



*Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne*

# SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE BOURGOGNE – 2006/2011



# SOMMAIRE

|   |   |      |
|---|---|------|
| Préambule   |   | p 7  |
| <b>1<sup>ère</sup> PARTIE LE SROS : ELEMENTS DE CADRAGE</b> |   |      |
| CHAPITRE 1  | Les références réglementaires relatives au SROS et à son annexe                             | p 13 |
| 1.1   | Le SROS   | p 13 |
| 1.2   | L'annexe au SROS  | p 14 |
| CHAPITRE 2  | La méthodologie d'élaboration du SROS employée en Bourgogne                                 | p 17 |
| 2.1   | La territorialisation de l'organisation sanitaire   | p 17 |
| 2.2   | Le SROS de Bourgogne : à la convergence des réflexions régionales et territoriales          | p 17 |
| 2.3   | Les assises régionales du SROS et les conférences sanitaires de territoire                  | p 18 |
| CHAPITRE 3  | Le territoire de santé : une notion nouvelle  | p 19 |
| 3.1   | Les fondements et les principes des territoires de santé en Bourgogne                       | p 19 |
| 3.2   | L'architecture organisationnelle du territoire de santé en Bourgogne                        | p 21 |
| 3.3   | Méthodologie d'élaboration des territoires de santé et concertation au sein des territoires | p 23 |
| CHAPITRE 4  | Après la publication du SROS  | p 25 |
| 4.1   | Les projets médicaux de territoire  | p 25 |
| 4.2   | La procédure de révision des autorisations  | p 25 |
| 4.3   | Les contrats d'objectifs et de moyens   | p 25 |
| 4.4   | La mise en œuvre et l'évaluation du SROS  | p 26 |
| 4.5   | Le Schéma Interrégional d'Organisation sanitaire  | p 26 |

## 2<sup>ème</sup> PARTIE L'EVALUATION DES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION DE LA REGION BOURGOGNE

|            |  |      |
|------------|--|------|
| CHAPITRE 5 | Les caractéristiques géographiques et socio-démographiques de la région Bourgogne  | p 29 |
| 5.1        | Une région vaste et peu peuplée  | p 29 |
| 5.2        | Un vieillissement accentué   | p 30 |
| 5.3        | Des conditions socio-économiques fragiles  | p 30 |
| CHAPITRE 6 | L'état de santé de la population bourguignonne : les principaux faits marquants  | p 33 |
| 6.1        | Une amélioration de la santé mais une mortalité prématurée importante  | p 33 |
| 6.2        | Les principales pathologies causes de décès  | p 34 |
| 6.3        | Des déterminants comportementaux majeurs   | p 37 |
| 6.4        | La précarité des conditions de vie : effets défavorables sur la santé  | p 39 |
| CHAPITRE 7 | Les problèmes de santé selon les ages de la vie en Bourgogne   | p 41 |
| 7.1        | Avant 1 an   | p 41 |
| 7.2        | Entre 1 et 14 ans  | p 42 |
| 7.3        | Entre 15 et 34 ans   | p 44 |
| 7.4        | Entre 35 et 64 ans   | p 46 |
| 7.5        | Au-delà de 65 ans  | p 49 |
| CHAPITRE 8 | Les priorités du Plan Régional de Santé Publique   | p 53 |
| 8.1        | Lutter contre la consommation de tabac   | p 53 |
| 8.2        | Lutter contre la consommation excessive d'alcool   | p 54 |
| 8.3        | Améliorer l'état de santé bucco-dentaire   | p 54 |
| 8.4        | Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques   | p 55 |
| 8.5        | Participer à la création d'un environnement favorable à la bonne santé psychique des adolescents                                   | p 57 |
| 8.6        | Dépister les dépressions de l'adulte et réduire le nombre de suicides dans la population et plus spécifiquement en milieu carcéral | p 57 |
| 8.7        | Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles mentaux liés au vieillissement  | p 58 |
| 8.8        | Fédérer les différents producteurs de connaissance avec la participation des hôpitaux à la future plateforme prévue dans le PRSP   | p 58 |
| 8.9        | Développer un service public d'éducation pour la santé en impliquant les hôpitaux dans la politique de prévention territoriale     | p 58 |

|            |   |      |
|------------|---|------|
| CHAPITRE 9 | L'offre de soins en Bourgogne   | p 59 |
| 9.1        | Un déficit en professionnel de santé, inégalement réparti sur le territoire                                 | p 59 |
| 9.2        | La nécessité d'une coopération pour la desserte hospitalière  | p 61 |
| 9.3        | Un taux d'équipement pour les personnes âgées supérieur à la moyenne, mais des besoins en forte progression | p 62 |
| 9.4        | L'articulation de l'offre médico-sociale dans le domaine du handicap avec le secteur sanitaire à organiser  | p 63 |
| 9.5        | Le développement des réseaux pour une meilleure articulation des intervenants                               | p 64 |

### **3<sup>ème</sup> PARTIE LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DE L'OFFRE DE SOINS POUR REPONDRE AUX BESOINS DE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE DE LA POPULATION BOURGUIGNONNE**

|             |  |       |
|-------------|--|-------|
| CHAPITRE 10 | Les activités de soins dits de plateaux techniques                             | p 69  |
| 10.1        | La périnatalité  | p 70  |
| 10.2        | La prise en charge des enfants et des adolescents                              | p 76  |
| 10.3        | La chirurgie   | p 87  |
| 10.4        | La réanimation, les soins intensifs et les soins continus                      | p 91  |
| 10.5        | La prise en charge des pathologies neuro-cardio-vasculaires                    | p 95  |
| 10.6        | La prise en charge des personnes atteintes de cancer                           | p 99  |
| 10.7        | La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique                          | p 103 |
| 10.8        | L'odontologie  | p 107 |
| CHAPITRE 11 | Les activités de soins dits de proximité                                       | p 109 |
| 11.1        | La prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins | p 109 |
| 11.2        | La médecine  | p 113 |
| 11.3        | La psychiatrie et la santé mentale   | p 115 |
| 11.4        | Les soins de suite, la rééducation et la réadaptation                          | p 119 |
| 11.5        | La prise en charge des personnes âgées   | p 123 |
| 11.6        | Les soins palliatifs   | p 127 |
| CHAPITRE 12 | Les moyens spécifiques pour mettre en œuvre ces activités de soins             | p 129 |
| 12.1        | L'imagerie médicale  | p 129 |
| 12.2        | L'hospitalisation à domicile   | p 132 |
| 12.3        | L'hôpital local  | p 134 |
| 12.4        | Les transports sanitaires  | p 136 |



# PREAMBULE

Le présent schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) définit l'organisation de l'offre de soins en Bourgogne, dans le cadre des grandes orientations nationales.

L'offre de soins repose sur la participation active de l'ensemble des acteurs :

- médecins installés en libéral, qui assurent la médecine de proximité et la permanence des soins lorsqu'il n'est pas nécessaire de recourir au système hospitalier des urgences qui engagent le pronostic vital. Des zones sous-médicalisées ont été définies en 2005, pour lesquelles les médecins bénéficieront à l'avenir d'aides particulières.
- hôpitaux locaux, qui concourent à la médecine de proximité et qui permettent d'éviter des hospitalisations indues, particulièrement chez les personnes âgées, ou de favoriser un retour plus rapide près du domicile
- centres hospitaliers et centres ou cliniques privés, conjointement nécessaires pour les investigations diagnostiques et les soins plus lourds. L'offre de soins des établissements de santé est organisée dans chacun des six territoires de santé de la région, autour d'un site pivot, qui comprend un ou plusieurs centres hospitaliers et un ou plusieurs établissements privés. Chaque site pivot doit pouvoir permettre le traitement adapté de toutes les pathologies qui ne nécessitent pas le recours à des investigations pratiquées uniquement dans des centres universitaires.
- centres de rééducation fonctionnelle ou de soins de suite, dont le développement doit continuer dans plusieurs territoires de la région. Ces soins concourent à recentrer, comme il se doit, les établissements de lits aigus sur leur métier. Ils contribuent indirectement à résoudre les questions de disponibilité de lits qui peuvent se poser lors d'afflux particulièrement importants aux urgences des hôpitaux.
- les établissements médico-sociaux qui assurent la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'offre de soins est fortement imbriquée avec les autres questions de santé publique, tant il est important de prévenir les maladies à chaque fois que cela est possible plutôt que de les soigner. Être devant la maladie plutôt que la suivre. Veiller à ce que chacun se sente responsable de son propre capital santé est ainsi essentiel. C'est la raison pour laquelle, en Bourgogne, les territoires du présent SROS et ceux du Programme Régional de Santé Publique sont identiques. Il est également important que chacun sache aller vers le système de santé qui lui est proposé, acte volontaire qui n'est pas évident pour certaines personnes peu favorisées qui consultent trop tardivement. On observe encore des cas, certes rares, de futures mères qui n'ont pas consulté avant l'accouchement. La protection sociale, très favorable en France et dont le maintien est l'un des objectifs nationaux, concourt à permettre cet accès de tous aux soins. Le lien entre le secteur sanitaire et l'approche médico-sociale est ainsi évident. C'est pour cela que les textes prévoient que le SROS avant son adoption est discuté et soumis non seulement à l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) mais également à celui du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

L'idéal serait que chacun puisse disposer à proximité de son domicile de tous les services les plus performants. Cela est naturellement totalement impossible dans une région vaste et dont la densité de population est faible ou très faible dans certaines zones telles que le Morvan. Le maintien d'un savoir faire sur les techniques médicales, quelles qu'elles soient, suppose une pratique régulière, qui limite par essence les centres qui peuvent réaliser telle ou telle pratique. Les référentiels qui se développent sur la chirurgie, sur la cancérologie, suivent cette réalité pour garantir au malade la qualité des soins. Il en résulte des décisions et des orientations :

- décision de maintenir la chirurgie complète dans les centres qui assurent une garantie de niveau d'activité et de prise en charge en cas de complication. Ces recentrages sur les sites pivots et sur un certain nombre d'établissements dont la taille est appropriée, n'empêche pas le maintien de plateaux techniques avancés pour des interventions définies, dans le cadre d'une chirurgie programmée de semaine ou ambulatoire dans des hôpitaux de taille plus modeste. Cette orientation s'accompagne, lorsque cela s'avère nécessaire, d'une mutualisation des équipes de chirurgie sur un territoire, permettant ainsi le maintien d'une activité individuelle suffisante et la pratique de toutes les interventions. Cette orientation sur la chirurgie est de surcroît la seule totalement compatible avec la démographie médicale de spécialités telles que la chirurgie et plus encore de l'anesthésie, qui devient une réelle contrainte.

- de même la cardiologie interventionnelle, vitale en cas de thrombose coronarienne, et les unités neurovasculaires de soins intensifs, qui améliorent la survie et la récupération après certains accidents vasculaires cérébraux, sont développés sur les sites pivots avec le souci de maintien de la technicité.

- des transports d'urgence avec leurs services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent à l'inverse un maillage plus fin qu'auparavant. La politique des transports médicalisée comprend des aménagements devant conduire à un meilleur service pour l'arrivée rapide du médecin dans les cas d'urgence vitale.

- cette orientation s'accompagne d'une diffusion des appareils de scanographie par rayons X (« scanner ») sous certaines conditions techniques, avec notamment la possibilité d'installations nouvelles à Autun, Decize et dans le territoire du Sud de l'Yonne.

C'est ainsi que le SROS joue son rôle structurant permettant de diminuer les inégalités territoriales, en garantissant les lieux de haute technicité et en favorisant l'accès aux lieux ainsi définis.

Le renforcement des pôles de compétence ne passe pas uniquement par les centres de haute technicité de traitement des urgences vitales, loin s'en faut. D'autres types de compétence sont nécessaires pour répondre aux besoins de soins de l'ensemble de la population. La gérontologie, avec un maillage en réseau autour de certains hôpitaux de proximité, le développement de la psychiatrie de liaison autour des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), la rééducation fonctionnelle, qui peut être particulièrement spécialisée avec des centres qui ont développé la rééducation des fonctions cognitives, le réseau de périnatalité bien développé entre les établissements de Bourgogne et qui sera à présent prolongé de façon systématique autour des maternités et des centres périnataux de proximité, le développement de l'hospitalisation à domicile sont autant d'exemples d'ancrage autour d'établissements plus modestes qui développent un savoir faire spécifique. C'est ainsi que l'on retrouve les déclinaisons régionales de plans tels que le plan périnatalité, le plan de santé mentale, le plan de lutte contre le cancer, le plan urgences.

Le pôle régional qui comprend le centre hospitalier-universitaire (CHU) et le centre de lutte contre le cancer (CLCC), est le point d'ancrage des réseaux inter établissements. Il en résulte des obligations de coopération qui sont définies dans le schéma. C'est à ce niveau que se construit la part contributive de la région à l'évolution des connaissances et des techniques, au sein de la communauté nationale et internationale.

Ce SROS est établi dans des conditions de contrainte budgétaire plus fortes qu'auparavant. Le paramètre financier n'est pas un critère décisionnel lorsque l'urgence est en jeu, pas plus que pour des investissements dans des outils modernes de soin ou de diagnostic. En revanche, ce même critère financier nous oblige à faire preuve de toute la maturité attendue dans les décisions pour d'autres cas. Certains éléments de proximité peuvent être aménagés lorsqu'ils sont uniquement des éléments de confort. Se déplacer d'une distance comparable pour passer un examen par imagerie par résonance nucléaire (IRM) à celle que l'on accepte pour certains achats de la vie courante n'est pas coupable. Nous ne pouvons pas continuer à emprunter le paiement de nos propres soins à la génération qui nous suit. De plus, nous savons que le développement de techniques de pointes conduit inéluctablement à l'augmentation de la dépense de santé, ce qui est normal. Il s'agit là d'une raison supplémentaire pour bien veiller à l'organisation rationnelle de l'offre de soins. Le SROS et son pendant, la tarification à l'activité (T2A) sont les deux outils dont le bon équilibre doit assurer la qualité de l'offre de soins et la bonne santé des établissements de santé eux-mêmes.

Le présent schéma sera amendé annuellement selon les mêmes modalités que celles qui ont prévalu pour son élaboration. Un chapitre sur les systèmes d'information, comprenant les orientations du schéma directeur régional des systèmes d'information pour les établissements de santé et leur relation avec les soignants installés en libéral, sera ajouté en 2007. Les préconisations et les annexes sur la prise en charge des malades atteints de cancer et celles sur les urgences seront modifiées pour être mises, le cas échéant, en conformité avec les textes réglementaires à venir. De même des ajustements seront possibles pour assurer la cohérence avec le futur Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS), notamment sur les prélèvements d'organes et les greffes. Les volumes concernant les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie contenus dans l'annexe seront corrigés en fonction des données 2005. L'objectif est, tout en assurant une visibilité des axes de développement de l'offre de soins sur la région, de permettre une adaptation régulière aux exigences et aux attentes de nos concitoyens.

Ce schéma a été préparé avec les élus, les acteurs professionnels, médicaux et administratifs, et les contributions des représentants des personnels de santé et des représentants des usagers. La coordination des travaux a été assurée par les services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie. Qu'ils en soient tous remerciés.

Le Directeur de l'ARH de Bourgogne

**Michel BALLEREAU**

**PREMIERE PARTIE**  
**LE SROS : ELEMENTS DE CADRAGE**



# CHAPITRE 1

## LES REFERENCES REGLEMENTAIRES RELATIVES AU SROS ET A SON ANNEXE

### 1.1 – Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (Articles L 6121-1 à 4 et R 6121-1 à 5 du Code de la Santé Publique)

Le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés.

Le SROS vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire.

Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

Le schéma régional est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'organisation des soins existante. Le schéma d'organisation sanitaire peut être révisé en tout ou partie à tout moment. Il est réexaminé au moins tous les cinq ans.

Le SROS est arrêté par le Directeur de l'ARH après avis du CROS.

Les matières devant obligatoirement figurer dans le SROS sont les suivantes : la périnatalité ; la prise en charge des enfants et des adolescents ; la chirurgie ; la réanimation, les soins intensifs et les soins continus ; les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ; la prise en charge des personnes atteintes de cancer ; la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins ; la médecine ; la psychiatrie et la santé mentale ; les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle ; la prise en charge des patients cérébraux lésés et traumatisés médullaires ; la prise en charge des personnes âgées ; les soins palliatifs ; l'imagerie médicale ; l'hospitalisation à domicile.

Le SROS se décline autour de quatre priorités :

- Une meilleure évaluation des besoins de santé,
- Une plus grande prise en compte de la dimension territoriale,
- Une association plus étroite des établissements des élus, des professionnels et des usagers,
- Une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.

Il a pour objectifs :

- D'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques,
- De veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique prévus dans les programmes régionaux de santé publique.

## **1.2 – L'annexe au SROS (Article L 6121-2 et D 6121-6 à 10 du Code de la Santé Publique)**

Le schéma régional comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette annexe précise :

- Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds
- Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs

Sont jointes à cette annexe, à titre indicatif, les orientations établies par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale, en application des dispositions du 1° dudit article.

Selon les activités ou équipements, les territoires constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.

Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui sont précisés par l'annexe au schéma d'organisation sanitaire prévue à l'article L. 6121-2 portent sur les activités de soins et les équipements matériels lourds faisant l'objet du schéma d'organisation sanitaire mentionnés à l'article L. 6121-1.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins mentionnés à l'article D. 6121-6 sont exprimés pour les activités de soins :

1° Par territoire de santé :

- nombre d'implantations assurant une activité de soins déterminée, définie à l'article R. 6122-25 ;
- nombre d'implantations des équipements et services assurant une activité de psychiatrie, définis par arrêté du ministre chargé de la santé ;

2° Outre ces modalités, les objectifs peuvent également être exprimés, par territoire, de la manière suivante :

- temps maximum d'accès, dans un territoire de santé, à un établissement exerçant l'une des activités de soins définies à l'article R. 6122-25 ;

- permanence des soins pour tout ou partie d'une activité de soins définie à l'article R. 6122-25 ;

3° Par territoire et par activité de soins prévue à l'article R. 6122-25, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation pour :

a) Activité de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel de jour, à l'exception de la chimiothérapie :

- nombre de séjours ;

b) Activité de chirurgie, y compris la chirurgie ambulatoire :

- nombre de séjours ;

c) Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie et activités interventionnelles, par voie endovasculaire, en neuroradiologie :

- nombre d'actes ;

d) Activité de psychiatrie :

- nombre de journées d'hospitalisation complète ;

- nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de jour ;

- nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de nuit ;

e) Activité de soins de suite, activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles et activité de soins de longue durée :

- nombre de journées ;

- nombre de venues ;

f) Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale :

- nombre de patients.

Les nomenclatures de référence des objectifs ainsi quantifiés sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les dispositions du 3° de l'article D. 6121-7 ne sont pas applicables aux activités de soins et prises en charge suivantes :

1° L'obstétrique ;

2° La néonatalogie ;

3° La réanimation néonatale ;

4° La réanimation ;

5° L'accueil et le traitement des urgences ;

6° Les transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ;

7° Les traitements des grands brûlés ;

8° La chirurgie cardiaque ;

9° La neurochirurgie ;

10° Le traitement du cancer ;

11° Les activités de diagnostic prénatal ;

12° Les activités de recueil, le traitement, la conservation de gamètes et la cession de gamètes issus de don ;

13° Les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation ;

14° Les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation.

Elles ne s'appliquent pas non plus aux activités de soins exercées dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins mentionnés à l'article D. 6121-6 sont exprimés pour les équipements matériels lourds :

1° Par territoire de santé :

- nombre d'implantations disposant d'un équipement matériel lourd déterminé.

Outre ces modalités, les objectifs peuvent également être exprimés de la manière suivante :

- temps maximum d'accès, dans un territoire de santé, à un établissement disposant de l'un des équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 ;

- permanence des soins pour l'exploitation d'un des équipements matériels lourds définis à l'article R. 6122-26 ;

2° Par territoire de santé et par équipement matériel lourd :

- nombre d'appareils.

Les objectifs sont quantifiés soit par un minimum et un maximum, soit par une progression ou une diminution au décours de la période d'exécution du schéma, éventuellement assorti d'échéances sur tout ou partie de cette période.

## CHAPITRE 2

# LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SROS EMPLOYEE EN BOURGOGNE

### 2.1 – La territorialisation de l'organisation sanitaire

L'élaboration du SROS en Bourgogne est engagée depuis juin 2003, date à laquelle a été mis en œuvre le Plan Hôpital 2007. En effet le choix des opérations d'investissements immobiliers dans les établissements de santé a été établi après le découpage de la région Bourgogne en 6 territoires sanitaires et de coopération, désormais appelés territoires de santé.

Ce découpage de la Bourgogne en 6 territoires de santé a été approuvé par la commission exécutive de l'ARH en septembre 2003 et constitue le fondement de toute la politique régionale hospitalière, mais également l'organisation du travail au sein de l'ARH.

Le chapitre 3 décrit en détail les fondements et les principes de ces territoires et particulièrement les notions de sites pivots, de complémentarité, de coopération inter-établissements et de gradation des soins.

C'est sur la base de ce découpage territorial qu'on a été élaborés les pré projets médicaux de territoire, installées les 6 conférences sanitaires de territoire et établie l'annexe au SROS.

### 2.2 – Le SROS de Bourgogne : à la convergence des réflexions régionales et territoriales

Le SROS s'analyse comme étant le produit à la fois de réflexions générales sur l'organisation des soins dans certaines disciplines (régionales et nationales), mais également le fruit des réflexions au sein de chaque territoire de santé, au travers de l'élaboration des pré-projets de territoire. Ces pré-projets ont été élaborés par chaque Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales conjointement avec l'Assurance maladie, avec l'aide des professionnels de santé du territoire qui ont animé des groupes de travail spécifiques. Les six pré-projets ont été finalisés en mars 2005 et présentés aux membres de chaque conférence sanitaire de territoire. Début 2004, des chefs de projets choisis parmi les professionnels régionaux hospitaliers publics et privés, ont été missionnés pour animer des comités régionaux et émettre des propositions en matière d'organisation des soins sur l'ensemble des activités mentionnés dans la troisième partie. Ces comités ont remis leur travaux à l'ARH en mars 2005, et c'est sur leur base qu'a été établi le SROS.

## 2.3 – Les assises régionales du SROS et les conférences sanitaires de territoire

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne a organisé le vendredi 7 octobre 2005 à Autun les « Assises Régionales du SROS 2006-2011 ». Ces assises qui ont réuni l'ensemble des acteurs concernés (élus, usagers, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, secteur médico-social, l'assurance maladie, services de l'Etat, membres des conférences sanitaires de territoire) ont été l'occasion de débattre sur les enjeux et les objectifs en termes d'organisation des soins sur le territoire bourguignon pour les 5 années futures. Elles se sont inscrites dans le cadre de la concertation engagée au sein des 6 conférences sanitaires de territoire, installées par le Directeur de l'ARH de Bourgogne en juin 2005.

Les conférences sanitaires de territoire sont composées, pour chaque territoire, des représentants des établissements de santé (directeur et président de la commission médicale d'établissement), des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des usagers, des maires des communes siège d'un établissement de santé, des présidents des communautés de communes, les maires qui exercent la fonction de président de pays, un conseiller général, un conseiller régional. Il revient au directeur de l'ARH de fixer la composition nominative de la conférence sanitaire.

Présidée par un représentant des collectivités territoriales élu, la conférence sanitaire de territoire est une véritable instance stratégique, de dialogue, de concertation, de proposition et d'évaluation. Elle est saisie notamment pour émettre un avis sur le projet de SROS, mais également est appelée à mettre en œuvre le schéma à travers le projet de territoire, déclinaison opérationnelle du SROS. La conférence est ainsi chargée de promouvoir la coopération entre les établissements de santé.

L'ARH souhaite que ces conférences sanitaires soient de véritables instances de concertation constructives et vivantes, qui représentent les acteurs de santé du territoire. Le tout dans un contexte de démographie médicale et paramédicale fragile, de réforme du mode de financement des établissements de santé basé désormais sur l'activité, et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Ce sont ces trois contraintes que le SROS prend en compte, tout en assurant une organisation sanitaire territoriale qui permette le maintien ou le développement d'activités de proximité et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques (chirurgie et maternités), et en veillant à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique prévus par le plan régional de santé publique arrêté par le Préfet de Région.

## CHAPITRE 3

### LE TERRITOIRE DE SANTE : UNE NOTION NOUVELLE

Le précédent SROS avait défini neuf pôles sanitaires de coopération qui regroupaient la centaine d'établissements de santé publics et privés de la région. Zone privilégiée de la coopération et des complémentarités, chaque pôle devait offrir l'ensemble des soins à la population, hormis ceux relevant de spécialités régionales ou extra-régionales. L'offre était organisée selon une logique de subsidiarité et selon un double mouvement de concentration sur un site des activités techniques (chirurgie, obstétrique, réanimation) et de déconcentration sur les sites de proximité des activités de médecine, soins de suite, soins de longue durée.

Depuis 1999, les normes techniques de fonctionnement pour certaines activités (urgences, périnatalité, réanimation, insuffisance rénale chronique) ont considérablement évolué ; l'organisation du travail s'est profondément modifiée avec la nouvelle réglementation sur le temps de travail ; le contexte difficile de la démographie médicale et paramédicale s'est accentué. Autant d'éléments ont conduit à la nécessité de redécouper la région en six territoires de santé présentant une masse critique suffisante, tant du point de vue des besoins que de l'offre de soins, pour garantir sur chacun d'entre eux une couverture sanitaire minimale en toute sécurité et qualité des soins.

#### 3.1 – Les fondements et les principes des territoires de santé en Bourgogne

##### 3.1.1 – La capacité à produire l'ensemble des soins à l'exception des spécialités régionales et extra-régionales

Le territoire de santé doit présenter une masse critique suffisante en termes d'offre de soins afin de pouvoir satisfaire la majeure partie des besoins de la population, à l'exception de ceux relevant de techniques spécialisées régionales ou extra-régionales.

##### 3.1.2 – Une organisation territoriale de l'offre en trois niveaux de soins

- **Niveau 1** : Premier niveau de soins constitué par les hôpitaux locaux et les maisons médicales. Ces structures, en coopération étroite avec les professionnels libéraux, doivent être en mesure de prendre en charge certaines urgences dans le cadre de la permanence des soins ; de prodiguer des soins primaires en médecine et en soins de suite ; d'offrir des consultations avancées de spécialité médicale, chirurgicale et obstétricale ; de jouer un rôle dans la prévention et la formation des professionnels (Cf. Circulaire ministérielle du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local).

- **Niveau 2** : Niveau intermédiaire constitué par des centres hospitaliers disposant d'un plateau technique minimum en chirurgie et en obstétrique. Ce niveau permet d'assurer des services polyvalents et coordonnés, et d'offrir une continuité dans la prise en charge des patients sur un plan sanitaire, médico-social et social. Il garantit un accès effectif au système de soins et la prise en charge des patients en retour des plateaux techniques hospitaliers des niveaux suivants.
- **Niveau 3** : Niveau territorial assuré par un site pivot constitué des établissements de santé publics et privés du site. Il garantit une prise en charge des urgences 24 h / 24 h, dispose d'un plateau technique performant et adéquat en médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation. Il offre l'ensemble des soins pour répondre aux besoins de la population, y compris les deux premiers niveaux. Il est le lieu où s'effectuent les soins spécialisés autres que ceux du niveau régional ou inter-régional.

