique. L'indication d'H.A.D doit être précisée en lien avec les différents partenaires du réseau périnatal concernés (services de psychiatrie, de P.M.I., professionnels de santé libéraux) sur la base d'une définition des rôles de chaque intervenant et des critères d'orientation dans différentes modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation (retour modulable à domicile *vs.* H.A.D).

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (A.M.P)

Il est souhaitable que les centres se structurent en une fédération en vue de constituer un pôle d'expertise susceptible de produire :

- Des référentiels de bonnes pratiques,
- Des protocoles de prise en charge impliquant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des traitements de l'infertilité,
- Des indicateurs d'évaluation des processus et des résultats.

3.2. CHAMBRES DE NAISSANCE

La chambre de naissance doit permettre à des couples qui l'ont choisi un accouchement selon des modalités d'accompagnement personnalisées, pris en charge par la sage-femme. Localisée au sein d'un plateau technique, elle ne doit cependant, en aucun cas, être considérée comme une salle de pré-travail.

Elle s'adresse à des femmes dont le pronostic d'accouchement a été identifié eutocique à l'arrivée.

La surveillance non techniquée du travail et la réalisation de l'accouchement dans cette chambre demandent la présence permanente d'une sage-femme.

Pour une utilisation de cette chambre, il convient d'opérer une information précoce en consultation prénatale et d'adapter la préparation à la naissance.

3.3. OUVERTURE SUR UNE EXPERIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE

Certaines femmes souhaitent bénéficier d'un type de prise en charge fondé sur le respect de la physiologie de l'accouchement, et en évitant le recours systématique à la médicalisation.

L'expérimentation de maisons de la naissance est une réponse possible pour diversifier l'offre de soins proposée, ce qui impose une évaluation rigoureuse des risques. Un projet est en cours d'élaboration en région Bretagne. La publication au niveau national des textes encadrant cette expérimentation constitue un préalable indispensable à la mise en place de ces structures.

La maison de naissance est définie comme le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme *a priori* à bas risque obstétrical.

Les maisons de naissance doivent en tout état de cause :

- Se situer à proximité immédiate d'une maternité, avec laquelle doivent être établies des conventions, incluant notamment les protocoles de transfert,
- Etre insérées dans un réseau périnatal,
- Faire l'objet d'une évaluation périodique précise dans les conditions définies au sein du réseau.

3.4. RETOUR MODULABLE A DOMICILE

Le retour modulable à domicile peut s'inscrire dans les prestations proposées par un établissement de soins afin d'assurer une prise en charge précoce (entre J0 et J2 pour les grossesses à bas risque avec accouchement eutocique) par les acteurs de proximité (sage-femme et/ ou puéricultrice, médecin généraliste voire gynécologue médical) qui ont suivi la grossesse et de créer les conditions d'un retour rapide, mais sécurisé, de la mère et du nouveau-né dans l'univers familial.

Les établissements souhaitant expérimenter ce mode de prise en charge doivent respecter les recommandations pour la pratique clinique émises par l'H.A.S en mai 2004 relatives à la « Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile » et notamment :

- Autorisation conjointe du gynécologue-obstétricien et du pédiatre, sur la base du bilan de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant, doublée d'une évaluation des conditions sociales qui doivent être favorables,
- Constat d'une autonomie suffisante de la mère pour la prise en charge de son enfant et pour le repérage des signes d'alerte pour elle-même ou son bébé,
- Organisation d'un suivi coordonné et personnalisé à domicile avec les acteurs de proximité.

Le retour modulable à domicile doit en tout état de cause :

- Faire l'objet d'une large information orale et écrite et recueillir l'adhésion explicite des parents, en respectant leur libre-arbitre,
- Intégrer un protocole de repérage précoce et d'intervention en cas de signes d'alerte. Le retour modulable à domicile ne s'adresse *a priori* qu'aux couples mère/ enfant à bas risque médical, social et psychologique.

3.5. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS PREMATURES ET DE LEUR FAMILLE

Le NIDCAP (Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement) est un programme d'intervention précoce destiné à l'enfant né avant terme, basé sur des observations régulières du comportement permettant une évaluation de ses capacités motrices et neuro-végétatives. Les soins et l'environnement sont adaptés à chaque enfant. Une guidance et un soutien aident les parents à comprendre le comportement de leur enfant ; en ce sens, le NIDCAP renforce les relations entre les parents, les soignants et l'enfant.

Les études concernant le NIDCAP ont montré que l'application de ce programme avait des effets positifs sur la durée de ventilation et d'oxygénation, la prise de poids et l'alimentation. Les durées de séjour hospitalier sont diminuées. Le développement à l'âge de 42 semaines post-gestationnelles et à 9 mois est de meilleure qualité. L'interaction avec la mère est également améliorée.

La mise en œuvre de ce programme nécessite une formation spécifique de l'ensemble des intervenants auprès du nouveau-né, évaluée à environ 10 % des équipes hospitalières publiques et privées.

Le Bretagne entend développer sur la durée du SROS une généralisation de ce programme d'évaluation.

3.6. VALORISATION DES METIERS

Dans un contexte de démographie médicale défavorable, et partant du constat de chevauchements ou de très grande proximité des compétences des professionnels sur certains champs, il importe d'émettre des recommandations visant à valoriser les métiers et à optimiser l'utilisation des ressources humaines du pré- au post-partum.

Il est nécessaire de rendre lisibles, pour les professionnels et les usagers, les filières de prise en charge, car la valorisation des compétences n'apporte une plus-value en terme de qualité et de sécurité que si ces filières adaptées aux risques sont aisément identifiables, avec des professionnels adhérant formellement à une charte de fonctionnement.

- En pré-partum : il convient, en application de la loi du 9 août 2004, de valoriser le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses à bas risque, et de recentrer l'activité des gynécologues-obstétriciens sur les grossesses à risques.
- En per-partum : il est impératif de protocoliser les procédures de surveillance et d'appel pour bien identifier les acteurs et garantir ainsi la sécurité des prises en charge :
 - L'accouchement : la sage-femme, qui a la capacité de réaliser en toute autonomie les accouchements eutociques, doit pouvoir faire appel, si besoin, à un gynécologue-obstétricien disponible à tout moment
 - L'anesthésie :
 - 1) l'anesthésiste-réanimateur doit être joignable à tout moment,
 - 2) pour l'anesthésie péridurale, il paraît plus judicieux, dans le respect strict de leur champ de compétence, de solliciter l'I.A.D.E que la sage-femme,
 - La prise en charge de la réanimation du nouveau-né :
 - 1) tous les professionnels susceptibles d'être présents en salle de naissance doivent être formés aux gestes d'urgence ; cette compétence doit être évaluée de manière périodique (tous les 3 ans) ;

2) la responsabilité de l'organisation de la réanimation relève d'un médecin identifié parmi les plus compétents, qu'il s'agisse soit d'un anesthésiste-réanimateur soit d'un pédiatre. Un protocole doit être élaboré. Les maternités prenant en charge des grossesses à risque doivent s'assurer de la présence 24H/ 24 d'un pédiatre-néonatalogiste.

- En post-partum : il est préconisé de :
 - Mettre en œuvre les dispositions de la loi du 9 août 2004 élargissant le champ de compétences des sages-femmes à la visite post-natale, à la rééducation abdominale et à la prescription de la contraception orale de première intention,
 - Impliquer les médecins généralistes dans le suivi de la mère et de l'enfant,
 - Adapter le rôle des pédiatres : une visite est actuellement obligatoire. Le pédiatre doit privilégier les soins aux nouveau-nés malades et le suivi des situations à risque de handicap,
 - Valoriser le rôle des puéricultrices au niveau de l'éducation et la prévention, des soins et de la surveillance des nouveau-nés eutrophiques à terme, et du dépistage des risques psychologiques et sociaux.

3.7. FORMATION DES PERSONNELS

- La formation initiale des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité offre déjà des modules de formation et des lieux de stages pratiques communs, notamment pour les généralistes, les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens.
L'ouverture de la formation des internes de spécialité, avec l'exigence de semestres hors filière (pédiatrie, pédo-psychiatrie) est une opportunité à saisir pour favoriser le décroisement des pratiques et la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.
La formation initiale des médecins doit les sensibiliser à la prise en charge future des I.V.G et de leurs suites en établissement et en ambulatoire.
- La formation continue doit être articulée avec les projets des réseaux de santé périnataux qui comprennent notamment :
 - Le dépistage et l'évaluation des situations à risque des parturientes et le suivi de la femme enceinte,
 - La réanimation du nouveau-né : tous les professionnels de santé intervenant auprès du nouveau-né en salle de naissance doivent justifier d'une formation réactualisée à la réanimation en salle de naissance,
 - L'accompagnement des enfants prématurés et de leur famille dans le cadre d'une expérimentation régionale du NIDCAP.
- La formation médicale continue doit plus particulièrement permettre, conformément aux orientations du Plan Périnatalité 2005/2007, de renforcer la formation des pédiatres de ville en néonatalogie et des généralistes sur la prise en charge de la femme enceinte.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES INDICATEURS

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du volet « Périnatalité » devraient pouvoir répondre aux attentes des différents acteurs :

- Agence Régionale de l'Hospitalisation et Ministère de la Santé,
- Professionnels de santé, réseaux de santé et structures de soins,
- Usagers et leurs associations.

Ces indicateurs devraient pouvoir également être compatibles avec les orientations nationales et européennes en matière d'évaluation de la santé périnatale, dont les priorités sont notamment :

- estimer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile associées aux événements de la période périnatale,
- décrire l'évolution des facteurs de risque démographiques, socio-économiques et comportementaux de la santé chez les femmes enceintes,
- surveiller l'utilisation et les conséquences des technologies médicales dans la prise en charge des femmes et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

4.1.1. Région, secteurs sanitaires et territoires de proximité

Accessibilité	% population féminine en âge de procréer de chaque bassin de proximité à plus de 45 minutes d'une maternité	Source : INSEE
Démographie	Population des femmes de 15 à 49 ans : densité, taux de fécondité, évolution régionale, sectorielle et cantonale Naissances domiciliées	
Articulation Ville/ Hôpital	Nombre de réseaux formalisés, agréés ou reconnus par la MRS	Source : MRS

4.1.2. Sites de périnatalité

Moyens	Personnels médicaux et paramédicaux	Effectifs et nombre d'ETP	Source : SAE
		Etat des lieux de la participation aux gardes et astreintes des personnels médicaux	Source : Réseaux de santé
		Etat des lieux des compétences chirurgicales et en néonatalogie disponibles	
	Plateaux techniques	Capacités lits et places, HAD, boxes de travail, salles de césariennes,...	Sources : SAE, réseaux de santé
	Ressources financières	Montant alloué dans l'année pour les personnels, les structures et les équipements	Sources : ARH, établissements

4.1.3. Services et unités de prise en charge

Activité	Unités d'obstétrique	* Nombre d'admissions, nombre de journées réalisées, taux d'occupation, DMS. * Nombre accouchements, taux de césarienne, taux de grossesses multiples, taux d'anesthésie péridurale pour accouchements par voie basse, taux d'anesthésie péridurale ou rachianesthésie pour césarienne	Sources : SAE, réseaux de santé
	Prise en charge des nouveau-nés	* Nombre de nouveau-nés admis en unité de néonatalogie, de soins intensifs, de réanimation néonatale (venant de l'établissement venant d'un autre établissement). * Taux de nouveau-nés par classe de niveau de soins pédiatriques, hospitalisés près de la mère, pris en charge en unité de néonatalogie, de soins intensifs ou de réanimation néonatale	
	Centre Périnatal de Proximité	* Nombre et % par rapport aux naissances du bassin démographique de parturientes suivies en pré-partum et post-partum, hospitalisées en suite de couches. * Lieu et mode d'accouchement des femmes suivies ou hospitalisées en post-partum. * Nombre de consultations de gynécologue-obstétricien, d'actes de sage femme, d'actes d'échographie, d'intervention de gynécologie médicale, de journées d'hospitalisation en suites de couches	Sources : établissement siège, réseaux de santé
	Transports périnataux	Nombre de transports néonataux et materno fœtaux, avec lieu de prise en charge et destination, par type (médicalisés, paramédicalisés, ambulanciers).	Source : SAMU établissement

Activité	Orthogénie	Nombre de consultations, nombre d'IVG (médicamenteuses et instrumentales), nombre de praticiens pratiquant l'IVG, nombre de conventions entre praticiens de ville et établissement (art. L.2212-2 CSP)	Sources : SAE, établissement
Qualité de prise en charge	Suivi de la grossesse	Nombre d'entretiens du 4 ^{ème} mois réalisés Nombre de services d'aide aux femmes en difficulté créés	Sources : Conseil Général PMI, réseaux de santé
	Séparation mère / nouveau-né	Taux de transferts materno-fœtaux, taux de transferts des nouveau-nés vers un autre établissement	Source : réseaux de santé
Epidémiologie	Mortalité	Taux de mortinatalité, de mortalité néonatale, de mortalité périnatale, de mortalité infantile, de mortalité maternelle	Sources : Conseil général, ORSB, réseaux de santé
	Prématurité	Taux de nouveau-nés d'âge gestationnel < 37 semaines d'aménorrhée et < 32 semaines d'aménorrhée	Source : Réseaux de santé
	Poids	Taux de nouveau-nés de poids < 2000 gr, < 1500 gr ; < 1000 gr.	Source : réseaux de santé, certificat du 8 ^{ème} jour, PMSI

4.1.4. Réseaux de santé

Activité	Nombre de maternités ayant adhéré au réseau ; nombre de centres périnataux de proximité (avec et sans hébergement en suites de couches) inclus dans le réseau ; existence de protocoles et procédures communs pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né validés et diffusés concernant la réanimation en salle de naissance, les hémorragies de la délivrance ; nombre de maternités utilisant le dossier médical commun ; participation de services de PMI à l'activité du réseau ; nombre d'établissements utilisant les techniques de télésanté.	Source : Réseaux de santé (au titre du cahier des charges d'évaluation)
----------	---	---

4.1.5. Structures d'aide médicale à la procréation

Moyens	Personnels médicaux et paramédicaux	Effectifs et nombre d'ETP	Sources : centres d'AMP, laboratoire
	Techniques	Liste des techniques d'AMP utilisées	
	Communication	Existence et type de réseau informatisé utilisé	
Activité	Clinique	File active de couples ; FIV intraconjugale (FIV hors ICSI, ICSI, TEC) : nombre de ponctions d'ovocytes, de transferts d'embryons, de grossesses cliniques, d'accouchements, de nouveau-nés vivants ; FIV avec sperme de donneur : nombre de transferts d'embryons, de grossesses cliniques, d'accouchements, de nouveau-nés vivants; activité de don d'ovocytes	
	Biologique	Recueil et traitement du sperme en IC ; résultat des FIV ; conservation des embryons ; recueil, traitement, conservation de sperme de donneurs ; autoconservation de sperme	

4.1.6. Structures de diagnostic prénatal

Moyens	Personnels médicaux et paramédicaux	Effectifs et nombre d'ETP	Sources : Centre pluridisciplinaire
	Techniques	Nombre de laboratoires de foetopathologie, cytogénétique, biologie,...	
	Communication	Existence et type de réseau informatisé avec télétransmission d'images utilisé	
Activité	Nombre d'amniocentèses ; nombre de biopsies de trophoblaste ; nombre de placentocentèses ; nombre d'IMG (interruptions médicales de grossesse de causes foetales, causes maternelles)		

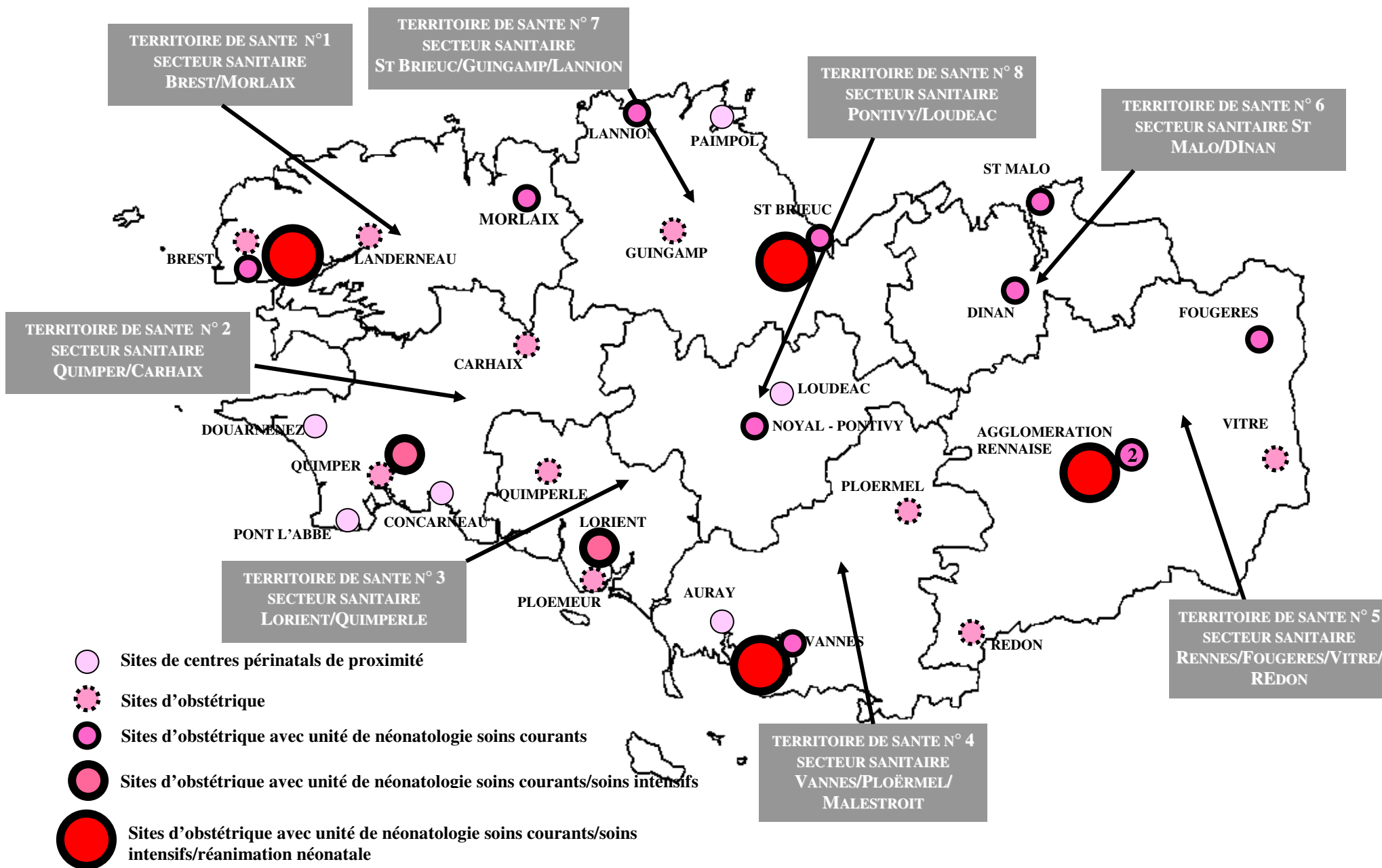
4.2. L'INSTANCE DE SUIVI

Le suivi du volet « Périnatalité » sera assuré par la Commission Régionale de la Naissance élargie aux représentants des réseaux périnataux bretons et fonctionnant à ce titre comme comité technique régional.