Le **niveau 4**, qui correspond au niveau régional ou interrégional, assure des soins très spécialisés : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, disciplines interventionnelles que l'on ne peut envisager dans chaque territoire, et apporte son appui à l'ensemble des établissements de santé pour l'exercice de leurs missions.

A chaque territoire sanitaire et de coopération correspond donc une organisation graduée et hiérarchisée de l'offre de soins hospitalière en trois niveaux de soins, qui doivent satisfaire la presque totalité des besoins de la population en toute sécurité et qualité.

Ce découpage en 6 territoires ne remet pas en cause la sectorisation psychiatrique et les centres hospitaliers spécialisés de la région gardent leur vocation départementale.

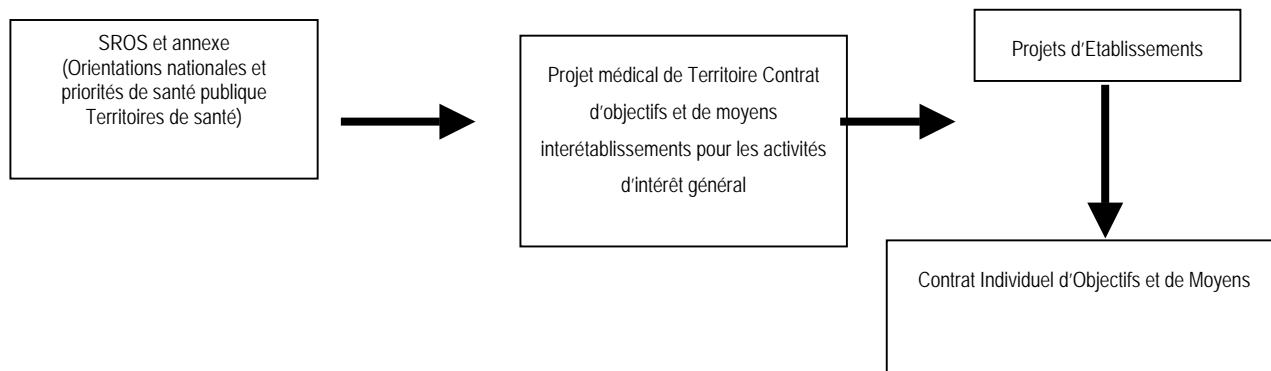
### 3.1.3 – Une nouvelle organisation sanitaire : vers un contrat de territoire

En concertation avec les établissements au sein des conférences sanitaires de territoire, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation anime la définition de la vision propre de chaque territoire débouchant sur un projet inter-établissement appelé projet médical de territoire. Ce projet précise les modalités d'organisation médicale et les répartitions d'activité entre les sites, les coopérations et complémentarités à mettre en œuvre dans les domaines médico-techniques, techniques et administratifs. Il doit être porté par l'ensemble des établissements et faire l'objet d'une approbation par l'Agence. Il peut donner lieu à la négociation d'un contrat d'objectifs et de moyens interétablissements.

C'est sur la base de ce projet médical de territoire que les établissements doivent élaborer leur projet d'établissement, conçu désormais comme un projet d'organisation qui s'inscrit dans la cohérence globale du projet de territoire. Le projet d'établissement est une déclinaison individuelle du projet de territoire.

La traduction opérationnelle du projet de territoire s'effectue à travers la négociation d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens entre l'Agence et chaque établissement. Il constitue un préalable à toute négociation de moyens supplémentaires dans le cadre d'un contrat pluriannuel.

La nouvelle planification sanitaire peut être schématisée de la manière suivante :



Les territoires de santé sous-tendent l'organisation hospitalière publique et privée selon une logique de coopération et de complémentarités et une gradation en niveaux de soins.

## 3.2 – L'architecture organisationnelle du territoire de santé en Bourgogne

L'organisation hospitalière publique et privée au sein d'un territoire de santé est structurée autour d'un site pivot public et privé qui apporte son concours aux sites de proximité que constituent les niveaux 1 et 2 de soins. Chaque habitant d'un territoire doit pouvoir trouver une réponse adaptée à ses besoins, soit au niveau du site pivot pour les pathologies nécessitant la mobilisation de moyens lourds et de ressources humaines spécifiques, soit au niveau des sites de proximité pour la médecine polyvalente et à orientation, les soins de suite.

### 3.2.1 – Une structuration de l'offre de soins autour du site pivot

Le site pivot constitue la structure hospitalière de référence pour l'ensemble des établissements du territoire dans lequel il est implanté. Il doit avoir des capacités en lits d'une taille suffisante en fonction de ses différentes missions.

Il assure l'ensemble des soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux qui ne relèvent pas de la compétence du niveau régional, y compris des soins de proximité pour la population de sa zone d'attraction. Il accueille et traite l'ensemble des urgences et est le garant de l'organisation de la prise en charge des urgences sur tout le territoire. Il est en mesure de prendre en charge les missions de réanimation et de soins intensifs de cardiologie, dispose d'une maternité de niveau II avec un service de néonatalogie avec ou sans soins intensifs.

Les 6 sites pivots sont : Chalon sur Saône, Mâcon, Nevers, Sens, Auxerre, Dijon.

Le site pivot est composé des établissements de santé publics et privés présents sur le site. Une coopération active doit être recherchée entre les structures de manière à constituer un seul et unique site pivot. En fonction des domaines de compétence et d'excellence de chacun, il importe que chacun se spécialise dans des activités complémentaires mais non concurrentes. Ainsi, l'établissement privé peut être amené à assurer le rôle de pivot pour certaines spécialités. Cette coopération pourra être matérialisée sous une forme juridiquement adaptée.

Le site pivot est garant de l'organisation des soins dans le territoire sanitaire et de coopération. Dans un contexte de rareté des ressources, la mutualisation des moyens, notamment en termes de personnels, devra être recherchée pour permettre une organisation des soins efficiente.

C'est dans cette logique que le site pivot a vocation à apporter son plein et entier soutien aux sites de proximité afin que la qualité et la sécurité des soins soient garanties à chaque niveau.

### **3.2.2 – Une organisation fondée sur la coopération et les complémentarités inter-établissements**

Le maintien d'une offre de proximité dans chaque territoire (niveau 1 et 2) nécessite une approche résolument exogène privilégiant une coopération et des complémentarités fortes entre l'ensemble des établissements de santé. Plusieurs niveaux de coopération peuvent être distingués :

- La mise en place de réseaux ville – hôpital sur les sites de proximité : il est nécessaire que les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers de proximité mettent en place une coopération étroite avec les professionnels libéraux sous forme de réseaux ville – hôpital ou de maisons médicales.
- Un travail en réseau entre les sites de niveau 1 et 2 et le site pivot : il est nécessaire que le territoire de santé soit identifié comme une structure juridique à part entière qui aura pour objectif d'élaborer le projet de territoire qui définira les répartitions d'activités, les coopérations à mettre en place, les partages et les mutualisations de moyens entre le site pivot et les sites de proximité.
- La coopération au sein du site pivot entre le(s) centre(s) hospitalier(s) et le(s) établissement(s) privé(s) le constituant
- La coopération régionale entre les territoires pour la prise en charge des grandes pathologies comme la cancérologie, la périnatalité... sous la forme de réseaux régionaux.

La nouvelle organisation des soins hospitaliers, fondée sur les territoires de santé, repose sur une graduation entre trois niveaux de soins, structurée autour d'un site pivot, et sur une coopération forte et étroite entre l'ensemble des établissements d'un territoire.

## 3.3 – Méthodologie d'élaboration des territoires de santé et concertation au sein des territoires

La délimitation des territoires de santé a relevé à la fois d'une approche scientifique basée sur la réalisation de travaux à partir des différentes données de santé (et notamment celles issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information), et d'une approche pragmatique basée sur le constat des coopérations déjà engagées, dans la plus large concertation possible avec l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquelles les élus.

### 3.3.1 – L'élaboration des territoires de santé

Chaque territoire de santé a été défini en fonction de quatre groupes d'éléments : la géographie socio-économique et physique ; l'offre sanitaire et sociale ; l'état de santé de la population ; l'activité des établissements de santé. La réunion de l'ensemble de ces indicateurs sous la forme d'une base de données multicritères a été de nature à identifier de manière très précise les besoins hospitaliers dans chaque territoire.

En ce qui concerne la définition des territoires, deux approches opposées mais complémentaires ont été utilisées. L'ARH de Bourgogne a ainsi confié la réalisation de deux études visant à délimiter les nouveaux territoires de santé :

- La première a consisté à construire des bassins de santé hospitaliers en s'appuyant sur la pratique spatiale des usagers, c'est à dire, en fonction des flux « domicile-hôpital ». Pour chaque commune, une analyse a été faite de l'ensemble des flux « domicile – hôpital » afin de déterminer l'orientation majoritaire que prennent les hospitalisés de chaque commune pour rejoindre un plateau technique. L'ensemble des communes majoritairement orientées vers un même établissement a constitué alors un agrégat de communes appelé « bassin de santé hospitalier ».
- La seconde a consisté, dans le cadre d'une démarche hypothético-déductive, à montrer si le découpage proposé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, en fonction des coopérations déjà engagées, était acceptable ou non.

### 3.3.2 – La concertation autour des territoires de santé

Le découpage en territoires de santé s'est fait dans la plus large concertation possible avec l'ensemble des acteurs concernés :

- Les élus dans le cadre de la présentation du plan « hôpital 2007 »,
- Les professionnels : Directeurs, Présidents de CME...,
- Les usagers

Il a semblé nécessaire également que ce découpage en territoires sanitaire et de coopération soit soumis à l'avis du conseil régional de politique sanitaire, conseil d'experts scientifiques, composé de personnes qualifiées dans le domaine de la santé publique, de l'économie de la santé, de la médecine, de la géographie de la santé, de l'épidémiologie. Ce conseil, placé auprès de l'Agence et installé en février 2003, a émis son avis sur le découpage en six territoires sanitaires et de coopération en septembre 2003.

C'est sur la base de ces travaux, et après concertation en juin 2003 auprès des élus et des représentants des établissements de santé, que la Commission Exécutive de l'Agence a arrêté en juillet 2003 le découpage de la région Bourgogne en six territoires de santé comme défini dans l'annexe au SROS.

La mise en œuvre des territoires de santé a été confiée par le directeur de l'ARH aux DDASS et aux équipes de territoires, en étroite concertation avec les établissements de santé de chaque territoire et les autres partenaires de la santé. Les chefs de projets régionaux chargés de l'élaboration et du suivi des différents volets du schéma régional d'organisation sanitaire, ont apporté leur appui et aide méthodologique, afin que la révision du SROS et l'élaboration des pré projets de territoire soient conduites de manière concomitante.

## CHAPITRE 4

### APRES LA PUBLICATION DU SROS

#### 4.1 – Les projets médicaux de territoire

Le projet médical de territoire est la déclinaison opérationnelle des objectifs du SROS au sein du territoire de santé. Il sera élaboré à partir du pré projet médical de territoire et de l'annexe au SROS.

Les conférences sanitaires des territoires de santé seront mise à contribution pour l'élaboration des projets médicaux de territoire.

Ces projets médicaux de territoire, non opposables, une fois validés par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation serviront de support à la préparation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l' ARH et les établissements de santé.

#### 4.2 – La procédure de révision des autorisations

L'article L 6121-2 du code de la santé publique prévoit que « Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire ». Cette procédure appartient au directeur de l'ARH.

#### 4.3 – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a renforcé la place des CPOM signés entre les ARH et les établissements de santé. En particulier chaque établissement devra négocier avec l'ARH la fixation des objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds autorisés, prévue à partir de la publication du SROS. L'article 43 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2006 prévoit que les ARH ont jusqu'au 31 mars 2007 pour conclure l'ensemble des contrats nécessaires, et que, dans cette attente, les titulaires d'autorisation demeurent tenu au respect de la capacité des installations autorisées.

Désormais les secteurs publics et privés ont un même cadre réglementaire pour leurs CPOM. Sont concernés tous les titulaires d'autorisation y compris les laboratoires de biologie et les cabinets de radiologie. Le CPOM prévoit la possibilité de clauses partagées entre titulaires d'autorisations, par exemple pour décliner un projet médical de territoire, il est conçu comme le lieu central du dialogue entre l'ARH et l'établissement de santé notamment dans ses dimensions stratégiques, financières de gestion et de qualité de soins.

Le CPOM fixera pour les établissements de santé les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds autorisés. Les éléments de mise en oeuvre des objectifs quantifiés pourront notamment porté sur :

- un échéancier de mise en œuvre ou de montée en charge de l'activité de soins ou de l'équipement matériel lourd concerné
- certaines formes de prises en charges ou spécialités médicales
- les modalités de gestion et d'organisation des soins
- les compétences requises
- les coopérations éventuellement nécessaires

Le projet de décret sur les CPOM prévoit un dispositif de suspension du contrat et de pénalités en cas de non réalisation des objectifs quantifiés.

#### **4.4 – La mise en œuvre et l'évaluation du SROS**

Les conférences sanitaires de territoire, dans le cadre de l'élaboration des projets médicaux de territoire, seront chargées de mettre en œuvre les objectifs du SROS et de contribuer à l'évaluation médico-économique sur la base d'un cahier des charges rédigé par l'ARH de Bourgogne au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2006.

Par ailleurs, dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé, un bilan des objectifs quantifiés sera réalisés chaque année par l'agence afin de pouvoir y apporter les correctifs nécessaires en fonction de l'évolution des besoins et des progrès de la médecine.

Cette évaluation devra se faire sur la base d'un chiffrage macro économique du SROS et d'une évaluation épidémiologique des besoins de la population, sur la base des travaux menés actuellement au niveau national de manière à garantir l'homogénéité de l'évaluation des SROS sur le territoire national.

La mise en œuvre et l'évaluation du SROS feront l'objet d'un avenant au SROS au cours de l'année 2006.

#### **4.5 – Le schéma interrégional d'organisation sanitaire**

La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la prise en charge des grands brûlés et les transplantations d'organes, qui ne figurent pas dans ce SROS, font l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) entre les 5 régions composant le Grand Est : Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche Comté et Lorraine.

Ce SIOS est en cours d'élaboration par les ARH du Grand Est associant les représentants des CHU concernés.

## DEUXIEME PARTIE

# L'EVALUATION DES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION DE LA REGION BOURGOGNE

*Les données sur l'état de santé de la population en Bourgogne qui suivent sont extraites du document intitulé « La santé en Bourgogne - Eléments pour un diagnostic partagé » réalisé en 2004 par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne à la demande conjointe de la DRASS, l'ARH et l'URCAM de Bourgogne. Ce diagnostic caractérise la situation de la région en terme d'état de santé, de sécurité et de veille sanitaire, et d'inégalités sanitaires à corriger. Il permet également d'apprécier l'offre de soins et le recours aux soins ambulatoires, hospitaliers, leur articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale, qui concourent conjointement à la résolution des problèmes de santé publique.*

*Il s'agit du diagnostic partagé préalable à l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique qu'arrête le représentant de l'Etat dans la région en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, à l'élaboration du SROS qu'arrête le directeur de l'ARH et à l'élaboration du programme régional de l'Assurance Maladie arrêté en application de la loi du 13 août 2004.*



## CHAPITRE 5

# LES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA REGION BOURGOGNE

### 5.1 – Une région vaste et peu peuplée

**La Bourgogne est une région vaste** : elle se place au 6<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour sa superficie. Elle couvre 6% du territoire métropolitain<sup>1 2</sup>.

**La région conserve un caractère rural marqué** : un tiers des habitants vit dans le rural qui couvre les deux tiers du territoire.

**Le milieu physique d'une grande variété**, contribue à orienter le nord de la région vers le bassin parisien, le sud vers Lyon et le Nivernais vers Bourges. Le Morvan, au centre de la région constitue une barrière naturelle entre l'ouest et l'est de la région ainsi qu'une ligne de partage des eaux. De ce fait, les liaisons est-ouest sont difficiles. Pourtant, la région jouit d'un réseau d'infrastructures de transport important : le 4<sup>ème</sup> parmi les régions françaises pour les kilomètres de routes, le 2<sup>ème</sup> pour les voies ferrées, les autoroutes et les voies navigables. En fait, ce réseau permet surtout de rendre très accessible la traversée de la Bourgogne par sa partie Est grâce à l'axe Paris-Sens-Auxerre-Avallon-Dijon-Chalon-sur-Saône-Mâcon ou à partir du nord par Chaumont. En effet, le centre de la région est mal desservi par les moyens de communication, ce qui pose des problèmes d'accès aux soins, notamment l'hiver. Enfin, la région se situe entre les deux pôles économiques majeurs français que sont l'Île-de-France et Rhône-Alpes.

**La Bourgogne est peu peuplée** : sa densité (51 habitants au km<sup>2</sup>) est la moitié de celle de la France. Elle contraste nettement avec ses voisines densément peuplées que sont l'Île-de-France et Rhône-Alpes. En Bourgogne, le nombre d'habitants se stabilise. La Bourgogne est une des quatre régions françaises qui voient leur population se stabiliser ou baisser.

**La population est très inégalement répartie** sur le territoire bourguignon. Des zones sont densément peuplées. Il s'agit des zones urbaines : le couloir Dijon-Chalon-Mâcon, l'arc Autun-Creusot-Montceau-Digoin, l'ouest de la Nièvre, et la diagonale nord-ouest – sud-est de l'Yonne.

Elles contrastent avec des territoires qui appartiennent, selon l'Insee, à la diagonale aride qui va du nord-est de la France au sud-ouest, passant par la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, l'Auvergne, le Limousin. Les densités de population sont parfois très faibles : dans le parc régional du Morvan elle est de 13 habitants au km<sup>2</sup>. D'autres territoires sont également peu denses, comme la Bresse, le Charolais, le nord de la Côte d'Or.

---

<sup>1</sup> DRASS, ORS Bourgogne, *Comité régional bourguignon de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Analyse de la situation régionale à partir d'une méthodologie commune.* Mai 2004

## 5.2 – Un vieillissement accentué

La population de la région est relativement plus âgée qu'en France métropolitaine : 25% a 60 ans ou plus contre 21% en moyenne en France. Les jeunes sont relativement moins nombreux : le nombre d'élèves, collégiens, lycéens et étudiants tend à diminuer. De nombreux jeunes partent à Paris ou Lyon pour obtenir un diplôme ou un emploi. A l'inverse, de nombreuses personnes de plus de 30 ans viennent s'installer dans la région, notamment des retraités venant à 60% d'Île-de-France.

Si les tendances démo-graphiques des années 90 se maintenaient, la **population** bourguignonne **devrait progresser légèrement** jusqu'en 2010, **puis diminuer**. La Côte d'Or, qui est le département le plus jeune, et surtout l'Yonne, qui bénéficie du desserrement de l'Île-de-France, verraient leur population augmenter. En revanche, la Nièvre et la Saône-et-Loire continueraient de perdre des habitants.

Le **vieillissement** de la population **devrait s'accroître** de manière sensible. L'âge moyen des Bourguignons passerait de 40 ans en 1999, à 42,5 en 2010, à 44,9 en 2020 et 47,3 ans en 2030. La part des 60 ans et plus passerait de 25% environ de la population en 1999 à 38% en 2030.

La pyramide des âges de la Bourgogne devrait continuer à se déformer : rétrécissement de la base (faible proportion de jeunes) et élargissement du sommet (forte part de la population âgée).

## 5.3 – Des conditions socio-économiques fragiles

Comme dans l'ensemble du pays, le nombre d'agriculteurs, d'ouvriers, d'artisans, de commerçants et de chefs d'entreprise diminue, tandis que celui des employés, des actifs exerçant une profession intermédiaire et des cadres augmente. Cependant, la région compte relativement plus d'agriculteurs et d'ouvriers qu'en moyenne en France métropolitaine.

La Bourgogne compte 644 500 actifs ayant un emploi fin 2001. L'**agriculture** (vins, élevage, céréales) a un poids notable dans l'économie régionale (6,1% de la valeur ajoutée contre 2,6% en France métropolitaine). Cependant, la Bourgogne est une région de **tradition industrielle**. L'industrie représente 20,6% de la valeur ajoutée régionale (contre 19,5% au niveau national). Les activités industrielles sont diversifiées : métallurgie et transformation des métaux, industries des équipements mécaniques, chimie, caoutchouc et matières plastiques et industries agricoles et alimentaires. Les plus grands établissements forment une armature industrielle qui alimente un tissu de sous-traitants de tous secteurs, en particulier mécanique et transformation des métaux. Malgré tout le **tertiaire** (services marchands et administrés) est en Bourgogne comme en France le **principal secteur d'activité économique**, contribuant pour 67% à la valeur ajoutée régionale (contre 73% au niveau national et 69% en province). Ce secteur regroupe 67% des emplois de la région (contre plus de 73% au niveau national), la Côte d'Or avoisinant (avec 70%) le niveau national.

---

<sup>2</sup> Le profil socio-démographique de la région peut être ici résumé à partir de diverses données produites et diffusées par l'Insee Bourgogne.

Le revenu net imposable moyen bourguignon est inférieur de 7% à la moyenne nationale mais proche de la moyenne en province. La carte des revenus imposables oppose la Bourgogne viticole et urbaine aisée à la Bourgogne rurale où on trouve les revenus les plus faibles.

Les liens entre disparités des conditions d'existence et inégalités de santé sont tels qu'on doit prendre la mesure de la **précarité** et son évolution dans la région, en dépit des difficultés qui tiennent à la définition même de cette notion, à la diversité des situations vécues et aux sources d'information disponibles.

Le **manque de ressources financières** des individus ou des ménages reste le critère le plus utilisé. Début 2000, on dénombrait 82 000 allocataires de revenus d'assistance attribués en dessous d'un certain niveau de ressource (RMI, AAH, API, allocation veuvage, allocation invalidité, allocation d'insertion, allocation solidarité spécifique, ou encore allocation supplémentaire vieillesse). Mais le nombre de personnes vivant avec des tels minima sociaux est plus important (pour 42 000 allocataires des 3 principaux minima que sont le RMI, l'AAH et l'API servis par les CAF, on compte 77 000 bénéficiaires). Ainsi, fin 2002, près de 139 000 Bourguignons (couverts par les CAF) avaient des ressources inférieures au « seuil de bas revenu » (698 € par unité de consommation<sup>3</sup> en 2001)<sup>4</sup>.

On peut aussi approcher la **précarité** au travers d'indicateurs sur les **conditions** d'habitat, (près de 50 000 personnes dans des logements vétustes ou précaires<sup>5</sup>, 5 000 en hébergement social collectif), l'isolement (16% des familles avec un seul parent), les **difficultés d'insertion socioprofessionnelle** (31 500 jeunes de 15-29 ans sont sortis du système scolaire sans diplôme, 20 000 Bourguignons sont au chômage depuis 12 mois ou plus en 2002, ce qui représente en moyenne 31% des demandeurs d'emploi).

Le cumul des difficultés se retrouvent principalement dans les villes, et dans une moindre mesure à Beaune et Dijon, sauf dans les quartiers « politique de la ville » qui concentrent les problématiques. Les cantons ruraux, situés dans la Nièvre, l'Yonne, l'ouest de la Côte d'Or et la Bresse présentent également des fragilités.

---

<sup>3</sup> Dans chaque ménage, on compte une unité de consommation pour le premier individu, 0,5 pour les autres de plus de 14 ans et 0,3 pour les moins de 14 ans.

<sup>4</sup> Plate-forme de l'observation sociale en Bourgogne, *Une approche cantonale de la pauvreté-précarité en Bourgogne*, Dossier réalisé par le groupe de travail « indicateurs pauvreté-précarité », Creai Bourgogne éditeur, 2004.

<sup>5</sup> 9 500 résidences sont sans confort selon les critères de l'Insee au RP de 1999 (c'est à dire sans baignoire ni douche, ni WC à l'intérieur du logement), où résident 14 000 personnes.



## CHAPITRE 6

# L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION BOURGUIGNONNE : LES PRINCIPAUX FAITS MARQUANTS

### 6.1 – Une amélioration de la santé mais une mortalité prématurée importante

En Bourgogne, l'espérance de vie des femmes est de 82,7 ans (13<sup>ème</sup> rang des régions françaises) celle des hommes de 75,0 ans (15<sup>ème</sup> rang) en 2001. Depuis 1982, elle a augmenté de 3,5 ans pour les premières et 4,6 ans pour les seconds (progressions un peu inférieures à celles observées au niveau national). L'écart de longévité entre les deux sexes, maximal en 1982 (8,8 ans), tend à se réduire depuis.

Comme dans l'ensemble du pays, la mortalité infantile a très fortement diminué au cours des trente dernières années : elle s'élève à 4,5/1 000 en 1999-2001 (4,4 en France).

Par ailleurs, des gains ont été également obtenus aux âges élevés au cours des vingt dernières années : la mortalité par maladies cardiovasculaires ayant fortement diminué (- 40% pour les hommes et - 44% pour les femmes entre 1981 et 2000), celle par cancers plus modérément (respectivement - 4% et - 8% sur la même période).

En outre, certaines affections, parmi les plus lourdes, sont de mieux en mieux prises en charge (des interventions moins mutilantes, le recours aux traitements ambulatoires, à domicile, en hôpital de jour, permettant le maintien dans le milieu de vie habituel). Certaines déficiences sont de plus en plus aisément corrigées, notamment chez les personnes âgées (pose de prothèses, intervention sur la cataracte par exemple...). On constate ces progrès de manière générale, mais on ne sait pas s'ils sont effectivement accessibles à l'ensemble de la population, si les besoins sont couverts de manière équitable.

En Bourgogne, près d'un décès sur cinq survient encore avant l'âge de 65 ans (3 270, soit 18%). Ces décès, que l'on qualifie de "*prématurés*", représentent 25% de l'ensemble des décès masculins et 11% des décès féminins.

Depuis le début des années 1980, la mortalité prématurée des hommes de la région est supérieure à celle de l'ensemble des Français (+8% en 1998-2000). À l'intérieur de la région, la surmortalité prématurée est plus particulièrement observée, pour les hommes et les femmes, dans la Nièvre (+27%) et dans l'Yonne (+20%).

Les principales causes de décès prématurés en Bourgogne sont les cancers (39%), les traumatismes et empoisonnements (20%) et les maladies cardiovasculaires (15%).

Pour chacune de ces grandes causes de décès prématurés, auxquelles on peut ajouter les pathologies directement associées à l'alcool (cirrhose du foie et psychose alcoolique, à l'origine de plus 7% des décès masculins avant 65 ans), on observe sur l'ensemble des deux dernières décennies, une **surmortalité des hommes de la région** par rapport à celle observée en France métropolitaine.

⇒ On estime que 1 660 décès prématurés (52%) pourraient être évités (ou survenir plus tard). Ils pourraient l'être pour la majeure partie (1 130) avec une modification des comportements, et pour le reste (530) en améliorant le repérage et la prise en charge précoces.

## 6.2 – Les principales pathologies causes de décès

### 6.2.1 – Le cancer : une préoccupation importante

Globalement, la situation de la Bourgogne par rapport aux cancers n'est pas favorable si on la compare à celle de l'ensemble des régions françaises. On observe depuis le début des années 90 une **surmortalité par cancers** (toutes localisations confondues), tous âges et avant 65 ans, des **hommes de la région** par rapport à la moyenne nationale. Et, à l'intérieur de la région, la situation est plus défavorable dans la Nièvre (surmortalité hommes et femmes de 13%, contre +3% au niveau régional) et dans l'Yonne (+6%).

Par ailleurs, des constats, préoccupants au niveau national, sont retrouvés en Bourgogne : le poids particulier du cancer du **poumon** dans l'incidence et la mortalité chez les hommes ; chez les femmes, ce sont les fortes croissances de l'une et de l'autre qui sont marquantes ; enfin on relève les augmentations de l'incidence et de la mortalité du **mélanome** pour les deux sexes.

On estime à **8 700** le nombre de **nouveaux cas de cancers** au sein de la population bourguignonne en 2000. On dénombre par ailleurs en 2002 près de 8 000 admissions en Affections de longue durée (ALD) par les 3 principaux régimes d'assurance maladie et près de 20 500 séjours hospitaliers en soins de courte durée (en médecine, chirurgie et obstétrique) motivés par un cancer.

*Interrogés sur leurs attitudes face aux facteurs de risque et aux dépistages des cancers<sup>6</sup>, 8 Bourguignons sur 10 déclarent craindre assez ou beaucoup le cancer. Cette crainte augmente nettement avec l'âge. Les personnes interrogées ont le sentiment d'être bien informées sur le tabac, l'alcool et le cancer. Cependant pour celles qui sont confrontées au cancer (personnellement ou pour un proche), près de la moitié auraient besoin d'informations sur la maladie et sur les associations d'entraide principalement, et, dans une moindre mesure, les traitements existants dans la région. Selon cette même enquête, seulement 53% des femmes de 50-69 ans déclarent avoir eu une mammographie de dépistage du cancer du sein depuis moins de deux ans, 63% des femmes de plus de 18 ans un frottis de dépistage du cancer du col utérin depuis moins de 3 ans.*

Le plan national de lutte contre le cancer est organisé autour de six axes : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation et recherche.

Les propositions d'actions régionales (52 spécifiquement déclinées dans la région) présentées fin 2003 reprennent ces orientations : connaissance de l'évolution de la maladie, développement de la prévention du tabac dans divers secteurs (écoles, entreprises, hôpitaux, etc.), généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, développement d'un réseau de soins coordonné qui permettra une prise en charge humaine des patients, association des usagers à l'adaptation des réponses, en matière d'information notamment, renforcement de la recherche et de la formation. Dans l'axe « renforcement de la lutte contre les cancers professionnels et

<sup>6</sup> ORS Bourgogne. *Attitudes et comportements des Bourguignons par rapport aux facteurs de risque et aux dépistages des cancers. Résultats d'une enquête téléphonique réalisée en 2004 auprès de 1 100 personnes de 12-75 ans.* septembre 2004.

environnementaux » de ce plan, une cinquantaine de cancers professionnels, pour l'essentiel dus à l'amiante, étant reconnus chaque année en Bourgogne ont justifié l'extension au département de Saône-et-Loire d'une expérience de suivi post-professionnel (pouvant permettre des détections précoces) menée en région Rhône-Alpes.

### 6.2.2 – Les cardiopathies ischémiques : de mauvais indicateurs

Les pathologies cardio-vasculaires restent la première cause de décès, hommes et femmes confondus, en Bourgogne comme en France, même, si on constate une forte diminution de la mortalité associée à ce groupe de pathologies.

Parmi elles, les cardiopathies ischémiques se distinguent par leur fréquence (28%) et les moyens disponibles pour y faire face. L'utilisation en pratique médicale quotidienne de traitements efficaces dans la désobstruction médicamenteuse (thrombolyse) et mécanique (angioplastie) des artères coronaires, une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aiguë et dans le suivi de la maladie, ainsi qu'un contrôle plus efficace de ses facteurs de risque ont conduit à une amélioration significative de son pronostic vital et fonctionnel et contribué efficacement à la réduction du nombre de récives. Plusieurs facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme, nutrition) reconnus pour influencer fortement la survenue des cardiopathies ischémiques sont accessibles à des modifications de comportements individuels et à l'action efficace de traitements médicamenteux.

On dénombre un peu plus de 1 500 décès de Bourguignons par cardiopathies ischémiques par an (2000). Au cours des dix dernières années, la mortalité due aux cardiopathies ischémiques a continué de diminuer régulièrement d'une manière générale en France. Cette évolution favorable est la conséquence d'une diminution à la fois du nombre de nouveaux malades et du nombre de décès parmi les malades pris en charge en milieu hospitalier.

Cependant, durant la même période, on a observé en Bourgogne une **surmortalité** par cardiopathies ischémiques par rapport à la moyenne française (+4% en 1998-2000). Cette situation défavorable est essentiellement constatée dans la Nièvre (+23%) et dans l'Yonne (+8%).

Par ailleurs, le **recours aux soins hospitaliers de courte durée** pour cardiopathies ischémiques est supérieur à la moyenne nationale (+30% en 2002 où on dénombre près de 8 800 séjours de Bourguignons pour angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde et autres cardiopathies ischémiques aiguës).

### 6.2.3 – Les traumatismes et empoisonnements : une situation toujours défavorable

Globalement les morts violentes représentent 8% des décès. La Bourgogne présente une **surmortalité** pour l'ensemble des **causes traumatiques** depuis de nombreuses années (+4% en 1998-2000).

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont à l'origine de 35 300 séjours hospitaliers en soins de courte durée en 2002. Le **recours aux soins hospitaliers** pour ce motif des Bourguignons est supérieur à la moyenne nationale (+11%).

#### 6.2.4 – Les accidents de la route

En 2000, 274 Bourguignons sont **morts** d'accidents de la route, selon les certificats de décès (*76% d'hommes*). La surmortalité est observée depuis de nombreuses années, et dans chacun des quatre départements (globalement +42% en 1998-2000).

En plus des morts et de leurs conséquences socio-familiales, la route cause aussi des blessures à soigner, pouvant entraîner de lourdes incapacités. Certes, pour la première fois en 2002, la Bourgogne comme la France ont enregistré une amélioration des résultats en matière de sécurité routière : sur les routes de Bourgogne (source : Sécurité routière), le nombre des **blessés graves (885)** a baissé de 10% par rapport à l'année 2001, et celui des tués de 17%. L'écart de la situation régionale par rapport à la moyenne nationale demeure toutefois important : la gravité moyenne (nombre de blessés graves + tués rapporté aux accidents corporels) est de 41,5 contre 29,7 en France pour cette même année.

Parmi les craintes des Bourguignons face aux risques et aux maladies, la crainte des accidents de la route arrive en première position, juste devant le cancer et les maladies cardiaques.

Depuis qu'elle a été déclarée grande cause nationale en 2000, la sécurité routière fait l'objet de plans départementaux visant à coordonner les différentes politiques publiques à l'intention des divers publics (jeunes, actifs, seniors), améliorer l'éducation et la formation à la sécurité routière, continuer de renforcer l'efficacité des contrôles et sanctions.

#### 6.2.5 – Les suicides

En 2000, 383 Bourguignons ont mis fin à leurs jours. Sur la période *1998-2000*, la mortalité par suicide en Bourgogne est, comme depuis de nombreuses années, supérieure à la moyenne (+ 24% pour les hommes, + 9% pour les femmes, en 1998-2000, la surmortalité étant plus nettement marquée dans la Nièvre et en Saône-et-Loire). Le risque de suicide augmente avec l'âge, mais le poids du **suicide** dans l'ensemble des décès est maximal chez les adolescents et jeunes adultes 25-34 ans (*22% en 2000*) puis chez les 35-44 ans (*19%*).

On dénombre par ailleurs plus de **3 600 hospitalisations annuelles** suite à une tentative de suicide.

Face à ce problème dans la région, un programme régional de santé sur la prévention du suicide de l'adolescent et du jeune adulte a été mis en œuvre en Bourgogne (1998-2002), articulé autour de 5 objectifs : amélioration des connaissances, prévention et détection des risques, réduction des récives et accompagnement de l'entourage. Des résultats positifs ont été mis en évidence dans les domaines de la formation des acteurs concernés dans divers secteurs (Éducation nationale, bénévoles associatifs, médecine universitaire, missions locales, ...) et du soin, dans les services d'urgences et les unités spécialisées pour les adolescents.

#### 6.2.6 – Les chutes accidentelles

En 2000, 170 décès de Bourguignons sont dus à des **chutes accidentelles (59% de femmes)**. La mortalité féminine par chute accidentelle en Bourgogne demeure supérieure à celle de la moyenne des régions (+ 15%).

Ce problème concernant surtout les personnes âgées, un programme « Équilibre, où en êtes-vous » a été développé depuis dix ans à leur intention par la CRAM de Bourgogne-Franche Comté en collaboration avec une

vingtaine d'institutions. Cette action a concerné environ 3 000 personnes âgées bénéficiaires des ateliers, 262 acteurs ont été formés.

## 6.3 – Des déterminants comportementaux majeurs

### 6.3.1 – La consommation d'alcool fortement en cause depuis de nombreuses années

Malgré leur diminution régulière avec le temps, les pathologies associées à la consommation excessive d'alcool causent chaque année 740 décès (1998-2000) dans la région.

La mortalité par **cirrhose du foie** et celle par **psychose alcoolique** en Bourgogne ont été supérieures à la moyenne en France au cours des deux dernières décennies. La surmortalité associée à ces pathologies est essentiellement constatée dans la **Nièvre** et dans **l'Yonne**.

La **mortalité prématurée masculine directement liée à l'alcool** (près de 13% des décès prématurés des hommes en Bourgogne en 2000) est restée supérieure à la moyenne nationale durant les vingt dernières années.

En 2002, on dénombre plus de 5 800 séjours hospitaliers en soins de courte durée motivés par une pathologie associée à l'alcool (cancers des VADS, intoxications aiguës à l'alcool et alcoolisme chronique, maladie alcoolique du foie). Le recours hospitalier des Bourguignons pour intoxications aiguës est supérieur à la moyenne nationale (+12%), il en va de même pour l'alcoolisme chronique (+27%), ou encore pour le cancer du larynx (+30%).

D'après des enquêtes récentes, la situation de la Bourgogne en matière de consommation d'alcool serait actuellement proche de la moyenne des régions françaises. En 2000, 17% des Bourguignons vus en médecine générale libérale et 20% des hospitalisés ont un "profil alcool" à risque, et plus de 5% des premiers et 8% des seconds sont dépendants. En 2004, 8% des Bourguignons (13% des hommes et 3% des femmes) interrogés sur les facteurs de risque et les dépistages des cancers auraient (ou auraient eu) une consommation d'alcool à risque de dépendance, ce pourcentage étant maximal entre 40 et 44 ans (17% des hommes et 6% des femmes concernés).

Depuis 1999, le dispositif hospitalier de lutte contre l'alcoolisme a été renforcé par la mise en place d'unités d'alcoologie ou d'addictologie sur l'ensemble des territoires de coopération sanitaire. Ce dispositif a été articulé avec celui des consultations ambulatoires, mis en œuvre par le réseau de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). La réflexion se poursuit actuellement dans le cadre du schéma régional d'addictologie lancé par la DRASS de Bourgogne suite à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

### 6.3.2 – Les effets du tabac, en augmentation chez les femmes

Les conséquences du tabagisme sur la morbidité et la mortalité sont encore actuellement plus importantes chez les hommes, mais le fait marquant de la dernière décennie est la progression de ses effets chez les femmes : forte augmentation de l'incidence (+48% entre 1990 et 2000) et de la mortalité par cancer du poumon (+46%), parallèlement à une relative stabilisation chez les hommes (respectivement +5% et -4% sur la même période).

On dénombre chaque année près de 1 200 décès causés par des pathologies en grande partie liées au tabagisme (environ 780 par cancers broncho-pulmonaires, 420 par bronchites chroniques). Par ailleurs, d'autres

pathologies sont fortement associées à la consommation de tabac : cardiopathies ischémiques (1 540 décès), maladies vasculaires, autres cancers, de la vessie en particulier.

On compte plus de 1 700 séjours hospitaliers en soins de courte durée pour cancer broncho-pulmonaire et 2 380 pour bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques<sup>7</sup>.

Concernant le tabagisme actuel, la prévalence régionale sur les 15-75 ans semble plutôt faible par rapport à la moyenne nationale. Dans l'enquête régionale téléphonique de 2004 déjà citée, 23% des 12-75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, cette fréquence est de 47% chez les jeunes adultes de 20-25 ans.

Les axes prioritaires retenus pour la lutte contre le tabagisme dans la région sont le développement des programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans tous les établissements scolaires du second degré de l'académie (« opérations École sans tabac »); la prévention menée par le Conseil Régional en faveur des lycéens (Lycées sans tabac), la structuration dans la région de la démarche de lutte contre le tabagisme dans les lieux collectifs. Trois grands secteurs feront l'objet d'une action globale. Il s'agit des entreprises, des administrations et des hôpitaux. L'assurance maladie pilote pour sa part un programme mettant en avant deux axes majeurs : la prévention d'une part, l'aide à l'arrêt d'autre part.

### 6.3.3 – Des préoccupations collectives récentes : l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité

L'alimentation et l'état nutritionnel sont susceptibles d'intervenir comme facteur de risque ou de protection vis à vis du développement de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, obésité, ostéoporose...) actuellement les plus répandues. Dans le domaine de la nutrition, quatre points sont aujourd'hui considérés comme des certitudes en matière de facteurs de risque de cancer : la faible consommation de fruits et légumes, le surpoids et l'obésité, le manque d'activité physique, la consommation d'alcool. Parmi les cancers, 35% sont attribués en moyenne à des facteurs nutritionnels, mais avec une faible précision (10-70%). On estime aujourd'hui que la proportion des cancers qui pourraient être évités par une consommation d'au moins 400 grammes par jour de fruits et légumes s'élève au moins à 20%.

Lors de l'enquête téléphonique récente 32% des Bourguignons de 18-75 ans sont en **surpoids** (35% pour les hommes, 21% pour les femmes), et **9% obèses**.

Une très grande majorité des habitants de la région (68%) ne consomment pas des fruits et légumes selon les préconisations du PNNS (au moins 5 portions par jour), les femmes suivent toutefois davantage les recommandations que les hommes.

En ce qui concerne l'activité physique, un tiers des hommes et près de la moitié des femmes (45%) ne pratiquent pas un minimum de 30 minutes de marche quotidienne et une heure d'activité vigoureuse par semaine recommandés.

De nombreux acteurs interviennent dans le domaine de la nutrition de santé publique (141 acteurs répertoriés lors d'un état des lieux des acteurs et actions menées en région par le CORES de Bourgogne en 2004). Une première journée d'échanges de pratiques professionnelles sur ce thème en 2004 a permis, pour les acteurs-promoteurs

---

<sup>7</sup> Les recours hospitaliers pour ces pathologies dans la région sont soit proches de la moyenne nationale (cancer des bronches et du poumon) soit inférieurs (bronchite chronique -9%).

comme pour les décideurs, de mieux connaître ce qui se fait en Bourgogne, de faciliter l'identification de compétences et de savoir-faire, et d'aider à la coordination des acteurs et à la cohérence des actions conduites. Plusieurs projets bourguignons locaux ou régionaux sont ou ont été également financés dans le cadre du Programme national nutrition santé depuis quelques années (ex : hygiène buccodentaire et personnes âgées, prévention de l'obésité en milieu scolaire, promotion de l'allaitement maternel...). Enfin, le Conseil Régional s'associe également à ces actions par le programme « Bien dans son assiette ».

## 6.4 – La précarité des conditions de vie : effets défavorables sur la santé

La Charte d'Ottawa met en évidence la relation circulaire entre conditions sociales et santé : la santé *"exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, ... pouvoir : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable". (...)*. Et *"la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie"*.

Il existe une **inégalité face au décès prématuré** selon les catégories sociales (le risque variant de 1 à 3 entre les ouvriers-employés et les cadres et professions intellectuelles supérieures) qui s'est accrue au cours des années 80. Les inégalités sociales de santé sont corrélées à celles des conditions d'existence en termes de revenus, d'éducation, d'emploi, de logement, de loisirs.

On observe la persistance d'écarts de mortalité à l'intérieur de la région. En effet, les situations défavorables par rapport à la France sont le plus souvent observées dans la Nièvre et l'Yonne, les deux autres départements se situant plutôt dans la moyenne, sauf pour les accidents de la circulation (tous les départements concernés) et les suicides (pour la Saône-et-Loire).

À un niveau plus fin, une **analyse cantonale**, expérimentée en 2000, et renouvelée sur l'ensemble de la France métropolitaine en 2003, montre la corrélation entre déterminants sociaux et indicateurs de mortalité. Elle fait ressortir des contrastes entre les milieux urbains et ruraux, les centres urbains et les zones péri-urbaines, mais également la diversité des situations en milieu rural.

En Bourgogne, il ressort ainsi que dans 10 villes la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne, tandis que 8 cantons, caractérisés par des indicateurs de précarité très élevés, et 46 autres par l'importance de la population ouvrière, présentent des indicateurs de mortalité, générale et prématurée, très élevés.

À côté du risque de mortalité, en particulier prématurée, d'autres constats, qualitatifs, ont pu être faits sur les liens entre précarité et importance de certains problèmes de santé<sup>8</sup> : exposition aux addictions, troubles psychiques (pouvant résulter de violences subies), mauvaises conditions d'hygiène, surcharge pondérale, déficiences sensorielles, dentaires, insuffisance de prévention...

Durant le premier programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui s'est achevé en 2002, des Permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux, des agents de santé et la constitution de réseaux appropriés sont venus renforcer les efforts développés par les services sociaux, les structures d'hébergement, les

---

<sup>8</sup> ORS Bourgogne, *État des lieux de la précarité en Bourgogne en vue de la révision du PRAPS*, 2003.

associations, ceux déployés par les collectivités territoriales, notamment par les conseils généraux et les communes (dans le cadre de la politique de la ville). Mais la précarité et ses conséquences ne se résolvent pas en quelques années. Pour améliorer l'efficacité des actions on peut encore homogénéiser les moyens sur le territoire, généraliser la démarche de coordination, promouvoir les dispositifs de dépistage comme maillon parmi d'autres dans un parcours de santé propre à chacun.

Le second PRAPS (2003-2006) s'articule autour de certains objectifs : le dépistage et l'accès aux soins des jeunes en grande difficulté, le développement de réseaux opérationnels entre les personnels sociaux et les services psychiatriques, la prévention des comportements à risque ou de leurs effets immédiats (pour réduire la mortalité prématurée), la complémentarité entre le système de soins et l'environnement social, l'accès aux soins des populations vulnérables du fait du vieillissement.

# CHAPITRE 7

## LES PROBLEMES DE SANTE SELON LES AGES DE LA VIE EN BOURGOGNE

### 7.1 – Avant 1 an

On dénombre 17 600 naissances d'enfants domiciliés en Bourgogne en 2002. Après une progression de 1994 à 2000, la natalité a de nouveau diminué les années suivantes.

Le suivi des femmes enceintes s'est beaucoup amélioré avec le temps. Cependant en 2003, selon les services de PMI, 7% des grossesses restent peu ou mal suivies dans la région (moins de 7 consultations prénatales).

La mortalité infantile continue de régresser en Bourgogne, mais différemment selon les départements (3,6/1 000 en Côte d'Or, 4,5 en Saône-et-Loire, 5,3 dans l'Yonne et 5,4 dans la Nièvre sur la période 1999-2001). Cette baisse est en grande partie liée à la diminution des morts subites du nourrisson.

La mortalité néonatale (moins de 28 jours) en Bourgogne était un peu inférieure à la moyenne nationale (2,8 contre 2,9/1 000 en 1998-2000), par contre, la mortalité post-néonatale (29 jours à 1 an) était plus élevée (1,9 contre 1,6/1 000).

Les taux de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile dans les départements de la Nièvre et de l'Yonne ont été au cours de la dernière décennie supérieurs à la moyenne nationale. Cependant, des **données plus récentes**, disponibles dans le cadre du Réseau Périnatalité (mise en commun de données sur la santé des mères et des enfants pour lesquels la naissance a lieu dans un des établissements de Bourgogne), font apparaître une **dégradation de la santé des enfants à la naissance**, plus marquée pour ceux qui sont domiciliés en Côte d'Or.

Parallèlement à la mortalité périnatale, des indicateurs recueillis par la base de données du Réseau périnatalité<sup>9</sup> permettent d'identifier les problématiques pour cette classe d'âge :

- une augmentation du nombre d'enfants à risque de pathologies néonatales secondaires à celle des **grossesses multiples** (+ 23% entre 2000 et 2002, où on en dénombre 308), du nombre d'enfants **prématurés** (1 249 nouveaux-nés avant 37 semaines d'aménorrhée, soit **6,9%**, en 2002, avec une progression de 7% par rapport à 2000), et surtout à un accroissement du nombre des **grands prématurés** d'âge gestationnel inférieur à 33 semaines (315 en 2002, + 27% par rapport à 2000), une augmentation des enfants de **faibles poids à la naissance** : 1 492 de moins de 2 500 g (soit 8,2% des nouveaux nés) en 2002 contre 1 273 en 2000.

<sup>9</sup> B. GOUYON, C. FERDYNUS, *Indicateurs périnataux de la région Bourgogne (année 2002)*, Réseau périnatal de Bourgogne éditeur, 2004

- une augmentation du nombre d'enfants à risque de handicaps neuro-sensoriels puisqu'il s'agit de la même population.

La région est relativement moins dotée que la moyenne en gynéco-obstétriciens, pédiatres, et puéricultrices de PMI. Les professionnels autour de la naissance soulignent l'évolution défavorable récente des indicateurs dans la région : augmentation du nombre de naissances à risque, de celui des accouchements à domicile, et des problèmes d'organisation de la prise en charge des malades.

Un programme régional de santé « Périnatalité » a été mis œuvre en Bourgogne dans la deuxième partie des années 90, reposant principalement sur la constitution d'un Réseau de professionnels autour de la naissance (gynéco-obstétriciens, pédiatres, salariés et libéraux) qui se sont attachés à améliorer la prise en charge et son organisation à l'aide de référentiels et protocoles communs d'intervention. Lors des premières années de mise en œuvre de ce Réseau des améliorations sensibles des indicateurs de santé ont été obtenus, notamment en termes de mortalité néonatale. Mais depuis trois ans, les résultats se dégradent à nouveau. Les causes doivent en être précisées (grossesses pathologiques en progression, dégradation du suivi de certaines femmes...). Quoi qu'il en soit, les solutions seront à chercher dans une meilleure articulation entre les prises en charge médicales et médico-sociales.

## 7.2 – Entre 1 et 14 ans

La Bourgogne compte plus de **267 000 enfants âgés de 1 à 14 ans** en Bourgogne (17% de la population).

Les enquêtes nationales indiquent que les jeunes, dans leur très grande majorité, sont en bonne santé. Cependant, c'est pendant l'enfance et l'adolescence que s'acquièrent les habitudes et les comportements qui détermineront l'état de santé à l'âge adulte... Ainsi, la **surcharge pondérale**, devenue un véritable enjeu de santé publique, concerne particulièrement les enfants : 15% des Bourguignons scolarisés en grande section de maternelle (en 1999-2000) sont en surpoids, et près de 4% sont obèses.

Sur un autre plan, l'**échec scolaire** concerne 16 à 24% des élèves européens<sup>10</sup>. Trois types de facteurs peuvent en être à l'origine : une déficience avérée (sensorielle, motrice, mentale...) pour 2 à 3%, des désordres ou déficiences des apprentissages (dysphasie, dyslexie et dyspraxie) pour 4 à 6%, et des facteurs culturels, sociaux, économiques, pédagogiques et ou psychologiques pour 10 à 15%. D'après les statistiques établies en classe de 6<sup>ème</sup> par l'Éducation Nationale, de 5 à 8% des élèves sont en grande difficulté scolaire et ne maîtrisent pas les bases de la lecture ni celles du calcul. Il faut ajouter environ 2% parmi les élèves accueillis dans le système spécialisé. Des études nationales et internationales<sup>11</sup> ont montré la fréquence des **troubles psychiques** chez les enfants (1/8) qui devraient fortement augmenter dans les prochaines années. Ces troubles se répercutent notamment sur les difficultés d'apprentissage scolaire et sur la qualité de vie au quotidien.

---

<sup>10</sup> Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant, Dossier ADSP 26, mars 1999

<sup>11</sup> Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective de l'Inserm, 2002

Les demandes de prise en charge sont souvent tardives, les délais de prise en charge s'allongent et les modalités ne sont peut-être pas adaptées aux problématiques diverses sous-tendues par ces troubles.

Un certain nombre d'enfants sont exposés à des situations de **maltraitance** entraînant des séquelles psychiques et physiques potentiellement lourdes. La prise en charge de l'enfance en danger incombe aux Conseils généraux. En Côte d'Or, où un dispositif spécifique a été mis en place pour le suivi de ce problème, on évalue à 6 pour 1 000 le nombre de jeunes de moins de 21 ans concernés.

Par ailleurs, les **pathologies infectieuses** de la sphère ORL et pulmonaire, les **affections bucco-dentaires** et certains **accidents** sont très fréquents chez les moins de 15 ans. Ces affections sont le plus souvent bénignes, mais, en raison de leur grand nombre, elles occasionnent des recours aux soins importants. La maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter certaines insuffisances, notamment dans la couverture vaccinale des enfants.

Par ailleurs, l'enquête en grande section de maternelle montre par exemple un déficit de soins dentaires (9% des enfants ont au moins 2 dents cariées non soignées) ou encore ophtalmologiques (27% ont des troubles oculaires décelés lors de l'examen). Dans les suites, on connaît mal l'impact de l'orientation vers les spécialistes pour prendre en charge des **problèmes de santé** détectés dans les examens de santé systématiques en milieu scolaire.

Entre 1 et 14 ans, les décès sont peu nombreux (54 annuels en 1998-2000), principalement causés par des traumatismes et empoisonnements (une fois sur deux) et des tumeurs (une fois sur cinq).

Les hospitalisations de courte durée des enfants de moins de 15 ans (30 150 en 2002) sont plus fréquemment motivées par les maladies de l'appareil respiratoire (18%), puis dans des proportions identiques (12%), les maladies de l'appareil digestif, les traumatismes et empoisonnements devant les maladies de l'oreille (7%).

Les admissions en affections de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie, très peu fréquentes à cet âge (2% de l'ensemble des ALD), concernent surtout les troubles mentaux graves et l'arriération mentale (29% en 2002), suivis, dans de moindres proportions, par les maladies du système nerveux (13%), les maladies cardio-vasculaires (12%), l'insuffisance respiratoire grave (10%), les maladies du système ostéo-articulaire (9%), les tumeurs malignes (8%), le diabète et autres maladies métaboliques (7%).