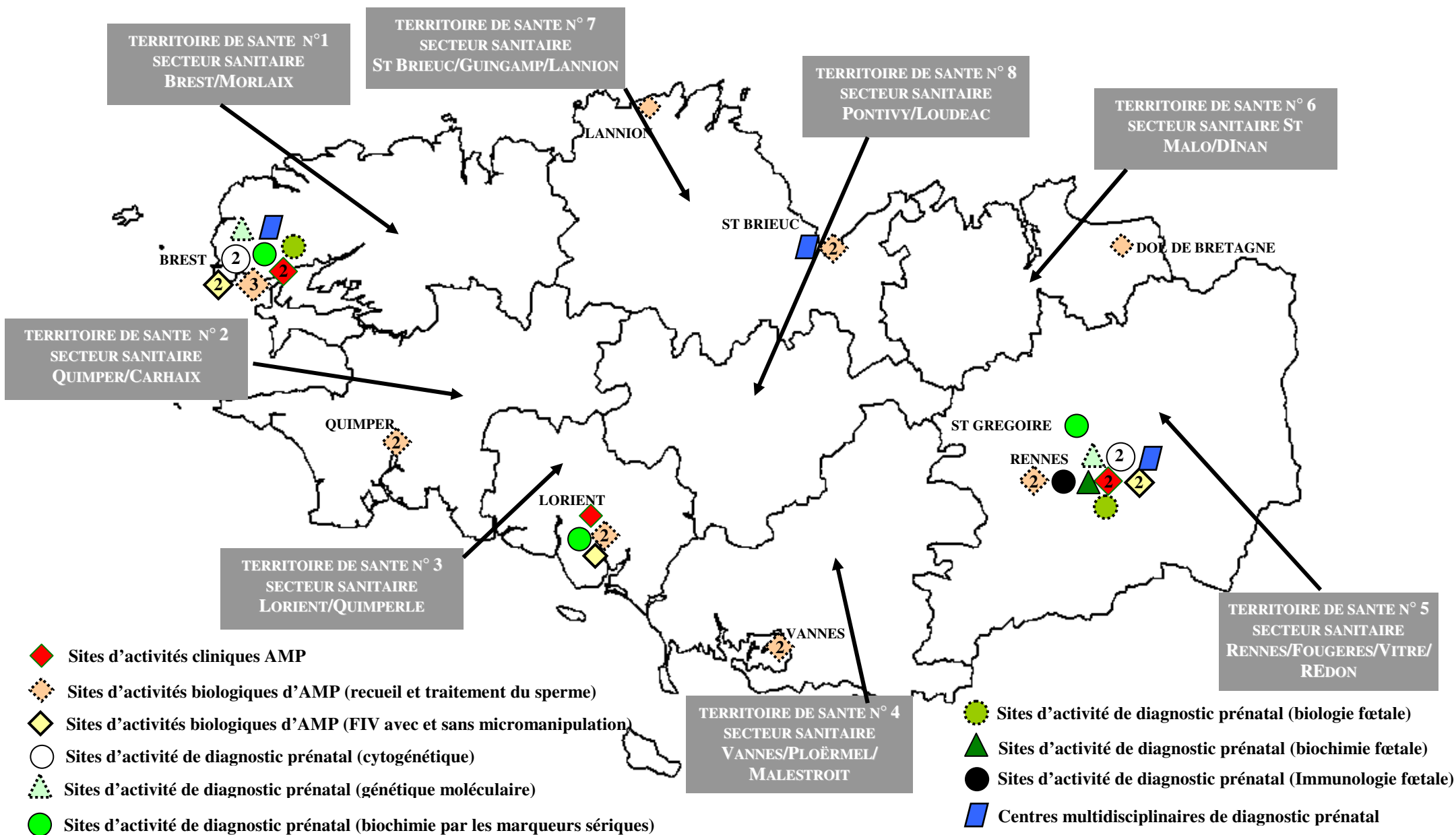
Ses missions sont les suivantes :

1. Favoriser le développement de réseaux associant les professionnels et les institutions oeuvrant dans le champ de la périnatalité en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, en particulier celles qui se trouvent en situation de précarité, tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social ;
2. Proposer les modalités de déclinaison au niveau régional de la politique définie au niveau national ;
3. Impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité, en coordination avec les partenaires concernés, notamment les réseaux ;
4. Evaluer annuellement les actions menées en périnatalité au niveau régional, et leurs résultats en lien avec les réseaux.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de périnatalité (centre périnatal de proximité, activité d'obstétrique, de néonatalogie, de réanimation néonatale) -- Bretagne/Cible 2010



Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de périnatalité (activités cliniques AMP, activités biologiques d'AMP et activités de diagnostic prénatal) -- Bretagne/Cible 2010



PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

1. ENJEUX

1.1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Dans le prolongement de la publication du volet complémentaire du S.R.O.S relatif à la prise en charge sanitaire des personnes âgées, la déclinaison d'une filière gériatrique complète par territoire de proximité se concrétise progressivement - *via* notamment un appui marqué dans les contrats d'objectifs et de moyens (C.O.M) signés au cours des années 2002 et 2003, voire d'avenants conclus en 2004.

La mise en œuvre a essentiellement porté sur :

- **Le développement des prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation.** Elles apportent une réponse essentielle à la demande de la population âgée en terme de proximité de prise en charge, dans la mesure où elles permettent une évaluation gériatrique précoce de l'état de santé et constituent un point d'appui pour le médecin traitant mais également pour les structures d'hébergement. Dans ce cadre, les établissements se sont plus particulièrement attachés à organiser des consultations dispensant un avis gériatrique (C.H de Quimperlé, C.H.B.A de Vannes, C.H de Saint-Brieuc, C.H de Dinan), à proposer des bilans cognitifs (Clinique des Augustines, C.H.B.S), ou encore à ouvrir des structures proposant des prises en charge programmées de bilans en hôpitaux de jour (C.H.U de Rennes, Clinique des Augustines de Malestroit, C.H.B.S de Lorient) ou en hôpital de semaine (C.H de Landerneau).
- **La mise en œuvre de dispositifs mobiles au sein de l'hôpital.** La mise en place d'équipes mobiles de gériatrie permet d'optimiser la prise en charge hospitalière des personnes âgées, en améliorant l'évaluation, l'orientation et la préparation de la sortie, et en particulier le retour à domicile. Les équipes mobiles créées pour l'heure ont une vocation intra-hospitalière ; elles participent à la régulation des transferts entre services et constituent un interface entre l'établissement, le domicile et les structures gériatriques non hospitalières. Des équipes mobiles ont ainsi été mises en place, sur la base du financement des C.O.M de la Clinique des Augustines de Malestroit (qui intervient dans la Clinique et au sein du service d'accueil et de traitement des urgences du C.H de Ploërmel), le C.H.U de Brest, le C.H de Dinan et le C.H de Guingamp. Il est également intéressant de noter l'initiative du C.H.B.A de Vannes, qui dispose aujourd'hui d'une équipe mobile partielle, en matière d'orientation aux urgences.
- **L'identification de lits de médecine gériatrique.** Partant du constat que l'offre de court séjour gériatrique demeure encore trop faible, l'identification de lits de médecine gériatrique, caractérisés par une meilleure prise en compte de la polypathologie du sujet âgé et une plus grande ouverture vers la psychopathologie du vieillissement, s'est accélérée en Bretagne en 2003/ 2004, participant pour l'essentiel d'une démarche négociée d'ouverture d'unités dans le cadre de la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens. Hormis les unités déjà identifiées avant le S.R.O.S, notamment dans les 2 C.H.U, il convient à ce titre de distinguer l'identification de lits de soins de médecine gériatrique aiguë dans les Centres Hospitaliers (C.H.I.C Quimper, C.H.B.S/ Hennebont, C.H.B.A/ Vannes, C.H Saint-Malo, C.H Saint-Brieuc, C.H Dinan, C.H Landerneau), l'ouverture de lits de médecine gériatrique dans le cadre de la reconversion d'un établissement (Clinique des Augustines de Malestroit) et l'identification de lits à orientation gériatrique en hôpital local, à la faveur de la reconstitution de l'H.L de Cancale et à l'instar de la plupart des autres hôpitaux locaux.
- **L'organisation de l'accès aux soins de suite et de réadaptation gériatriques.** S'agissant de la prise en charge des personnes âgées, il convient de mentionner la mise en place de soins de suite identifiés comme gériatriques à la Clinique Kerléna de Roscoff (20 lits) et l'identification de 15 lits à la Clinique des Augustines de Malestroit, ainsi que les initiatives de fléchage de lits de S.S.R existants vers une spécialisation de gériatrie dans plusieurs C.H (dont celui de Redon).

Cette qualification correspond, conformément au SROS, à un taux d'encadrement paramédical renforcé (infirmier, mais également temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute) et justifie un tarif journalier spécifique « soins de suite gériatriques » défini en 2003 pour les cliniques privées.

Au total, sur le plan financier, entre 2001 et 2003, l'ARH de Bretagne a orienté 3,41 M€⁵³ sur la priorité « Personnes Agées » *via* les contrats d'objectifs et de moyens

1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE

- **Le vieillissement de la population et les projections démographiques dans la région.** Le vieillissement démographique de la population française est un phénomène désormais bien connu : les impacts démographiques du siècle dernier, la stagnation relative du nombre de naissances et de l'immigration, combinés au progrès de l'espérance de vie vont contribuer au vieillissement accéléré de la population au cours des prochaines décennies. Ainsi, en 2030, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmentera de 12 à 20 millions ; cette tranche d'âge représentera alors près du tiers (31 %) de la population, contre un peu moins du quart en 2000⁵⁴. La Bretagne n'échappe pas à ce constat, et le vieillissement de sa population est accentué par le phénomène de retour au pays des retraités. Il convient de remarquer que la population bretonne est plus âgée que celle de la France métropolitaine, avec une sur-représentation des 60/ 80 ans, notamment chez les femmes. La situation est certes contrastée selon les départements : dans les Côtes d'Armor, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dépasse celui des moins de 20 ans ; à l'inverse, l'Ille-et-Vilaine est le département le plus jeune⁵⁵. Selon les projections de l'INSEE, en 2030, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus serait plus élevée en Bretagne (34 %) que la moyenne nationale (31 %). Dans tous les départements bretons, la croissance démographique restera inférieure à celle de la population de 60 ans et plus : en 2030, la part des personnes de 60 ans et plus atteindrait 40 % de la population totale dans les Côtes d'Armor et le Morbihan, 35 % dans le Finistère et 28 % en Ille-et-Vilaine⁵⁶.
- **Les conséquences sur les séjours hospitaliers.** Considérant que le nombre de jours moyens d'hospitalisation par personne et par an est environ de 3 à 75 ans et dépasse 6 après 80 ans, à comportement et modalités de prise en charge hospitalière inchangées, le vieillissement de la population générera une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation de 10,5 % entre 2003 et 2010⁵⁷, ainsi que des besoins de prise en charge spécifiquement gériatriques des personnes âgées fragiles.
- **La progression de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés.** L'enquête PAQUID, réalisée par l'unité INSERM U593 de l'Université Victor Ségalen (Bordeaux 2), évalue la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés à 17,8 % chez les personnes de 75 ans et plus ; cette prévalence augmente avec l'âge et double environ tous les 5 ans. En Bretagne, on évalue le nombre de malades à plus de 30 000. Le nombre croissant de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, les difficultés particulières posées par la perte d'autonomie et les pathologies associées, le retentissement très lourd sur leur entourage, en font un problème majeur de santé publique.

⁵³ Hors crédits non reductibles, redéploiement de moyens au sein des établissements, enveloppe « réseaux de santé », S.S.R et subventions à l'investissement.

⁵⁴ Source : La santé de la population en Bretagne – 2005 – Observatoire Régional de Santé de Bretagne

⁵⁵ Ibid

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Etat des lieux et diagnostic partagé A.R.H/ U.R.C.A.M – Avril 2005

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

2.1.1. Relatifs à la santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique fixe 3 objectifs en matière de santé des personnes âgées :

1. réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries d'ici 2008,
2. réduire de 25 % le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici 2008,
3. réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

Le S.R.O.S a vocation dans ce cadre à s'articuler avec le Plan Régional de Santé Publique (P.R.S.P) qui déclinera plus spécifiquement la dimension préventive de la prise en charge des personnes âgées ; à noter cependant que ces objectifs seront difficiles à évaluer dans la mesure où la région ne dispose pas d'une appréciation de la situation en 2004.

2.1.2. Concernant l'organisation des soins

L'objectif général du volet « Prise en charge des personnes âgées » du SROS vise à garantir à la personne âgée des soins adaptés à l'évolution de son état de santé, fondés sur une approche globale de ses besoins, en assurant **le fonctionnement d'une filière gériatrique complète**, au plus près de son lieu de vie, **par territoire de proximité**.

La réalisation de cet objectif s'appuiera sur les principes de :

- sécurité et qualité des soins, incluant la dimension humaine de la prise en charge,
- proximité et accessibilité des prises en charge au plus près du lieu de vie, dans le cadre des territoires de proximité, en lien étroit avec le médecin traitant.

Elle s'organise dans le cadre de 21 territoires de proximité, sous-ensembles des territoires de santé « secteurs sanitaires ».

2.2. LES PRINCIPES D'ORGANISATION

La filière gériatrique constitue une filière de soins qui doit remplir, tout au long du parcours des patients âgés et en fonction de l'évolution de leurs besoins, trois grandes fonctions :

2.2.1. Promouvoir l'évaluation gériatrique précoce

Il s'agit de permettre le recours, à l'initiative du médecin traitant, à une expertise gériatrique par accès direct au pôle ambulatoire, s'appuyant sur une unité ou un service de médecine gériatrique aiguë, et déclinant de façon graduée ses interventions.

Les consultations gériatriques et les consultations mémoire

✓ Les consultations gériatriques

La consultation gériatrique est une consultation externe programmée à la demande du médecin traitant (et le cas échéant en sa présence), de la personne âgée ou de son entourage, afin d'effectuer un premier bilan médico-psycho-social.

La consultation est assurée par un médecin gériatre, qui peut faire appel à un psychologue et/ ou un personnel paramédical et social. Elle est en principe organisée en lien et à proximité de l'hôpital de jour, s'il existe, et peut éventuellement être proposée à l'hôpital local, sous forme de consultations avancées par convention entre établissements de santé.

✓ Les consultations mémoire

La circulaire n° 2002/222 du 16 avril 2002, complétée par la circulaire n° 2005/172 du 30 mars 2005, précisent les missions et les moyens des consultations mémoire.

Ces consultations permettent d'assurer le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer ou des syndromes apparentés, en s'appuyant sur les compétences des gériatres, neurologues et psychiatres. Elles associent étroitement les médecins libéraux.

Ces consultations font l'objet d'une procédure de labellisation et doivent répondre strictement à un cahier des charges fourni en annexe de la circulaire susmentionnée.

Chaque territoire de proximité dispose *a minima* d'une consultation mémoire, adossée conjointement à une filière gériatrique et à un service de neurologie. Des consultations mémoire avancées peuvent être mises en place au sein des établissements de santé de proximité et des hôpitaux locaux par convention entre établissements.

L'accueil pour évaluation en hôpital de jour et l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie

✓ L'accueil pour évaluation en hôpital de jour

Situé à l'interface de l'hôpital et de la médecine de ville, l'hôpital de jour constitue un maillon indispensable de la filière gériatrique. Conformément aux dispositions du décret du 8 octobre 1992, il constitue un centre inséré en milieu hospitalier accueillant des patients âgés pendant plusieurs heures consécutives, à l'exception de la période nocturne. L'accueil en hôpital de jour intervient après consultation auprès d'un gériatre, ou d'un médecin du réseau gérontologique.

Dans le cadre de sa mission d'évaluation, l'hôpital de jour peut assurer les prestations suivantes :

- La réalisation d'un bilan clinique,
- L'évaluation des fonctions cognitives, en lien avec la consultation mémoire,
- Une analyse plus ciblée ouvrant sur un diagnostic de pathologies aiguës ou chroniques.

Pour ce faire, l'hôpital de jour dispose :

- d'une équipe pluridisciplinaire, adossée à l'équipe hospitalière, susceptible d'intervenir sous forme d'équipe mobile de gériatrie (cf. *infra*) et comportant - en tant que de besoin - gériatre, infirmière, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, secrétaire, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, diététicienne...
- d'un accès à des consultations spécialisées sur place : neurologue, psychiatre, rééducateur,
- d'un accès facile à un plateau technique (biologie, imagerie).

Pour les médecins traitants souhaitant un avis gériatrique, le recours à l'hôpital de jour est préférable aux consultations spécialisées (*supra*) quand les problèmes soulevés par le patient sont complexes, relèvent de plusieurs interventions et nécessitent un temps d'échange avec les proches.

✓ *L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie*

L'équipe mobile gériatrique, dont les missions et les moyens sont détaillés dans la circulaire n° 2002/157 du 18 mars 2002, permet de dispenser un avis gériatrique et de formuler un projet de soins et de vie adaptés aux besoins de la personne âgée. Elle correspond à l'externalisation de l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour.

Adossée à une activité gériatrique structurée, l'intervention de l'équipe mobile gériatrique s'opère :

- En intra-hospitalier :
 - dans le service d'accueil et de traitement des urgences : l'équipe mobile effectuée à la demande des urgentistes un bilan approfondi de la personne accueillie et constitue ainsi une équipe de « pré-admission gériatrique ». Sur ces sites, au regard du volume d'activité, une équipe mobile dédiée au service d'accueil et de traitement des urgences peut le cas échéant se justifier ;
 - dans les services hospitaliers, afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée de sujets âgés fragiles.
- En inter-hospitalier : auprès de l'hôpital local, pour éviter un transfert indu dans un centre hospitalier ou *a contrario* organiser les transferts justifiés depuis l'hôpital local sur le pôle aigu, ou bien encore faciliter un transfert après une hospitalisation en médecine gériatrique sur le centre hospitalier de référence. Dans ce cas, elle doit être formalisée à travers une convention entre le centre hospitalier gestionnaire de l'équipe mobile et les structures bénéficiant de cette prestation.

Le recours au centre mémoire de ressources et de recherche

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (C.M.R.R), prévu par les circulaires n° 2002/222 du 16 avril 2002 et n° 2005/172 du 30 mars 2005, a un rôle de recours pour les diagnostics complexes et développe une activité de recherche clinique, de réflexion éthique et de formation. Il assure également les missions d'une consultation mémoire sur son territoire de proximité.

Il fait l'objet d'une procédure de labellisation et doit répondre strictement à un cahier des charges fourni en annexe des deux circulaires précitées.

Les ressources mobilisées et le niveau d'expertise conduisent à privilégier une implantation sur les 2 sites hospitalo-universitaires afin de :

- Structurer et animer un dispositif régional unique en partenariat avec les consultations mémoire,
- Assurer des formations universitaires et dispenser une formation continue aux correspondants des consultations mémoire,
- Développer des projets communs de recherche.

2.2.2. Développer les prises en charge ambulatoires

Le développement de l'ambulatoire et la diversification des activités et structures alternatives à l'hospitalisation permettent de privilégier une réelle prise en charge de proximité et de favoriser le maintien dans le milieu de vie habituel.

L'hôpital de jour gériatrique

L'hôpital de jour permet de réaliser, en complément de l'évaluation (cf. *supra* paragraphe 2.2.1), des prises en charge de courte durée, en cas de situation complexe. Les patients peuvent y être adressés par un service hospitalier ou par leur médecin traitant.