On dénombre 3 065 **enfants et adolescents handicapés**<sup>12</sup> pris en charge en établissements en 2001. Le développement des Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) a permis une augmentation et un meilleur suivi des enfants scolarisés dans les écoles (640 en 2001). Par ailleurs, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ont accueilli respectivement 1 260 et 3 210 enfants durant la même année 2001, ces structures recevant des enfants qui ne relèvent pas du secteur du handicap <sup>13</sup>. Mais la question des délais de réponse des CAMSP et CMPP est toujours très importante (attente pour obtenir un rendez-vous, et surtout pour engager une thérapie ou une rééducation). L'accompagnement ou la thérapie des adolescents, qui présentent des difficultés comportementales ou des troubles mentaux, constituent actuellement un problème qui ne trouve pas de solution satisfaisante.

---

<sup>12</sup> DRASS Bourgogne, Handiscol en Bourgogne en 2003. Juillet 2004.

<sup>13</sup> ce qui n'oblige pas à un passage en Commission départementale d'éducation spéciale

Avant 6 ans, les **services de la protection maternelle et infantile**, dépendant des Conseils généraux, mènent au delà des consultations et des examens de santé à des âges définis, des actions de promotion de la santé adaptées aux besoins perçus à l'intérieur des départements.

Au delà de cet âge, les **services de l'éducation nationale** mettent en place un plan régional (2004-2007) visant à prévenir, repérer et prendre en charge les problèmes de santé de l'enfant et de l'adolescent. Il s'articule autour de deux axes : favoriser la réussite de tous en luttant contre l'exclusion et promouvoir l'éducation à la santé et à la citoyenneté. La première orientation comprend elle-même trois axes d'intervention :

Des actions vont être engagées pour mieux repérer les problèmes de santé des élèves de 6 ans, notamment l'obésité, les troubles de l'apprentissage, pour mieux suivre l'effectivité des orientations proposées suite à la détection des problèmes de santé, pour réaliser des bilans de santé chez les enfants en grandes difficultés scolaires ;

Pour les enfants handicapés et malades, il s'agit de poursuivre l'intégration dans le dispositif d'enseignement général<sup>14</sup>, de dépister les troubles de l'apprentissage chez les enfants examinés en commissions de circonscription préscolaire et élémentaire (CCPE) et commissions de circonscription du second degré (CCSD), faciliter la mise en place de l'aide pédagogique à domicile des enfants malades.

Enfin, des actions sont centrées sur la prévention, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique et des conduites à risque (formation des adultes, mise à disposition de guides de pratiques validés...).

Et dans des domaines spécifiques, on peut mentionner d'autres types d'**actions de promoteurs divers**.

Les difficultés particulières de prise en charge du handicap du fait de leurs pathologies périnatales ont conduit les professionnels du Réseau Périnatalité à engager une évaluation spécifique des besoins de prise en charge associés à ces pathologies.

La DRASS engage une évaluation des modalités de repérage, diagnostic, orientation et prise en charge des troubles mentaux chez les 4-12 ans dans la région.

S'agissant des affections bucco-dentaires, les caisses d'assurance maladie ont engagé des actions de sensibilisation pour l'amélioration du suivi des enfants (PRAM).

Des actions d'éducation pour la santé sont entreprises en matière de nutrition par des opérateurs divers (services de santé scolaire, Comité départemental d'éducation pour la santé de la Nièvre, CCAS).

### 7.3 – Entre 15 et 34 ans

On dénombre **407 400 Bourguignons de 15-34 ans** en 2000 (25% de la population contre 27% en moyenne en France). Près de 2/3 des décès de l'ensemble de la classe d'âge sont causés par des traumatismes et empoisonnements, notamment les accidents de la route et les suicides.

---

<sup>14</sup> Le projet de loi pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » prévoit que les enfants handicapés devront être inscrits d'abord dans l'école de leur quartier. Si on ne veut pas que cette mesure

On dénombre 75 300 séjours hospitaliers en soins de courte durée de Bourguignons de 15-34 ans en 2002 (17% de l'ensemble). L'accouchement mis à part (dont une grande partie ne relève pas de la pathologie), les causes d'hospitalisation les plus fréquentes dans cette tranche d'âge sont, à parts égales (15%), les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes et empoisonnements, puis les maladies du système ostéoarticulaire (8%) et les pathologies génito-urinaires (7%)<sup>15</sup>.

Les admissions en ALD restent peu fréquentes dans ce groupe d'âge (5% de l'ensemble). Le motif principal est constitué, dans près de la moitié des cas (44%), des troubles mentaux graves. Ils sont suivis, en plus faibles proportions, des tumeurs malignes (11%), des maladies du système nerveux (10%), des maladies cardiovasculaires (7%) et du diabète et autres maladies métaboliques (6%).

La période de vie entre 15 et 34 ans est marquée par l'entrée dans la vie active et sur un autre plan la vie affective et sexuelle. Les adolescents et les jeunes adultes se déclarent globalement en bonne santé.

La période adolescente est pourtant marquée par les **conduites à risque** sur des plans divers (accidents, addictions, sexualité).

Les **accidents de circulation** sont aussi à l'origine de nombreux blessés dans ce groupe d'âge : on compte 1 233 blessés (32% de l'ensemble des blessés) et 90 tués (33%) de 15-24 ans sur les routes de Bourgogne en 2002. Il s'agit principalement de jeunes hommes, avec des séquelles physiques, psychiques et sociales qui peuvent être lourdes.

On compte 64 **suicides** de jeunes de 15-34 ans de Bourgogne en 2000. Par ailleurs, le tiers des hospitalisations pour tentatives de suicide (plus de 1 100) concernent des moins de 30 ans.

L'importance du problème du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes a justifié l'orientation du programme de prévention du suicide mis en œuvre en Bourgogne sur ce groupe d'âge (cf. description plus haut).

Le mal-être de jeunes en difficultés d'insertion a conduit à proposer dans le cadre de dispositifs divers des modalités de détection des troubles psychologiques, d'orientation vers les intervenants appropriés et de prise en charge spécifique. Ces actions ont été mises en œuvre pour une grande part dans le cadre du PRAPS. Elles devraient être intégrées dans le dispositif global de prise en charge de la santé mentale.

Sur le plan des conduites addictives, les **ivresses répétées** (plus de 3 dans l'année) sont fréquentes chez les jeunes adultes : elles concernent 17% des Bourguignons âgés de 20 à 34 ans interrogés dans l'enquête régionale en 2004.

D'après la même enquête, la **prévalence tabagique** est maximale chez jeunes hommes de 20-24 ans (63%) et les jeunes femmes de 30-34 ans (39%). L'usage répété de cannabis concerne 25 % des garçons de 17 ans et 13 % des filles du même âge dans les régions du Centre-Est (proportions proches de la moyenne nationale). Il

---

reste une démarche administrative supplémentaire pour les parents, il importe d'envisager un développement réel de la scolarité en milieu ordinaire, avec un accompagnement médico-éducatif important, afin d'aider les enseignants.

<sup>15</sup> L'accouchement ou la grossesse mis à part, on compte presque autant de séjours d'hommes que de femmes. Les autres causes d'hospitalisation (en 2000) de femmes de 15-34 ans sont les maladies de l'appareil digestif (9%), celles de l'appareil génito-urinaire (6%) et les lésions traumatiques (5%). Les motifs d'hospitalisation des hommes de ce groupe d'âge sont surtout les lésions traumatiques et empoisonnements (26%), les maladies de l'appareil digestif (15%), celles du système ostéoarticulaire (11,5%).

ogresse chez les jeunes, avec une augmentation importante de l'usage à risque (qu'on estime à 10-12% du total des usagers).

La prévention des conduites à risque fait l'objet de nombreuses actions d'intervenants divers, en milieu scolaire en particulier.

Les **interruptions volontaires de grossesse (IVG)** sont le plus souvent pratiquées avant 35 ans (80% de l'ensemble des femmes ayant une IVG). Le recueil des données sur les interruptions volontaires de grossesse a toujours été difficile. Leur nombre semble avoir légèrement augmenté au cours de la dernière décennie. Une étude nationale pour l'année 2001<sup>16</sup> évalue à 3 860 le nombre d'IVG<sup>17</sup> en Bourgogne (soit 10,5 pour 1 000 femmes de 15-49 ans contre 13,8 en moyenne en France métropolitaine, dont 7,5 pour 1 000 mineures contre 9 au niveau national). Plus de neuf femmes sur dix interrompent leur grossesse dans leur région d'origine. Les modalités de réalisation des IVG varient selon les régions et semblent encore problématiques tant pour les professionnels de santé que pour les femmes. En Bourgogne, la part des IVG médicamenteuses est plus réduite que dans la moyenne des régions françaises (17% contre 30%).

Des dispositions ont été mises en œuvre ces dernières années pour remédier aux difficultés rencontrées dans la région, en particulier celles associées au manque d'information. Suite à des recommandations ministérielles, un n° d'appel téléphonique régional a été mis en place en 2001, relié au secrétariat du centre d'orthogénie de Dijon. Par ailleurs, une étude des causes des IVG répétées et des moyens d'y remédier est en cours de réalisation. Diverses mesures nationales sont prises pour faciliter l'accès à l'IVG, notamment médicamenteuse en médecine de ville. Une des préoccupations des professionnels en charge de ce problème depuis longtemps reste l'accompagnement des femmes face à cet acte qui ne peut être réduit à son aspect technique.

## 7.4 – Entre 35 et 64 ans

On dénombre **614 000 Bourguignons** de 35-64 ans en 2000 (38% de la population, comme en France).

Dans cette période de la vie, la morbidité devient plus importante, avec le **cumul de facteurs de risque** (surpoids, hypertension, addictions), de **pathologies de la vie quotidienne** (déficiences sensorielles, problèmes dentaires, troubles du sommeil, maux de dos...) et de **maladies graves** (plus du tiers des cancers surviennent entre 45 et 64 ans). Selon l'IRDES, 8% des Français déclarent souffrir d'algies rachidiennes, de lombalgies et de sciatalgies, sans qu'on puisse mesurer les limitations fonctionnelles qu'elles induisent. On relève par ailleurs tout l'éventail de gravité des maladies cardiovasculaires, depuis les troubles circulatoires jusqu'aux accidents graves.

Sur la période 1998-2000, on a compté en moyenne chaque année **2 782 décès** de Bourguignons (sept fois sur dix d'hommes) entre 35 et 64 ans. Les principales causes sont les **tumeurs** (44%), puis les **maladies cardiovasculaires** (16%) et les **traumatismes et empoisonnements** (15%), suivis des maladies de l'appareil digestif (8%).

---

<sup>16</sup> Drees, Études et résultats, 279, 2003

<sup>17</sup> En 2002, on en compte un peu plus de 4 000 (y compris les interruptions médicales) dans les établissements de santé bourguignons (qui peuvent accueillir des femmes d'autres régions et vice-versa).

On a dénombré **153 400 séjours hospitaliers** en soins de courte durée de Bourguignons de 35-64 ans en 2002. Ils concernent presque autant d'hommes que de femmes. Les motifs les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (11%), les tumeurs (10%), les maladies du système ostéo-articulaire (9%), celles de l'appareil circulatoire (9%), les lésions traumatiques (7%) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7%).

Les trois régimes d'assurance maladie ont admis plus de 11 260 Bourguignons de 35-64 ans de la région en affections de longue durée en 2002. Les principaux motifs sont les tumeurs malignes (28%), les maladies cardiovasculaires (27%), le diabète et autres maladies métaboliques (19%), puis les troubles mentaux (12%).

L'émergence des troubles somatiques plus ou moins importants entre 35 et 64 ans peuvent conduire à occulter **les problèmes psychiques**. Or, la fin de cette période de la vie est marquée par des situations de rupture (fin de la fécondité pour les femmes, départ des enfants, cessation de l'activité professionnelle) qui peuvent induire ou aggraver des états pathologiques.

La ménopause constitue par ailleurs un problème de santé important pour les femmes, par les troubles fonctionnels qu'elle génère et l'ostéoporose qu'elle favorise.

Enfin, les facteurs professionnels (nuisances physico-chimiques, biologiques, mais aussi celles qui sont liées à l'organisation du travail) doivent peser d'un certain poids sur la santé de la population, de ce groupe d'âge en particulier.

Les **atteintes à la santé d'origine professionnelle** sont devenues plus perceptibles ces dernières années, que ce soit au travers d'"affaires" comme celle de l'amiante ou de l'augmentation continue des arrêts de travail pour raisons médicales (pour les salariés les plus âgés surtout). Les enquêtes menées au niveau européen et français font état de certains types d'atteintes à la santé depuis 20 ans. On voit augmenter certaines pathologies comme les troubles musculo-squelettiques, les troubles psychologiques liés au stress, aux pressions d'ordre divers, voire au harcèlement.

Les problèmes de santé en lien avec le travail et leur évolution sont néanmoins mal évalués<sup>18</sup>, au niveau local comme au plan national. On ne dispose que des éléments donnant lieu à réparation par la branche accidents du travail de la sécurité sociale, qui n'en représentent qu'une petite partie. On dénombre ainsi au cours d'une année (2002) près de 24 600 accidents du travail avec arrêt et 25 accidents mortels de salariés bourguignons des régimes général et agricole, tandis que 1 200 maladies professionnelles (les troubles musculo-squelettiques étant les plus fréquents) ont été indemnisées.

Au delà des conditions restrictives de la réparation professionnelle, l'évaluation des problèmes de santé au travail et leur résolution restent difficiles du fait, entre autres causes, du nombre accru de salariés et de situations à suivre par médecin du travail et du risque d'exclusion de l'emploi de salariés malades.

Cependant des actions de prévention sont entreprises pour réduire les atteintes de la santé au travail. La CRAM aide et incite les entreprises de Bourgogne à réduire les risques professionnels les plus graves ; il s'agit

---

<sup>18</sup> Le nombre des maladies professionnelles, en particulier les cancers, attribuables à des facteurs professionnels est difficile à déterminer précisément et aujourd'hui sous-estimé, en raison de la longueur du délai d'apparition du cancer après l'exposition professionnelle, de l'origine le plus souvent pluri-factorielle, de la méconnaissance de l'exposition, de la sous-déclaration des maladies professionnelles, et de l'absence de différence, sur le plan médical, entre une maladie susceptible d'être provoquée par des facteurs professionnels de celles dues à d'autres facteurs. Ainsi, l'Institut national de la veille sanitaire (InVs) estime le nombre de cancers du poumon attribuables à une exposition professionnelle entre 2 989 et 6 669 sur les 22 994 cas incidents chez l'homme pour l'année 2000 en France, or seuls 3 à 400 d'entre eux bénéficient d'une réparation en maladie professionnelle.

essentiellement de risques causés par les machines, la circulation routière, les chutes de hauteur ainsi que les risques de maladies professionnelles. Pour ces dernières, il s'agit de réduire l'exposition à des cancérogènes par substitution de produits (solvants) ou ventilation efficace des postes de travail (poussières de bois), ou d'aménager les postes de travail et les flux de production pour réduire les risques liés aux gestes répétitifs et/ou forcés (troubles musculo-squelettiques) ; ce dernier type d'actions est conduit par secteurs d'activité à risques élevés (filrière viande, textile...) et devrait recevoir le soutien de l'observatoire régional de santé au travail (ORST) récemment créé en Bourgogne. La Cram a enfin engagé une réflexion sur la prévention de la souffrance au travail pouvant découler de facteurs professionnels : un consensus de l'ensemble des partenaires sociaux sur l'importance de ce problème n'est pas acquis à ce jour.

Les services prévention de la mutualité sociale agricole ont pour leur part engagé des actions particulières au secteur agricole, visant à mettre en œuvre un dispositif de toxicovigilance destiné à tous les utilisateurs professionnels de produits phytosanitaires, salariés et exploitants agricoles et à prévenir des conséquences de l'utilisation de la silice en viticulture.

Le nombre **d'adultes handicapés**, ayant besoin d'un accompagnement ou de soins, est mal déterminé, dans la région comme en France. On connaît par contre le nombre de personnes actuellement dans les établissements ou suivis par des services. On sait que les listes d'attente sont importantes pour la plupart des structures, mais on apprécie mal le nombre de personnes qui sont actuellement dans leur famille, et dont l'état de dépendance va augmenter ; ce problème s'accroît en même temps que les parents de ces adultes handicapés vieillissent, et qu'à moyen terme, ils ne peuvent plus assurer l'accompagnement de leur enfant.

Le dispositif de prise en charge comprend divers types de structures : 2 800 places en Centres d'aide par le travail en Bourgogne <sup>19</sup>, 1 600 places en foyers d'hébergement <sup>20</sup>, près de 1 650 places de foyers de vie pour les personnes qui ne peuvent pas travailler en CAT.

Pour les personnes les plus sévèrement handicapées, la région compte 555 places en foyers d'accueil médicalisé et 147 places en maisons d'accueil spécialisé (accueillant des polyhandicapés). Près de 40% souffrent de polyhandicaps (retard mental profond et déficiences motrices, sensorielles, physiologiques associées), les autres présentant une maladie mentale stabilisée (20% environ), des traumatismes crâniens (8% environ), des déficiences motrices (15%) ou des syndromes autistiques (13% environ). Les usagers de ces établissements (MAS et FAM) se caractérisent par leurs besoins d'un suivi médical et de soins constants.

Il faut noter que les adultes déficients intellectuels accueillis dans les foyers de vie voient leurs besoins de soins augmenter du fait de leur vieillissement. Ces foyers n'ayant pas de financement de l'assurance maladie, certains de leurs résidents pourraient être contraints à terme d'intégrer un FAM, à moins que d'autres modalités de réponses ne soient mises en place.

*Le développement de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour, qui existaient déjà mais qui se trouvent renforcés par le décret du 17/03/2004, devrait apporter de nouvelles réponses pour les personnes handicapées qui sont*

---

<sup>19</sup> pour un nombre un peu plus important de personnes accueillies puisque certains sont à mi-temps. Le développement du temps partiel, qui permet aux personnes de mettre en œuvre un projet de vie plus apte et plus satisfaisant, devrait permettre d'accueillir encore plus de personnes.

<sup>20</sup> permettent à un peu plus de la moitié des personnes en CAT d'avoir un domicile différent de celui des parents

*dans leur famille. Au niveau d'un territoire géographique, les structures existantes devraient progressivement proposer de telles réponses.*

Pour toutes les structures d'hébergement, les besoins ne vont pas cesser d'augmenter dans les années à venir, compte tenu de l'allongement de la vie des personnes handicapées. La diversification de réponses à l'intérieur de toutes les structures, pour s'adapter aux besoins des personnes, devrait être généralisée. L'articulation entre le secteur des personnes handicapées et celui des personnes âgées a fait l'objet d'une réflexion spécifique dans le cadre du PRS « handicap et dépendance ».

## 7.5 – Au delà de 65 ans

En 2002, la Bourgogne compte **308 440 personnes de 65 ans et plus**, représentant 19% de la population. Parmi les 150 000 Bourguignons de 75 ans et plus, un tiers ont plus de 84 ans, groupe qui a le plus augmenté entre 1990 et 1999. La plupart demeurent à domicile, seules 20% des personnes les plus âgées (80 ans et plus) vivent en hébergement collectif.

Une **amélioration de la santé ressentie chez les personnes âgées** a été observée au cours des dernières décennies (l'espérance de vie aux âges élevés, en progression, est, à 60 ans, de 20,1 ans pour les hommes et 25,3 pour les femmes en 2000), en Bourgogne comme en France. Cependant le nombre d'affections déclarées s'accroît avec l'âge, et, surtout avec le vieillissement de la population s'accroît le nombre de personnes atteintes de problèmes de santé pouvant compromettre la capacité à effectuer certains actes de la vie courante.

D'après l'enquête nationale Handicap Incapacité Dépendance (HID), 5% de la population de 60 ans et plus est confinée au lit ou au fauteuil ou a besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, ce pourcentage augmentant fortement avec l'âge (20% à 85 ans, 35% à 90 ans et plus), un peu plus du tiers résidant en établissement pour personnes âgées ou dans d'autres institutions. Au 31 mars 2004, on dénombre 181 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie pour mille habitants de 75 ans et plus dans les départements bourguignons comme en moyenne au niveau national<sup>21</sup>. Globalement, un tiers de ces personnes sont classés en GIR 1 et 2 (les plus dépendants), cette proportion étant naturellement plus importante en établissement (6/10) qu'à domicile (1/4).

**Les affections cardiovasculaires** ont une place prépondérante dans la morbidité et la mortalité des personnes âgées de 65 ans ou plus : près de 36 % des causes de décès, 42% des admissions en ALD (en 2002). Elles sont suivies de près par les **cancers** (25% des décès et 26% des ALD).

On a compté près de 157 700 **séjours hospitaliers** en soins de courte durée de Bourguignons de 65 ans et plus en 2002. Les motifs les plus fréquents sont les affections cardio-vasculaires (16%), les tumeurs (10%), les maladies de l'appareil digestif (9%), les maladies de l'œil (8%) et les lésions traumatiques (7%).

D'après l'étude des 3 cités (dont Dijon), une personne de plus de 65 ans sur cinq est tombée dans l'année. On a déjà mentionné la surmortalité causée par les chutes en Bourgogne. Si l'étiologie des **chutes** est multifactorielle, les facteurs de risques clairement identifiés sont la consommation de médicaments (dont les psychotropes), les problèmes de vision, l'inadaptation de l'habitat. **L'ostéoporose** (à l'origine d'une fragilité osseuse exposant les

---

<sup>21</sup> Drees, études et résultats, 298, 321, 2004.

patients à un risque de fractures) concernerait 25% des femmes de 65 ans et plus et 50% de celles de 80 ans et plus. Plus de 20% des sujets victimes d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en décèdent et 50% conservent un handicap chronique. Un des objectifs au niveau national du suivi de la loi de santé publique est de réduire de 10% l'incidence de ces fractures.

La demande renouvelée de participation aux ateliers du programme "l'équilibre, où en êtes-vous ?" (ateliers pour apprendre l'équilibre et à le retrouver) a conduit la CRAM de Bourgogne-Franche Comté à le renouveler durant 10 ans.

Le poids et la diversité des problèmes somatiques aux âges élevés ne doit pas cacher l'importance de **troubles mentaux** qui sont encore mal pris en compte. Selon l'enquête récente SMPG 1999-2003<sup>22</sup>, 11% des personnes de 75 ans et plus ont eu des épisodes dépressifs au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête (le taux est de près de 14% pour les femmes et d'un peu moins de 7% pour les hommes, l'écart étant maximal dans ce groupe d'âge). Par ailleurs, la proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété diminue globalement avec l'âge mais atteignent cependant 8,5% des personnes de 75 ans et plus. L'ensemble de ces troubles se traduit par de fortes consommations de psychotropes, et, à l'extrême, par un taux de suicide maximal aux âges les plus élevés. L'exposition à ces troubles est augmentée par l'isolement, le veuvage, la maladie, l'entrée en institution... En ce qui concerne la démence, si on se réfère à des résultats récents de l'étude PAQUID<sup>23</sup>, on peut estimer à 28 500 le nombre de Bourguignons **déments** en 2003, dont plus de 23 000 atteints de la **maladie d'Alzheimer**<sup>24</sup>.

L'**usage conséquent de médicaments** chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (en Bourgogne, 17,7% des ordonnances comportent plus de 5 médicaments selon une étude de la MSA et 10% plus de 10 selon une étude des services médicaux de l'assurance maladie du Nord-Est) entraîne un risque iatrogène important (motif de 20% des hospitalisations après 80 ans selon la CCMSA), avec une gravité accrue des effets en fonction de l'âge et aussi souvent la mise en jeu du pronostic vital.

Les caisses et les services médicaux d'assurance maladie de Bourgogne se sont engagés spécifiquement dans la prévention du risque iatrogène (promotion des règles de bonne pratique de prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé, auprès des professionnels de santé et des patients).

L'enquête nationale HID 1999 montre l'importance des **déficiences sensorielles** avec une prévalence des déficiences visuelles de 22 % et des déficiences auditives de 38% chez les plus de 75 ans, pas toutes bien corrigées ou prises en charge.

La **dénutrition** d'origine exogène (faiblesse des apports protéiques) ou endogène (due à certaines pathologies comme le cancer, les infections) est relativement fréquente chez les sujets âgés. Le groupe de réflexion sur les indicateurs de suivi de la loi de santé publique estime au niveau national qu'entre 350 000 et 500 000 personnes de 70 ans ou plus à domicile sont dénutries et qu'elles sont entre 100 000 et 200 000 en institution (soit entre 6 et 10% de la population âgée). Il propose de faire diminuer de 20% la prévalence de ce problème. La dénutrition est source de pathologies secondaires dont les pathologies infectieuses, les chutes, les fractures, les escarres. Une

---

<sup>22</sup> Drees, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale, études et résultats 347, 2004.

<sup>23</sup> Étude en population générale sur le vieillissement cérébral normal et pathologique.

<sup>24</sup> Ces données sont nettement plus élevées que lors d'estimations antérieures (50% de plus que lors d'une estimation régionale effectuée pour 2000) du fait de l'évolution des possibilités de diagnostic et aussi de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes.

part de ces problèmes serait évitable, mais si le dépistage est aisé, la recherche des causes nécessite du temps, difficile à prendre dans le cadre des modalités de traitements usuels. Les professionnels sont peu sensibilisés à ce problème.

Un Programme régional de santé a été élaboré visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, handicapées et/ou dépendantes de plus de 60 ans en Bourgogne (2000-2005). Trois principaux objectifs ont été initialement fixés : améliorer la connaissance de la population concernée, des modes de prise en charge et des financements existants ; permettre à chaque personne de plus de 60 ans de bénéficier d'au moins une action de prévention de la dépendance suite à un bilan médico-social ; assurer une prise en charge coordonnée, médicale, médico-sociale et sociale de qualité de chacune. Une organisation régionale avec des relais départementaux a permis de susciter et d'appuyer des actions locales s'inscrivant dans ces objectifs généraux.

Fin 2004 on recensait plus de 80 actions inscrites et financées dans le cadre du PRS depuis 2000. Les premières menées ont davantage porté sur l'amélioration de la connaissance et le soutien à des lieux et des activités d'informations. Une exposition gérontologique itinérante a été par la suite réalisée dans cette perspective. Des actions plus axées sur la prévention ont été ensuite promues sur : la nutrition, l'animation, les chutes, l'aide aux aidants familiaux, le bon usage des médicaments, l'aide psychologique. Des formations des aidants, des professionnels ont été également développées.

En 2003, un espace gérontologique de Bourgogne a été institué, lieu d'échanges sur les formations, la documentation, les études ayant trait aux personnes âgées dans la région, qui devrait prendre le relais du PRS au delà de 2005. De même, dans la suite des actions précédemment mentionnées, des programmes départementaux de prévention coordonnée sont en cours d'élaboration en Côte d'Or, Saône-et-Loire et dans l'Yonne par une pluralité de partenaires institutionnels sur les axes nutrition, mémoire, médicaments, prévention des chutes.