Dans le cadre du maintien à domicile ou en E.H.P.A.D, ses missions sont plus particulièrement :

- l'aide à la rééducation-réadaptation, réorientation ou réinsertion à domicile,
- le suivi des patients à risque médicaux, psychologiques, sociaux,
- le traitement en période de crise du maintien à domicile et, par suite, l'accompagnement du patient et de son entourage.

L'hôpital de jour reste cependant une structure de soins à différencier de l'accueil de jour à caractère social ou médico-social en E.H.P.A.D, qui constitue au premier chef un soutien pour les aidants familiaux.

Les structures de prise en charge ambulatoire en géronto-psychiatrie

La gérontopsychiatrie concerne la prise en charge des troubles psychiatriques des sujets âgés, qu'il s'agisse de patients « connus de la psychiatrie » vieillissants ou de patients chez lesquels survient une pathologie psychiatrique après 65 ans. Cette définition permet d'établir la distinction avec la prise en charge de personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement, associés ou non à des comorbidités psychiatriques, relevant du dispositif gériatrique.

Complément de la psychiatrie de liaison, support de la continuité des soins, le dispositif ambulatoire en géronto-psychiatrie permet d'apporter en proximité les réponses les mieux adaptées et graduées aux patients âgés en s'appuyant sur :

- Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P), premier niveau de prise en charge et pivot du dispositif de secteur. Il propose différents types de prise en charge : visites, entretiens, accompagnement à domicile ou dans les substituts du domicile (EHPAD) de l'équipe ambulatoire de secteur à vocation géronto-psychiatrique dans l'optique d'assurer le plus longtemps possible le maintien sur leur lieu de vie. Le C.M.P constitue le lieu privilégié de coordination du travail de secteur s'adressant particulièrement aux personnes âgées vivant à domicile,
- Les structures alternatives à l'hospitalisation complète : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) et hôpitaux de jour.

2.2.3. Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée

Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée pour les personnes âgées suppose, au sein du dispositif hospitalier :

- de redéfinir et d'articuler les différents types de soins :
 - entre les services d'accueil et de traitement des urgences et les services de médecine, de chirurgie et de soins de suite,
 - entre les services dits de médecine d'organes et la gériatrie aiguë, *via* les équipes mobiles,

- entre le court séjour (notamment gériatrique) et les soins de suite et de réadaptation,
- entre les soins somatiques et le dispositif de géronto-psychiatrie.
- ainsi que de définir par convention les relations entre les centres hospitaliers de référence et les hôpitaux locaux, afin de préciser les modalités de prise en charge dans ces derniers. Aux termes de la circulaire DHOS/ DGAS du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, les hôpitaux locaux ont en effet vocation à constituer le premier niveau de prise en charge sanitaire (cf. également le volet « Médecine » chapitre 2.2.1).

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, cet objectif devrait être favorisé par l'intégration des différentes unités de la filière gériatrique au sein de pôles d'activité définis par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Privilégier l'accès direct aux soins de médecine gériatrique

✓ Favoriser les conditions d'admission directe en médecine gériatrique

Afin d'éviter aux personnes âgées la déstabilisation souvent préjudiciable d'un passage préalable par le service d'accueil et de traitement des urgences, l'objectif est de favoriser - tout en veillant à éviter le risque de sélectivité - l'admission directe en service de court séjour, notamment gériatrique.

Chaque service de court séjour gériatrique doit définir les conditions permettant un accès direct aux patients âgés à la demande de leur médecin traitant. Sa capacité d'accueil et son organisation interne doivent être conçus de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance du service d'accueil et de traitement des urgences et celui des admissions par la filière courte.

✓ Identifier et développer les soins de médecine gériatrique

Le service de médecine gériatrique (au sens de soins de courte durée gériatriques) est celui qui admet des patients âgés (le plus souvent de plus de 70 ans), polypathologiques, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Par conséquent, il dispose d'une compétence gériatrique et d'une équipe formée à la gérontologie, permettant une prise en charge globale de la personne et attentive, dès l'admission du patient, à la préparation de la sortie.

- L'activité de médecine gériatrique, dont les missions et les moyens sont détaillés dans la circulaire n° 2002/157 du 18 mars 2002, est développée :
 - soit dans un service spécifique, *a minima* dans chaque établissement de santé ou pôle hospitalier disposant d'un service d'urgence. Il doit être proche d'un plateau technique complet et avoir accès à diverses spécialités médicales pour avis,
 - soit dans une unité au sein d'un service de médecine polyvalente ou interne, et, dans ce dernier cas, être placée sous la responsabilité d'un gériatre.

En cas d'isolement ou d'insularité, quelques lits de médecine à orientation gériatrique peuvent être identifiés pour accueillir une admission directe, préparée en lien avec le pôle aigu gériatrique.

- L'admission en service de médecine gériatrique s'opère sur 2 modes :
 - programmé après entretien direct entre le médecin traitant et le gériatre référent,
 - à défaut, non programmé, par le biais du service d'accueil et de traitement des urgences ; l'entrée ne sera décidée, autant que faire se peut, qu'après avis de l'équipe mobile gériatrique intervenant au sein du service d'accueil et de traitement des urgences. L'admission non organisée doit se résorber (cf. volet « Médecine »).

La notion de proximité des soins doit être privilégiée pour la prise en charge en médecine gériatrique.

Organiser l'accès aux soins de suite et de réadaptation gériatriques

✓ Favoriser les conditions d'admission en soins de suite et de réadaptation

Il s'agit d'assurer, le plus souvent à la suite de soins de courte durée, l'accès à des conditions de prise en charge réellement gériatrique pour les personnes dont la poursuite des soins après la phase aiguë relève des soins de suite et de réadaptation (S.S.R) gériatriques.

L'intégration dans une même filière de soins doit permettre, lors de l'admission, la définition concertée d'un projet de soins cohérent pour chaque patient.

La fonction des services de S.S.R gériatriques doit être, à cet égard, précisée et pleinement articulée avec celle des services de court séjour, notamment par voie de convention ; les services de S.S.R n'ont pas vocation à remplir en amont une fonction de « dégagement » des services de court séjour, et en aval celle de salle d'attente des services de soins de longue durée. Dès lors, les soins de suite gériatriques doivent être encadrés par une équipe médicale et paramédicale ayant une expérience et une compétence en gériatrie afin de :

- consolider l'état de santé,
- sauvegarder l'autonomie fonctionnelle restant à la personne âgée (notamment dans le cadre des A.V.C),
- faciliter le maintien à domicile ou dans l'E.H.P.A.D et éviter une ré-hospitalisation rapide.

✓ Identifier et développer les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques

Sous la responsabilité d'un médecin ayant une compétence en gériatrie, les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques accueillent, après la phase aiguë d'une affection médicale ou chirurgicale, des patients âgés stabilisés présentant des facteurs de fragilité médico-psycho-sociale, voire de dépendance, et requérant des soins continus dans un cadre sanitaire, à des fins de réinsertion et d'aménagement d'un projet de soins et de vie personnalisé (retour à domicile ou prise en charge institutionnelle).

- L'activité de soins de suite et de réadaptation gériatriques, dont les missions et les moyens sont détaillés – en complément des missions énumérées dans la circulaire n° 1997/841 du 31 décembre 1997 - dans la circulaire n° 2002/157 du 18 mars 2002, est développée :
 - soit dans un service dédié,
 - soit dans une unité dédiée au sein d'un service de SSR polyvalents,
 - soit dans un établissement de proximité ayant cette vocation.

Dans certains cas particuliers, l'identification de lits de SSR gériatriques peut s'avérer nécessaire dans un hôpital local ; leur fonctionnement doit alors être articulé avec celui des autres lits de SSR gériatriques de la filière et dans le cadre d'une convention liant l'hôpital local et le centre hospitalier concerné.

- L'admission en service des soins de suite et de réadaptation gériatriques s'opère selon 2 modes :
 - pour un patient hospitalisé en court séjour : à l'issue d'une procédure de pré-admission négociée sous la responsabilité du médecin référent du service ou après avis de l'équipe mobile de gériatrie ;
 - plus rarement, pour un patient non hospitalisé : à l'issue d'une évaluation préalable réalisée par l'équipe gériatrique en lien avec le médecin traitant du patient, justifiant cette orientation.

La notion de proximité des soins doit être privilégiée.

La filière ne saurait être captive, c'est-à-dire que les patients admis en S.S.R gériatriques ne proviennent pas exclusivement du service de médecine gériatrique, même si ces derniers doivent si nécessaire y bénéficier d'une priorité.

Organiser l'accès à une hospitalisation en géronto-psychiatrie

✓ Promouvoir une collaboration étroite entre la psychiatrie et la gériatrie

Cette collaboration, objet d'une convention par territoire de proximité, doit être aux termes de la circulaire n° 2002/157 du 18 mars 2002 mise en œuvre à 2 niveaux :

- à l'intérieur d'un même établissement dans le cadre d'un travail de liaison : concertation au sein du service d'accueil et de traitement des urgences entre l'équipe mobile gériatrique et l'équipe de psychiatrie ; intervention de la psychiatrie de liaison auprès des services de gériatrie, notamment lorsqu'une hospitalisation en établissement de santé mentale est envisagée,
- entre plusieurs établissements de santé : intervention de l'équipe mobile de gériatrie en établissement de santé mentale et réciproquement, de l'équipe ambulatoire de secteur à vocation géronto-psychiatrique dans la filière gériatrique ; présence de psychiatre dans la filière gériatrique, notamment à l'hôpital de jour...

✓ Mettre en place des unités d'hospitalisation complète dans le cadre d'un dispositif de géronto-psychiatrie

La mise en place de lits d'hospitalisation complète dans le cadre du dispositif de géronto-psychiatrie peut emprunter 2 voies :

- L'identification en établissement de santé mentale d'un service ou unité de géronto-psychiatrie aiguë,
- Si le choix des professionnels porte sur la non identification de lits spécifiques pour assurer l'hospitalisation en géronto-psychiatrie, les conditions de fonctionnement de cette hospitalisation doivent permettre une articulation précise et concrète de la psychiatrie et de la gériatrie, par voie de convention entre les pôles d'activité ou établissements concernés.

3. RECOMMANDATIONS

Les préconisations formulées ci-après ne sont pas opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé publics et privés et l'ARH.

3.1 OPTIMISER LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION EN GERIATRIE

Ces indications constituent des recommandations formulées par les professionnels et non des normes.

	Médecine gériatrique	S.S.R gériatriques	Géronto-psychiatrie
Capacité minimale	10 lits	15 lits	
Durée moyenne de séjour	≤ 15 jours	≤ 35 jours	
Besoins estimés en lits <i>(% soumis à évaluation en cours de réalisation du S.R.O.S)</i>	Environ 30 % des capacités en médecine ⁵⁸	Environ 40 % des capacités en S.S.R ^{*59} <i>(* y compris les personnes admises en U.S.L.D qui relèveraient de SSR gériatriques)</i>	
Conditions de fonctionnement	Prise en charge pluridisciplinaire Projet de soins intégrant, dès le départ, l'organisation de la sortie	Equipement et plateau technique adapté Convention avec l'établissement de proximité disposant d'un court séjour et d'une équipe mobile gériatriques.	Convention inter-établissements définissant les conditions de prise en charge
Moyens humains <i>(ratio en personnel évoqué comme souhaitable en Equivalent Temps Plein par lit)</i>	La composition et le fonctionnement de cette équipe pluridisciplinaire constituent le plateau technique gériatrique. <ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical (médecins qualifiés en gériatrie, titulaires de la capacité ou du DESC) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 médecin praticien responsable de l'unité ou du service, ○ au moins 1 praticien hospitalier par tranche de 10 lits. • Personnel paramédical : <ul style="list-style-type: none"> ○ infirmiers, aides soignants, agents de service hospitalier : 1,25 ETP/ lit, ○ kinésithérapeute, ergothérapeute : 0,05 ETP/ lit, ○ secrétaire : 0,07 ETP/ lit, • Temps d'assistante sociale + temps d'orthophoniste, podologue, psychologue...	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical (médecins qualifiés en gériatrie, titulaires de la capacité ou du DESC) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 médecin praticien responsable de l'unité ou du service, ○ au moins 1 praticien hospitalier par tranche de 30 lits. • Personnel paramédical : <ul style="list-style-type: none"> ○ infirmiers, aides soignants, agents de service hospitalier : 0,96 ETP/ lit, ○ kinésithérapeute (0,05 ETP/ lit), ergothérapeute et psychomotricien (0,01 ETP/ lit) ○ secrétaire : 0,01 ETP/ lit, • Temps d'assistante sociale + temps d'orthophoniste, podologue, psychologue et diététicienne.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical (0,13 ETP/ lit) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 médecin psychiatre responsable du dispositif, ○ 1 médecin gériatre • Personnel paramédical (infirmiers, aides soignants, agents de service hospitalier) : 1,16 ETP/ lit + temps de secrétaire, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute et musicothérapeute.
Localisation/ Implantation	Localisation : proximité d'un plateau technique Implantation : <ul style="list-style-type: none"> ○ un service de médecine gériatrique <i>a minima</i> dans chaque CH de référence, ○ à terme, une unité de médecine gériatrique dans chaque C.H ou pôle de proximité. 		Vocation intersectorielle (inter-ou intra-établissement), avec désignation d'un référent gériatre

⁵⁸ « Concept de fragilité et planification sanitaire dans le champ gériatrique – Exemple de la situation en Bretagne » - Docteur P. PREVOST – DSM/ CNAMTS – Mars 2005

⁵⁹ *Ibid*

3.2 DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE EN RESEAU ET LA COORDINATION DES SOINS

La prise en charge des personnes âgées nécessite de développer la coordination avec les secteurs ambulatoire, social et médico-social, ce qui suppose la mise en œuvre des recommandations suivantes :

- **Contribuer à la coordination des intervenants auprès de la personne âgée *via* les réseaux gérontologiques et les CLIC et promouvoir la constitution de réseaux de santé de prise en charge des personnes âgées** (circulaire n° 2002/157 du 18 mars 2002). Les établissements de santé ont vocation à s'inscrire dans ces dispositifs, voire à en constituer un point d'appui dans le cas des hôpitaux locaux, en favorisant :
 - L'articulation entre les différentes structures du réseau par la mise en place de procédures coordonnées de prise en charge des patients ; la création de réseaux de santé sanitaires et médico-sociaux doit permettre d'offrir un guichet unique sur le territoire de proximité et d'intégrer la médecine de ville, les établissements de santé, les structures médico-sociales et les intervenants en matière de soins odontologiques dans le respect des compétences respectives des intervenants,
 - L'association des médecins généralistes, notamment ceux qualifiés en gériatrie, à des consultations mémoire ou consultations mémoire avancées.
 - L'amélioration de l'orientation des patients, par l'information de l'entourage sur le dispositif de prise en charge, pour éviter l'épuisement et la survenue de situations de crise et d'urgence,
 - La diffusion des compétences gériatriques, en assurant des actions de formation et d'information pour les personnels intervenant à domicile ou dans les structures d'hébergement,

La dimension sanitaire de la coordination peut également être assurée par l'intervention de l'équipe mobile gériatrique en extra-hospitalier, essentiellement et ponctuellement, dans les EHPAD, à la demande du médecin généraliste en accord avec le médecin coordonnateur ; l'intervention doit être formalisée à travers une convention entre l'établissement gestionnaire de l'équipe mobile et la structure.

- **Mettre à disposition des médecins traitants un numéro d'appel unique** permettant de joindre aux heures ouvrables un gériatre hospitalier, pour avoir rapidement accès à un dispositif d'expertise gériatrique diversifié : bilan gériatrique (programmation d'une consultation et/ ou d'une évaluation en hôpital de jour), alternatives à l'hospitalisation quand elles sont envisageables ou, dans le cas contraire, programmation d'une entrée directe en court séjour gériatrique ou en hôpital local soutenue par l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie.
- **Contribuer, par le partenariat inter-institutionnel, à la promotion d'alternatives sociales et médico-sociales diversifiées à la prise en charge hospitalière**, condition de viabilité et d'efficacité de la filière gériatrique :
 - services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont le nombre de places doit être significativement augmenté, en complémentarité avec le potentiel de soins des infirmiers libéraux, ce qui implique un recensement préalable des 2 modes de prise en charge infirmière sur chaque territoire de proximité,
 - places d'accueil pour une durée déterminée, en appui du maintien à domicile (de jour et de nuit, hébergement temporaire),
 - accueil en hébergement, en développant la « médicalisation » de ces structures pour prévenir des hospitalisations non indispensables. Le sous-dimensionnement de l'offre d'hébergement médico-social entraîne en effet, en amont, un recours abusif à l'hospitalisation comme mode d'entrée, souvent en urgence, et accroît en aval la difficulté de proposer une sortie adaptée à certains patients âgés.

Il convient dans ce cadre de poursuivre les travaux initiés conjointement avec le secteur médico-social pour l'élaboration du volet « Personnes Agées » du S.R.O.S, ainsi que les réflexions en lien avec les représentants des collectivités locales, et tout particulièrement les départements.

3.3. PRECISER LES CONDITIONS D'ACCES A DES SOINS DE LONGUE DUREE (HORS ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES - E.H.P.A.D)

Dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme des unités de soins de longue durée (USLD), prévue par l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, les recommandations issues du COTER visent à mieux différencier la vocation sanitaire de ces structures de celle des EHPAD.

Patients pris en charge	Personnes âgées nécessitant une surveillance pluri-quotidienne et sans autonomie, identifiées comme patients âgés « hospitalo-requérants » à l'aide de l'outil PATHOS. - personnes âgées relevant de soins techniques et médicaux importants (STMI), - malades atteints de pathologies chroniques (maladies dégénératives du système nerveux central à un stade évolutif, malades requérant des soins techniques lourds prolongés).
Admission	- provenance : hôpital, établissement médico-social ou domicile, - proposition : médecin traitant après concertation avec le patient et ses proches, - évaluation gériatrique réalisée par le gériatre référent ou l'équipe mobile, - décision médicale : médecin chargé de l'unité de soins de longue durée (sous réserve de la décision administrative qui est du ressort du directeur de l'établissement).
Missions	- 3 types de soins : soins d'entretien de la vie, soins médicaux et techniques et soins relationnels, - une attention particulière doit être accordée à l'accueil du patient et de sa famille, à la promotion de son autonomie et au souci de sa qualité de vie
Localisation	- proximité : 1) d'un plateau technique (C.H.U, C.H, établissements de santé privés, hôpitaux locaux par conventions avec les services de gériatrie des hôpitaux voisins), 2) du domicile des patients pour éviter une rupture avec leur entourage habituel. - exigence : unités à taille humaine et intégrées à la cité pour y développer un projet de vie.
Moyens	Ratio de personnel souhaitable : environ 1 E.T.P par lit à l'instar des services de soins de suite et de réadaptation gériatriques
D.M.S	Pas de limitation de durée de la prise en charge

3.4. DETERMINER LES CONDITIONS FAVORABLES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA FILIERE GERIATRIQUE

- Valoriser le travail et le savoir-faire en gériatrie pour stabiliser les équipes, et assurer la formation des personnels intervenant dans les établissements de santé (notamment *via* la présence de l'équipe mobile gériatrique), pour renforcer son attractivité à l'égard des personnels de santé et favoriser un recrutement de qualité.
- Inscrire dans les projets médicaux, les projets d'établissement et les CPOM des établissements de santé des orientations en matière de gériatrie, ainsi que leur contribution à la filière.
- Faciliter les échanges d'informations relatives à la personne âgée : la définition d'un dossier patient partagé devrait favoriser le lien médecin traitant/ équipe hospitalière et l'accès aux soins adaptés, sans attendre le dossier médical personnel.

4. EVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

4.1. LES INDICATEURS

Le suivi de la mise en œuvre du volet « Personnes Agées » du S.R.O.S porte sur l'adaptation de l'offre de soins et sur l'activité développée au sein de chaque filière gériatrique.

Les établissements concernés par les indicateurs définis ci-après devront mettre en place un système de recueil permettant de fournir annuellement ces éléments. Ces données seront ensuite agrégées au niveau régional pour permettre de calculer le taux de couverture de territoires de santé ou de proximité des activités ou modalités de prise en charge ciblées.

		Indicateurs	
		Activité	Moyens
Consultations	Gériatriques	- nombre de consultations - délai moyen (en jours) d'obtention d'une consultation (enquête sur un trimestre dans l'année)	
	Mémoire/ C.M.R.R	Les établissements disposant de ce type de consultation doivent renseigner les items prévus par les cahiers des charges fournis en annexe des circulaires n° 2002/222 du 16 avril 2002 et n° 2005/172 du 30 mars 2005 dans le cadre de leur dossier de labellisation.	
Equipe mobile gériatrique		- nombre d'interventions intra-hospitalières (distinguer service d'accueil et de traitement des urgences/ services d'hospitalisation) - nombre d'interventions extra-hospitalières	Personnel médical et non médical (en ETP)
Hôpital de jour gériatrique		- nombre de patients pris en charge - conditions ultérieures de prise en charge (% de transferts, retour à domicile, EHPAD)	Nombre de places
Médecine gériatrique		- nombre de séjours - mode d'entrée (programmé/ non programmé) - mode de sortie (court séjour, SSR, USLD, domicile, institution, décès) - durée moyenne de séjour	- nombre de lits - personnel médical et non médical (en ETP)
S.S.R gériatriques		- nombre d'entrées - mode d'entrée - mode de sortie (court séjour, SSR, USLD, domicile, institution, décès) - durée moyenne de séjour	- nombre de lits - personnel médical et non médical (en ETP)
U.S.L.D		Nombre de séjours Coupe PATHOS	- nombre de lits - personnel médical et non médical (en ETP)
Réseaux de santé en gériatrie		Nombre et aire géographique couverte par des réseaux articulant le médico-social, le social et le secteur libéral avec un établissement de santé.	

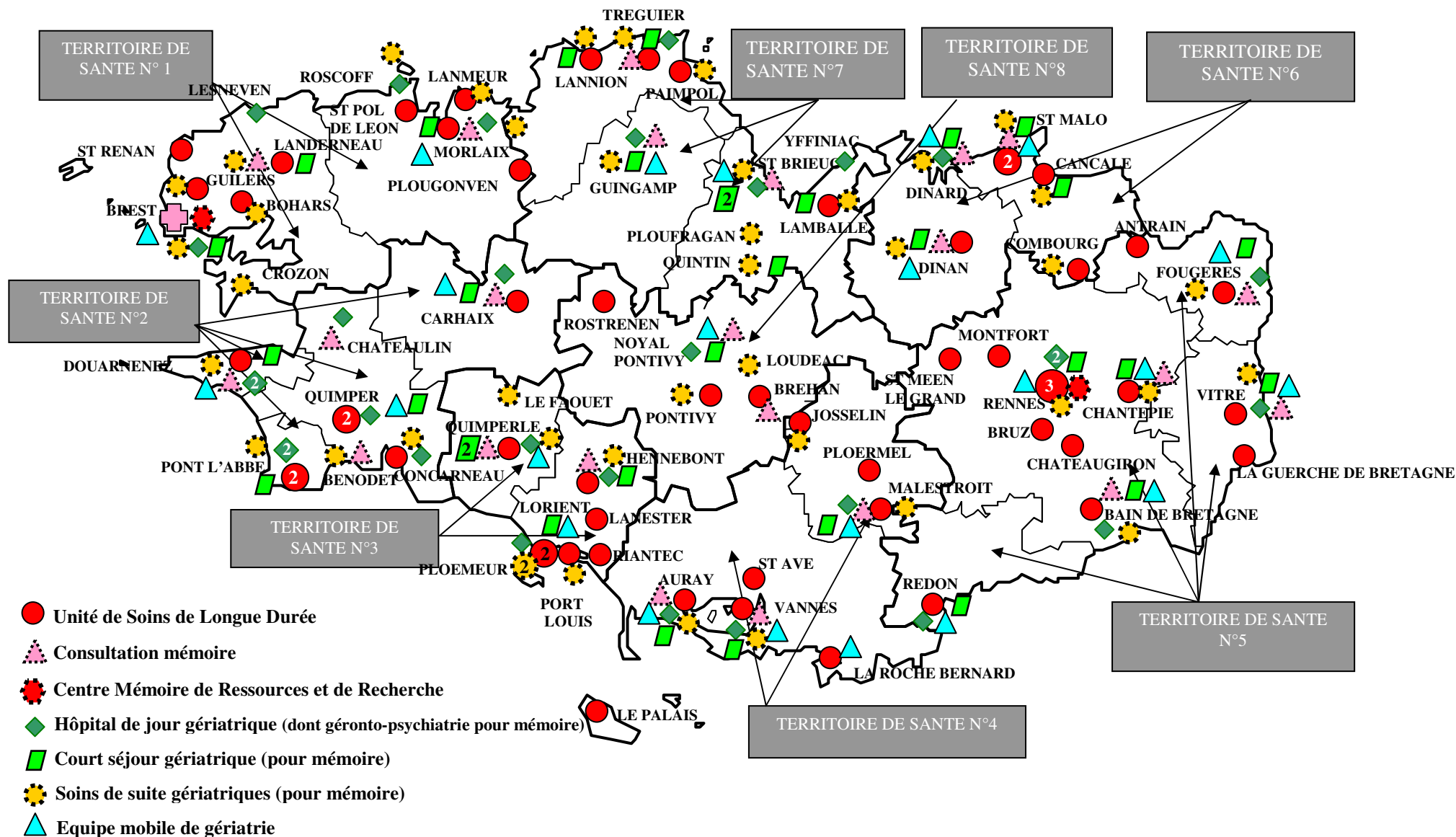
Ces éléments de suivi seront complétés par des supports d'évaluation à élaborer au sein du COTER, mis en œuvre à travers des enquêtes ponctuelles, et portant sur les résultats des politiques engagées. Ces évaluations devront principalement s'attacher à mettre en évidence la dimension qualitative des prises en charge proposées, à partir des différents indicateurs disponibles, afin d'apprécier l'adéquation de la réponse apportée par la filière gériatrique aux besoins des personnes âgées.

4.2. LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Le pilotage du dispositif est assuré par le COTER « Personnes Agées », qui a pour missions :

- Le suivi et la mise en œuvre des actions contenues dans le volet,
- La définition de propositions relatives à l'adaptation de l'organisation sanitaire à l'évolution des besoins. Il peut pour ce faire mettre en place des groupes de travail *ad hoc*.

Répartition par territoire de proximité des sites pour les personnes âgées (USLD, consultations mémoire/ C.M.R.R, hôpital de jour gériatrique, court séjour gériatrique, soins de suite gériatriques, équipes mobiles de gériatrie) – Bretagne Cible 2010



***TROISIEME PARTIE : ANNEXE
TERRITORIALE***

TERRITOIRE DE SANTE : REGION BRETAGNE

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Médecine	Pénitentiaire (UHSI)	1 site : Rennes (1)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Electrophysiologie interventionnelle (ablations)	Niveau 3	2 sites : Brest (1), Rennes (1)
		Niveau 1 et 2	3 sites : Lorient (1), St Malo (1), St Brieuc (1)
	Stimulateurs cardiaques	Multisites	4 sites : Brest (1), Lorient (1), Rennes (1), St Brieuc (1)
	Défibrillateurs cardiaques implantables		2 sites : Brest (1), Rennes (1)
	Autres		2 sites : Brest (1), Rennes (1)
Traitement du cancer	Activité de curiethérapie sources non scellées	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie hospitalo universitaire	2 sites : Brest (1), Rennes (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire de référence	2 sites : Brest (1), Rennes (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centre d'hémodialyse pour enfants	1 site : Roscoff (1)	Patients : 144 / 176
	Dialyse péritonéale		
Soins de suite	spécialisés	Nutritionnels	2 sites : Roscoff (1), Rennes (1)
		Alcoologie	7 sites : Brest (2), Lorient (1), Guidel (1), Rennes (1), Pont Péan (1), St Brieuc (1)
		Pédiatriques	2 sites : Brest (1), La Bouexière (1)
			Journées : 93 890 / 103 770 Venues : 16 840 / 18 610

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR spécialisée	Post réanimation	2 sites : Brest (1), Rennes (1)
		Cardio-vasculaire	3 sites : Roscoff (1), Ploëmeur (1), Rennes (1)
		Grands brûlés (dans l'attente d'un SIOS)	1 site : Ploëmeur (1)
		Pédiatrique	6 sites : Brest (1), Roscoff (1), Ploëmeur (1), Rennes (1), Plérin (1), Trestel (1)
		Réadaptation professionnelle	1 site : Vern sur Seiche (1)
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	2 sites : Rennes (1), Plouguernevel (1)
		Hospitalisation de jour	1 site : Rennes (1)
		Post-cure psychiatrique	1 site : Billiers (1)
Périnatalité	Activité de réanimation néonatale		4 sites : Brest (1), Vannes (1), Rennes (1), St Briec (1)
	Activités cliniques d'AMP		5 sites : Brest (2), Lorient (1), Rennes (2)
	Activités biologiques d'AMP (hors recueil et traitement du sperme)		5 sites : Brest (2), Lorient (1), Rennes (2)
	Activités de Diagnostic Prénatal	Cytogénétique	4 sites : Brest (2), Rennes (2)
		Biochimie par les marqueurs sériques	3 sites : Brest (1), Lorient (1), St Grégoire (1)
		Cytogénétique moléculaire	2 sites : Brest (1), Rennes (1)
		Biologie fœtale (diagnostic des maladies infectieuses)	2 sites : Brest (1), Rennes (1)
		Biochimie fœtale	1 site : Rennes (1)
	Immunologie fœtale	1 site : Rennes (1)	
Personnes Agées	Centre Mémoire de Ressources et de Recherches	2 sites : Brest (1), Rennes (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, Tomographe à émissions, caméra à positons	5 sites : Brest (1), Vannes (1), agglomération rennaise (2), St Brieuc (1)	5
Caisson hyperbare	1 site : Brest	1

II - Recompositions et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma

- Poursuite du développement de la plateforme régionale de Télésanté en cohérence avec l'objectif de déploiement du « dossier médical personnel » (DMP), dans le cadre d'une structure juridique régionale *ad hoc*, réunissant les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux.
- Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient et le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes permettant, à ce dernier, de réaliser la pose de stimulateurs cardiaques multisites et des actes d'électrophysiologie interventionnelle (ablations) de niveau 1 – 2, activités soumises à évaluation régulière.
- Maintien du CHM de Plérin en MPR pédiatrique sous réserve d'une activité suffisante et d'un encadrement médical pérenne. Ces orientations seront soumises à évaluation annuelle. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'établissement devra envisager une reconversion totale dans le champ médico-social.

TERRITOIRES DE SANTE : DEPARTEMENTS BRETONS

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activité « Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins »

Départements	Services	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)
Côtes d'Armor (22)	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1 site : Saint Briec (1)
	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	6 sites : St Briec (1), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1), Loudéac (1), Dinan (1)
Finistère (29)	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1 site : Brest (1)
	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	8 sites : Brest (1), Morlaix (1), Quimper (1), Concarneau (1), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1), Quimperlé (1)
Ille et Vilaine (35)	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1 site : Rennes (1)
	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	5 sites : Rennes (1), Redon (1), Fougères (1), Vitré (1), St Malo (1)
Morbihan (56)	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1 site : Vannes (1)
	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	5 sites : Vannes (1), Auray (1), Lorient (1), Ploërmel (1), Pontivy (1)

II - Recompositions et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma

- Le maillage des SMUR terrestres rattachés à 1 SAMU dans un périmètre départemental est complété, par la possibilité de recours aux « transports hélicoptérés sanitaires » ainsi qu'aux hélicoptères de la Sécurité Civile et de la gendarmerie.
- Les implantations des SMUR terrestres dans le département du Finistère doivent garantir une meilleure couverture globale du territoire départemental grâce à une meilleure répartition géographique et en évitant les zones couvertes par plusieurs SMUR. Dans ce cadre, doit être étudiée l'implantation d'un SMUR à Landerneau.
- L'installation d'antennes saisonnières : dans ce cadre doit être étudiée l'implantation d'une antenne SMUR ou d'un dispositif saisonnier répondant aux besoins d'aide médicale urgente sur la presqu'île de Quiberon.

TERRITOIRE DE SANTE N° 1 : SECTEUR SANITAIRE BREST/ MORLAIX

Caractéristiques du secteur sanitaire

Le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire Brest/ Morlaix compte 507 148 habitants au 1^{er} janvier 2002. La population de ce territoire est légèrement plus jeune que celle des autres secteurs, avec un indice de vieillissement - c'est-à-dire le nombre de personnes de 75 ans et plus une année donnée rapporté au nombre de personnes de moins de 20 ans la même année - de 32,2 (34,5 pour l'ensemble de la Bretagne). Le taux de fécondité y est également plus élevé que dans le reste de la Bretagne.

Il reste que l'état de santé dans ce secteur est globalement défavorable, avec un risque global de décès le plus élevé de la région (+ 6 % par rapport à la moyenne régionale), dans toutes les tranches d'âges et dans toutes les pathologies. Le secteur présente une espérance de vie à la naissance plus faible que dans le reste de la population bretonne, tant chez les hommes (73,1 ans contre 73,9 ans) que chez les femmes (81,7 ans contre 82,6 ans).

- L'offre de soins hospitalière du secteur est développée (2^{ème} rang régional en terme de densité de lits installés pour le court séjour). Le territoire bénéficie de l'implantation du C.H.U de Brest, d'un bon maillage territorial (hôpitaux locaux, C.H et cliniques) et d'une offre étoffée en soins de suite et également en rééducation-réadaptation.
- Sur le champ ambulatoire, l'offre de soins se caractérise par une densité en personnels soignants proche de la moyenne régionale, avec également le bénéfice d'une densité supérieure en médecins spécialistes (+ 12 %) et infirmiers (+ 16 %).
- Le secteur sanitaire enregistre le plus faible taux de fuite de la région de ses résidents en court séjour (environ 4 %) et un taux de recrutement extérieur de l'ordre de 9 % sur ce même segment d'activité ; le taux de fuite s'établit à 6 % sur les soins de suite et de réadaptation, et le taux de recrutement à 20,5 %, du fait de l'implantation sur ce secteur de centres spécialisés (à Roscoff notamment).

Enjeux du SROS III

- La coopération et le développement des complémentarités entre l'ensemble des établissements de santé reste à développer, d'où l'attention particulière portée sur les divers axes au point II de l'annexe.
- En aval des soins aigus, le développement de la filière gériatrique constitue une priorité sur les 2 territoires de proximité identifiés.
- Enfin, sur le champ de la santé mentale, un développement de la coopération entre Morlaix et Carhaix s'impose.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennais (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) <i>exprimé sous la forme de fourchettes</i>
Accueil et traitement des urgences		5 sites : Brest (3), Landerneau (1), Morlaix (1) (+ <i>pour mémoire : 1 site HIA à Brest</i>)	
Médecine		13 sites : Brest (6), Landerneau (1), Morlaix (2), Lanmeur (1), Lesneven (1), Crozon (1), St Renan (1) (+ <i>pour mémoire : 1 site HIA à Brest</i>)	Séjours : 78 160 / 86 390
Chirurgie		9 sites : Brest (6), Landerneau (1), Morlaix (2) (+ <i>pour mémoire : 1 site HIA à Brest</i>)	Séjours : 47 600 / 52 610
Réanimation		2 sites : Brest (1), Morlaix (1 à titre dérogatoire) (+ <i>pour mémoire : 1 site HIA à Brest</i>)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	2 sites : Brest (1), Morlaix (1)	
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation	2 sites : Brest (1), Morlaix (1) (+ <i>pour mémoire : 1 site HIA à Brest</i>)	
	Autonomes	6 sites : Brest (4), Morlaix (1), Landerneau (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) <i>exprimé sous la forme de fourchettes</i>
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	2 sites : Brest (2)	Actes : 1 460 / 2 110
	Electrophysiologie interventionnelle (ablations)	Niveau 3 1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Stimulateurs cardiaques	conventionnels 3 sites : Brest (2), Morlaix (1) Multisites 1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Défibrillateurs cardiaques implantables	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Autres	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	2 sites : Brest (2)	
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
	Activité de curiethérapie		
	Activité de curiethérapie sources non scellées (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie hospitalo universitaire	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Cardiologie avec USIC	1 site : Morlaix (1)	
	Médecine à orientation cardiologique	1 site : Brest (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA Brest)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire de référence	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Unité de proximité	3 sites : Brest (1), Morlaix (1), Landerneau (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	4 sites : Brest (2), Morlaix (1) Roscoff (1)	Patients : 265 / 324, dont 108 / 133 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Centres d'hémodialyse pour enfants	1 site : Roscoff (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 2	
	Unités d'auto dialyse	3 à 6	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 8 sites : Brest (1), Guilers (1), Bohars (1), Landerneau (2), Crozon (1), Lesneven (1), St Renan (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 3 sites : Morlaix (1), Lanmeur (1), Roscoff (1)	Journées : 211 380 / 233 630 Venues : 0	
	spécialisés	neurologiques (AVC)		1 site : Guilers (1),
		Respiratoires		1 site : Plougouven (1),
		Nutritionnels		1 site : Roscoff (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Alcoologie		2 sites : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Pédiatriques	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)			
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente	5 sites : Brest (1), Guilers (1), Morlaix (1), Roscoff (2) (+ pour mémoire : 1 site HIA Clermont Tonnerre à Brest)	Journées : 68 200 / 75 380 Venues : 7 730 / 8 540	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique		2 sites : Brest (1), Roscoff (1)
		post réanimation		1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Cardio-vasculaire		1 site : Roscoff (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Pédiatrique	2 sites : Brest (1), Roscoff (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)			
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 1 implantation		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Soins palliatifs	Unités fixes	2 sites : Brest (2)		
	Equipes mobiles	intra hospitalières		<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 1 site : Brest (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA Clermont Tonnerre à Brest)
		inter établissements		<u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 1 site : Morlaix (1)
	Lits identifiés	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 7 sites : Brest (2), Bohars (1), Crozon (1), Landerneau (1), Lesneven (1), St Renan (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 5 sites : Morlaix (2), Roscoff (2), Lanmeur (1)		
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	6 sites : Brest (1), Bohars (2), Guipavas (1), Landerneau (1), Morlaix (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA Clermont Tonnerre à Brest)	Journées : 212 190 / 234 530	
	Hospitalisation de jour	15 sites : Brest (2), Bohars (1), Guipavas (1), Landerneau (1), Morlaix (4), Landivisiau (1), Lanmeur (1), Lesneven (1), Plouvorn (1), St Pol de Léon (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA Clermont Tonnerre à Brest)	Places : 230 / 250	
	Hospitalisation de nuit	4 sites : Bohars (1), Guipavas (1), Landerneau (1), Morlaix (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA Clermont Tonnerre à Brest)	Places : 42 / 46	
	Appartements thérapeutiques	3 sites : Brest (2), Landerneau (1)		
	Centres de crise	1 site : Guipavas (1)		
	Post-cure psychiatrique	2 sites : Brest (1), Plougouven (1)		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	2 sites : Bohars (1), Morlaix (1)	
		Hospitalisation de jour	5 sites : Bohars (1), Brest (1), Morlaix (2), Lesneven (1)	
		Hospitalisation de nuit	1 site : Bohars (1)	
		Placement familial thérapeutique	1 site : Brest (1)	
		Centres de crise	1 site : Bohars (1)	
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		5 sites : Brest (3), Landerneau (1), Morlaix (1)	
	Activité de néonatalogie	Soins courants	3 sites : Brest (2), Morlaix (1)	
		Soins intensifs	1 site : Brest (1)	
	Activité de réanimation néonatale		1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Activités cliniques d'AMP		2 sites : Brest (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	3 sites : Brest (3)	
		Autres activités	2 sites : Brest (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Activités de Diagnostic Prénatal	Cytogénétique		2 sites : Brest (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Biochimie par les marqueurs sériques		1 site : Brest (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Cytogénétique moléculaire		1 site : Brest (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Biologie foetale (diagnostic des maladies infectieuses)		1 site : Brest (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
			Journées : 5 150 / 5 700	
			Places : 100 / 110	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 4 sites : Bohars (1), Guilers (1), Landerneau (1), St Renan (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 4 sites : Morlaix (1), Lanmeur (1), Plougouven (1), St Pol de Léon (1)	Journées : 393 780 / 435 230
	Centre Mémoire de Ressources et de Recherches	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 1 site : Landerneau (1) (+ pour mémoire : 1 site HIA à Brest) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 1 site : Morlaix (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 2 sites : Brest (1), Lesneven (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 2 sites : Morlaix (1), Roscoff (1)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 2 sites : Brest (1), Landerneau (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 1 site : Morlaix (1),	
	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 5 sites : Guilers (1), Brest (1), Bohars (1), Landerneau (1), Crozon (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 3 sites : Morlaix (1), Roscoff (1), Lanmeur (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Ouest (Brest)</u> 1 site : Brest (1) <u>Territoire de proximité Est (Morlaix)</u> 1 site : Morlaix (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	2 sites : Brest (2)	4
Caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, Tomographe à émissions, caméra à positons	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	5
IRM à utilisation clinique	4 sites : Brest (3), Morlaix (1) (+ pour mémoire : 1 site HÎA à Brest)	4 / 5 (+ pour mémoire : 1 appareil HÎA à Brest)
Scanographe à utilisation médicale	6 sites : Brest (3), Morlaix (2), Landerneau (1) (+ pour mémoire : 1 site HÎA à Brest)	8 (+ pour mémoire : 1 appareil HÎA à Brest)
Caisson hyperbare	1 site : Brest (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	1

II - Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au Centre Hospitalier de Landerneau, sous réserve d'un nombre d'accouchements annuel au moins égal à 550, d'une réalisation des objectifs quantifiés en chirurgie fixés dans le contrat d'objectifs et de moyens en chirurgie et d'une organisation pérenne de la permanence des soins médicaux par spécialité. Ces conditions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elles ne seraient pas satisfaites, l'établissement devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

2°) Coopération entre le CHU de Brest et le CH de Morlaix en vue de garantir la qualité des prises en charge en réanimation sur Morlaix.

3°) Coopération entre le Centre Hospitalier de Morlaix et le Centre Médico-Chirurgical de la Baie de Morlaix à concrétiser dans une première phase par la mise en œuvre d'une organisation commune de la permanence des soins en chirurgie et anesthésie réanimation.

4°) Coopération entre le CHU de Brest, la Société Brestoïse de Rein Artificiel (SBRA) et l'Association des Urémiques de Bretagne (AUB) afin d'offrir sur le secteur sanitaire une offre complémentaire de prise en charge des insuffisants rénaux chroniques, tenant compte de l'évolution réelle des besoins.

TERRITOIRE DE SANTE N° 2 : SECTEUR SANITAIRE QUIMPER/ CARHAIX

Caractéristiques du secteur sanitaire

La population, estimée à 313 436 habitants au 1^{er} janvier 2002, se caractérise par un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale et, *a contrario*, une fécondité de 126.9 naissances annuelles pour 1 000 femmes âgées de 25 à 34 ans, la plus faible de la région.

Le secteur sanitaire présente également un taux de surmortalité de 5 % par rapport à la moyenne régionale, qui touche particulièrement la population masculine. Une forte mortalité de la tranche 20-59 ans est constatée pour toutes les causes de décès. Cependant, la surmortalité est particulièrement marquée pour les traumatismes et empoisonnements, ainsi que pour les affections de l'appareil circulatoire.

Atouts

- 84.5 % de la population du secteur sanitaire nécessitant une hospitalisation de court séjour, la réalisent dans un établissement de santé du secteur. Les 15.5 % restant sont hospitalisés, pour l'essentiel, dans le secteur sanitaire n° 1 (8.8 %).
- En outre, les établissements du secteur présentent un taux d'attraction au profit de la population hors secteur correspondant à 10.5 % des séjours de médecine-chirurgie-obstétrique réalisés.
- Parallèlement, l'offre de soins libérale en ambulatoire est supérieure à la moyenne régionale en ce qui concerne les médecins généralistes (+ 6 %) et, tout particulièrement, les infirmiers libéraux (+ 17 %).
- Enfin, le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire bénéficie d'un bon maillage d'hôpitaux ou de sites de proximité autour de Quimper (Concarneau, Bénodet, Pont-l'Abbé, Douarnenez/Tréboul, Carhaix), étant précisé que les établissements publics et participant au service public hospitalier, réunis au sein d'une communauté d'établissements, ont déjà pu avancer sur la voie de la coopération au cours de la période du SROS II.

Faiblesses

- Le secteur pâtit d'une sous-densité de médecins spécialistes, ce qui se traduit par des difficultés de recrutement dans certaines disciplines et, notamment, en gynécologie-obstétrique et en psychiatrie.
- Sur le plan géographique, force est de constater l'isolement du site de Carhaix, éloigné de plus de 45 mn de Quimper, ce qui constitue un facteur de fragilité, notamment en obstétrique et en chirurgie, et appelle des solutions rapides de désenclavement.
- Enfin, la coopération entre les établissements publics et privés MCO reste encore embryonnaire, même si des avancées ont pu être négociées au cours des dernières années.

Enjeux du SROS III

- En ce qui concerne les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), doit être garantie une organisation médicale pérenne et attractive sur l'ensemble des sites autorisés, grâce au développement des coopérations, notamment sous la forme de fédérations médicales interhospitalières dans le secteur public et de groupements de coopération sanitaire (GCS) entre les secteurs public et privé.
- En réponse au vieillissement de la population, l'offre en aval des soins aigus doit reposer sur une juste appréciation des besoins en MPR et en soins de suite, en tenant compte des impératifs d'une répartition territoriale aussi équilibrée que possible, d'une taille critique des sites permettant d'optimiser le temps médical, du développement des alternatives à l'hospitalisation (dont l'hospitalisation à domicile), de l'organisation des soins coordonnés au sein des réseaux de santé Ville/ Hôpital et d'une comparaison avec les offres proposées dans les autres secteurs sanitaires de la région.
- Enfin, sur le champ de la santé mentale, un juste équilibre doit être trouvé entre les réponses à apporter en psychiatrie intra- et extra-hospitalière et la liaison à assurer, tant avec les établissements de santé MCO et, notamment, les services d'urgences, qu'avec les établissements médico-sociaux du secteur sanitaire.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

	IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences	5 sites : Quimper (1), Concarneau (1), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	
Médecine	7 sites : Quimper (3), Carhaix (1), Concarneau (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	Séjours : 43 140 / 47 690
Chirurgie	6 sites : Quimper (3), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	Séjours : 28 590 / 31 600

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Réanimation		1 site : Quimper (1)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	1 site : Quimper (1)	
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation	1 site : Quimper (1)	
	Autonomes	5 sites : Quimper (2), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	1 site : Quimper (1)	Actes : 175 / 943
	Stimulateurs cardiaques	Conventionnels 1 site : Quimper (1)	
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	1 site : Quimper (1)	
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie avec USIC	1 site : Quimper (1)	
	Médecine à orientation cardiologique	3 sites : Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire	1 site : Quimper (1)	
	Unité de proximité	4 sites : Quimper (1), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	3 sites : Quimper (2), Carhaix (1)	Patients : 181 / 221, dont 89 / 108 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 2	
	Unités d'auto dialyse	3 à 5	
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 3 sites : Quimper (1), Concarneau (1), St Yvi (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 2 sites : Pont l'Abbé (1), Bénodet (1)	Journées : 155 320 / 171 670 Venues : 0
	spécialisés	Neurologiques (AVC) 1 site : Bénodet (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente	3 sites : Quimper (1), Concarneau (1), Douarnenez (1)	Journées : 51 090 / 56 460 Venues : 42 280 / 46 730	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique		1 site : Quimper (1)
		à orientation respiratoire		1 site : Quimper (1)
	Réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire	1 site : Douarnenez (1)		
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau/ Douarnenez/Pont l'Abbé</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 implantation		
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes	1 site : Douarnenez (1)		
	Equipes mobiles	inter établissements 1 site : Quimper (1)		
	Lits identifiés	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 3 sites : Quimper (1), Concarneau (1), St Yvi (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 1 site : Pont l'Abbé (1)		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	4 sites : Quimper (2), Châteaulin (1), Pont l'Abbé (1)
		Hospitalisation de jour	15 sites : Quimper (6), Châteaulin (2), Douarnenez (2), Pont l'Abbé (2), Concarneau (2), Carhaix (1)
		Hospitalisation de nuit	1 site : Quimper (1)
		Placement familial thérapeutique	1 site : Quimper (1)
		Appartements thérapeutiques	6 sites : Quimper (6)
		Post-cure psychiatrique	1 site : Quimper (1)
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	2 sites : Quimper (2)
		Hospitalisation de jour	6 sites : Quimper (3), Douarnenez (1), Concarneau (1), Carhaix (1)
		Hospitalisation de nuit	2 sites : Quimper (2)
		Placement familial thérapeutique	1 site : Quimper (1)
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		3 sites : Quimper (2), Carhaix (1)
	Activité de néonatalogie	Soins courants	1 site : Quimper (1)
		Soins intensifs	1 site : Quimper (1)
	Centres périnatals de proximité		3 sites : Douarnenez (1), Concarneau (1), Pont l'Abbé (1)
	Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	2 sites : Quimper (2)

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 3 sites : Quimper (2), Concarneau (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 2 sites : Pont l'Abbé (2)	Journées : 342 550 / 378 610
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 2 sites : Quimper (1), Châteaulin (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 3 sites : Quimper (1), Concarneau (1), Châteaulin (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 2 sites : Douarnenez (2) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 2 sites : Pont l'Abbé (2)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 1 site : Quimper (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 1 site : Pont l'Abbé (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées (suite)	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 2 sites : Concarneau (1, Bénodet (1)) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Pont l'Abbé</u> 1 site : Pont l'Abbé (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Quimper/ Concarneau</u> 1 site : Quimper (1) <u>Territoire de proximité Douarnenez</u> 1 site : Douarnenez (1) <u>Territoire de proximité Carhaix</u> 1 site : Carhaix (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : Quimper (1)	2
IRM à utilisation clinique	2 sites : Quimper (2)	2
Scanographe à utilisation médicale	5 sites : Quimper (2), Carhaix (1), Douarnenez (1), Pont l'Abbé (1)	6

II - Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au centre hospitalier de Carhaix en raison de l'éloignement de plus de 45 minutes du plateau technique le plus proche, sous réserve, cependant, d'une organisation pérenne de la permanence des soins médicaux par spécialité, pouvant être garantie, notamment, par la création de fédérations médicales interhospitalières avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille.

Cette condition fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elle ne serait pas satisfaite, le centre hospitalier devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

2°) Maintien de l'activité chirurgicale au Centre Hospitalier de Douarnenez sous réserve de la réalisation des objectifs quantifiés en chirurgie fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de la poursuite de la coopération avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille pouvant prendre la forme d'une fédération médicale interhospitalière.

La réalisation des objectifs, ainsi que la pertinence de l'organisation mise en œuvre, feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où ces conditions ne seraient pas satisfaites, le centre hospitalier de Douarnenez devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

3°) Projet de soins de suite respiratoires à développer, le cas échéant en coopération avec le secteur sanitaire « Lorient/ Quimperlé ».

TERRITOIRE DE SANTE N° 3 : SECTEUR SANITAIRE LORIENT/ QUIMPERLE

Caractéristiques du secteur sanitaire

La population, estimée à 267 726 habitants au 1^{er} janvier 2002, se caractérise par un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale (36,5 contre 34,5) et un taux de fécondité inférieur (50,3 contre 52,8). A l'échéance 2010, l'effectif total de la population devrait donc légèrement diminuer, tandis que la tranche d'âges des 75 ans et plus progressera de 26 %.

Le secteur sanitaire présente par ailleurs un taux de mortalité plus faible que la moyenne régionale pour les 0-19 ans (indice 72), mais plus élevé pour les 20-59 ans (indice 114), la surmortalité s'expliquant notamment dans ce cas par l'indice de mortalité par maladies de l'appareil digestif le plus élevé de la région (120).

- 87 % de la population de ce territoire de santé nécessitant une hospitalisation en court séjour, la réalise dans un des établissements de santé du secteur, qui présentent en outre un taux d'attraction au profit de la population hors secteur correspondant à 12 % des séjours de médecine-chirurgie-obstétrique réalisés.
- Le secteur bénéficie, en raison de la présence d'un établissement spécialisé assurant une vocation intersectorielle, des plus forts taux d'équipement et indice d'utilisation en SSR de la région, ainsi qu'un taux de recrutement extérieur égal à 37 %. Pour autant, des besoins en SSR polyvalents et spécialisés restent à prendre en compte.
- La structuration du réseau périnatal en partenariat avec les équipes du secteur n° 4 contribue à améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge de la mère et de l'enfant.
- La réorganisation complète des activités du Centre Hospitalier de Bretagne Sud dans le cadre d'un hôpital neuf constitue également un atout majeur pour le secteur.

Enjeux du SROS III

- La coopération et le développement des complémentarités entre l'ensemble des établissements de santé sont à poursuivre, d'où l'attention particulière portée sur les divers axes au point II de l'annexe.
- En aval des soins aigus, le développement de la filière gériatrique doit être poursuivi.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennais (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Accueil et traitement des urgences		2 sites : Lorient (1), Quimperlé (1)		
Médecine		7 sites : Lorient (2), Quimperlé (1), Le Faouët (1), Port Louis (1), Hennebont (1), Ploëmeur (1)	Séjours : 41 770 / 46 170	
Chirurgie		4 sites : Lorient (2), Quimperlé (1), Ploëmeur (1)	Séjours : 21 670 / 23 960	
Réanimation		1 site : Lorient (1)		
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	1 site : Lorient (1)		
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation	1 site : Lorient (1)		
	Autonomes	3 sites : Lorient (1), Quimperlé (1), Ploëmeur (1)		
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	1 site : Lorient (1)	Actes : 650 / 1 100	
	Electrophysiologie interventionnelle (ablations)	Niveau 1 – 2 1 site : Lorient (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
	Stimulateurs cardiaques	conventionnels		1 site : Lorient (1)
		Multisites		1 site : Lorient (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	1 site : Lorient (1)		
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires		
	Activité de chimiothérapie			

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie avecUSIC	1 site : Lorient (1)		
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire	1 site : Lorient (1)		
	Unité de proximité	2 sites : Lorient (1), Quimperlé (1)		
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	2 sites : Lorient (2)	Patients : 112 / 137, dont 25 – 30 en alternatives (auto dialyse et domicile)	
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 2		
	Unités d'auto dialyse	2 à 3		
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 6 sites : Hennebont (2), Lanester (1), Ploëmeur (2), Riantec (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 3 sites : Quimperlé (2), Le Faouët (1)	Journées : 148 320 / 163 930 Venues : 0	
	spécialisés	à orientation neurologiques (AVC)		1 site : Hennebont (1)
		Alcoologie		2 sites : Lorient (1), Guidel (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente	1 site : Ploëmeur (1)	Journées : 36 170 / 39 980 Venues : 16 070 / 17 760	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique		1 site : Ploëmeur (1)
		Respiratoire		1 site : Ploëmeur (1)
		cardio vasculaire		1 site : Ploëmeur (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		grands brûlés		1 site : Ploëmeur (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Pédiatrique	1 site : Ploëmeur (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)			
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 1 implantation		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)		VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes		1 site : Ploëmeur (1)	
	Equipes mobiles	Intra hospitalière	1 site : Lorient (1)	
		Lits identifiés		
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	3 sites : Caudan (1), Larmor Plage (1), Quimperlé (1), 10 sites : Caudan (1), Lorient (2), Hennebont (1), Quimperlé (1), Lanester (2), Moëlan sur Mer (1), Port Louis (1), Plouay (1)	Journées : 104 050 / 115 000
		Hospitalisation de jour	2 sites : Caudan (1), Quimperlé (1)	Places : 144 / 156
		Hospitalisation de nuit	1 site : Caudan (1)	Places : 5 / 10
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	7 sites : Lorient (2), Hennebont (1), Caudan (1), Quimperlé (1), Lanester (1), Plouay (1)	Journées : 1 800 / 2 000
		Hospitalisation de jour	1 site : Caudan (1)	Places : 62 / 68
		Hospitalisation de nuit	1 site : Caudan (1)	
		Placement familial thérapeutique	1 site : Caudan (1)	
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		3 sites : Lorient (1), Quimperlé (1), Ploëmeur (1)	
	Activité de néonatalogie	Soins courants	1 site : Lorient (1)	
		Soins intensifs	1 site : Lorient (1)	
	Activités cliniques d'AMP		1 site : Lorient (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	2 sites : Lorient (1)	
		Autres activités	1 site : Lorient (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
Activités de Diagnostic Prénatal	Biochimie par les marqueurs sériques	1 site : Lorient (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 6 sites : Hennebont (1), Ploëmeur (2), Port Louis (1), Riantec (1), Lanester (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 1 site : Quimperlé (1)	Journées : 226 680 / 250 540
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 1 site : Hennebont (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 1 site : Quimperlé (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 2 sites : Ploëmeur (1), Hennebont (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 2 sites : Quimperlé (2)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 2 sites : Hennebont (1), Lorient (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 1 site : Quimperlé (1)	
	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 4 sites : Hennebont (1), Port Louis (1), Ploëmeur (2) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 2 sites : Quimperlé (1), Le Faouët (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Lorient/ Port Louis</u> 1 site : Lorient (1) <u>Territoire de proximité Quimperlé/ Le Faouët</u> 1 site : Quimperlé (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : Ploëmeur (1)	2
IRM à utilisation clinique	2 sites : Lorient (1), Ploëmeur (1)	2 / 3
Scanographe à utilisation médicale	3 ou 4 sites : Lorient (2), Quimperlé (1), Ploëmeur (1)	4

II - Reconstitutions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au Centre Hospitalier de Quimperlé, sous réserve d'un nombre d'accouchements annuel d'environ 500, d'une réalisation des objectifs quantifiés fixés pour l'activité de chirurgie dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et d'une organisation pérenne de la permanence des soins médicaux par spécialité, pouvant être garantie par le fonctionnement effectif d'une fédération médicale interhospitalières en gynécologie-obstétrique. Ces conditions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elles ne seraient pas satisfaites, le Centre Hospitalier de Quimperlé devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

2°) Projet de soins de suite respiratoires à développer le cas échéant avec le secteur sanitaire Quimper/ Carhaix.