## CHAPITRE 8

### LES PRIORITES DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique oblige les régions à se doter d'un Plan Régional de Santé Publique (*PRSP*). Ce document de référence pour chaque partenaire est l'élément principal encadrant la politique de santé publique de la région.

Pour 2004-2008, 7 buts ont été retenus comme cadre de la politique de santé bourguignonne :

- But 1 : Agir sur les déterminants comportementaux pouvant avoir une influence sur la santé de l'individu
- But 2 : Améliorer les facteurs de l'environnement, cause de dégradation de la santé des populations
- But 3 : Améliorer la prévention , le dépistage et le suivi des maladies chroniques
- But 4 : Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la souffrance psychique
- But 5 : Construire l'outil de la connaissance permettant d'inscrire la politique de santé dans la durée
- But 6 : Construire le service public régional d'éducation pour la santé
- But 7 : Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire

L'ensemble de ces buts est décliné en 26 objectifs généraux et plus de 60 objectifs opérationnels qui permettent de construire un plan d'actions coordonnées.

**La déclinaison de certains objectifs du PRSP au sein du SROS** a pour objectif de rendre plus efficaces des actions dont les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé de la population dépendent notamment d'une appréhension globale de la thématique, de la prévention primaire à l'organisation du système de soins en passant par la mobilisation des acteurs sanitaires à des programmes de dépistage ou d'éducation thérapeutique.

#### 8.1 – Lutter contre la consommation de tabac

On dénombre chaque année, en région, 1200 décès causés par des pathologies en grande partie liées au tabagisme (780 cancers broncho-pulmonaires , 420 bronchites chroniques). Ces deux causes occasionnent respectivement 1700 et 2380 séjours hospitaliers. D'autres pathologies sont fortement associées à la consommation de tabac, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires, ...

Créé en 1997, le réseau Hôpital Sans Tabac vise à organiser une dynamique locale de lutte contre le tabagisme en motivant les directeurs d'établissements, impliquant les professionnels de santé et en sensibilisant les familles. La structuration de ce réseau doit être soutenue afin de permettre la mise en place de consultations hospitalières

de tabacologie au sein de tous les établissements et le renforcement du nombre d'équipes hospitalières de liaison en tabacologie.

18 établissements bourguignons adhèrent d'ores et déjà au réseau Hôpital Sans tabac. Au 31 décembre 2004, 7 équipes hospitalières de liaison en tabacologie sont présentes au sein d'établissements de santé.

A échéance de 2011, 80% des établissements de santé devront adhérer au réseau et chaque année sera organisée une réunion régionale « Hôpital sans tabac » à élargir aux autres produits afin de valoriser l'approche addictologique.

## **8.2 – Lutter contre la consommation excessive d'alcool**

Les pathologies directement associées à la consommation excessive d'alcool causent chaque année 740 décès dans la région dont 400 avant l'âge de 65 ans. La mortalité masculine prématurée directement liée à l'alcool reste supérieure à la moyenne nationale. La surmortalité associée à ces pathologies est essentiellement constatée dans les départements de la Nièvre et de l'Yonne.

Par ailleurs, 8% des patients hospitalisés présentent une souffrance alcoolique qui représente aussi la cause de 18 600 passages dans les services d'urgence chaque année.

Pour répondre à cette enjeu de santé publique, au cours des dernières années la région Bourgogne a été dotée de 10 équipes de liaison en alcoologie dans les établissements de santé. Par ailleurs, 14 établissements sont en capacité de proposer un sevrage.

Deux unités de post-cures accueillent l'un à Dijon, l'autre à Migennes les patients bourguignons et des autres régions (322 séjours en 2002).

Le plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et les toxicomanies (MILDT) 2004-2008 prévoit la mise en place d'un schéma régional médico-social d'addictologie. Lors de l'élaboration de ce schéma, il y aura lieu de veiller particulièrement à l'articulation entre les établissements de soins, le secteur ambulatoire et les structures médico-sociales.

A échéance 2011, chaque territoire de santé devra disposer d'une équipe d'alcoologie ou d'addictologie de liaison et d'un réseau de santé s'appuyant sur une unité hospitalière de court séjour, un hôpital de jour, un CCAA ainsi que sur les médecins généralistes.

## **8.3 – Améliorer l'état de santé bucco-dentaire**

Les personnes handicapées constituent un groupe à haut risque de pathologies orales. L'état de santé bucco-dentaire du patient handicapé s'aggrave avec l'âge et devient dès l'adolescence très nettement inférieur à celui de la population générale.

Actuellement, l'accès aux soins du public handicapé dans les structures existantes n'est pas aisé dans la plupart des cas et il faut avoir recours à des techniques particulièrement lourdes comme l'anesthésie générale pour les soigner. Il existe par ailleurs des techniques plus adaptées comme la sédation consciente qui assure aux patients une meilleure qualité de prise en charge.

A côté des actions d'informations et de sensibilisation à la prise en charge correcte des soins spécifiques pour ce public, il apparaît nécessaire de structurer l'offre de soins en proposant la mise en place de réseaux spécifiques de prise en charge tout en associant les familles à la vie de ces réseaux.

La finalité de la mise en place de ce type de réseau est triple :

- promouvoir l'accès aux soins des patients handicapés par l'utilisation d'une technique assurant une meilleure qualité de la prise en charge,
- impliquer les praticiens libéraux et hospitaliers afin d'assurer la continuité de la prise en charge et sa qualité par des formations spécifiques
- et enfin articuler l'utilisation des moyens hospitaliers et ambulatoires par l'intervention des praticiens libéraux sur le plateau technique hospitalier.

Il s'agira donc, au sein de cette association des praticiens de ville et hospitaliers :

- de former les praticiens libéraux et hospitaliers à la technique de la sédation consciente
- de mobiliser le plateau technique hospitalier en permettant aux praticiens libéraux d'y accéder et de pratiquer les soins sur les patients handicapés
- d'organiser l'éducation du patient et des familles au sein de ces structures.

## **8.4 – Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques**

La prépondérance des maladies chroniques et le constat fréquent d'une mauvaise observance souvent liée à un manque d'information et d'éducation rendent nécessaire la participation active du patient à la prise en charge de sa maladie. L'effet bénéfique de l'éducation thérapeutique sur des pathologies « modèles » comme l'asthme et le diabète a été démontré en terme de réduction de mortalité, de morbidité et d'amélioration de la qualité de vie.

Il n'existe pas aujourd'hui d'organisation idéale ou modélisée de l'éducation thérapeutique. Elle peut s'exercer dans le cadre de structures aussi diverses que :

1/ les hôpitaux au niveau de chaque service et/ou d'une unité transversale ;

2/ les centres ambulatoires ;

3/ en médecine libérale. Les réseaux, interface entre les différentes structures, constituent un levier essentiel de développement en terme de moyens, d'organisation ou de formation.

Les notions de transversalité (pour les structures ou, les formations), de polyvalence (*éviter la spécialisation par pathologie de l'éducation thérapeutique*), de pluridisciplinarité (*champ de compétences partagé entre de nombreux professionnels et notamment les infirmières et les diététiciennes*) sont essentielles.

L'éducation thérapeutique fait l'objet d'une définition précisée par l'OMS : « l'éducation thérapeutique a pour objectif de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage ; le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants ».

Compte tenu de tous ces éléments, il s'agit en Bourgogne de développer l'éducation structurée c'est-à-dire selon un programme précis par des professionnels de santé formés.

Les deux axes prioritaires sont :

1. l'organisation d'une formation régionale pour les professionnels de santé
2. le développement et l'organisation de l'offre en éducation thérapeutique.

Il s'agit de traiter en priorité de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance coronarienne, les maladies infectieuses chroniques, le VIH et les hépatites... Ces domaines paraissent essentiels avec des possibilités d'actions rapides et conformes au plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques prévu par la Loi de santé publique.

La première étape est la réalisation d'un état des lieux sur les besoins (*comparaison offre et demande*) en éducation thérapeutique. La demande sera approchée par l'estimation de la prévalence de pathologies choisies parmi celles citées plus haut.

L'offre sera mesurée par une enquête (*avril-mai 2005*) auprès des structures susceptibles de produire des prestations en éducation thérapeutique. Les établissements hospitaliers sont tout particulièrement concernés et leur participation active à cette enquête conditionnera la suite des actions.

La seconde étape est la définition du contenu d'une formation régionale de 1<sup>er</sup> niveau (*fin 2004-début 2005*) pour tous les professionnels de santé volontaires, formation de type pluridisciplinaire, accessible au plus grand nombre et pragmatique.

La troisième étape consiste à favoriser le développement d'une offre en éducation thérapeutique structurée :

- en renforçant l'existant s'il a fait la preuve de son efficacité
- en ciblant des projets nouveaux qui correspondent à des besoins prioritaires non satisfaits sur un territoire donné et à partir de l'analyse de l'existant (*cf. enquête sur les pathologies*)
- en expérimentant des structures innovantes de type pluridisciplinaire, polyvalente et transversale de trois type : unités transversales hospitalières, centres ambulatoires, mutualisation l'activité de différents réseaux de santé.

- En développant l'éducation thérapeutique en médecine de ville en s'appuyant notamment sur : la formation des médecins, des kinésithérapeutes et infirmières, en communiquant sur les méthodes et les outils, en développant les supports contractuels (*contrat de santé publique ou contrat de bonne pratique*) que l'assurance maladie peut mettre en œuvre avec les professionnels de santé.

## **8.5 – Participer à la création d'un environnement favorable à la bonne santé psychique des adolescents**

Parmi les jeunes accueillis en Missions Locales (M.L) et PAIO, nombreux sont ceux qui ont subi plusieurs échecs au cours de leur parcours de vie familiale, sociale, scolaire. Ils sont en rupture, ayant perdu l'estime d'eux-mêmes, en souffrance psychologique.

En région Bourgogne, des psychologues en M.L. rattachés à des établissements de soins repèrent les troubles (*tels que dépression, idées suicidaires, conduites addictives, pratiques à risques...*) et peuvent ainsi orienter vers le soin les jeunes qui en ont besoin. Il sont un lien fédérateur d'une prise en charge par le secteur psychiatrique si nécessaire et permet également de ne pas surcharger les files d'attentes encombrées des CMP d'orientations pas toujours justifiées et comprises comme un rejet par le jeune.

Le dispositif actuel de mise à disposition de psychologues tels qu'il existe aux CHS Sevrey, CH Mâcon, C.H. Nevers permet ce lien direct avec le soin et peut optimiser l'assurance d'une prise en charge plus efficace dans une filière de soin organisée lorsque ces postes sont rattachés directement à la structure hospitalière.

A échéance 2011, ce dispositif doit être étendu à toutes les missions locales dans le cadre d'un partenariat conventionné et chaque territoire de santé doit disposer d'une unité pour adolescents en crise

## **8.6 – Dépister les dépressions de l'adulte et réduire le nombre de suicides dans la population et plus spécifiquement en milieu carcéral**

Dans le cadre du PRS suicide et de la stratégie nationale d'actions face au suicide, des principes de prise en charge de la tentative de suicide ont été élaborés. Des audits ont été initiés afin de prendre en compte d'éventuelles améliorations.

Deux binômes de formateurs régionaux assurent des formations au "repérage et à la gestion de la crise suicidaire" auprès des professionnels de la région, de champs d'interventions divers, tous en lien avec un public qui peut présenter une souffrance psychique. Parmi les formateurs, 2 sont des P.H., psychiatres aux urgences des hôpitaux de Dijon et Sevrey : 1 est psychologue au CHS Sevrey, 1 est professeur d'Université à Dijon.

A échéance 2011 les services d'urgence seront renforcés afin que chacun soit doté d'une équipe formée et le binôme de formateurs sera consolidé.

## **8.7 – Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles mentaux liés au vieillissement**

## **8.8 – Fédérer les différents producteurs de connaissance avec la participation des hôpitaux à la future plate-forme prévue dans le PRSP**

Le PRSP préconise la création d'une plate-forme de connaissance dans le champ sanitaire, social et médico-social. Les indicateurs recueillis seraient suivis dans le temps dans le cadre d'un tableau de bord commun, partagé sur l'état et l'offre de santé régionale. Les établissements de soins sont riches en données sanitaires diverses, notamment à travers le PMSI.

## **8.9 – Développer un service public d'éducation pour la santé en impliquant les hôpitaux dans la politique de prévention territoriale (appui notamment sur les hôpitaux locaux)**

Le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) recommande de développer de nouveaux lieux d'animation d'éducation pour la santé. Les hôpitaux locaux assurent une présence de proximité de nature à permettre le développement local de l'Education et la Prévention à la Santé (EPS). Dans ce cadre un lien fort entre l'hôpital et la ville peut être promu en particulier en cherchant une intégration fortes de la structure hospitalière dans les réseaux de soins (addictions, nutrition, diabète, gériatrie, soins palliatifs, psychiatrie, surveillance des grossesses,...)

# CHAPITRE 9

## L'OFFRE DE SOINS EN BOURGOGNE

### 9.1 – Un déficit en professionnels de santé, inégalement répartis sur le territoire

#### Des effectifs plus faibles en Bourgogne qu'en France

La Bourgogne est moins bien dotée en professionnels de santé libéraux qu'en moyenne en France. La densité en médecins généralistes est plus faible dans notre région : 104 pour 100 000 habitants en moyenne contre 114 en métropole. La Côte d'Or a la plus forte densité (119 pour 100 000 habitants).

Notre région est également moins bien lotie en infirmiers (84 contre 100 en France) et en masseurs-kinésithérapeutes (59 contre 75). La Nièvre est particulièrement peu dotée en infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes eu égard à sa population et sa proportion de personnes âgées (216 généralistes – densité de 97).

| Au 1er janvier 2003        | France métropolitaine |          | Bourgogne |          | Côte-d'Or |          | Nièvre |          | Saône-et-Loire |          | Yonne  |          |
|----------------------------|-----------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|--------|----------|----------------|----------|--------|----------|
|                            | Nombre                | Densité* | Nombre    | Densité* | Nombre    | Densité* | Nombre | Densité* | Nombre         | Densité* | Nombre | Densité* |
| Médecins généralistes      | 67 880                | 114      | 1 677     | 104      | 606       | 119      | 216    | 97       | 529            | 97       | 326    | 97       |
| Infirmiers diplômés d'Etat | 59 456                | 100      | 1 354     | 84       | 416       | 82       | 134    | 60       | 509            | 94       | 295    | 88       |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 44 697                | 75       | 953       | 59       | 363       | 71       | 113    | 51       | 298            | 55       | 179    | 53       |

Source : DRASS de Bourgogne - Service Régional de la Statistique et des Etudes - STATISS/ADELI.

\* Densité pour 100 000 habitants

#### Des départs en retraite plus nombreux dans dix ans en Bourgogne

L'âge moyen des généralistes libéraux bourguignons est très proche de celui des généralistes métropolitains (47 ans). La proportion de généralistes susceptibles de partir en retraite dans les dix prochaines années (ceux ayant plus de 55 ans) est légèrement inférieure en Bourgogne (12,6 % contre 13,0 % pour la métropole).

En revanche, au-delà de dix ans, les départs à la retraite devrait être relativement plus nombreux en Bourgogne. En effet, 70 % des généralistes ont entre 40 et 54 ans en Bourgogne contre 68,5 % en métropole.

#### Les projections démographiques d'ici 2025 confirment une tendance à la diminution, tous professionnels de santé confondus :

- En France : sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7000 à partir de 2006, le nombre de médecins en activité en France passerait de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025. La densité médicale diminuerait de 15,6 %, passant de 335 en 2002 à 283 en 2025. Cette diminution serait essentiellement due à la conjonction de l'entrée en exercice de promotions de médecins moins nombreuses et d'importantes sorties d'activité attendues.

- En Bourgogne : pour un numerus clausus de 7000, le nombre de médecins passerait de 4535 en 2002 à 4118 en 2025. La densité, quant à elle, de 281 à 260, soit une baisse de 8 %.

19 zones ont été identifiées comme déficitaires en Bourgogne (11% de la population bourguignonne sur 20% du territoire). Ce sont des territoires de plus de 5000 habitants qui combinent les critères suivants :

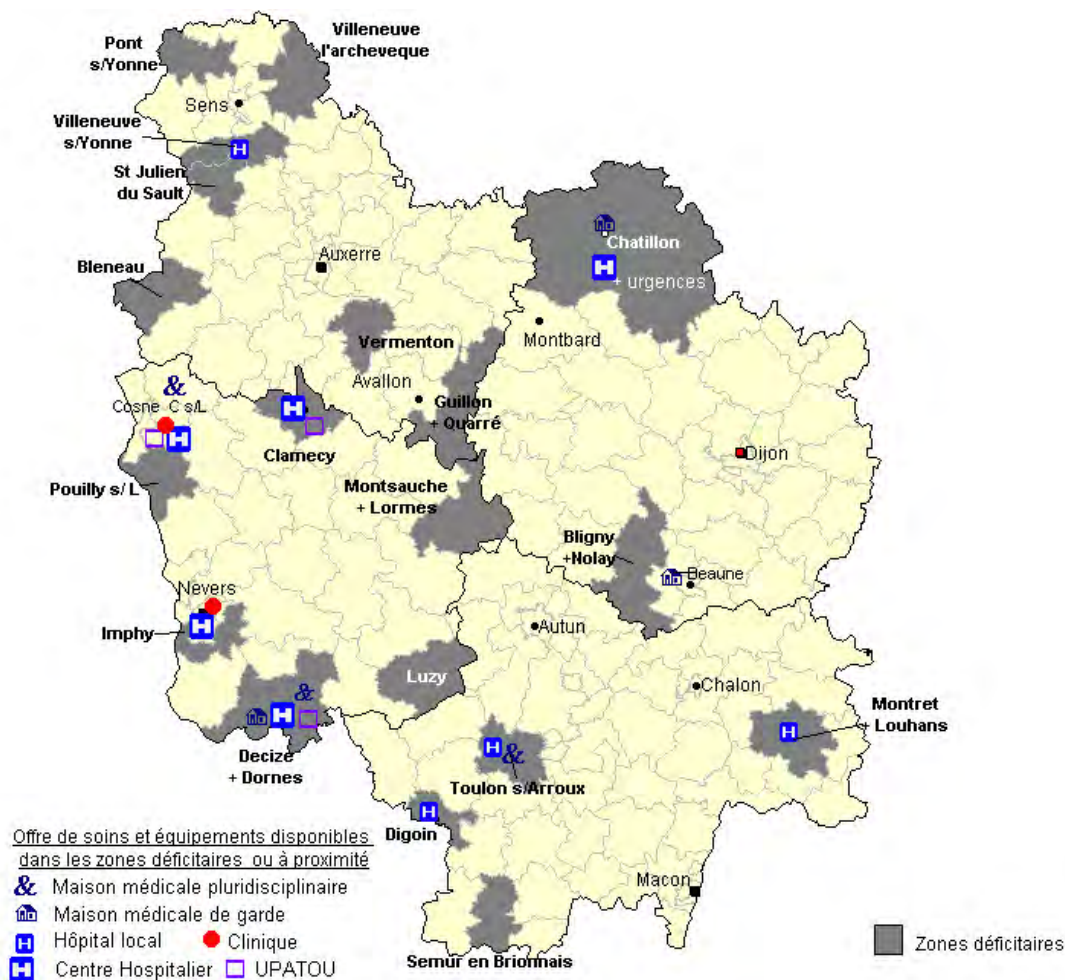
- faible densité médicale, forte activité des médecins, âge des médecins pour isoler les probabilités de départs à court terme et population âgée.

A titre indicatif, les seuils de densité médicale et d'activité sont les suivants :

| Seuil de densité de médecins généralistes pour 5000 habitants |                 | Seuil d'activité (consultations + visites) |                  |
|---|-----------------|--|------------------|
| ≤ 3.5 pour 5000 hab   | densité faible  | < 4672 actes (C&V)                         | Activité faible  |
| ] 3.5 – 5.2] pour 5000 hab                                    | densité moyenne | [4672-6220] actes                          | Activité moyenne |
| > 5.2 pour 5000 hab   | Densité forte   | > 6220 actes                               | Activité forte   |

- prise en compte de critères complémentaires, tels que, par exemple, des difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins.

Le zonage de départ s'appuie sur les cantons. Mais les zones retenues ne se limitent pas toujours à un canton compte tenu de l'importance de la population et de l'organisation des soins.



## 9.2 – La nécessité d'une coopération pour la desserte hospitalière

Les caractéristiques du territoire de la Bourgogne et sa population influencent fortement l'offre hospitalière publique et privée<sup>25</sup>. La Bourgogne présente un **grand nombre d'établissements de santé** (100), dispersés sur l'ensemble du territoire. Elle est la troisième région pour le nombre d'établissements rapporté à la population (3,75 contre 1,77 pour 100 000 habitants). Elle compte 20 sites d'urgences et 25 hôpitaux locaux (quatre fois la densité nationale) pour répondre aux besoins compte tenu de la répartition de la population.

Mais les établissements bourguignons sont de **taille modeste** (147 lits de MCO en moyenne contre 219 au niveau national). L'offre de court séjour est excédentaire en chirurgie et obstétrique, mais les capacités de soins de suite sont déficitaires (il manque 300 lits pour se situer dans la moyenne nationale en termes de densité). L'offre de soins privée située en majorité en secteur urbain, représente 25% des lits de MCO, 33% des séjours et 25% des journées. D'autres établissements privés, offrant de soins de suite et de psychiatrie, sont dispersés sur l'ensemble de la région. Enfin, 6 maisons médicales (à Beaune, Dijon, Decize, Chalon-sur-Saône, Le Creusot, Mâcon) sont adossées à des établissements hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers augmente. Avec une population de plus de 60 ans en constante augmentation, la **consommation de soins en médecine progresse** très significativement depuis plus de 10 ans, celle en chirurgie stagne et celle en obstétrique a tendance à diminuer. Ainsi, les besoins de soins hospitaliers changent de nature du fait du vieillissement de la population : la prise en charge des personnes âgées se fait essentiellement au travers de soins de médecine et de soins de suite.

Le patrimoine hospitalier en région Bourgogne est vétuste, le besoin en investissement ayant été estimé à un milliard d'euros. Dans le cadre du Plan Hôpital 2007, et notamment son volet investissement hospitalier, plus de 700 millions d'euros seront consacrés à la modernisation du parc hospitalier public et privé. Les moyens nouveaux alloués dans le cadre de ce plan permettent ainsi de réduire de moitié les délais de réalisation et de doubler les investissements sur la durée du programme. Les opérations retenues répondent à la stratégie régionale de l'ARH qui vise à concilier proximité et qualité des soins dans le cadre d'une nouvelle organisation en six territoires de santé. Parmi les principales opérations on peut citer pour mémoire :

\* dans le secteur public : la reconstruction complète des centres hospitaliers de Nevers (opération achevée), Autun, Chalon sur Saône, Paray-le-Monial, et du CHU de Dijon ; en psychiatrie, la reconstruction du CHS de l'Yonne, la reconfiguration du secteur de Mâcon, la construction d'un bâtiment de psychiatrie adulte à Nevers ; la création d'un pôle mère-enfant au Centre Hospitalier d'Auxerre ; l'installation d'un Petscan au Centre de lutte contre le cancer ; la construction d'un nouveau centre de médecine physique et de réadaptation à l'hôpital de Montbard ;

\* dans le secteur privé : la reconstruction des cliniques mâconnaises sur un site unique à proximité de l'hôpital ; la reconstruction de la clinique Paul Piquet à Sens ; la restructuration des cliniques dijonnaises (pôle mère-enfant à Sainte Marthe et bloc opératoire à Chenôve) et chalonnaises (Sainte Marie et Dracy-le-Fort), ainsi que le plateau technique de la clinique du Parc à Autun dans le cadre d'un regroupement avec le nouvel hôpital.

---

<sup>25</sup> ARH Bourgogne, *Le plan Hôpital 2007 en région Bourgogne*, 2003.

\* D'autres opérations concernent la mise aux normes de sécurité des bâtiments et le développement de systèmes d'information.

La démographie médicale et paramédicale reste largement déficitaire par rapport à la moyenne en France, à l'hôpital comme en ville. On compte 20% des postes de praticiens hospitaliers (147/722) vacants, en particulier en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, radiologie, radiothérapie et urgence. Le déficit global en infirmiers est estimé à 5% (500 sur 11 000), en particulier en infirmiers de bloc opératoire et anesthésistes. Face à ce constat, le Conseil Régional de Bourgogne s'est mobilisé à travers deux dispositifs à destination des médecins et paramédicaux : l'Allocation Bourgogne Médecins et le contrat Réciprosanté, en partenariat avec l'ARH de Bourgogne.

Enfin, pour attirer de nouveaux professionnels de santé et faciliter la qualité de leur exercice le Conseil Régional soutient la création de Maisons pluridisciplinaires de santé et Maisons médicales de garde (en partenariat avec l'URCAM et l'ARH) et participe au financement des transports sanitaires des personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité.

L'ensemble des contraintes (ressources humaines rares, moyens financiers contraints, réglementation de sécurité sanitaire) rend encore plus nécessaire une forte coopération entre établissements. La recomposition de l'offre de soins a constitué le premier objectif pour l'ARH en 2003-2004 afin de concilier proximité et qualité des soins dans un contexte encadré de ressources. Cette organisation s'appuie sur un nouveau découpage de la région en **6 territoires de santé** (qui se substituent aux anciens pôles sanitaires et de coopération).

### **9.3 – Un taux d'équipement pour les personnes âgées supérieur à la moyenne, mais des besoins en forte progression**

Avec **plus de 25 700 places et logements** en 2003 en **hébergement pour personnes âgées** (maison de retraite, logement foyer, hébergement temporaire ou service de soins de longue durée), la Bourgogne apparaît relativement mieux dotée que la moyenne des régions françaises. Le taux d'équipement en lits d'hébergement hors soins de longue durée est alors de 154/1 000 habitants de 75 ans et plus en Bourgogne contre 130/1 000 en France métropolitaine. S'agissant des lits médicalisés<sup>26</sup>, le taux d'équipement global de la région apparaît là encore supérieur dans la région (83,4 contre 74,8/1 000). À l'intérieur de la région, la Nièvre présente des taux d'équipements inférieurs (respectivement 121 et 70 pour 1 000 personnes âgées), et la Saône-et-Loire apparaît également relativement moins dotée en lits médicalisés (77,6).

Comme pour la population globale, la desserte en services de soins de premiers recours des personnes âgées (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes libéraux) est plus réduite en Bourgogne qu'en moyenne en France, et inégalement assurée sur le territoire régional.

À côté de ces professionnels, on recense **86 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) offrant 2 477 places** début 2003. Le taux d'équipement en places de SSIAD semble lui aussi un peu plus élevé que la

---

<sup>26</sup> Les conventionnements EHPAD en cours induisent des passages entre les champs sanitaire et social, compliquant la mesure de l'évolution dans ce domaine.

moyenne nationale (16,7 contre 15,8/ 1 000), ce taux étant néanmoins à relativiser au regard de l'importance des besoins. Il varie peu selon les départements (de 15,8 à 17,7).