3°) Conventions de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Sud (Lorient) et le Centre Hospitalier du Centre Bretagne (Pontivy), en complémentarité avec le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et le Centre Hospitalier Yves Le Foll (St Briec), pour assurer la couverture des besoins du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » en réanimation et pour ce qui concerne les activités interventionnelles et soins intensifs en cardiologie.

4°) Reconnaissance du Centre Hospitalier de Port Louis comme hôpital local et développement d'une activité de médecine polyvalente, en complément des soins de suite polyvalents.

5°) Cf. annexe Région : Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient et le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes permettant, à ce dernier, de réaliser la pose de stimulateurs cardiaques multisites et des actes d'électrophysiologie interventionnelle (ablations) de niveau 1 – 2, activités soumises à évaluation régulière.

TERRITOIRE DE SANTE N° 4 : SECTEUR SANITAIRE VANNES/ PLOËRMEL/ MALESTROIT

Caractéristiques du secteur sanitaire

Le secteur sanitaire Vannes/ Ploërmel/ Malestroit compte environ 337 000 habitants en 2005. Les projections à 2010 laissent augurer une augmentation à hauteur de 351 000 habitants, soit + 4 % sur 5 ans, en raison notamment de la forte attractivité du golfe du Morbihan, étendue désormais à la 2^{ème} couronne de la région vannetaise. Cette augmentation devrait s'accompagner, notamment à partir de 2010, d'un fort vieillissement de la population : les personnes de + de 75 ans, soit 9 % de la population en 2005, devraient représenter 10 % en 2010 et 18 % en 2030.

Pourtant, le taux de fécondité apparaît supérieur à la moyenne régionale, soit 143,9 pour 1 000 femmes âgées de 25 à 34 ans contre 133,3 en moyenne régionale.

Le taux de mortalité proche de la moyenne régionale est cependant très supérieur (indice 109) pour la tranche d'âge 0-19 ans.

Atouts

- Sur le périmètre du secteur sanitaire, les restructurations hospitalières sont en voie d'achèvement avec l'émergence de deux pôles : celui de Vannes/ Auray, et celui de Ploërmel/ Malestroit. Ce dispositif permet de couvrir l'essentiel des besoins en médecine, chirurgie et obstétrique.
- Par ailleurs, le territoire bénéficie d'un bon maillage territorial des établissements susceptibles d'intervenir dans le cadre de la filière gériatrique et d'une offre extra-hospitalière en santé mentale de mieux en mieux répartie.
- A noter enfin, l'émergence récente d'un climat plus favorable au développement des coopérations inter-établissements, aux articulations entre les champs hospitalier et ambulatoire, à la complémentarité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et, enfin, au développement de réseaux de santé Ville/ Hôpital.

Faiblesses

- La consolidation des prises en charge en post-aigu, notamment dans le champ de la réadaptation fonctionnelle, reste à réaliser.
- Sur le champ ambulatoire, le territoire se caractérise par une implantation des médecins généralistes très déséquilibrée au profit de la région du golfe et des zones du littoral et aux dépens de l'Est du secteur autour de Ploërmel/ Malestroit. En outre, le territoire enregistre une sous-densité d'infirmiers libéraux, ce qui ne favorise pas le maintien à domicile des personnes âgées ou des personnes en fin de vie.
- Enfin, l'activité de recours traduit la permanence de flux significatifs hors région, notamment en direction de Nantes.

Enjeux du SROS III

- En ce qui concerne les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique : une coopération doit être développée entre les deux principaux établissements public et privé, localisés sur Vannes, notamment en ce qui concerne la structuration de la filière « urgences et permanence des soins », les nécessaires complémentarités dans le domaine de la réanimation et de la surveillance continue et de l'organisation de la chirurgie spécialisée ; dans le champ de l'obstétrique, la structuration du réseau de périnatalité doit permettre d'agir sur la surmortalité enregistrée au cours de la 1^{ère} période de la vie.
- En aval des soins aigus, il convient de veiller, pour une meilleure couverture des besoins de proximité, à la consolidation des hôpitaux locaux, au développement de la réadaptation fonctionnelle et à la structuration des prises en charge en soins palliatifs en établissement et à domicile. A noter que cet effort d'organisation devrait permettre de promouvoir un fonctionnement en réseau avec les établissements médico-sociaux, notamment pour les personnes âgées, et éviter ainsi les hospitalisations non justifiées, sous réserve que ces établissements puissent garantir une capacité d'accueil suffisante avec un encadrement adapté.
- Enfin, les établissements de santé du secteur sanitaire doivent s'inscrire dans une graduation des soins qui privilégie, pour les activités hyper-spécialisées, le lien avec les structures hospitalo-universitaire de Rennes.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

	IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences	2 sites : Vannes/ Auray (1), Ploërmel (1)	
Médecine	9 sites : Vannes (2), Auray (1), Ploërmel (1), Malestroit (2), La Roche Bernard (1), Josselin (1), Le Palais (1)	Séjours : 48 140 / 53 210
Chirurgie	3 sites : Vannes (2), Ploërmel (1)	Séjours : 26 040 / 28 780

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Réanimation		1 site : Vannes (1)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	1 site : Vannes (1)	
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation	1 site : Vannes (1)	
	Autonomes	2 sites : Vannes (1), Ploërmel (1)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	1 site : Vannes (1)	Actes : 710 / 1 600
	Stimulateurs cardiaques conventionnels	1 site : Vannes (1)	
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	2 sites : Vannes (2)	
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
	Activité de curiethérapie		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie avec USIC	1 site : Vannes (1)	
	Médecine à orientation cardiologique	2 sites : Vannes (1), Ploërmel (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire	1 site : Vannes (1)	
	Unité de proximité	2 sites : Auray (1), Ploërmel (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	2 sites : Vannes (2)	Patients : 207 / 253, dont 61 – 75 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 2	
	Unités d'auto dialyse	3 à 5	
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 3 sites : Vannes (1), La Roche Bernard (1), Colpo (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 3 sites : Auray (2), Le Palais (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 3 sites : Malestroit (2), Josselin (1)	Journées : 129 000 / 142 570 Venues : 3 190 / 3 520
	spécialisés	à orientation neurologiques (AVC)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente		3 sites : Vannes (1), Auray (1), Malestroit (1)
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	1 site : Vannes (1)
		Respiratoire	1 site : Vannes (1)
	Réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire		1 site : Vannes (1)
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de proximité Vannes Auray/ La Roche Bernard/ Belle Ile</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 implantation	
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes		1 site : Malestroit (1)
	Equipes mobiles	inter établissements	1 site : Vannes (1)
	Lits identifiés		<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 4 sites : Vannes (2), La Roche Bernard (1), Colpo <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Le Palais (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 sites : Josselin (1)
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	4 sites : St Avé (1), Vannes (1), Séné (1), Ploeren (1)
		Hospitalisation de jour	11 sites : Vannes (4), Auray (2), St Avé (1), Ploërmel (1), Malestroit (1), Locminé (1), Muzillac (1)
		Hospitalisation de nuit	2 sites : Vannes (1), St Avé (1)
		Post-cure psychiatrique	1 site : Sarzeau (1) + 1 site : Billiers (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	1 site : Vannes (1)
		Hospitalisation de jour	7 sites : Vannes (2), Auray (1), Ploërmel (1), Locminé (1), Muzillac (1), Questembert (1)
		Hospitalisation de nuit	1 site : Vannes (1)
		Placement familial thérapeutique	1 site : Vannes (1)

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique	3 sites : Vannes (2), Ploërmel (1)		
	Activité de néonatalogie	Soins courants		2 sites : Vannes (2)
		Soins intensifs		1 site : Vannes (1)
	Activité de réanimation néonatale	1 site : Vannes (1) (pour mémoire cf. annexe territoire de santé Région)		
	Centres périnataux de proximité	Auray (1)		
Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	2 sites : Vannes (2)		
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 3 sites : Vannes (1), La Roche Bernard (1), St Avé (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 2 sites : Auray (1), Le Palais (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 3 sites : Ploërmel (1), Malestroit (1), Josselin (1)	Journées : 303 960 / 335 950	
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 1 site : Vannes (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Auray (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 site : Malestroit (1)		
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 1 site : Vannes (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Auray (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 site : Malestroit (1)		
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 1 site : Vannes (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Auray (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 site : Malestroit (1)		

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées (suite)	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 1 site : Vannes (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Auray (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 2 sites : Malestroit (1), Josselin (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Vannes/ La Roche Bernard</u> 2 sites : Vannes (1), La Roche Bernard (1) <u>Territoire de proximité Auray/ Belle Ile</u> 1 site : Auray (1) <u>Territoire de proximité Ploërmel/ Malestroit/ Josselin</u> 1 site : Malestroit (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : Vannes (1)	2
Caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, Tomographe à émissions, caméra à positons	1 site : Vannes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	1
IRM à utilisation clinique	2 sites : Vannes (2)	2 / 3
Scanographe à utilisation médicale	3 sites : Vannes (2), Ploërmel (1)	4

II - Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Développement des coopérations entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et la Clinique Océane (Vannes), notamment en chirurgie vasculaire et pédiatrique, pour les angioplasties et pour la prise en charge des urgences.

2°) Conventions de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et l'association ECHO (Nantes) pour offrir sur le secteur sanitaire une offre complémentaire de prise en charge des insuffisants rénaux chroniques.

3°) Conventions de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et le Centre Hospitalier du Centre Bretagne (Pontivy), en complémentarité avec le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient) et le Centre Hospitalier Yves Le Foll (St Brieuc), pour assurer la couverture des besoins du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » en réanimation et pour ce qui concerne les activités interventionnelles et soins intensifs en cardiologie.

4°) Cf. annexe Région : Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient et le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes permettant, à ce dernier, de réaliser la pose de stimulateurs cardiaques multisites et des actes d'électrophysiologie interventionnelle (ablations) de niveau 1 et 2, activités soumises à évaluation régulière.

TERRITOIRE DE SANTE N° 5 : SECTEUR SANITAIRE RENNES/ FOUGERES/ VITRE/ REDON

Caractéristiques du secteur sanitaire

Avec 782 085 habitants au 1^{er} janvier 2002, le secteur sanitaire Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon est de loin le plus jeune (l'indice de vieillissement, c'est-à-dire le nombre de personnes de 75 ans et plus une année donnée rapporté au nombre de personnes de moins de 20 ans la même année, s'établit à 24,7 % contre 34,5 % pour la région) et le plus peuplé des 8 secteurs, représentant environ un quart de la population bretonne. Les projections à 2010 laissent augurer une augmentation forte de la population sur toutes les tranches d'âge, mais également un net accroissement du nombre de personnes âgées.

Le taux de fécondité y est proche de la moyenne régionale, même s'il est légèrement supérieur chez les femmes de 25 à 34 ans.

Le secteur présente par ailleurs le meilleur état de santé de la région, avec une sous-morbidité par rapport à la moyenne régionale, à l'exception notable des cancers.

Le taux de mortalité y est, quant à lui, inférieur à la moyenne régionale (- 10 %), à l'exception de la tranche d'âge 0-19 ans où le risque de décès est proche de la moyenne régionale.

⇒ *Atouts*

- Le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire bénéficie d'un bon maillage territorial des établissements de santé et se singularise par la présence du C.H.U de Rennes, dont l'attractivité s'étend au-delà du seul secteur et de la région. Le territoire enregistre à cet égard un faible taux de fuite (de l'ordre de 7 %) et un fort taux de recrutement extérieur (18 %) - le plus élevé de Bretagne - sur le court séjour.
- Sur le champ ambulatoire, le territoire se caractérise par une densité en personnels soignants proche de la moyenne régionale, avec l'avantage d'une densité des médecins spécialistes supérieure (+ 13 %) et cependant le regret d'une forte polarisation rennaise.
- Enfin, le cadre de l'organisation des soins est aujourd'hui défini sur Fougères.

⇒ *Faiblesses*

- La coopération entre les établissements du territoire demeure embryonnaire, sans doute en raison du poids et de l'attractivité du C.H.U et par suite du développement de stratégies concurrentielles entre établissements.
- Force est de constater l'isolement géographique de Redon - à plus de 45 minutes du plateau technique le plus proche – dont le territoire est caractérisé par un taux de fuite significatif sur le court séjour et des difficultés de recrutement des professionnels médicaux, ce qui constitue un facteur de fragilité et appelle un désenclavement rapide.

Enjeux du SROS III

- Concilier les logiques de développement des établissements rennais avec une juste couverture des besoins de santé et une répartition géographique équilibrée, notamment en ce qui concerne les soins de proximité.
- En aval des soins aigus, il convient de veiller, pour une meilleure couverture des besoins de proximité, à :
 - la structuration de la filière gériatrique sur les 4 territoires de proximité identifiés et à la consolidation des hôpitaux locaux,
 - l'adaptation du potentiel d'accueil en soins de suite à certains besoins spécialisés (respiratoires, post A.V.C), mais plus généralement au vieillissement de la population,
 - la promotion des prises en charge en soins palliatifs en établissement et à domicile.
- Enfin, sur le champ de la santé mentale, il convient de formaliser la liaison à assurer avec les établissements de santé publics et privés, et notamment les services d'urgences.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennais (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

	IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences	7 sites : Agglomération rennais (4), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1)	
Médecine	22 sites : agglomération rennais (10), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1), Antrain (1), Bain de Bretagne (1), Carentoir (1), Janzé (1), La Guerche de Bretagne (1), Le Grand Fougeray (1), Montfort sur Meu (1), St Brice en Coglès (1), St Méen le Grand (1), dont 1 site UHSI Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	Séjours : 112 200 / 124 010

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Chirurgie		10 sites : agglomération rennaise (7), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1)	Séjours : 71 720 / 79 270
Réanimation		1 site : Rennes (1)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	2 sites : Rennes (2)	
	hépato gastroentérologique	1 site : Rennes (1)	
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation	1 site : Rennes (1)	
	Autonomes	6 sites : agglomération rennaise (3), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	2 sites : Rennes (2)	Actes : 2 403 / 3 333
	Electrophysiologie interventionnelle (ablations) Niveau 3	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Stimulateurs cardiaques conventionnels	3 sites : Agglomération rennaise (3)	
	Multisites	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Défibrillateurs cardiaques implantables	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
Autres	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	2 sites : agglomération rennaise (2)	
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
	Activité de curiethérapie		
	Activité de curiethérapie sources non scellées		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie hospitalo universitaire	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Cardiologie avec USIC	1 site : Rennes (1)	
	Médecine à orientation cardiologique	4 sites : Agglomération rennaise (2), Fougères (1), Redon (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire de référence	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Unité de proximité	5 sites : Rennes (1), Chantepie (1), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	4 sites : Rennes (2), Fougères (1), Redon (1)	Patients : 271 / 331, dont 99 / 121 en alternatives (auto dialyse et domicile)	
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 3		
	Unités d'auto dialyse	3 à 5		
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 9 sites : Rennes (3), Bain de Bretagne (1), Bourg des Comptes (1), Chantepie (1), Janzé (1), Montfort sur Meu (1), St Méen le Grand (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 3 sites : Fougères (1), Antrain (1), St Brice (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 2 sites : Vitré (1), La Guerche (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 3 sites : Redon (1), Carentoir (1), Le Grand Fougeray (1),	Journées : 212 450 / 234 820 Venues : 0	
		spécialisés		Neurologiques (AVC)
	Respiratoires			1 site : Rennes (1)
	Nutritionnels			1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
	Alcoologie			2 sites : Rennes (1), Pont Péan (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
	Pédiatriques	1 site : La Bouexière (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente	6 sites : Rennes (3), Redon (1), Antrain (1), Chantepie (1)	Journées : 104 970 / 116 020 Venues : 31 790 / 35 140	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique		3 sites : Rennes (3)
		post réanimation		1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		cardio vasculaire		1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Pédiatrique		1 site : Rennes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		réadaptation professionnelle		1 site : Vern sur Seiche (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de proximité Rennes/ Brocéliande /Vallon de Vilaine</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Fougères/Vitré</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 implantation		
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes	5 sites : agglomération rennaise (3), Bain de Bretagne (1), Fougères (1)		
	Equipes mobiles	intra et/ ou extra hospitalières	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 2 sites : Rennes (1), Chantepie (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 site : Redon (1)	
	Lits identifiés	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 7 sites : Agglomération rennaise (5), Janzé (1), Montfort (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 2 sites : Redon (1), Carentoir (1)		
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	7 sites : agglomération rennaise (5), Fougères (1), Redon (1), dont 1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	Journées : 325 840 / 360 140
		Hospitalisation de jour	19 sites : agglomération rennaise (16), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1), dont 1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	Places : 330 / 360
		Hospitalisation de nuit	2 sites : agglomération rennaise (2)	Places : 54 / 60
		Placement familial thérapeutique	3 sites : agglomération rennaise (2), Redon (1)	
		Appartements thérapeutiques	2 sites : Rennes (1), Redon (1)	
Post-cure psychiatrique	2 sites : Rennes (2)			

			IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes	
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	3 sites : agglomération rennaise (3)	Journées : 8 880 / 9 820	
		Hospitalisation de jour	9 sites : agglomération rennaise (5), Fougères (2), Vitré (1), Redon (1)	Places : 178 / 196	
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		6 sites : Agglomération rennaise (3), Fougères (1), Vitré (1), Redon (1)		
	Activité de néonatalogie	Soins courants	4 sites : Agglomération rennaise (3), Fougères (1),		
		Soins intensifs	1 site : Rennes (1)		
	Activité de réanimation néonatale		1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
	Activités cliniques d'AMP		2 sites : Rennes (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
	Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	2 sites : Rennes (2)		
		Autres activités	2 sites : Rennes (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)		
	Activités de Diagnostic Prénatal	Cytogénétique			2 sites : Rennes (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Biochimie par les marqueurs sériques			1 site : St Grégoire (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Cytogénétique moléculaire			1 site : Rennes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Biologie fœtale (diagnostic des maladies infectieuses)			1 site : Rennes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Biochimie fœtale			1 site : Rennes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)
		Immunologie fœtale			1 site : Rennes (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 8 sites : Rennes (3), Bruz (1), Chantepie (1), Chateaugiron (1), Montfort (1), St Méen le Grand (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 2 sites : Fougères (1), Antrain (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 2 sites : Vitré (1), La Guerche (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 site : Redon (1)	Journées : 549 830 / 607 700
	Centre Mémoire de Ressources et de Recherches	1 site : Rennes (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 2 sites : Bain de Bretagne (1), Chantepie (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 2 sites : Rennes (2), Bain de Bretagne (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 site : Redon (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées (suite)	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 3 sites : Rennes (1), Bain de Bretagne (1), Chantepie (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 site : Redon (1)	
	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 3 sites : Rennes (1), Bain de Bretagne (1), Chantepie (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Rennes</u> 3 sites : Rennes (1), Bain de Bretagne (1), Chantepie (1) <u>Territoire de proximité Fougères</u> 1 site : Fougères (1) <u>Territoire de proximité Vitré</u> 1 site : Vitré (1) <u>Territoire de proximité Redon</u> 1 site : Redon (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	2 sites : agglomération rennaise (2)	7
Caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, Tomographe à émission, caméra à positons	2 sites : agglomération rennaise (2) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	2
IRM à utilisation clinique	4 sites : agglomération rennaise (4)	5 / 6
Scanographe à utilisation médicale	9 sites : agglomération rennaise (6), Fougères (1), Redon (1), Vitré (1)	10 / 11

II - Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au CH de Redon en raison de l'éloignement géographique de plus de 45 minutes du plateau technique le plus proche, sous réserve, cependant, d'une organisation pérenne de la permanence des soins médicaux par spécialité, pouvant être garantie notamment par la création de Fédération médicale interhospitalière ou de postes partagés avec le CHU de Rennes. Cette condition fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elle ne serait pas satisfaite, le Centre Hospitalier de Redon devra proposer un plan de reconversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

2°) Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au CH de Vitré sous réserve de la réalisation des objectifs quantifiés en chirurgie, fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et d'une organisation pérenne de la permanence des soins médicaux par spécialité. Ces conditions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elles ne seraient pas satisfaites, le Centre Hospitalier de Vitré devra proposer un plan de reconversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

3°) Projet de regroupement d'activités du CMP Beaulieu à Rennes et de l'établissement de MPR spécialisée La Vallée de Betton

4°) Maintien du nombre de sites sur l'agglomération rennaise et développement de la polyvalence dans les sites autorisés en sus des deux sites d'urgences du CHU de Rennes.

TERRITOIRE DE SANTE N° 6 : SECTEUR SANITAIRE ST MALO/ DINAN

Caractéristiques du secteur sanitaire

Le secteur 6 se caractérise par une population plutôt âgée. Les indicateurs d'état de santé de la population se situent globalement au niveau de la moyenne régionale. La population est estimée à 235 559 habitants au 1^{er} janvier 2002 : l'indice de vieillissement égal à 39 est supérieur à la moyenne régionale de 32. Au cours des cinq années à venir, l'augmentation de la population des plus de 75 ans (11 % en 2005, 13 % en 2010) sera partiellement compensée par une diminution du nombre de personnes de 15 à 59 ans (- 2,3 %).

Sur le plan épidémiologique, quelques particularités apparaissent ; le risque de décès n'est pas homogène pour l'ensemble des tranches d'âges : on constate une surmortalité par rapport à la moyenne régionale pour les tranches d'âge des 0-19 ans (+ 13 %) et des 20-59 ans (+ 8 %). Le taux de mortalité infantile (6 décès pour 1000 naissances), bien qu'inférieur à la moyenne nationale, explique, en partie et sous réserve d'une actualisation des données, la surmortalité enregistrée pour la tranche d'âge des 0-19 ans. Le territoire présente un taux de mortalité par cancer supérieur à la moyenne régionale (+ 4 %). Il est plus faible pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 7 %). Pour les autres pathologies (maladies de l'appareil respiratoire, digestif, traumatismes et empoisonnements), le secteur présente une mortalité proche de la moyenne régionale.

Atouts

- Le cadre de l'organisation des soins sur Dinan est aujourd'hui défini.
- L'engagement des professionnels de santé dans la mise en place de réseaux de santé atteste d'une volonté d'offrir une réponse de proximité, articulant les acteurs du champ ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Faiblesses

- 75 % de la population résidant sur le secteur et nécessitant une hospitalisation en court séjour est hospitalisé dans un établissement du secteur. Les taux de prise en charge extra sectorielle dépassent les 30 % en chirurgie (hors les spécialités qui n'existent pas sur le territoire) et en soins de suite et de réadaptation, faute d'une capacité d'accueil suffisante pour cette dernière discipline.
- Le secteur pâtit d'une sous-densité de médecins spécialistes et de personnels soignants. La densité est inférieure à la moyenne régionale, plus particulièrement pour les médecins spécialistes (- 19 %, dont - 29 % pour les pédiatres), pour les sages-femmes (- 19 %) et les infirmiers (- 20 %). Cette situation est notamment préoccupante au titre de la périnatalité (227,7 naissances par pédiatre dans le territoire, contre 168,3 en moyenne régionale).

Enjeux du SROS III

- En ce qui concerne les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, une organisation médicale attractive et fondée sur le développement de coopérations inter-établissements, la mise en œuvre du pôle de santé dinannais, la structuration de l'offre en cancérologie (installation de la radiothérapie, mise en place du réseau,...), le renforcement des moyens d'imagerie, l'organisation de l'offre neuro-vasculaire et de réanimation – surveillance continue constituent les enjeux majeurs pour renforcer l'attractivité des établissements du territoire et réduire les taux de fuite.

- Compte tenu du vieillissement de la population, les filières gériatriques de St Malo/ Dinard/ Dinan (consultations d'évaluation précoce, hôpitaux de jour, court séjour gériatrique, soins de suite gériatriques,...) et l'offre de soins palliatifs (EMSP, lits identifiés...) sont à conforter.
- En raison de l'insuffisance de l'offre en MPR, le développement de celle-ci dans un contexte de coopération St Malo/ Dinard constitue également une priorité.
- Sur le champ de la santé mentale, un développement de la collaboration des deux établissements (St Malo / Léhon) s'impose.
- S'appuyant sur les acquis du SROS II, les acteurs ont réaffirmé leur volonté de poursuivre, par des initiatives et des expérimentations, le décloisonnement des secteurs hospitalier, ambulatoire, social, médico-social au niveau du fonctionnement des réseaux de santé et d'une coordination renforcée des interventions des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et médico-sociaux.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

	IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences	2 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
Médecine	6 sites : St Malo (2), Dinan (1), Dinard (1), Cancale (1), Combourg (1)	Séjours : 32 750 / 36 190
Chirurgie	3 sites : St Malo (2), Dinan (1))	Séjours : 18 330 / 20 260

			IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Réanimation			1 site : St Malo (1)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques		1 site : St Malo (1)	
<i>Surveillance continue</i>	adossées à une réanimation		1 site : St Malo (1)	
	Autonomes		3 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne		1 site : St Malo (1)	Actes : 586 / 1 055
	Electrophysiologie interventionnelle (ablations)	Niveau 1 - 2	1 site : St Malo (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Stimulateurs cardiaques	conventionnels	2 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie		1 site : St Malo (1)	
	Activité de chirurgie		Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie			
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie avec USIC		1 site : St Malo (1)	
	Médecine à orientation cardiologique		1 site : Dinan (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire		1 site : St Malo (1)	
	Unité de proximité		1 site : Dinan (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse		2 sites : St Malo (2)	Patients : 131 / 160, dont 45 / 53 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Unités de dialyse médicalisée		0 à 1	
	Unités d'auto dialyse		2 à 3	
Soins de suite	Polyvalents		<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 5 sites : St Malo (1), Dinard (1), Cancale (1), Combourg (1), Bagger Morvan (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 2 sites : Dinan (1), Plancoët (1)	Journées : 92 550 / 102 290 Venues : 0
	spécialisés	neurologiques (AVC)	1 site : Dinard (1)	
		Respiratoires	1 site : Dinard (1)	

			IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente		1 site : St Malo (1)	Journées : 25 510 / 28 200 Venues : 3 530 / 3 900
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	1 site : St Malo (1)	
	Réadaptation cardio vasculaire ambulatoire		1 site : Dinard (1)	
Hospitalisation à domicile			<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 implantation	
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes		1 site : St Malo (1)	
	Equipes mobiles	Intra et/ ou extra-hospitalières	2 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
	Lits identifiés		<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 4 sites : St Malo (1), Dinard (1), Combourg (1), Baguer Morvan (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	3 sites : St Malo (2), Léhon (1)	Journées : 82 130 / 91 060
		Hospitalisation de jour	6 sites : St Malo (2), Léhon (1), Dinan (2), Combourg (1)	Places : 94 / 104
		Hospitalisation de nuit	3 sites : St Malo (2), Léhon (1)	Places : 12 / 14
		Placement familial thérapeutique	1 site : St Malo (1)	
	infanto juvénile	Hospitalisation complète	1 ou 2 sites : St Malo (1), Dinan (1) ou St Malo (1)	Journées : 2 150 / 2 380
		Hospitalisation de jour	3 sites : St Malo (1), Quévert (1), Dinan (1)	Places : 43 / 47
		Placement familial thérapeutique	1 site : St Malo (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique	2 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
	Activité de néonatalogie Soins courants	2 sites : St Malo (1), Dinan (1)	
Personnes Agées	Soins de longue durée	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 4 sites : St Malo (2), Cancale (1), Combourg (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	Journées : 215 360 / 238 030
	Consultations mémoire	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 2 sites : St Malo (1), Dinard (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 1 site : Dinard (1)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 3 sites : St Malo (1), Cancale (1), Dinard (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	
	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 5 sites : St Malo (1), Cancale (1), Combourg (1), Dinard (1), <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité St Malo/ Dinard</u> 2 sites : St Malo (1), Dinard (1) <u>Territoire de proximité Dinan</u> 1 site : Dinan (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : St Malo (1)	1
IRM à utilisation clinique	2 ou 3 sites : St Malo (1 ou 2), Dinan (1)	3 / 4
Scanographe à utilisation médicale	3 sites : St Malo (2), Dinan (1)	4

II - Reconstitutions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Constitution d'un pôle hospitalier public/ privé à Dinan avec répartition des activités de soins aigus entre le Centre Hospitalier de Dinan (urgences, médecine, obstétrique) et la Polyclinique de la Rance (chirurgie) et engagement de cette dernière à participer, dans le cadre d'une concession de service public, à l'activité d'urgence chirurgicale et à assurer la couverture chirurgicale de la maternité, selon des modalités fixées par voie de conventions entre les deux établissements.

2°) Constitution d'un réseau de santé Ville/ Hôpital en cancérologie associant les établissements du secteur sanitaire et les professionnels de santé concernés.

TERRITOIRE DE SANTE N° 7 : SECTEUR SANITAIRE ST BRIEUC/ GUINGAMP/ LANNION

Caractéristiques du secteur sanitaire

Avec une population estimée de 383 261 habitants au 1^{er} janvier 2002, le secteur sanitaire ne devrait connaître, au cours des cinq années à venir, qu'une légère augmentation démographique, en raison d'un accroissement du vieillissement de la population (11 % de plus de 75 ans en 2005 – 12 % en 2010) et d'un fléchissement du taux de fécondité, à ce jour supérieur à la moyenne régionale.

Sur le plan épidémiologique, la surmortalité enregistrée sur la tranche d'âge des 20-59 ans s'explique en partie par un taux de suicide supérieur de 25 % à la moyenne régionale, pourtant très élevée. La morbidité, appréciée au travers des affections de longue durée (ALD), apparaît également supérieure à la moyenne régionale, notamment en ce qui concerne les psychoses et les troubles grave de la personnalité.

Atouts

- Le secteur sanitaire assure une bonne couverture des besoins en médecine, chirurgie et obstétrique, grâce à des équipements bien répartis sur l'ensemble du territoire. L'indice d'utilisation des soins hospitaliers en médecine et chirurgie, de même qu'en obstétrique, est élevé par rapport à la moyenne régionale, même si l'état de santé de la population et la part des personnes âgées en expliquent pour partie le recours accru.
- Par ailleurs, le maillage territorial des structures, ainsi que l'engagement de certains établissements et professionnels de santé sont à l'origine d'une bonne dynamique de coopération et de développement des réseaux de santé, le premier d'entre eux agréé en Bretagne en 1999 correspondant au réseau ADEPAFIN sur la périnatalité.

Faiblesses

- Les contraintes relatives à la démographie médicale, nonobstant une densité proche de la moyenne régionale, sont fortement ressenties et expliquent sans doute pour partie la difficulté à organiser une permanence des soins des médecins généralistes dans le nouveau cadre réglementaire et à maintenir celle exigée sur les hôpitaux locaux. A noter plus particulièrement, la sous-densité de psychiatres et de pédopsychiatres hospitaliers ou libéraux sur ce territoire.
- Les difficultés rencontrées sur la champ de la santé mentale sont aggravées par le fait que la répartition des secteurs psychiatriques et pédopsychiatriques entre les deux établissements PSPH intervenant principalement sur le territoire, est encore récente et que le maillage territorial des structures extra-hospitalières et des unités d'hospitalisation ne répond pas encore complètement aux besoins de la population, notamment briochine.
- En aval des soins aigus, et même si un effort de rééquilibrage a été consenti, le secteur sanitaire ne dispose pas, aujourd'hui, des structures suffisantes pour accueillir une population de plus en plus âgée en soins de suite.

Enjeux du SROS III

- Compte tenu du nombre de plateaux techniques publics et privés en médecine et en chirurgie et de la contrainte démographique croissante sur certaines spécialités médicales, il est indispensable de développer, dans les cinq ans à venir, une coopération, notamment sous la forme de Fédérations Médicales Interhospitalières dans le secteur public et de groupements de coopérations sanitaires entre les secteurs public et privé.

- En réponse au vieillissement de la population, le développement de l'offre, en aval des soins aigus, nécessite :
 - ◆ une structuration complète de la filière gériatrique sur les trois territoires de proximité identifiés et une consolidation du fonctionnement médical des hôpitaux locaux,
 - ◆ le développement d'une prise en charge en soins palliatifs dans les établissements de santé et à domicile,
 - ◆ l'accroissement du potentiel d'accueil en soins de suite polyvalents et gériatriques.
- Enfin, et eu égard aux caractéristiques épidémiologiques du territoire de santé, le dispositif de prise en charge en santé mentale doit pouvoir bénéficier d'une présence médicale accrue dans le champ hospitalier, mais également dans le champ ambulatoire, ce qui justifiera, au sein de la mission régionale de santé, le recours concerté aux mécanismes d'incitation qui pourraient être mis à disposition des acteurs locaux.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences		4 sites : St Brieuc (1), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1)	
Médecine		12 sites : St Brieuc (5), Guingamp (1), Lannion (2), Paimpol (1), Tréguier (1), Lamballe (1), Quintin (1)	Séjours : 72 010 / 79 590
Chirurgie		8 sites : St Brieuc (4), Guingamp (1), Lannion (2), Paimpol (1)	Séjours : 37 230 / 41 140
Réanimation		1 site : St Brieuc (1)	
<i>Soins intensifs</i>	Cardiologiques	1 site : St Brieuc (1)	
	hépato gastroentérologique adossées à une réanimation	1 site : St Brieuc (1)	
<i>Surveillance continue</i>	Autonomes	6 sites : St Brieuc (2), Guingamp (1), Lannion (2), Paimpol (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Angioplastie coronarienne	1 site : St Brieuc (1)	Actes : 748 / 1 727
	Electrophysiologie interventionnelle (ablations)	Niveau 1 - 2 1 site : St Brieuc (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Stimulateurs cardiaques	conventionnels Multisites 3 sites : St Brieuc (1), Lannion (1), Paimpol (1) 1 site : St Brieuc (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
Traitement du cancer	Activité de radiothérapie	1 site : St Brieuc (1)	
	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
	Activité de curiethérapie		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Cardiologie avecUSIC	1 site : St Brieuc (1)	
	Médecine à orientation cardiologique	3 sites : Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1)	
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire	1 site : St Brieuc (1)	
	Unité de proximité	4 sites : St Brieuc (1), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	2 sites : St Brieuc (1), Lannion (1)	Patients : 168 / 205, dont 64 – 78 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 4	
	Unités d'auto dialyse	3 à 6	
Soins de suite	Polyvalents	<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 3 sites : Lannion (1), Paimpol (1), Tréguier (1)	Journées : 113 340 / 125 280 Venues : 0
		<u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1)	
	spécialisés	<u>Territoire de proximité St Brieuc/ Lamballe/ Quintin</u> 4 sites : St Brieuc (1), Lamballe (1), Ploufragan (1), Quintin (1)	
neurologiques (AVC)		1 site : Ploufragan (1)	
	Alcoologie	1 site : St Brieuc (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	

			IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente		3 sites : St Brieuc (1), Guingamp (1), Trestel (1)	Journées : 32 400 / 35 810 Venues : 7 360 / 8 130
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	3 sites : St Brieuc (1), Guingamp (1), Trestel (1)	
		Respiratoire	1 site : St Brieuc (1)	
		Pédiatrique	2 sites : Plérin (1), Trestel (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
Réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire		1 site : St Brieuc (1)		
Hospitalisation à domicile			<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 implantation <u>Territoire de proximité St Brieuc/ Lamballe/ Quintin</u> 1 implantation	
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes		1 site : St Brieuc (1)	
	Equipes mobiles	inter établissements	1 site : St Brieuc (1)	
	Lits identifiés		<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 3 sites : Lannion (1), Paimpol (1), Tréguier (1) <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Brieuc/ Lamballe/ Quintin</u> 4 sites : St Brieuc (2), Lamballe (1), Quintin (1)	
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète	5 sites : St Brieuc (2), Bégard (1), Trégueux (1), Yffiniac (1)	Journées : 146 320 / 161 720
		Hospitalisation de jour	8 sites : St Brieuc (3), Bégard (1), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1), Yffliniac (1)	Places : 146 / 162
		Hospitalisation de nuit	2 sites : St Brieuc (1), Bégard (1)	Places : 7 / 8
		Placement familial thérapeutique	1 site : Bégard (1)	

			IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Psychiatrie	infanto juvénile	Hospitalisation complète	1 site : St Briec (1)	Journées : 4 840 / 5350 Places : 72 / 80
		Hospitalisation de jour	5 sites : St Briec (2), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1),	
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		4 sites : St Briec (2), Guingamp (1), Lannion (1)	
	Activité de néonatalogie	Soins courants	3 sites : St Briec (2), Lannion (1)	
		Soins intensifs	1 site : St Briec (1)	
	Activité de réanimation néonatale		1 site : St Briec (1) (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	
	Centres périnataux de proximité		1 site : Paimpol (1)	
Activités biologiques d'AMP	Recueil et traitement du sperme	3 sites : St Briec (2), Lannion (1)		
Personnes Agées	Soins de longue durée		<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 3 sites : Lannion (1), Paimpol (1), Tréguier (1) <u>Territoire de proximité St Briec/ Lamballe/ Quintin</u> 1 site : Lamballe (1)	Journées : 343 440 / 379 590
	Consultations mémoire		<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 1 site : Tréguier (1) <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Briec/ Lamballe/ Quintin</u> 1 site : St Briec (1)	
	Hôpital de jour (dont géronto psychiatrie pour mémoire)		<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 1 site : Tréguier (1) <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Briec/ Lamballe/ Quintin</u> 2 sites : St Briec (1), Yffiniac (1)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)		<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 2 sites : Lannion (1), Tréguier (1) <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Briec/ Lamballe/ Quintin</u> 4 sites : St Briec (2), Lamballe (1), Quintin (1)	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Personnes Agées (suite)	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)	<u>Territoire de proximité Trégor/ Goëlo</u> 3 sites : Lannion (1), Paimpol (1), Tréguier (1) <u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Brieuc/ Lamballe/ Quintin</u> 4 sites : St Brieuc (1), Lamballe (1), Ploufragan (1), Quintin (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie	<u>Territoire de proximité Guingamp</u> 1 site : Guingamp (1) <u>Territoire de proximité St Brieuc/ Lamballe/ Quintin</u> 1 site : St Brieuc (1),	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : St Brieuc (1)	2
Caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, Tomographe à émission, caméra à positons	1 site : St Brieuc (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	1
IRM à utilisation clinique	4 sites : St Brieuc (2), Guingamp (1) *, Lannion (1) *, Paimpol (1) *	3
Scanographe à utilisation médicale	6 sites : St Brieuc (3), Guingamp (1), Lannion (1), Paimpol (1)	8

* 1 IRM mobile sur trois sites

II - Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Fonctionnement en réseau des services d'urgence concrétisé par la mise en œuvre d'une Fédération médicale interhospitalière entre les CH de Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp, Paimpol, une intégration du dispositif psychiatrique géré par les CH de Bégard et Léhon et un conventionnement avec les cellules d'accueil en soins non programmés au sein des cliniques briochines.