Les Conseils généraux interviennent dans la prise en charge des besoins des personnes âgées aux côtés de l'État et l'Assurance maladie (autorisation, financement des prestations). Par ailleurs, ils élaborent et mettent en œuvre des **schémas gérontologiques départementaux**. Ceux-ci ont pour objectifs d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante, de déterminer les perspectives de développement de cette offre, notamment sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services.

La mise en place de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ainsi que la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales ont confirmé et renforcé le **rôle des conseils généraux dans la prise en charge de la dépendance**. Dans le prolongement de l'Allocation personnalisée d'autonomie, les conseils généraux ont désormais un rôle de pilotage et de coordination pour l'ensemble des actions menées en direction des personnes âgées.

#### **9.4 – L'articulation de l'offre médico-sociale dans le domaine du handicap avec le secteur sanitaire à organiser**

La loi du 2/1/2002 a rénové l'ensemble du cadre dans lequel s'insèrent les institutions sociales et médico-sociales.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale départementaux (qui doivent être revus tous les 5 ans) représentent un enjeu majeur dans l'approche des réponses à apporter aux besoins spécifiques des personnes. Ils déterminent notamment les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire. La loi du 13/08/2004 « relative aux libertés et responsabilités locales » a chargé le Conseil Général de la définition et de la mise en œuvre de la politique d'action sociale et du schéma d'action sociale qui en découle.

En fonction des différents modes de prises en charge et des besoins de soins ou d'accompagnement des personnes, il conviendra de faire appel aux services et structures médico-sociaux les plus adéquats, conjugués en tant que de besoin aux prestations de soins. Une articulation devra donc s'organiser entre le secteur sanitaire et le secteur d'accueil médico-social pour adultes, enfants handicapés ou en difficulté psychique, en particulier sur les questions de l'autisme et des traumatisés crâniens.

Le projet de réforme de la loi du 30/06/1975 prévoit d'introduire le handicap psychique dans la définition du handicap. Si cela correspond déjà en partie à la réalité, les conséquences au niveau des politiques sociales vont progressivement être de plus en plus importantes : l'accompagnement et l'hébergement des handicapés psychiques devront être mieux pris en compte qu'actuellement.

Au 31 décembre 2003, le **dispositif d'accueil des adultes lourdement handicapés** en Bourgogne compte **867 places autorisées**<sup>27</sup>.

Concernant la **prise en charge des enfants et des adolescents**, l'offre d'accueil est modifiée avec la mise en place d'un plan triennal 2001-2003 développant des services de prise en charge précoce, d'accompagnement des familles et d'appui à l'intégration dans le milieu ordinaire de vie.

Des disparités encore importantes existent les départements. Celui de Saône-et-Loire reste très déficitaire. La création de SESSAD, certes bien développée ces dernières années, ne permet pas d'apporter une réponse toujours adaptée, notamment pour la prise en charge des enfants présentant une déficience intellectuelle moyenne ou profonde. Le département de la Nièvre reste quant à lui le mieux équipé pour la prise en charge des enfants.

L'enveloppe consacrée à ce secteur s'élève à plus de 146 millions d'euros pour l'année 2004.

Les chantiers nationaux sur le thème du handicap sont nombreux. Des concrétisations sont attendues pour les mois à venir dans la région.

Le **plan "Solidarité pour les personnes dépendantes"** visant tant les personnes âgées que celles qui sont handicapées, a été communiqué le 6 novembre 2003. En direction des personnes handicapées, le gouvernement a annoncé pour 2004-2008 la mise en œuvre de programmes d'actions pluriannuels. La création de places en établissement sera en particulier poursuivie grâce à de nouveaux efforts budgétaires de l'État et de l'assurance maladie. Il s'agirait donc de la poursuite des plans connus ces précédentes années. Le projet de loi de finances 2004 va dans ce sens, avec un plan en faveur des programmes spécifiques pour les personnes polyhandicapées, autistes, handicapées psychiques et la création de places en CAT et MAS.

Les orientations du projet de **réforme de la loi du 30 juin 1975** en faveur des personnes handicapées sont encore discutées. La loi "Égalité des chances des personnes handicapées" s'articulera autour de trois axes principaux : accès à la cité, droit à compensation, simplification des institutions.

Une **nouvelle Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** est mise en place pour recueillir les fonds destinés à la prise en charge de la dépendance.

## **9.5 – Le développement des réseaux pour une meilleure articulation des intervenants**

Pour faire face aux contraintes structurelles rencontrées dans la région, tenir compte de l'évolution des modes d'exercice et des pratiques, de nouvelles formes d'organisation ont vu le jour ces dernières années avec la constitution de réseaux<sup>28</sup> dans les secteurs sanitaire et social, certains opérant dans l'un et l'autre champs.

Dans le secteur sanitaire, historiquement plusieurs dispositifs juridiques se sont superposés dont les plus connus sont ceux issus des ordonnances de 96 :

---

<sup>27</sup> Les priorités gouvernementales ont permis la mise en œuvre de 280 places nouvelles (dans le cadre du plan quinquennal 1999-2003).

<sup>28</sup> Cette partie est rédigée à partir de la présentation des réseaux figurant sur le site Internet de l'Urcam de Bourgogne.

- Les **réseaux inter-établissements** visent à organiser une offre graduée pour permettre à l'usager une prise en charge par le niveau de soins adapté quelle que soit sa porte d'entrée dans le système de soins (urgences, cancérologie, obstétrique).
- Les **réseaux de soins expérimentaux** impliquent un décloisonnement entre la ville et l'hôpital et permettent d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé en dérogeant au Code de la Sécurité Sociale.

La Loi de financement de la sécurité sociale 2002 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé ont profondément modifié le régime juridique des réseaux de soins et leurs modalités de financement. Il existe désormais :

- une seule catégorie de réseaux, les **réseaux de santé qui remplacent les réseaux de soins**.

Cette évolution acte la nécessité d'une prise en compte globale de la santé et la fin de la distinction entre réseaux hospitaliers et réseaux expérimentaux d'une part, et réseaux sanitaires et médico-sociaux, d'autre part.

La loi sur les droits des malades de mars 2002, précise que les réseaux *« ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins (...) [les réseaux] sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants d'usagers »*.

- un **financement spécifiquement dédié aux réseaux** en complément des financements déjà existants (CLIC, FAQSV, FNPEIS, crédits ARH, ...) : la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) gérée conjointement par l'ARH et l'URCAM.

Avec la multiplication des réseaux, une nouvelle typologie tend à se dessiner. On distingue ainsi les **réseaux de proximité** mis en place à partir des besoins ressentis par les professionnels et les patients pour la prise en charge globale de la population dans une aire géographique donnée (par exemple, réseaux de suivi des grossesses, gérontologie...) et les **réseaux pathologie**, ou pôles de référence, en réponse à une priorité de santé publique appuyés sur un établissement hospitalier avec ouverture sur la ville (ex : diabète). À terme, pour les thématiques qui s'y prêtent, une structuration régionale (pôle de compétence) devrait se développer sur laquelle s'appuieraient des réseaux de proximité.

**Quel que soit le réseau** il vise à placer le patient au cœur du dispositif, décloisonner les métiers et qualifications et suppose qu'une meilleure coordination des compétences individuelles de chaque intervenant entraîne une efficacité accrue. Le réseau repose sur :

- **4 piliers** : le projet médical, la coordination des soins, la formation et l'information des professionnels, l'évaluation (des pratiques, de la qualité des soins, de l'efficience).
- **4 principes**, en respectant le libre choix du patient, le partage de l'information entre professionnels sous garantie de confidentialité, le dossier médical commun, standardisé, partagé et informatisé, le système d'information permettant de connaître à tout moment l'état de santé du patient et les soins qui lui sont apportés conformément aux références médicales en vigueur.

Fin 2004, la Bourgogne compte **49 réseaux** financés par l'intermédiaire du Fonds d'aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ou de la Dotation Régionale pour le Développement des réseaux (DRDR). Ces réseaux, disparates quant à leurs objectifs, leurs modalités de fonctionnement et aux territoires qu'ils couvrent, portent sur des thèmes variés : cancérologie, conduites addictives (alcool, tabac, toxicomanie), pathologies chroniques (insuffisance rénale chronique, hépatite C, diabète, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, cardiologie, réhabilitation respiratoire à domicile, obésité), périnatalité, personnes âgées, précarité, Sida, soins palliatifs, suicide, urgences.

# TROISIEME PARTIE

## LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DE L'OFFRE DE SOINS POUR REpondre AUX BESOINS DE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE DE LA POPULATION BOURGUIGNONNE

*Cette troisième partie vise à définir, pour chaque activité de soins, devant figurer au SROS, les évolutions nécessaires de l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé de la population bourguignonne telle qu'appréhendée dans la deuxième partie de ce SROS. Ces évolutions fixent des objectifs pour améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins hospitaliers.*

*Les activités ont été regroupées en 3 chapitres :*

*- Les activités de soins dits de plateaux techniques : la périnatalité (dont les activités d'aide médicale à la procréation) ; la prise en charge des enfants et des adolescents ; la chirurgie ; la réanimation ; les soins intensifs et les soins continus ; la prise en charge des pathologies neuro cardio vasculaires ; la prise en charge des personnes atteintes de cancer ; la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; l'odontologie.*

*- Les activités de soins dits de proximité : la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins ; la médecine ; la psychiatrie et santé mentale ; les soins de suite, la rééducation et la réadaptation (dont la prise en charge des patients cérébraux lésés et traumatisés médullaires) ; la prise en charge des personnes âgées ; les soins palliatifs*

*- Les moyens spécifiques pour mettre en œuvre ces activités de soins : l'imagerie médicale ; l'hospitalisation à domicile ; l'hôpital local ; les transports sanitaires*

*- Un chapitre sera ajouté par voie d'avenant concernant la télémédecine et le schéma directeur régional des systèmes d'information hospitaliers*



## CHAPITRE 10

### LES ACTIVITES DE SOINS DITS DE PLATEAUX TECHNIQUES

L'implantation des plateaux techniques doit garantir à la population de chaque territoire l'accès à des équipes compétentes ayant une activité 24 h sur 24 et réactives aux situations d'urgence.

Etant donné les impératifs de sécurité répondant aux normes réglementaires et une juste répartition des ressources, il est indispensable de bien définir par territoire l'implantation des plateaux techniques. Chaque territoire doit pouvoir être en mesure de proposer une organisation où les établissements contribuent pour tout ou partie aux ressources et activités d'un plateau technique répondant aux besoins de santé de sa population. Ceci repose sur la nécessaire graduation des activités et implique un développement des coopérations.

Cette gradation des plateaux techniques se définit selon trois niveaux :

- Le niveau intermédiaire qui est le premier niveau des plateaux techniques. Il est structuré autour de la médecine polyvalente et des services d'urgence.
- Le niveau de recours : il est le lieu de soins spécialisés et se situe au niveau de chaque site pivot de chacun des 6 territoires.
- Le niveau régional et interrégional, il comprend les activités spécialisées que l'on ne retrouve pas dans d'autres niveaux à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale. Il assure par ailleurs, l'ensemble de l'offre de soins des deux précédents niveaux. Il s'agit des établissements à vocation régionale tels que le CHU et le CLCC.

La recomposition de l'offre nécessite de privilégier les sites réellement utiles à la satisfaction des besoins, soit du fait d'une activité suffisante, soit du fait d'un isolement géographique avéré.

Pour permettre d'assurer la qualité et la sécurité des soins du plateau technique 24 H sur 24 H et l'orientation des usagers tout au long de la filière de soins graduée, les coopérations formalisées inter établissements doivent se développer que ce soit en terme de coordination des soins ou de mise en commun d'équipe médicale et paramédicale ou d'équipement. Ces actions doivent concerner tous les établissements des territoires tant publics que privés.

Cette organisation repose par ailleurs sur la mise en place et le développement des moyens de transports permettant des transferts dans des conditions de rapidité et de sécurité. De même, la liaison entre les différents établissements peut reposer sur la télé santé grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

La biologie, bien que ne faisant pas l'objet d'un chapitre spécifique, est un élément important des plateaux techniques puisqu'elle représente un enjeu stratégique pour le diagnostic dans l'ensemble des disciplines. Elle doit non seulement prendre en compte la nécessité de répondre aux urgences mais aussi s'organiser selon une structure graduée telle qu'elle a été définie ci-dessus.

## 10.1 – LA PERINATALITE

La périnatalité concerne la période qui précède et qui suit la naissance, **de la 22ème semaine d'aménorrhée au 28ème jour de vie** et/ou à la sortie d'une hospitalisation néonatale.

La pluridisciplinarité et la qualité des prises en charge physique et psychoaffective de ces semaines de la grossesse et entourant l'accouchement et la période néonatale sont déterminants pour le devenir et la qualité de vie de l'enfant à naître et de sa famille.

Elle inclut donc la prise en charge et le suivi de la grossesse, l'accouchement avec la prise en compte des deux dimensions de sécurité physique et psychique, la surveillance et les soins spécialisés aux nouveaux nés et le suivi post natal de la mère et de l'enfant.

Mais l'activité des professionnels qui interviennent auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés déborde largement cette période, ceux-ci intervenant dans le suivi des enfants jusqu'à l'adolescence, la prise en charge des urgences en pédiatrie et gynécologie obstétrique, le transport et la réanimation pédiatriques, les activités de gynécologie médicale et chirurgicale, celles de cancérologie, la contraception et l'interruption volontaire ou médicale de grossesse, ainsi que les activités d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal et la prise en charge des victimes d'abus sexuels.

### 10.1.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Depuis le précédent schéma le réseau régional de soins hiérarchisés en périnatalité s'est formalisé. Une convention constitutive inclut l'ensemble des maternités publiques et privées, qui ont développé un système permanent de recueil de données sur l'état de santé des mères et des enfants, exhaustif depuis 2000. Ce recueil permet le suivi de l'état de santé des mères et des enfants et l'évaluation du fonctionnement du réseau.

Une évaluation médicale continue ainsi que des référentiels de prise en charge ont été mis en place.

Cette mise en réseau et une politique régionale de transfert des mères risquant d'accoucher très prématurément ou présentant une pathologie à haut risque maternel, pour le fœtus et/pour l'enfant à naître ont permis d'améliorer significativement les indicateurs de mortalité périnatale (la Bourgogne ayant progressé de la 11ème place aux 3 premiers rangs nationaux en terme de mortalité néonatale).

Le nombre de naissances est resté stable depuis 10 ans, fluctuant autour de 18 000 naissances enregistrées chaque année, avec un niveau d'activité très variable selon les territoires ; ainsi les 18 053 naissances enregistrées en 2003 se répartissent en 6663 sur le territoire de Côte d'Or, 2053 pour la Nièvre, respectivement 3558 et 2287 sur les territoires Nord et Sud Saône et Loire, 2353 et 1139 sur les territoires Sud et Nord de l'Yonne.

Depuis 1999 7 maternités, 2 publiques et 5 privées, ont été fermées en Bourgogne ; 17 maternités restent en activité en 2005. L'activité annuelle moyenne des maternités a par conséquent sensiblement augmenté, passant en 2004 de 750 à 1047 accouchements par site (extrêmes 220/2967 accouchements). Le secteur public assure plus de 80 % des naissances.

L'offre de soins inclut : une maternité régionale de niveau III, six maternités de niveau II , avec ou sans soins intensifs de néonatalogie (niveau IIA ou niveau IIB) soit une dans chaque territoire sanitaire et de coopération ; un établissement par département assure les soins intensifs aux nouveau-nés (IIB). Enfin il y a dix maternités de niveau I, dont six disposent d'un service ou une unité de pédiatrie dans l'établissement de santé.

La problématique de la mise aux normes des services d'obstétrique et de néonatalogie est essentielle, dans un contexte de démographie médicale difficile en région particulièrement pour les 3 spécialités concernées par les prises en charge périnatales. Ces difficultés de fonctionnement induisent depuis 3 ans de graves dysfonctionnements au sein du réseau périnatal (manque de places en établissement de niveau III responsable de transferts extra régionaux), démontrés par notre évaluation régionale annuelle.

Par ailleurs les familles expriment des besoins d'écoute et d'information auxquels les professionnels doivent être en mesure de répondre. L'entretien individuel et/ou en couple proposé au 4ème mois de grossesse et prévu au plan national périnatal doit permettre de préparer les meilleures conditions possibles de la venue au monde de l'enfant en favorisant l'expression et la prise en compte des attentes, besoins et projets des parturientes.

Il est également nécessaire de renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectifs des enfants en améliorant la sécurité émotionnelle des parents et en considérant les vulnérabilités particulières à cette période.

### 10.1.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Renforcer la sécurité et mettre aux normes les plateaux techniques d'obstétrique**

L'organisation régionale préconisée repose sur une graduation des soins avec des maternités et unités de pédiatrie et néonatalogie répondant aux normes contenues dans les décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 et l'arrêté du 25 avril 2000, organisées en réseau et lui transmettant les données sur l'état de santé des mères et des nouveaux nés pris en charge dans les établissements de santé:

- 1 maternité de niveau III sur le territoire de santé de la Côte d'Or ;

- 1 maternité de niveau II disposant d'une unité de néonatalogie sur chacun des 6 territoires de santé, dont les capacités sont en adéquation avec le nombre des naissances dans le territoire sur la base d'une unité de 6 lits pour desservir un minimum de 1200 naissances annuelles. La reconnaissance d'unités de néonatalogie disposant de soins intensifs doit être justifiée par une attraction de plus de 2000 naissances pour un secteur minimal de 4 lits

- des maternités de niveau I associées ou non à un service de pédiatrie. Celles dont l'activité est inférieure à 300 naissances annuelles ne pourront être maintenues à titre dérogatoire que si elles démontrent un éloignement géographique trop important pour une partie significative de la population ayant recours à ce service, et répondent aux conditions techniques de fonctionnement prévues par la réglementation.

La sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que toute maternité dispose d'équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de l'obstétrique, de la chirurgie gynécologique et obstétricale, de la néonatalogie et de l'anesthésie réanimation.

Les contraintes induites par la législation pour l'obstétrique (garde sur place au delà de 1500 accouchements, garde de moins de 24 heures, repos de sécurité, RTT...) imposent une mise aux normes pour disposer d'au moins 4 ETP de praticien hospitalier et 1 assistant pour 1000 accouchements, pour les sages-femmes la prise en compte du bloc d'accouchement (6 ETP sages-femmes pour 1000 accouchements) mais également des unités d'hospitalisation (ante et post natale) en tenant compte de la charge de travail induite par les pathologies maternelles et fœtales, et de l'unité d'accueil des urgences de gynécologie et d'obstétrique (actuellement inexistantes)

Les contraintes induites par la législation pour la néonatalogie (garde sur place en soins intensifs et réanimation néonatale, effectifs infirmiers adaptés au nombre de lits ouverts, moyens techniques) imposent une mise aux normes notamment dans les établissements de niveau II et III.

- **Organiser les prises en charge selon les niveaux de risques**

Une réflexion doit être conduite dans toutes les maternités sur la prise en charge physiologique de l'accouchement et de la naissance, sous la responsabilité des sages-femmes, dès lors que l'accouchement se présente à priori comme à bas risque. Elle s'attachera à définir l'organisation et l'environnement humain et matériel permettant de respecter au mieux l'intimité de la femme et de la cellule mère-enfant-père, de prendre en compte les besoins, y-compris de repos, des mères et des bébés dans le souci de privilégier l'établissement du lien mère-enfant. Elle permettra d'orienter la formation continue des professionnels, en particulier sur les thèmes de l'allaitement, de la physiologie (déambulation, environnement et positions pendant le travail et l'accouchement), de la proximité mère enfant (peau à peau, intimité), de la présence et du rôle du père...

Par ailleurs les maternités doivent s'organiser pour **favoriser le maintien des nouveaux nés dans les unités d'obstétrique** soit dans des unités « Kangourou » aménagées à cet effet en maternité (pour les niveaux II et III), soit, pour ceux nécessitant des soins de courte durée et atteints d'affections ne justifiant pas d'une hospitalisation en unité de néonatalogie, au sein de chambre ou de secteurs mères/enfants(quel que soit le niveau), avec un personnel formé et en nombre suffisant.

Cet effort est particulièrement important à réaliser pour les maternités de niveau II et III, permettant de libérer les lits de néonatalogie occupés par des nouveau-nés qui pourraient être traités en maternité car relevant de soins de néonatalogie « simple ».

Missions obligatoirement assurées par toute unité d'obstétrique :

Toute unité obstétricale doit être organisée pour garantir qualité et sécurité de la naissance et la prise en charge de l'urgence maternelle, obstétricale et néonatale en secteur de naissance.

Si l'établissement ne comporte pas de service de réanimation adulte, de soins intensifs ou de radiologie interventionnelle, il doit passer convention avec un établissement proche en disposant.

Toutes les maternités doivent également participer aux actions de préparation à la naissance, d'information, de planification et d'éducation familiale en lien avec la PMI, et mettre en place l'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois, proposé aux femmes enceintes et réalisé sous la responsabilité de sages-femmes (hospitalières, libérales, de PMI ou travaillant dans un réseau de proximité ), et par ailleurs de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées, ou encore de prévention et de dépistage des cancers les plus fréquents de la femme.

Missions spécifiques selon les différents niveaux de soins obstétrico-pédiatrique :

**Les maternités de type I** ou unités d'obstétrique ont vocation à prendre en charge des grossesses à faible risque attendu. Elles assurent la surveillance des enfants eutrophiques, nés de grossesse unique, à partir de 36 Semaines d'Aménorrhée, et la mise en condition des nouveaux nés qui nécessitent un transfert en néonatalogie ou réanimation néonatale. Elles constituent le pivot des réseaux de proximité, associant : l'établissement d'hospitalisation et d'accouchement, la médecine libérale, la PMI et les unités de consultations avancées et d'accompagnement à domicile des mères et des nouveaux nés, ainsi que les associations d'usagers..

**Les maternités de type II** ont, de plus, vocation à prendre en charge les grossesses à risque faible ou intermédiaire (risque de naissance prématurée entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée, ou d'un nouveau-né hypotrophique de 1500 à 2500 g). Elles sont associées à une unité de néonatalogie assurant la surveillance et les soins aux enfants hypotrophes à terme, prématurés, suspects d'infection, ou nécessitant des examens complémentaires pour confirmer un diagnostic ou évaluer une situation à risque. La charte du réseau périnatal précise le niveau de prise en charge des enfants en fonction des moyens techniques nécessaires

**La maternité de type III a**, de plus, vocation à réaliser les hospitalisations anténatales des grossesses à haut risque de naissance très prématurée (avant 32 semaines), ou de nouveau-né grand hypotrophes (poids inférieur à 1500 g) et à prendre en charge les patientes à très haut risque médical pour la mère ou l'enfant à naître. Elle comporte une unité de réanimation néonatale, de chirurgie néonatale, de réanimation et de soins intensifs adultes et de radiologie interventionnelle. Elle comprend également le centre régional pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, le centre régional de traitement de la stérilité par Fécondation In Vitro et dons de gamètes et embryons. Par ailleurs la Cellule d'Accueil des Victimes d'Aggressions Sexuelles et de l'Enfance Maltraitée.(CAVASEM) se trouve également dans ses locaux

- **Favoriser l'accès à un suivi pré et post-natal de qualité**

L'organisation territoriale doit s'attacher à garantir aux patientes un accès de proximité à un suivi pré et post-natal facilité par le développement ou la mise en place :

- **de réseaux locaux de suivi des grossesses ville/PMI/hôpital** qui permettent d'optimiser la prévention et l'éducation à la santé, le dépistage, la prise en charge et l'orientation précoce des grossesses à risque obstétrical ou médico-social.

- **d'unités de suivi prénatal et d'accompagnement à domicile des mères et des nouveaux nés**, intégrés (ou en partenariat) aux établissements de santé sièges de maternités, en lien avec les services de protection maternelle et infantile et les sages-femmes libérales. Ces unités doivent permettre de réduire la période d'éloignement géographique du domicile, de poursuivre le rôle éducatif d'information, d'accompagnement et de prévention des risques psychologiques et sociaux, de favoriser la continuités des soins entre l'établissement et la médecine libérale et la PMI. L'ensemble de ces missions est assuré par des sages-femmes.

- **de centres périnataux de proximité** dont les missions sont notamment d'assurer le suivi pré et post-natal des mères et nouveaux nés, la préparation à la naissance et l'enseignement des soins aux nouveaux nés ainsi que des consultations de planification et d'éducation familiale, leur champ pouvant être élargi aux activités de gynécologie, de rééducation périnéale et de pédiatrie.

De même, et bien que cette organisation soit encore innovante, la possibilité du retour précoce des mères et des nouveaux nés, en hospitalisation complète, en centre périnatal de proximité doit être organisée et mise en place au cours du schéma .

- **du réseau de suivi des nouveau-nés rendus vulnérables** du fait de leurs pathologies périnatales. Ce réseau ville hôpital assure le suivi d'environ 1000 enfants/an et permet l'évaluation des activités du réseau périnatal Il est multidisciplinaire et s'inscrit dans le cadre des réseaux de santé.

- **Prendre en compte et développer les activités référentes**

Nécessité de mettre en place une **orientation régionale des transferts maternels** (transferts in-utéro et transfert post natal en cas d'hémorragie grave de la délivrance). Cette activité pourrait être mise en place au CHU (bloc obstétrical en lien avec les SAMU départementaux), avec l'élaboration de recommandations et de procédures relatifs à ces transferts.

Les missions de référence régionale du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal doivent être confortées : en matière d'échographies référentes, de prélèvements et traitements anténataux, d'expertise, de visioconférences et télé-enseignement, de formation initiale et continue, et d'évaluation des pratiques et des activités.

Le **SMUR néonatal régional doit étendre son activité à la prise en charge des transports secondaires médicalisés des nouveau-nés et nourrissons jusqu' à 2 ans** (transports inter hospitaliers médicalisés de tous les nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation néonatale ou pédiatrique jusqu'à 2 ans et activités de SMUR néonatal sur son territoire sanitaire et de coopération).

Pour les transferts inter hospitaliers à l'intérieur des autres territoires de santé les SMUR des établissements pivots ont vocation, en liaison et avec le concours des équipes de pédiatrie, à participer aux transferts post-nataux des nouveaux nés vers les unités de néonatalogie de leur ressort territorial. Des protocoles spécifiques à la prise en charge des enfants sont établis par les équipes médicales de ces SMUR en lien avec l'équipe du SMUR néonatal. Les SMUR doivent pouvoir bénéficier d'un avis pédiatrique dans le cadre de la régulation Il est souhaitable de conforter la formation des médecins urgentistes des SMUR en réanimation néonatale et pédiatrique. Certains transferts pourront être non médicalisés, assurés par un(e) infirmier(ère), ou puéricultrice.

## 10.2 – LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

### 10.2.1 – La pédiatrie générale

L'enfance et l'adolescence sont les **périodes d'acquisition des habitudes et comportements** qui déterminent l'état de santé adulte. Néanmoins, le recours aux soins de cette tranche d'âge est culturellement insuffisant ou tardif.

Les moins de 16 ans représentent 20% de la population bourguignonne et 14% des séjours hospitaliers consommés en 2002, dont ¼ comporte un acte classant chirurgical. La répartition par tranche d'âge est la suivante : les 0 – 2 ans : 44%; les 3 – 10 ans : 24%; les 11-15 ans : 16% ; les 16 – 18 ans : 13%.

#### *10.2.1.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

Les grandes problématiques de ces activités sont :

- la démographie médicale peu favorable et la raréfaction des pédiatres libéraux : 96 pédiatres exercent dans les secteurs hospitaliers ou libéral, et 14 dans les services communautaires. La pyramide des âges des pédiatres est défavorable et leur répartition sur la région est inégale avec une situation déjà très préoccupantes dans la Nièvre et l'ouest de la Saône et Loire;
- selon une récente enquête de l'INSERM la santé des enfants et adolescents est très préoccupante avec un développement de l'obésité qui atteindrait 16% des enfants, et des problèmes liés à la consommation régulière d'alcool et de tabac ;
- 13 établissements de santé de court séjour sur 35 disposent d'un service de pédiatrie, dispersés sur le territoire ces services sont de taille variable . l'activité hospitalière se caractérise par un taux d'occupation faible (moins de 55%), une durée de séjour courte (2.9 jours). l'activité est saisonnière en raison des épidémies de gastro-entérites ou bronchiolites, et dépend beaucoup des urgences ; il existe une seule unité saisonnalisée ;
- l'activité de consultations, activité essentielle des pédiatres, est souvent mal reconnue et mal valorisée.

#### *10.2.1.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins*

**Les enfants et adolescents jusqu'à 18 ans**, ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, par un médecin spécialiste de l'enfant et du personnel paramédical ayant la formation, l'expérience et le savoir-faire dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

Il est préconisé l'organisation en réseau des professionnels et organismes ou services s'occupant de l'enfant, tendant à permettre à tous d'accéder à des soins de qualité quel que soit leur lieu d'habitation.

Deux secteurs de soins sont identifiés :

- Le secteur ambulatoire, constitué des médecins généralistes, des pédiatres libéraux et hospitaliers, de la PMI, de la médecine scolaire et des organismes institutionnels tels que les CAMPS, les CMPP... assure : la réponse

aux urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation, le suivi des pathologies chroniques, l'intégration de l'enfant ou adolescent dans le milieu scolaire ou familial.

- Le secteur hospitalier a pour mission :

**au niveau territorial** : d'offrir des possibilités d'hospitalisation quand les soins ne peuvent pas être réalisés en ambulatoire, d'accueillir les urgences médico-chirurgicales, psychiatriques et psychosociales, 24h/24, d'être le référent local pour les pathologies chroniques, d'assurer une activité chirurgicale de proximité pour les enfants en tenant compte des risques anesthésiques chez les nourrissons.

La prévention, l'éducation pour la santé et le dépistage de pathologies ou de comportements à risque, sont sous la responsabilité de tous les cliniciens.

Le travail d'information des enfants et de guidance parentale est traditionnellement de la responsabilité des pédiatres et doit être valorisé.

**au niveau régional** des soins spécialisés tels que : la chirurgie pédiatrique, la réanimation pédiatrique et néonatale, l'hémo-onco-pédiatrie, le diagnostic et la prise en charge des pathologies rares, le diagnostic et la prise en charge des pathologies chroniques sévères

Dans des situations rares ou très spécifiques (soins sur-spécialisés, proximité géographique), le recours à des équipes extra régionales pourra être proposé.

Les relations entre les différents niveaux (territorial et régional) seront formalisées.

La **Commission Régionale de l'Enfant et de l'Adolescent** devra être reconnue. Cette structure pérenne de réflexions et de propositions a pour but d'améliorer la prise en charge et la santé de l'enfant et de l'adolescent ; elle s'engage à évaluer les activités des structures existantes et les besoins régionaux, et à proposer la mise en place de moyens adaptés à l'organisation régionale des soins.

La commission proposera, en lien avec les institutions régionales de santé, des campagnes actives concernant la prévention de l'obésité, de la déshydratation dans les diarrhées aiguës du nourrisson ou dans le domaine du dépistage des troubles du langage et des difficultés scolaires.

## 10.2.2 – Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques, comme pour les adultes, peuvent nécessiter une réponse immédiate ou ne justifier qu'un recours pédiatrique différé à 24/48 heures.

Environ 50% de leurs consultations en périodes d'épidémie et 25 à 30% en temps habituel, sont des consultations données en urgence.

Au-delà des urgences médicales et chirurgicales viscérale ou orthopédique il existe des urgences spécifiques parmi lesquelles:

Les urgences pédopsychiatriques avec une situation inégale et une pédopsychiatrie de liaison insuffisamment développée, notamment en ce qui concerne les urgences de l'adolescent, des délais de consultation souvent incompatibles avec la situation d'urgence.

Le conseil téléphonique est à développer et structurer.

Les besoins d'accès à un ophtalmologiste ou à un ORL (difficile sur plusieurs sites).

Les urgences médico-judiciaires : les situations de maltraitements, violences ou négligences graves sont parfois révélées à l'occasion d'une consultation d'urgence. La collaboration des soignants avec les services sociaux (l'ASE) et la justice (le Parquet) est déterminante pour améliorer l'accueil et la pertinence du traitement de ces violences. La création d'Unités Médico-judiciaires dans l'hôpital (Macon et Chalon), et d'un centre d'accueil à Dijon, permettent d'améliorer le fonctionnement de la justice, en particulier le déroulement des interrogatoires des enfants. Les UMJ ne fonctionnent que sur réquisition des parquets et exceptionnellement en urgence. Elles ne sont pas une structure de soins. Elles contribuent cependant à l'amélioration de la collaboration entre les différents professionnels concernés par la maltraitance .

#### *10.2.2.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

Il existe une grande diversité des lieux et des modalités d'accueil des urgences pédiatriques sur le territoire régional :

- le CHU dispose d'un POSU pédiatrique et d'une unité de 4 lits d'hospitalisation de court séjour (UHCD) ;
- les établissements publics des sites pivots des autres territoires de santé assurant la prise en charge des urgences pédiatriques, comportent tous un service de pédiatrie et de néonatalogie, où l'accueil des urgences pédiatriques se fait soit au sein d'un SAU polyvalent, soit dans des locaux spécifiques installés dans le service de pédiatrie.
- dans les autres centres hospitaliers accueillant les urgences, il faut distinguer les établissements sièges d'un service de pédiatrie qui assurent l'accueil direct en pédiatrie ou via le service des urgences polyvalentes avec une collaboration pédiatres- urgentistes plus ou moins développée selon les sites, et les établissements sans service de pédiatrie où l'accueil des urgences pédiatriques est obligatoirement assuré par le service des urgences polyvalentes ; dans ce dernier cas, pour la prise en charge des enfants, un conseil téléphonique est parfois assuré par un pédiatre de l'établissement ou du site pivot.

L'augmentation des activités d'urgence est constatée depuis plusieurs années ; elle varie de 5 à 10% par an et aboutit à un encombrement de ces services.

La collaboration et les échanges d'information sont difficiles et souvent insuffisamment développés entre urgentistes et pédiatres, entre pédiatres hospitaliers et médecins libéraux ou intervenant dans les maisons médicales de garde.

Les recommandations professionnelles concernant la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de 2 ans, posent le problème de la réponse aux urgences chirurgicales dans les sites éloignés de Dijon.

Le déficit en pédopsychiatrie est déjà patent et rend compte de la difficulté de répondre à toutes les demandes en pédopsychiatrie, notamment en ce qui concerne la prise en charge des adolescents. L'implication des pédiatres dans la prise en charge des problèmes psychologiques est croissante.

Le recours aux spécialités telles qu'ophtalmologie et ORL est rendu difficile en raison de la pénurie de ces spécialistes.

Le conseil téléphonique entre médecins, avec éventuel envoi le lendemain à la consultation de pédiatrie existe dans plusieurs sites, ces organisations sont rarement reconnues, évaluées ni valorisées.

#### **10.2.2.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins**

- **Individualiser au niveau de chaque site pivot une filière d'accueil des urgences pédiatriques**, permettant ainsi de préserver les activités de soins programmées en pédiatrie générale, notamment la prise en charge des pathologies graves et chroniques de l'enfant.

La création d'une Unité Fonctionnelle est préconisée quand le nombre de passages le justifie, éventuellement en regroupant les urgences médicales et chirurgicales.

Parallèlement il est indispensable de maintenir des liens forts, et si possible une unité de lieu, entre les urgences de pédiatrie et le service d'hospitalisation pédiatrique pour offrir à l'enfant un éventail de possibilités de soins adapté à sa pathologie.

- **Structurer le fonctionnement des urgences pédiatriques**

Une garde de pédiatre doit être mise en place sur les sites sièges d'une maternités de niveau 2B qui devraient avoir de toute façon un pédiatre sur place réglementairement ; sur les autres sites disposant de service de néonatalogie simples ou de services de pédiatrie, une astreinte doit être instaurée ; dans ce dernier cas le choix de l'organisation des praticiens, pour assurer la continuité des soins, doit être respecté, tant ce choix entre garde ou astreinte est important pour l'équilibre des équipes. Nous insistons pour conclure sur la nécessité de maintenir la double compétence donc une formation polyvalente des pédiatres en néonatalogie et en pédiatrie générale.

Une organisation conjointe avec le service des urgences doit être élaborée afin de permettre en tant que de besoin l'armement d'un véhicule SMUR par une sage femme.

- **Coordonner l'action des différents intervenants**: la collaboration entre les personnels médicaux et paramédicaux des services d'urgences et ceux des services de pédiatrie doit être favorisée par :

- l'élaboration en commun de protocoles et/ou procédures visant à améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge des urgences pédiatriques et la continuité des soins. Le recours au pédiatre et aux autres spécialistes parfois indispensables en urgence (pédopsychiatres, chirurgiens, ORL, ophtalmologiste) feront ainsi l'objet de protocoles écrits ;

- le développement de la formation théorique et pratique des urgentistes d'adultes aux urgences pédiatriques par le DIU d'Accueil des urgences pédiatriques mais aussi par le renforcement des programmes de pédiatrie de la spécialité d'urgences ;

- la mise en place de la revue systématique des dossiers difficiles permettant de rechercher, d'analyser et de corriger des dysfonctionnements ;

- le développement de visioconférences.

La collaboration avec le secteur libéral doit être favorisée, pouvant faire l'objet de sessions de formations continues autour de cas concrets. Cette collaboration des pédiatres avec les médecins généralistes, particulièrement dans le cadre de leur activité au sein des maisons médicales, est essentielle.

Le recours aux conseils téléphoniques doit être développé et formalisé, lorsqu'il est nécessaire pour pallier au déficit en spécialistes.

Les relations entre établissements accueillant des urgences seront formalisées par des contrats relais définissant le rôle et les missions assurées par chaque site, ainsi que les modalités de recours nécessaires en fonction des niveaux de soins

Le développement d'Unités Médico-judiciaires dans les sites pivots où elles n'existent pas devrait être abordé avec les Parquets. Le devenir des enfants passés aux urgences médico-judiciaires et des enfants victimes de maltraitance dans la région devrait faire l'objet d'une analyse régulière entre les professionnels concernés.

- **Prévenir le recours systématique aux urgences hospitalières** : tout doit être fait pour favoriser la prise en charge des malades en amont de l'hôpital. Il importe donc de favoriser :

- les conseils téléphoniques aux médecins traitants, généralistes, ou pédiatres.

- l'organisation des consultations pour éviter des délais incompatibles avec la situation clinique.

- la formation des médecins généralistes aux urgences pédiatriques ; en particulier par le passage obligatoire aux urgences de pédiatrie pour tous les résidents au cours de leurs stages.

- une information et une éducation des parents à l'utilisation pertinente des circuits de soins.

Il est possible également de développer des plans d'information et de prévention des principales pathologies à l'origine de consultations d'urgences (gastro-entérites aiguës, bronchiolites), par bassin de recrutements.

### 10.2.3 – Les maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent

Dans le cadre particulier des pathologies chroniques de l'enfant, il convient de **distinguer les pathologies fréquentes** (asthme, épilepsie) **des maladies rares** (maladies métaboliques), **les maladies à risque aigu** (hyperplasie surrénale, leucinose, déficits immunitaires) **des maladies d'évolution lente et progressive** (diabète, obésité, pathologies inflammatoires du tube digestif, maladies rhumatismales) **voire stables** (maladie coeliaque, hypothyroïdie). De même, il faut distinguer la démarche diagnostique de la démarche thérapeutique ou du suivi au long cours.

Leur fréquence est très variable :

- l'incidence du diabète insulino-dépendant, de 9.3/100 000 enfants de 0 à 5 ans (25/an en région) soit une prévalence de 370 patients ;

- l'incidence de la mucoviscidose est de 1/100 000 naissances (6/an) soit une prévalence de 120 patients ;

- l'incidence de l'épilepsie est de 7/1000 enfants (126/an dont 80 patients présentant une comitialité rebelle) ;

- l'asthme (maladie sous-estimée et sous-traitée) concernerait de 6, jusqu'à 10% d'une population d'enfants ;

- les maladies hématologiques ont une incidence très faible : drépanocytose 1 à 4 nouveaux cas par an, hémophilie;

- les maladies génétiques neuromusculaires ou métaboliques sont rares ou orphelines, mais graves ;

- l'obésité a un accroissement de l'incidence préoccupante, 16% de la population pédiatrique est concernée par un surpoids pathologique;

- enfin 4 à 6% des enfants d'une classe d'âge présentent des troubles des apprentissages scolaires de la lecture ou de l'écriture.

### *10.2.3.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

Certains suivis imposent le recours à des équipes très spécialisées, ou des consultations multidisciplinaires. D'autres nécessitent une compétence pédiatrique associée à un savoir faire et de la réflexion. Certaines maladies imposent la mise en place d'astreinte (diabète sous pompe) ou d'une permanence téléphonique (mucoviscidose, diabète). D'autres justifient une simple consultation spécialisée annuelle (hypothyroïdie bien équilibrée).

L'enfant doit être pris en charge de façon globale, dans le respect de ses potentialités. La préoccupation de son développement physique (croissance), psychique (affectif et cognitif), social et scolaire, centre la démarche pédiatrique.

La plupart des maladies chroniques de l'enfant entraînent des décisions qui dépassent souvent le simple cadre médical. Certaines aboutissent à des choix de vie, d'orientation scolaire ou à des décisions de traitement ou de régime alimentaire pour de longues durées. Ces orientations imposent une certitude diagnostique et la nécessité d'une optimisation de la prise en charge en fonction des données les plus récentes. Pour cela, le recours non pas systématique, mais facile à un spécialiste référent doit être discuté.

L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille constituent une priorité de santé publique. A ce titre, le regroupement des malades dans des structures de soins permet l'établissement de programmes de formation en groupes de malades, particulièrement bien perçus dans le domaine pédiatrique.

Le principe de la prise en charge de ces pathologies par les pédiatres est plutôt d'organiser des collaborations de compétences différentes centrées sur l'enfant et l'adolescent, et de développer des réseaux de soins axés sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies chroniques.

Enfin, la démarche de soins doit systématiquement conduire à la réalisation de projets d'accueil individualisé afin de permettre une intégration scolaire, donc sociale, la plus optimale.

### *10.2.3.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins*

- **Améliorer la prise en charge des enfants atteints de diabète insulino-dépendant par :**
  - l'identification **d'un centre référent par territoire** avec un médecin formé et une équipe pluridisciplinaire (diététicienne, psychologue et infirmière).
  - la création **d'un centre régional expert** pour la mise en place de pompes à insuline en pédiatrie.
- **Améliorer la prise en charge des enfants atteints de mucoviscidose par :**
  - la poursuite de l'action du **Centre Régional de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM** mixte adultes-enfants à Dijon qui a pour objectifs : la mise en place du dépistage néonatal systématique ;

l'organisation du suivi des patients ; la création d'un réseau de soins pluridisciplinaire (médecin, kinésithérapeute, infirmières, ...).

- la constitution d'un réseau intégrant les médecins libéraux des patients, les services hospitaliers territoriaux proches du domicile des patients, les kinésithérapeutes et infirmières libéraux et l'équipe du CHU, CRCM de la région. Ce réseau aura pour objectif d'optimiser les soins des patients dans leur cadre de vie sans avoir recours de façon systématique au centre de référence

- **Améliorer la prise en charge des enfants épileptiques par :**

- l'identification d'un pédiatre sensibilisé et formé dans chaque territoire de santé qui assure le suivi individuel des enfants épileptiques ne nécessitant pas de soins spécialisés ;

- la création un **service référent régional** avec plateau technique et neuro-pédiatre destiné à un recours diagnostique et avis thérapeutique spécialisé.

- **Optimiser la prise en charge des enfants asthmatiques par :**

- la sensibilisation et la formation des **pédiatres libéraux** pour prendre en charge les enfants asthmatiques en routine ;

- le recours à un **pédiatre formé dans les établissements** disposant d'une unité de pédiatrie

- l'identification **sur chaque sites pivot** d'un plateau technique de référence (allergologie, explorations fonctionnelles respiratoires, pHmétrie ...) et mettant en œuvre une éducation thérapeutique pour les enfants et les familles ;

- le **recours à une structure spécialisée régionale** (pneumo pédiatre, examen fonctionnel respiratoire du nourrisson, scanner haute résolution, fibroscopie bronchique)

- **Améliorer la prise en charge des enfants atteints de drépanocytose par :**

- la poursuite du dépistage néonatal

- le suivi au long cours des patients connus pour lesquels un protocole thérapeutique personnalisé est élaboré. En cas de crise hémolytique le traitement en urgence doit être assuré par le service de pédiatrie le plus proche avec correspondance auprès de l'hémato-pédiatre référent.

- **Améliorer la prise en charge des enfants hémophiles dans le cadre du Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie**

- **Améliorer la prise en charge des enfants obèses par :**

- un **dépistage précoce** (rebond d'adiposité) grâce à l'utilisation des courbes de croissance et de BMI lors des consultations systématiques réalisées par tous les pédiatres, hospitaliers, exerçant dans des structures de santé communautaire (PMI, médecine scolaire), ou libéraux (pédiatres), mais également par les médecins généralistes.

- le **développement des formations médicales** à la prise en charge de l'enfant obèse. En plus des connaissances théoriques sur le sujet, les médecins doivent s'assurer de la continuité de la prise en charge qui implique de sa part une disponibilité, essentielle pour ce type de patients ;

- l'organisation du **recours à une structure pluridisciplinaire** associant médecin, diététicienne, psychologue et si possible assistante sociale et kinésithérapeute, dans les situations d'échec ou de complications morbides.

## 10.2.4 – La prise en charge des adolescents

Historiquement, l'âge de la pédiatrie s'arrêtait en France à 15 ans 3 mois. La moitié des services de pédiatrie n'accueillent ainsi les enfants que jusqu'à cet âge, l'autre moitié des services accueillant les adolescents jusqu'à 18 ans.

Les motifs d'admission hospitalière les plus fréquents pour cette tranche de population sont les suivants : 32 % de maladies aiguës somatiques, 30 % de maladies chroniques, 20 % de tentatives de suicide (TS), et 13 % de pathologies chirurgicales.

Cette activité pédiatrique est très liée à l'existence et aux possibilités de collaboration avec d'autres structures du réseau médical, psychologique, éducatif, social et scolaire.

### *10.2.4.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

Les besoins des adolescents concernent en premier lieu les consultations pour lesquelles une confidentialité doit être assurée, et des horaires compatibles avec la vie des jeunes. Le temps accordé à la consultation est la condition essentielle pour établir une relation de confiance propice à l'établissement de liens. La présence d'infirmières formées est certainement une richesse dans la mesure où le contact avec le patient est souvent différent, autorisant des questions difficiles à poser au médecin. En retour, l'adolescent peut verbaliser ou confier à l'infirmière des éléments importants utiles au diagnostic. Quand les parents sont présents, ils sont volontiers reçus avec leur enfant qui doit pouvoir aussi rencontrer le médecin seul.

Certaines pathologies pourraient indiquer le lieu naturel de soin : l'accidenté fracturé en chirurgie, la jeune fille entrée pour IVG en maternité, le diabétique en pédiatrie ou en diabétologie adulte. Pourtant, il semble de plus en plus acquis que ces pathologies peuvent être réunies dans une même unité de lieu. Ce mode de fonctionnement exclue la pathologie psychiatrique aiguë (délires, états d'agitation...).

La plupart des patients adolescents sont en situation de mal être psychologique et/ou somatique avec des besoins et des désirs identiques et préfèrent se retrouver entre eux quel que soit le motif d'admission.

Il apparaît que la culture pédiatrique soit la plus proche des caractéristiques de cet âge, et que des moyens adaptés sont primordiaux pour optimiser la prise en charge hospitalière des adolescents. Les recommandations nationales pour la prise en charge des tentatives de suicide est, à ce titre, un modèle de schéma d'organisation de soins, préconisant une hospitalisation systématique et une consultation pédo-psychiatrique, permettant une collaboration pédiatre -psychiatre coordonnée.

### *10.2.4.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins*

- **Identifier une unité spécifiquement dédiée à l'adolescent dans chaque territoire de santé**

Des règles strictes de fonctionnement de ces unités doivent être établies :

- les pathologies psychiatriques lourdes ou de toxicomanies sévères n'en relèvent pas;

- un règlement intérieur doit être rédigé (le fonctionnement, les visites, les horaires ...)
  - des actions de prévention ou d'éducation (tabac, alcool, MST, nutrition ...) sont à mettre en place ;
  - ces unités doivent s'intégrer dans un dispositif de collaboration et de réseau avec les structures extérieures (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Education nationale, Université ...)
  - une collaboration étroite avec la pédopsychiatrie doit être mise en place et contractualisée ; elle doit permettre d'organiser le recours psychiatrique et de protocoliser des actions de soins dans certains domaines (ex : tentative de suicide, anorexie mentale, maladies chroniques à tendance dépressive ...) ; s'il n'y a pas proximité immédiate entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie, et selon la démographie médicale, la collaboration peut aussi faire appel au recours téléphonique pour avis spécialisé ou à des vacations dans le service de pédiatrie.
- Cela nécessite la formation des équipes à l'accueil des adolescents et de leurs parents, le soutien des psychologues et pédopsychiatres, l'indispensable collaboration avec les enseignants et les travailleurs sociaux.

### 10.2.5 – La chirurgie pédiatrique

La prise en charge chirurgicale des enfants fait appel à l'ensemble des disciplines chirurgicales et présente des spécificités liées aux pathologies et aux interventions, mais aussi à l'âge aussi bien pour les équipes chirurgicales qu'anesthésiques.

La filière complète de prise en charge implique des équipes chirurgicales, pédiatriques, d'anesthésie réanimation et les services d'urgence.

Selon les données PMSI, les séjours hospitaliers avec actes classant représentent le quart des séjours hospitaliers des enfants et adolescents bourguignons.

Il convient de distinguer, en matière de prise en charge :

- celles liée à l'âge des enfants (période néonatale ,nourrissons jusqu'à 2 ans, enfants de moins de 3 ans versus enfants de plus de 3 ans) ;
- celle des pathologies chirurgicales spécifiques à l'enfant de celle des pathologies courantes ne nécessitant pas une spécialisation ;
- la chirurgie d'urgence par rapport à la chirurgie programmée.

#### *10.2.5.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

L'organisation régionale doit prendre en compte les recommandations de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique et de la Société Française d'Anesthésie réanimation préconisant pour les enfants de moins de 2 ans, un seuil d'activité de 100 anesthésies par an comme seuil d'efficience.

Les 35 établissements MCO de Bourgogne ont une activité de chirurgie pédiatrique, en rapport avec les compétences et habitudes des chirurgiens et des anesthésistes. Mais seul le CHU dispose d'un service de chirurgie pédiatrique, contigu à une unité de réanimation pédiatrique polyvalente. Outre la prise en charge des

pathologies courantes, il assure des interventions en chirurgie néonatale ou organise si nécessaire le transfert des nouveaux nés vers les centres nationaux référents (chirurgie cardiaque par exemple).

En dehors du CHU, ce sont les établissements privés qui ont l'activité chirurgicale pédiatrique la plus importante en nombre d'actes, cette activité concernant notamment l'ORL.

Les difficultés identifiées concernent aussi la prise en charge des urgences chirurgicales. La dispersion et l'éloignement des établissements entre eux, et la démographie médicale défavorable dans toutes les spécialités, notamment des anesthésistes, induisent des transports sanitaires de longue durée, parfois délétère pour l'enfant. Enfin les recommandations des sociétés savantes restent d'application variable.

#### *10.2.5.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins*

- Identifier un **centre de recours dans chaque territoire de santé** qui correspond à la traumatologie simple et à la chirurgie programmée chez les enfants de plus de 3 ans : pathologie inguino-scrotale, syndromes appendiculaires, pathologie du prépuce, reflux urétéro-vésical, infections des parties molles, et la prise en charge des brûlures de moins de 5%. Son plateau doit notamment comporter : des structures anesthésiques ayant une compétence en pédiatrie, une unité d'hospitalisation individualisée, un pédiatre référent.
- Identifier, au niveau régional, un **centre spécialisé référent** qui accueille et prend en charge les enfants 24 h sur 24 et 365 jours par an, comportant une unité d'accueil des urgences de chirurgie viscérale et ortho-traumatologique, à laquelle participent des urgentistes ou des pédiatres et qui est intégré dans un réseau qui le lie aux centres de soins de proximité dont il est le référent.

### **10.2.6 – La réanimation et les soins continus pédiatriques**

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.

Les unités de réanimation du grand enfant sont structurées en deux niveaux de prise en charge (réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée).

La **surveillance continue** est destinée à la prise en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui lui est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

Ces unités de surveillance continue peuvent être isolées à la condition de passer une convention avec un établissement disposant d'un service de réanimation.

#### *10.2.6.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé*

La prise en charge de l'urgence vitale pédiatrique en dehors de Dijon ne repose pas habituellement sur les pédiatres, les enfants arrivant dans les services d'urgence « adultes » ; les transports médicalisés sont réalisés par les SMUR. Rares sont les établissements de santé qui disposent d'une permanence pédiatrique continue sur place.

Les prises en charge s'avèrent d'autant plus difficiles que la majorité des urgences s'observent chez des enfants de moins de 2 ans et ceux-ci ont des pathologies spécifiques parfois mal connues des urgentistes et des anesthésistes.

L'évaluation des observations des malades admis en réanimation pédiatrique a permis d'observer une prise en charge sub-optimale avant admission en réanimation pour environ 50% des enfants transférés.

Enfin, actuellement aucun service de pédiatrie de Bourgogne ne dispose d'unité de surveillance continue pédiatrique.