2°) Maintien de l'activité chirurgicale au Centre Hospitalier de Paimpol sous réserve de la réalisation des objectifs quantifiés en chirurgie fixés dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens et de la poursuite de la coopération avec le Centre Hospitalier de St Brieuc, pouvant prendre la forme d'une Fédération Médicale Interhospitalière en anesthésie-réanimation et en chirurgie.

La réalisation des objectifs, ainsi que la pertinence de l'organisation mise en œuvre, feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où les conditions ne seraient pas satisfaites, le Centre Hospitalier de Paimpol devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire.

3°) Constitution d'un pôle de santé Public/Privé à Guingamp fondé sur une coopération sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire entre le Centre Hospitalier et la Clinique réunis sur un même site.

4°) Convention entre les CH de Saint-Brieuc, de Guingamp, de Paimpol, de Lannion et l'association des Urémiques de Bretagne afin d'offrir, sur le secteur sanitaire, une offre complémentaire de prise en charge des insuffisants rénaux chroniques et développer le recours à la télédialyse.

5°) Conventions de coopération entre le Centre Hospitalier Yves Le Foll (St Brieuc) et le Centre Hospitalier du Centre Bretagne (Pontivy), en complémentarité avec le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient) et le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes), pour assurer la couverture des besoins du secteur sanitaire « Pontivy/ Loudéac » en réanimation et pour ce qui concerne les activités interventionnelles et soins intensifs en cardiologie.

TERRITOIRE DE SANTE N° 8 : SECTEUR SANITAIRE PONTIVY/ LOUDEAC

Caractéristiques du secteur sanitaire

La population estimée à 132 072 habitants en 2002 (soit 4 % seulement de la population bretonne) se caractérise par le plus fort indice de vieillissement de la région. A l'échéance 2010, le secteur sanitaire devrait connaître un accroissement de la population des + de 75 ans de 21 % et une diminution du nombre de personnes de 15 à 59 ans de 4 %, ce qui entraînera une augmentation du recours aux soins pour la population âgée et un fléchissement du nombre de naissances.

Sur le plan épidémiologique, le secteur sanitaire présente des indices de mortalité élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire (indice 110, le plus élevé de la région) et pour les suicides (indice 113).

Atouts

Le secteur, créé à titre dérogatoire en 1994, voit son existence confirmée grâce à la structuration d'un pôle de santé public/ privé et à la pérennisation d'une offre de psychiatrie, acquise au titre de la mise en œuvre du 1^{er} schéma de santé mentale.

Faiblesses

- La densité des médecins généralistes et spécialistes est très inférieure à la moyenne régionale (respectivement de - 25 % et - 38 %) et les praticiens y sont plus âgés.
- Les taux de fuites vers les territoires de santé voisins sont particulièrement élevés, soit 44 % en chirurgie, 39 % en médecine et 40 % en obstétrique.

Enjeux du SROS III

- Le regroupement sur un site unique du centre hospitalier inter-communal et de la clinique privée permettra de mieux répondre aux besoins de la population : doivent en résulter une réduction du taux de fuites et une utilisation optimale des plateaux techniques et services d'hospitalisation aigus ; cet effort de structuration devrait également améliorer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux.
- Pour autant, les services hospitaliers du secteur ne pourront assurer l'ensemble des soins spécialisés (dont la réanimation, les soins intensifs cardiologiques, la radiothérapie en oncologie, ...), eu égard au potentiel médical à mobiliser pour un nombre de prises en charge peu élevé.
- La construction d'un nouveau site MCO, devant accueillir également un service aigu en psychiatrie, ne doit pas occulter l'importance de la consolidation d'une filière gériatrique, la prise en charge des soins palliatifs en établissement et à domicile et la recherche d'un fonctionnement optimal au sein des hôpitaux locaux.

I - Objectifs quantifiés

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25) **en gras** - *Activités non soumises à autorisation en italique*
 Sites = villes ou agglomération d'implantation avec entre parenthèses le nombre de sites où est réalisée l'activité de soins (ex : Agglomération rennaise (2), Fougères (1)...).

Un site unique peut justifier de plusieurs autorisations pour une même activité de soins.

I.1 Activités de soins

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Accueil et traitement des urgences		1 site : Noyal-Pontivy (1) * * Transitoirement 2 sites : Pontivy (1), Loudéac (1)	
Médecine		3 sites : Noyal-Pontivy (1), Guéméné sur Scorff (1), Plouguernevel (1) * * Transitoirement 5 sites : Pontivy (2), Loudéac (1), Guéméné sur Scorff (1), Plouguernevel (1)	Séjours : 17 810 / 19 690
Chirurgie		1 site : Noyal-Pontivy (1) * * Transitoirement 3 sites : Pontivy (2), Loudéac (1)	Séjours : 9 760 / 10 790
Réanimation			
<i>Surveillance continue</i>	Autonomes	1 site : Noyal-Pontivy (1) * * Transitoirement 2 sites : Pontivy (2)	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	Stimulateurs cardiaques conventionnels	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 2 sites : Pontivy (2)	Actes : 80 / 120

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)	VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
Traitement du cancer	Activité de chirurgie	Identification des sites reportée à une révision ultérieure, après parution des textes réglementaires	
	Activité de chimiothérapie		
<i>Pathologies cardio-vasculaires</i>	Médecine à orientation cardiologique	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	
<i>Accidents Vasculaires Cérébraux</i>	Unité neuro vasculaire ou Unité de proximité	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	
Traitement de l'I.R.C par épuration extra-rénale	Centres d'hémodialyse	1 site : Noyal-Pontivy (1) * <i>Transitoirement 1 site : Pontivy (1)</i>	Patients : 43 / 52, dont 10 – 12 en alternatives (auto dialyse et domicile)
	Unités de dialyse médicalisée	0 à 1	
	Unités d'auto dialyse	1 à 3	
Soins de suite	Polyvalents	4 sites : Pontivy (1), Loudéac (1), Guéméné sur Scorff (1), Plouguernevel (1)	Journées : 30 510 / 33 720 Venues : 0
	spécialisés respiratoires	1 site : Loudéac (1)	
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	MPR polyvalente	1 site : Plémet (1)	Journées : 19 740 / 21 820 Venues : 1 890 / 2 090
	MPR spécialisée à orientation neurologique	1 site : Plémet (1)	
Hospitalisation à domicile		<u>Territoire de Pontivy/Loudéac</u> 1 implantation	

		IMPLANTATIONS (Sites et/ou nombre) (y c. alternatives à l'hospitalisation)		VOLUME D'ACTIVITE (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<i>Soins palliatifs</i>	Unités fixes		1 site : Guéméné sur Scorff (1)	
	Equipes mobiles	inter établissements	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 2 sites : Pontivy (1), Loudéac (1)	
	Lits identifiés		1 site : Noyal Pontivy (1) si court séjour * *Transitoirement 2 sites : Pontivy (1), Loudéac (1) 2 sites : Pontivy et Loudéac si soins de suite	
Psychiatrie	générale	Hospitalisation complète dont unité pour malades difficiles	3 sites : Plouguernevel (1), Pontivy (1), Bréhan (1) 1 site : Plouguernevel (pour mémoire : cf. annexe territoire de santé Région)	Journées : 62 810 / 69 430
		Hospitalisation de jour	3 sites : Plouguernevel (1), Pontivy (1), Loudéac (1)	Places : 53 / 59
		Hospitalisation de nuit	1 site : Plouguernevel (1)	Places : 6 / 7
		Placement familial thérapeutique	1 site : Plouguernevel (1)	
		Post-cure psychiatrique	1 site : Cléguérec (1)	
	Infanto juvénile	Hospitalisation de jour	3 sites : Pontivy (1), Loudéac (1), Rostrenen (1)	Places : 25 / 27
Périnatalité	Activité de gynécologie-obstétrique		1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	
	Activité de néonatalogie	Soins courants	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	
	Centres périnataux de proximité		1 site : Loudéac (1)	
Personnes Agées	Soins de longue durée		4 sites : Pontivy (1), Rostrenen (1), Bréhan (2)	
	Consultations mémoire		2 sites : Noyal Pontivy (1), Bréhan (1) * Transitoirement 2 sites : Pontivy (1), Bréhan (1)	
	Hôpital de jour		1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	
	Court séjour gériatrique (pour mémoire)		1 site : Noyal Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Loudéac (1)	
	Soins de suite gériatriques (pour mémoire)		2 sites : Pontivy (1), Loudéac (1)	
	Equipes mobiles de gériatrie		1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	

I.2 Equipements matériels lourds (art. R. 6122.26)

	IMPLANTATIONS (Sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
IRM à utilisation clinique	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	1
Scanographe à utilisation médicale	1 site : Noyal-Pontivy (1) * Transitoirement 1 site : Pontivy (1)	1

II - Reconstitutions nécessaires à la réalisation du schéma

1°) Constitution d'un pôle de santé Public/Privé par regroupement des plateaux techniques et des services d'hospitalisation aigus du Centre Hospitalier de Centre Bretagne et de la Polyclinique de Pontivy sur la commune de Noyal-Pontivy (Kerio).

2°) Signature d'une convention entre le Centre Hospitalier de Centre Bretagne et la Polyclinique de Pontivy afin d'organiser la permanence des soins dans les spécialités chirurgicales où le service public ne dispose pas d'un effectif médical suffisant (prise en charge des urgences dans le respect du libre choix par le malade).

3°) Création d'une structure privée assurant les missions d'un hôpital local à Plouguernevel avec une capacité d'accueil en médecine et soins de suite polyvalents.

4°) Convention avec le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et/ou le Centre Hospitalier Bretagne Sud (Lorient) et/ou le Centre Hospitalier Yves Le Foll (St Brieuc) pour assurer la couverture des besoins du secteur « Pontivy/ Loudéac » en réanimation.

5°) Convention avec le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes) et/ou Centre Hospitalier Bretagne Sud (Lorient) et/ou le Centre Hospitalier Yves Le Foll (St Brieuc) pour assurer la couverture des besoins de soins intensifs cardiologiques et activité interventionnelle en cardiologie.

6°) Convention entre la Polyclinique et les établissements dotés de services de soins de suite.

LEXIQUE

A

ADELI	Association pour la maîtrise des systèmes d'information
AES	Accident d'Exposition au Sang
AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupe iso-ressources
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ALD.....	Affection de Longue Durée
AMP	Aide Médico-Psychologique
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU.....	Aide Médicale Urgente
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARE	Anesthésiste réanimateur
ARH.....	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS.....	Aide-soignant
ASE	Assistant Socio-éducatif
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASQ.....	Aide Soignante « Qualifiée »
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AUB.....	Association des Urémiques de Bretagne
AVC.....	Accidents Vasculaires Cérébraux

B

BMR	Bactéries Multi-Résistantes
-----------	-----------------------------

C

CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCLIN	Centre interrégional de Coordination de lutte contre les Infections Nosocomiales
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CCMU	Comité de Coordination des Mesures d'Urgence
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
CdAM.....	Catalogue des Actes Médicaux
CH	Centre Hospitalier
CHBA	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique
CHBS.....	Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CHRS.....	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHU.....	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC.....	Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
CLIN.....	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité Local de lutte contre la douleur
CMA	Complication et Morbidité Associée
CMAS.....	Complication et Morbidité Associée Sévère
CMC	Centre Médico Chirurgical
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP.....	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COMPAQH.....	Coordination pour la Mesure de la Performance et de l'Amélioration de la Qualité Hospitalière

COTER.....	Comité Technique Régional
COTOREP.....	Comité Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
COM.....	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COMED.....	Consortium de Distribution de Matériel Médical
COTRIM.....	Comité Technique Régional de l'Information Médicale
CPO.....	Centre de Pré Orientation
CPOM.....	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP.....	Centre Périnatal de Proximité
CRA.....	Centre de Ressources sur l'Autisme
CRC.....	Comité Régional des Contrats
CRIM.....	Comité Régional de l'Imagerie Médicale
CRCSM.....	Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale
CRLCC.....	Centre Régional de Lutte contre le Cancer
CRP.....	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CRRA.....	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CRU.....	Comité Régional des Usagers
CSAPA.....	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS.....	Conférence Sanitaire de Secteur
CSST.....	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CTIN.....	Comité Technique National des Infections Nosocomiales
CTRC.....	Comité Technique Régional de la Cancérologie
CUMP.....	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

D

DCI.....	Dénomination Commune Internationale
DDASS.....	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDR.....	Dotation de Développement des Réseaux
DESC.....	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DHOS.....	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM.....	Département d'Information Médicale
DMP.....	Dossier Médical Partagé
DMP.....	Dossier Médical Personnalisé
DMS.....	Durée Moyenne de Séjour
DP.....	Dialyse Péritonéale
DPN.....	Diagnostic Prénatal
DRASS.....	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR.....	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DRESS.....	Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques
DU.....	Diplôme Universitaire

E

ECG.....	Electro-Cardiogramme
ECT.....	Electroconvulsivothérapie
EER.....	Epuration Extra Rénale
EFG.....	Etablissement Français des Greffes
EHESP.....	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD.....	Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes
EMSP.....	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENSP.....	Ecole Nationale de la Santé Publique
EOHH.....	Equipe Opérationnelle en Hygiène Hospitalière
EPCI.....	Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
ESAT.....	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESST.....	Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles
ETP.....	Equivalent Temps Plein

F

FAMFoyer d' Accueil Médicalisé
 FAQSVFonds d' Aide à la Qualité des Soins en Ville
 FDTFoyer à Double Tarification
 FMIHFédération Médicale Inter Hospitalière
 FNAP-PSYFédération Nationale des Associations de Patients et ex- patients Psychiatriques

G

GAINGroupe d' Animation et d' Impulsion Nationale
 GCSGroupement de Coopération Sanitaire
 GEMSAGroupe d' Etude Multicentrique des Services d' Accueil
 GHM.....Groupe Homogène de Malades
 GIEGroupement d' Intérêt Economique
 GISA.....Staphylococcus aureus intermédiaires ou résistants à au moins un des glycopeptides

H

HADHospitalisation à Domicile
 HASHaute Autorité de Santé
 HDJ.....Hospitalisation de Jour
 HDT.....Hospitalisation à la Demande d' un Tiers
 HL.....Hôpital Local
 HPP.....Hémorragie du post-partum
 HSHospitalisation de semaine
 HTA.....Hypertension Artérielle
 HTCDDHospitalisation de Très Courte Durée

I

IADEInfirmier Anesthésiste Diplômé d' Etat
 IAOInfirmier d' Accueil et d' Orientation
 IBODE.....Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d' Etat
 IDEInfirmier Diplômé d' Etat
 IMGInterruption Médicale de Grossesse
 Imagerie TDM.Imagerie multi plans, multiparamétrique avec de forts contrastes tissulaires
 IN.....Infections Nosocomiales
 INCAInstitut National du Cancer
 INSEE.....Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
 INSERM.....Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
 IPPIdentifiant Par Patient
 IRCInsuffisance Rénale Chronique
 IRCTInsuffisance Rénale Chronique Terminale
 IRMImagerie par Résonance Magnétique
 IRMN.....Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire
 ISO.....Infection du Site Opératoire
 IVGInterruption Volontaire de Grossesse

L

LDLLow Density Lipoproteins
 LISPLit Identifié pour les Soins Palliatifs

M

MAO.....Médecin d'Accueil et d'Orientation
 MASMaison d'Accueil Spécialisée
 MCO.....Médecine Chirurgie Obstétrique
 MMGMaison Médicale de Garde
 MPR.....Médecine Physique et de Réadaptation
 MRS.....Mission Régionale de Santé

N

NIDCAPProgramme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement
 NTIC.....Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication

O

OCDEOrganisation de Coopération et de Développement Economique
 OMITObservatoire des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques
 OQNObjectif Quantifié National
 ORSB.....Observatoire Régional de la Santé en Bretagne

P

PAGUSPlan d'Action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire
 PARM.....Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale
 PASER.....Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région
 PASSPermanence d'Accès aux Soins de Santé
 PATHOSSystème d'Information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états
 pathologiques des personnes âgées
 PCL.....Prise en Charge Clinique Lourde
 PCTLPrise en charge Clinique Très Lourde
 PDS.....Permanence des Soins
 PH.....Praticien Hospitalier
 PJJ.....Protection Judiciaire de la Jeunesse
 PMI.....Protection Maternelle et Infantile
 PMSI.....Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
 PPSProgramme et Politique de Santé
 PMT.....Projet médical de territoire
 PPSProgramme Personnalisé de Soins
 PRAPS.....Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
 PRRProjet de Recherche en Réseau
 PRRC.....Prise en Charge de Rééducation Réadaptation Complexes
 PRSP.....Plan Régional de Santé Publique
 PSPHParticipant au Service Public Hospitalier

R

RCPRésumé des Caractéristiques des Produits
 RCPRéunions de Concertation Pluridisciplinaires
 RCV.....Réadaptation Cardiovasculaire
 RRFRééducation et Réadaptation Fonctionnelles
 RSSRésumé de Sortie Standardisé
 RUM.....Résumé d'Unité Médicale

S

SAEStatistique Annuelle des Etablissements

SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SARM.....	Staphylococcus Aureus Résistant à la Meticilline
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFC.....	Société Française de Cardiologie
SFICV.....	Société Française d'Imagerie Cardio-Vasculaire
SFMU	Sociétés Françaises des Médecins Urgentistes
SFNV.....	Société Française Neuro-Vasculaire
SFR.....	Société Française de Radiologie
SIGMED.....	Système d'Information et de Gestion des Personnels Médicaux
SIIPS.....	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SMUR.....	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SOFMER.....	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
SPASAD.....	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSAD.....	Service de Soins d'Aide à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSPI.....	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
SSR.....	Soins de Suite et de Rééducation
SSR.....	Soins de Suite et de Réadaptation
STI.....	Soins Techniques Infirmiers
STMI	Soins Techniques et Médicaux Importants

T

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
TCA	Traitements et Cures Ambulatoires
TCM	Traumatisé Crânien Médullaire
TED	Troubles Envahissants du Développement
TEP	Tomographe à Emission de Positons
TIH	Transports Infirmiers Inter hospitaliers
TMS.....	Stimulation Magnétique Trans-Crânienne
TO.....	Taux d'Occupation

U

UCPS	Unité de Concertation Pluridisciplinaire de Spécialité
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UDM.....	Unité de Dialyse Médicalisée
UF.....	Unité Fonctionnelle
UFR	Unité de Formation Régionale
UHCD.....	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées
UHSI.....	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UM.....	Unité Médicale
UMD.....	Unité pour Malades Difficiles
UMP	Unité Médico-Psychologique
UMPA	Unité de Médecine Post Accueil
UNAFAM.....	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
UP.....	Unité de Proximité
UP.....	Unité de Proximité, d'Accueil et de Traitement des Urgences
UPATOU.....	Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URMLUnion Régionale des Médecins Libéraux
 URMLBUnion Régionale des Médecins Libéraux Bretons
 USCUnité de Surveillance Continue
 USI.....Unité de Soins Intensifs
 USICUnité de Soins Intensifs de Cardiologie
 USICUnité des Systèmes d'Information et de Communication
 USINVUnité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
 USLD.....Unité de Soins de Longue Durée
 USP.....Unité Fixe de Soins Palliatifs

V

VI.....Ventilation Invasive
 VNI.....Ventilation Non Invasive