#### *10.2.6.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins*

- **Développer une unité de réanimation pédiatrique médico-chirurgicale**, en individualisant et accroissant le secteur actuel accolé au secteur de réanimation néonatale du CHU de Dijon. Cette unité doit permettre d'accueillir les enfants, jusqu'à 18 ans, présentant les détresses vitales les plus courantes, nécessitant la mise en place de méthodes de suppléance.
- **Créer une unité de soins continus médico-chirurgicale** dont les capacités doivent permettre de regrouper tous les enfants et adolescents de l'établissement justifiant ce type de surveillance sur le site pivot de la Côte d'Or et sur les autres sites pivots lorsque l'activité prévisionnel le justifie.
- **Formaliser un réseau régional de l'urgence vitale de l'enfant** : cette mise en réseau est nécessaire pour assurer un continuum dans la prise en charge des enfants et repose sur :
  - la formalisation de protocoles écrits précisant les modalités de coopération et de prise en charge à tous les niveaux de la chaîne de soins ;
  - l'organisation au niveau de la région (ou de l'inter région) des complémentarités entre les unités de réanimation et de surveillance continue qui s'intègrent à la fois dans les volets urgence , réanimation et pédiatrie du schéma ;
  - l'organisation au plan régional (ou interrégional) de la formation et du maintien des compétences des personnels médical et paramédical travaillant dans les différents services membres du réseau ;Cette mise en place doit s'accompagner d'une évaluation annuelle du fonctionnement de ce réseau et de la qualité de la prise en charge des enfants, confiée à la commission régionale de l'enfant et de l'adolescent.

## 10.3 – LA CHIRURGIE

La chirurgie peut s'effectuer soit en hospitalisation complète, soit en ambulatoire.

La conférence de consensus de mars 1993 a défini la chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelé chirurgie ambulatoire comme étant "les actes chirurgicaux et/ou d'exploration, programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie prolongée, permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son admission". La chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée et substitutive à l'hospitalisation classique permettant la délivrance de prestations équivalentes par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation complète. Il s'agit d'une activité programmée et organisée au sein de structures autorisées, qui lorsque l'organisation interne de l'établissement, l'état du patient et son environnement le permettent, doit déboucher, sauf complication, sur une sortie le jour même.

La chirurgie implique l'existence de bloc opératoire qui est un outil collectif à l'interface de nombreuses autres disciplines telles que l'obstétrique, l'anesthésie réanimation, les explorations fonctionnelles, la radiologie et la biologie.

Cette activité repose sur une équipe chirurgicale et anesthésique, médicale et paramédicale.

### 10.3.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

La **démographie** médicale est actuellement particulièrement **difficile**. Le vieillissement des chirurgiens, la nouvelle législation du temps de travail, la féminisation de la profession, la judiciarisation, la différence de pénibilité entre les spécialités chirurgicales et les autres spécialités médicales, aggravent la crise des vocations, particulièrement inquiétante dans certaines spécialités chirurgicales (aujourd'hui en chirurgie viscérale digestive, vasculaire, demain en orthopédie traumatologie).

Par ailleurs, la pratique de la chirurgie est en grande mutation avec une chirurgie générale et polyvalente en forte diminution au profit d'une spécialisation croissante accompagnée d'évolutions techniques qui s'orientent vers moins de gestes invasifs.

Le recensement exhaustif du personnel paramédical dévolu aux activités de bloc opératoire est actuellement inexistant, masquant probablement des inégalités de moyens entre les différentes structures.

Ces difficultés sont accrues par un vieillissement de la population qui entraîne un recours de plus en plus fréquent à certains actes chirurgicaux (chirurgies de la cataracte, cardiaque, vasculaire, oncologique, traumatologique et prothétique).

La Bourgogne est dotée de **multiples plateaux techniques chirurgicaux** (35 établissements - 231 salles d'interventions) qui effectuent des **activités redondantes** parfois en **faible volume**. Ainsi, en 2003, sept établissements réalisaient moins de 1500 séjours chirurgicaux PMSI ou moins de 200 000 KCC par an. Or, ceci

influence négativement la qualité des soins, puisque les professionnels s'accordent pour considérer que le maintien des compétences dans cette discipline est avant tout lié au volume d'activité et au cadre dans lequel elle est exercée.

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

Par ailleurs, l'absence de réglementation définissant les normes en personnel médical et paramédical par grande catégorie d'acte chirurgical ainsi que le volume minimal d'activité par chirurgien et le manque d'évaluation des pratiques professionnelles ne favorisent pas la qualité des soins.

Les organisations mises en place dans les territoires de santé devront pouvoir s'adapter aux innovations techniques validées susceptible d'apparaître dans les années à venir.

Le **développement de la chirurgie ambulatoire est insuffisant** dans les établissements publics de santé Dans les établissements de santé privés, bien que plus important, le nombre d'interventions réalisées en ambulatoire est très variable d'un établissement à l'autre et pourrait être globalement supérieur Il faut souligner que si l'on constate un nombre important de séjours de moins de 24 H en chirurgie, cette prise en charge ne peut pour autant être assimilée à une activité de chirurgie ambulatoire dans la mesure où les actes chirurgicaux sont effectués dans la journée en l'absence d'une organisation spécifique dédiée. A noter par ailleurs que dans les établissements où l'activité est importante et bien organisée, le pourcentage des gestes réellement réalisé en ambulatoire s'approche de l'activité optimale réalisable en chirurgie sans hospitalisation telle qu'elle a été évaluée pour 5 gestes marqueurs (cataracte, extraction dentaire, arthroscopie du genou, varices, adénoamygdalectomie).

**L'organisation interne des blocs opératoires** est plus performante dans les établissements de santé privés que dans les établissements publics. L'activité non programmée des urgences, plus importante dans ces derniers, accentue leurs difficultés d'organisation.

La pratique de la chirurgie est en grande mutation. La chirurgie générale et polyvalente diminue fortement pour laisser place à une spécialisation croissante et des évolutions techniques qui s'orientent vers moins de gestes invasifs.

### 10.3.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **maintenir uniquement les sites de chirurgie ayant une activité suffisante**, supérieure à 2 000 interventions avec anesthésie correspondant à 1 500 séjours PMSI annuels. Les établissements à faible activité doivent s'orienter vers des disciplines répondant à des besoins avérés de la population, tout en organisant la possibilité de consultations avancées pour la chirurgie programmée.

- **organiser la prise en charge chirurgicale de façon graduée** en distinguant trois niveaux :
  - les établissements réalisant les actes courants de chirurgie viscérale et digestive d'une part et d'orthopédie et traumatologie d'autre part,
  - les établissements offrant un plateau plus ou moins diversifié de spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmologie, stomatologie, vasculaire, urologie...) en sus de la chirurgie du précédent niveau,
  - les établissements qui réalisent, outre des activités des deux précédents niveaux, la chirurgie spécialisée telle que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyper spécialisée ou pratiquant des interventions lourdes et complexes des différentes spécialités. Ces établissements peuvent par ailleurs développer des activités au titre de centre de référence inter régionale et ceci tout particulièrement pour les transplantations d'organes.

- **mettre en place un maillage entre les établissements** afin d'assurer une prise en charge continue dans le cadre de cette graduation à l'aide de contrats relais et favoriser le retour précoce dans l'établissement d'origine dès que l'état du malade le permet. Par ailleurs, les établissements privés et publics devront développer des coopérations pour mettre en commun des plateaux techniques, assurer dans les différentes spécialités une permanence des soins harmonisée 24 H sur 24 et permettre l'accès aux services de réanimation autorisés sur la base des nouveaux décrets. Ces coopérations devraient donner la possibilité de disposer d'équipes chirurgicales en nombre suffisant, disposant des moyens techniques les plus performants, rendant les postes attractifs.

- **développer la formation continue** médicale et paramédicale des équipes chirurgicales.

- **développer la chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive** non seulement de façon structurée en respectant la réglementation définissant les conditions d'organisation de la chirurgie ambulatoire, mais aussi en s'appuyant sur une chirurgie traditionnelle de qualité. Un volume "critique" d'activité chirurgicale globale est le préalable au développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement. Cette dernière ne peut en aucun cas être un palliatif d'une activité chirurgicale défaillante.

La mise en œuvre de ce développement impose non seulement une organisation de l'offre de soins ambulatoires performante en amont et en aval de la journée d'hospitalisation, mais aussi des conventions de repli vers l'hospitalisation complète en cas de nécessité.

L'étude nationale de la CNAMTS en 2001(données réactualisées) a montré que 5 gestes marqueurs avaient un potentiel de développement (différence entre le taux observé et le taux plafond de la région) en chirurgie ambulatoire en Bourgogne Il s'agit de l'arthroscopie du genou, des extractions dentaires, de la chirurgie de la cataracte, de la chirurgie des varices et de l'adénoamygdalectomie , qui devraient être réalisés en ambulatoire pour au moins 65 % des séjours.

Cette modalité de prise en charge doit être valorisée pour tenir compte du surcroît de travail et l'augmentation de la responsabilité professionnelle qu'elle induit.

Les avantages de cette activité doivent être promus auprès des professionnels de santé , du grand public et des établissements de santé pour lesquels un potentiel de développement a été identifié.

- **réaliser annuellement un état des lieux exhaustif** des moyens humains de l'ensemble des équipes chirurgicales des établissements publics et privés afin d'analyser et d'anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé. Par ailleurs, il doit être mis en place une évaluation des activités chirurgicales des équipes tenant compte de la nature et du volume des actes ainsi que du respect des règles de bonnes pratiques édictées par les sociétés savantes.

## 10.4 – LA REANIMATION, LES SOINS INTENSIFS ET LES SOINS CONTINUS

Les **unités de réanimation**, prennent en charge 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.

On distingue différentes catégories d'unités de réanimation selon l'origine des patients pris en charge :

- les unités de réanimation **médicale** traitent l'ensemble des patients relevant des disciplines médicales ; elles peuvent néanmoins accueillir, pour une part, des patients après intervention chirurgicale ;
- les unités de réanimation **chirurgicale** traitent des patients relevant des disciplines de chirurgie ; elles peuvent néanmoins accueillir, pour une part, des patients médicaux ;
- les unités de réanimation **médico-chirurgicale** admettent indifféremment des patients des disciplines de médecine et de chirurgie.

D'une manière générale, il est souhaitable que les unités de réanimation s'orientent vers une prise en charge médico-chirurgicale, sauf si la nature des besoins, le volume d'activité et les impératifs de formation spécifique justifient une orientation médicale et chirurgicale distincte.

Les **unités de soins intensifs** ont vocation à 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 directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. Il s'agit notamment de **soins intensifs** cardiologiques.

Les **unités de soins continus prennent** 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. Aucune capacité minimale n'est prévue pour ce type d'unité.

Au sein d'une unité de soins continus ou de soins intensifs peuvent être réalisés par nécessité en cas d'urgence vitale, des actes de réanimation. Ces actes, en aucun cas, ne peuvent être assimilés à une activité de réanimation, mais permettent dans les cas de poursuite de dégradation de l'état d'un patient, de préparer le transfert de celui-ci dans une unité de réanimation ou de soins intensifs selon le cas.

### 10.4.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

La réanimation exige des moyens importants tant en personnels qu'en équipement ; c'est une activité soumise à autorisation et encadrée par les décrets 2002-465 et 466 du 5 avril 2002.

La démographie des anesthésistes réanimateurs est préoccupante au plan national et encore plus pour la région Bourgogne où la densité est de 13,3/100 000 habitants versus 17 au niveau national.

A l'examen de l'étude réalisée en 2002 dans les établissements de santé, certaines unités développent une activité qui ne peut être classée de manière formelle dans aucune des 3 catégories telles que définies par les décrets. Elles traitent des défaillances mono et/ou poly viscérales, dont la gravité et la lourdeur des soins se situent à mi-chemin entre la réanimation et les soins intensifs. Ces unités sont au nombre de 6, la réorientation de ce type d'unité doit être anticipée pour ne pas désorganiser gravement le fonctionnement des services de réanimation environnants.

Certains établissements de santé privés se sont vu attribuer une tarification dite de "réanimation" liée à une autorisation; d'autres en application de l'arrêté du 29/06/78 relatif au classement des établissements privés ont obtenu qu'une partie de leurs lits soit reconnue à "soins particulièrement coûteux", soit en chirurgie sous condition de mise en œuvre de moyens dits de réanimation, soit en médecine sous condition de comporter une unité dite de "réanimation". Ces établissements bénéficiant de ces dispositions purement tarifaires, mais pratiquant en cas de besoin certains actes de réanimation, ne peuvent pas pour autant prétendre exercer une activité de soins de réanimation. Cependant, ils mobilisent des ressources complémentaires, nécessaires à la prise en charge d'une activité chirurgicale ou médicale plus lourde et susceptible d'entraîner des complications, post opératoires pour les premières. Ces établissements devraient donc, à priori, et sous réserve bien entendu de l'examen de leur activité, bénéficier de la reconnaissance d'une unité de soins intensifs ou de soins continus, afin de permettre la poursuite de l'activité chirurgicale ou médicale développée dans des conditions de sécurité (circulaire DHOS/SDO N° 2003-413 du 27 Août 2003).

#### **10.4.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins**

- **Autoriser une unité de réanimation médico-chirurgicale sur le site pivot dans chaque territoire de santé et, en ce qui concerne le territoire de santé de la Côte d'Or plusieurs unités de réanimation, chirurgicales et médicales sur le site pivot**

Les capacités des unités devront être adaptées pour répondre aux besoins des populations de chacun des six territoires de santé. La poursuite de cette activité nécessitera une mise aux normes des personnels pour assurer la continuité des soins et d'autre part l'individualisation dans ces établissements d'un nombre de lits de soins continus en nombre au moins égal à la moitié des capacités de l'unité de réanimation.

Les unités de réanimation autorisées devront satisfaire, dans le délai de 5 ans à compter de la publication des décrets du 5 avril 2002, aux conditions techniques de fonctionnement réglementaire pour ce qui concerne notamment les locaux, la permanence médicale, la responsabilité et les équipes médicales et paramédicale de l'unité, et les équipements et moyens techniques. La réorganisation des unités de réanimation devra également prendre en compte les besoins en matière de transports médicalisés entre les établissements de santé.

- **Autoriser une unité de soins intensifs cardiologiques dans chaque site pivot des territoires de santé et dans chaque site autorisé à pratiquer la cardiologie interventionnelle,** en dehors des 2 unités spécialisées en pneumologie et néphrologie du CHU de Dijon.

Lorsqu'un établissement exerce une activité de soins intensifs cardiologiques, celle-ci doit impérativement être pratiquée dans une unité individualisée et répondant aux conditions techniques de fonctionnement réglementaire.

En outre, il ne saurait être admis de mélanger les lits de soins intensifs et de réanimation au sein d'une même unité, afin de ne pas multiplier les risques d'infections nosocomiales dont la survenue est très fréquente en service de réanimation.

Cependant unité de soins intensifs et unité de réanimation doivent être aussi proches que possible dans l'établissement.

- **Hormis les établissements qui exercent une activité de réanimation qui doivent comporter au moins une unité de soins continus, les établissements qui ne disposent ni d'unité de réanimation ni d'unité de soins intensifs peuvent faire fonctionner une unité de soins continus.**

C'est le cas de certains établissements médico-chirurgicaux privés, notamment ceux bénéficiant d'un classement en "soins particulièrement coûteux" en chirurgie ou médecine, et des établissements publics dont l'enquête a montré qu'ils prenaient en charge des patients lourds dont une partie relèvera de ce type d'unité.

Le regroupement des lits de soins continus dans une unité individualisée afin de faciliter la mutualisation des moyens est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité.

Ces unités, en l'absence de réanimation dans l'établissement, peuvent prendre en charge des patients ayant une défaillance viscérale aiguë supplée, à la condition qu'une résolution rapide de cette défaillance soit prévisible, permettant d'arrêter les moyens de suppléance en quelques heures, ou de transférer le patient vers une unité de réanimation.

La permanence médicale des soins, non obligatoirement exclusive de l'unité, doit être assurée en garde ou en astreinte par des médecins ayant la qualification, la compétence ou l'expérience adaptés aux patients pris en charge dans chaque unité. En cas de présence d'un malade bénéficiant transitoirement d'une technique de suppléance, la présence sur place dans l'unité d'un médecin qualifié est requise.

- **Favoriser la coopération**

En dehors du plateau technique général de l'établissement, l'unité de réanimation, les USIC, et les unités de soins continus doivent pouvoir avoir recours à des spécialistes (néphrologues, pneumologues, cardiologues, chirurgiens, ...).

Pour faciliter l'organisation et la continuité des soins dans ces unités il est souhaitable, dans toute la mesure du possible, de rechercher la proximité géographique pour l'implantation de ces différents secteurs au sein des établissements de santé.

Au sein des mêmes établissements devront être conclus des protocoles entre unité de réanimation, unité de soins intensifs et unité de soins continus précisant les conditions de sortie et de transfert des patients entre ces différentes unités.

L'organisation des unités de réanimation doit leur permettre de participer si besoin à l'accueil de patients susceptibles de présenter des défaillances viscérales dans le cadre du développement d'une pathologie hautement contagieuse(SRAS...).

Les établissements ne disposant pas d'unité de soins intensifs cardiologiques, ainsi que ceux ne possédant pas d'unité de réanimation, devront passer convention avec un ou plusieurs établissements comportant des unités de soins intensifs cardiologiques ou/et une unité de réanimation afin d'assurer aux patients, par leur transfert, les soins appropriés à leur état.

Les établissements sièges d'unités de réanimation ou de soins intensifs pourront transférer des patients sortant de ces secteurs vers des établissements disposant d'unité de soins continus liés par convention.

Les établissements ayant une unité d'obstétrique mais pas d'unité de réanimation devront aussi passer une convention avec un établissement disposant d'une unité de réanimation d'adultes.

Toutes ces coopérations inter-hospitalières doivent se faire dans le cadre de réseaux locaux constitués sur chaque territoire de santé. La filière de soins parcourue par le patient doit être fluide pour être opérationnelle : elle doit faire l'objet de protocoles écrits d'indications de transfert et de réadmission, de protocoles de soins pendant le transfert et d'accueil des patients transférés.

Des coopérations devront être aussi formalisées pour relier les territoires de santé, notamment les établissements sièges de SAMU, à des établissements délivrant des soins de niveau régional ou interrégional

Un réseau d'information local ou régional sera mis en place afin de connaître de façon continue les disponibilités en lits dans toutes les unités de soins intensifs et unités de réanimation.

## 10.5 – LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES NEURO-CARDIO-VASCULAIRES

Les maladies neuro-cardio-vasculaires font partie des problèmes majeurs de Santé Publique car fréquentes, graves, accessibles à des traitements efficaces et mobilisant l'ensemble des acteurs de Santé.

Du fait de leur importance non seulement numérique mais aussi financière, sont traitées en priorité trois de ces affections : **l'accident vasculaire cérébral (AVC)**, **la maladie coronarienne** et **l'insuffisance cardiaque (IC)**, et ceci en application des recommandations des sociétés savantes.

La rythmologie interventionnelle (stimulation cardiaque implantée, stimulation multisite, défibrillation cardiaque, prévention de la mort subite) est un chapitre majeur de la cardiologie moderne. N'étant cependant pas considéré comme étant celui sur lequel un maximum d'efforts d'organisation régionale doit être porté, seule la réflexion sur les établissements prenant en charge les défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) et les stimulations cardiaques implantables avec stimulation atriotricentriculaire pour re synchronisation dit "triple chambre" (STC) sera abordée dans ce SROS pour répondre à la circulaire DHOS 2004-378 du 3 août 2004.

### 10.5.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Les maladies cardio-vasculaires sont une des principales causes de morbi- mortalité en France. En Bourgogne, le vieillissement relatif de la population et le délai d'accès aux soins urgents augmente encore l'incidence, non pas seulement en terme de mortalité mais aussi en terme de morbidité conduisant souvent au handicap.

L'incidence des **maladies coronariennes** est évaluée à 3 à 4 pour 1000 personnes par an. Le syndrome coronarien aigu (SCA) est la première manifestation chez un quart des patients présentant une cardiopathie. La mortalité par maladie coronarienne est de 0.1 à 0.4 pour 1000 personnes et le SCA représente 80 % des décès par cardiopathie. Tous les registres confirment une baisse de la mortalité par maladie coronarienne évaluée à 70% ces 20 à 30 dernières années. Cependant cette amélioration masque des réalités importantes à prendre en compte. Deux décès par infarctus du myocarde (IDM) sur 3 surviennent en dehors de toute structure hospitalière. Il existe un rôle majeur de l'âge comme facteur de risque ce qui implique la nécessité de débiter des mesures préventive le plus tôt possible.

**L'accident vasculaire cérébral (AVC)** est une pathologie fréquente qui a des conséquences importantes en Santé Publique. Son incidence, dans les pays industrialisés, est de l'ordre de 1.6 à 2.4 pour 1 000 personnes par an, sa prévalence de 4 à 6 pour 1 000 habitants .Au terme du premier mois, entre 15 et 20 % des patients sont décédés (troisième cause de mortalité chez l'adulte et première cause chez la femme). Parmi les survivants, 75 % sont porteurs de séquelles définitives (première cause de handicap acquis chez l'adulte), et 20 à 25 % développeront un syndrome démentiel dans les 5 années suivantes (deuxième cause de démence). L'âge moyen de survenue est de 73 ans, en France, mais l'AVC peut également toucher des patients jeunes, 5 % ont moins de

40 ans. L'enfant n'est pas épargné mais très rarement atteint. La Bourgogne est la troisième région à avoir une surmortalité des AVC hospitalisés. L'AVC est une urgence médicale qui nécessite une prise en charge organisée au sein d'une filière de soins organisée permettant la mise en œuvre des traitements ayant montré leur efficacité (UNV, thrombolyse, aspirine)

La population souffrant d'**insuffisance cardiaque** en France était estimée en 1991 à environ 500 000. Cette population ne cesse de croître (120 000 nouveaux cas par an) pour diverses raisons. L'allongement de l'espérance de vie entraîne un vieillissement de la population, or la prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente de façon exponentielle avec l'âge. Une meilleure prise en charge à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde améliore la survie mais augmente le nombre d'insuffisants cardiaques. Les traitements par anti-hypertenseurs ont diminué la mortalité par AVC mais permettent à d'autres complications, telle que l'insuffisance cardiaque diastolique, de réémerger. Les thérapeutiques médicamenteuses modernes de l'insuffisance cardiaque ont fait de cette affection une maladie plus chronique avec laquelle on survit plus longtemps sans toute fois en guérir.

Ces trois affections reposent sur une prise en charge pluridisciplinaire tant ambulatoire qu'hospitalière qui inclut la prévention primaire et secondaire, le traitement de la phase aiguë et post aiguë, la rééducation et le suivi au long court. Les professionnels ont bien démontré l'impact positif de cette organisation en terme de diminution de l'incapacité et de récurrence. Or, la structuration en filières spécialisées pour ces pathologies reste encore à développer.

La démographie des neurologues en Bourgogne est l'une des plus faibles de France avec un rapport de 35 neurologues pour 1 600 000 habitants. Ceci a pour conséquence l'absence de service de neurologie dans cinq des onze établissements accueillant des urgences. Que ce soit en neurologie ou en cardiologie, la mise en place d'unités spécialisées doit tenir compte du nombre de praticiens existant sur le territoire pour permettre d'assurer la continuité des soins dans le respect des normes réglementaires

Les capacités d'hospitalisation complète semblent actuellement suffisantes pour accueillir l'ensemble des malades présentant ces affections ; cependant, l'organisation de la prise en charge hospitalière reste à parfaire. Ceci est le plus souvent lié à l'insuffisance de structures spécialisées telles que les USIC pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) et l'insuffisance cardiaque ou les Unités Neuro-Vasculaires (UNV) voire même de services de neurologie pour la prise en charge des AVC. En conséquence, l'accueil de nombreux patients se fait en service de médecine polyvalent voire même en chirurgie ce qui peut être préjudiciable à la qualité des soins.

Le diagnostic initial, voire le traitement de l'AVC et des SCA, repose sur l'utilisation de l'imagerie médicale et des techniques interventionnelles qui doivent être disponibles en urgence.

S'agissant de la prise en charge des défibrillateurs implantables et stimulateurs triple chambre, le diagnostic préalable, l'implantation et le suivi des patients justifient des exigences élevées en terme de qualité et de sécurité des soins auxquelles les établissements de santé doivent satisfaire s'ils veulent pratiquer ces activités

## 10.5.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Conforter et de développer le travail de partenariat** déjà mis en place notamment au sein des réseaux bourguignons de prise en charge des AVC et de l'IDM. Cette coordination des soins doit se faire non seulement au niveau de la liaison entre la ville et l'hôpital mais, aussi entre les intervenants aux différents stades de la prise en charge. De même, il doit être développé une interface importante entre les différents réseaux déjà mis en place et y intégrer la prise en charge des autres affections cardiovasculaires et tout particulièrement l'insuffisance cardiaque.
- **Améliorer, dès la phase d'alerte, la prise en charge en urgence** avec l'appel direct du centre 15 pour éviter tout retard de prise en charge et une perte de chance. Dans un deuxième temps, le transport rapide et direct doit se faire vers un établissement identifié par le SROS pour la prise en charge de la pathologie suspectée :USIC pour les syndromes coronariens aigus ou l'insuffisance cardiaque et établissement prenant en charge les AVC et disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale.
- **Regrouper et spécialiser certaines unités** pour favoriser l'amélioration des prises en charge hospitalières et palier au déficit de la démographie médicale et paramédicale.

### *Pour les syndromes coronariens aigus:*

Les patients présentant un syndrome coronarien aigu doivent être prioritairement accueillis dans uneUSIC. Chaque territoire de santé doit pouvoir bénéficier d'au moins une de ces unités. Ces dernières doivent se situer dans des locaux proches des services de réanimation et/ou de surveillance continue afin de faciliter la mutualisation des moyens. Par ailleurs selon les préconisations de la Société Française de Cardiologie les sites d'exploration coronarienne doivent fonctionner 24H sur 24 , 365 jours par an et réaliser un nombre suffisant de patients explorés (plus de 400 cathétérismes thérapeutiques par an) .

### *Pour l'insuffisance cardiaque:*

De façon expérimentale, il sera mis en place une unité thérapeutique de l'insuffisance cardiaque au CHU de Dijon.

Il est nécessaire d'évaluer son efficacité avant d'étendre ce type de prise en charge dans d'autres territoires. Cette unité doit être constituée par le regroupement de lits existants, et accueillant déjà des patients en insuffisance cardiaque, mais disséminés au sein de différents services. Elle nécessite la formation spécifique du personnel infirmier. Cette unité devra s'organiser en hospitalisation de semaine et de jours. Elle permettra, non seulement la prise en charge en aigu mais aussi l'adaptation de l'ordonnance, l'éducation du patient vis à vis des règles hygiéno diététiques et la prévention précoce du déconditionnement musculaire.

Cette unité devra être complétée d'une part par la réadaptation et d'autre part, par l'éducation et le suivi du patient au sein d'une organisation qui permettra la liaison ville hôpital entre les différents professionnels de santé.

### *Pour les accidents vasculaires cérébraux:*

L'accueil des patients présentant un AVC doit se faire dans les établissements disposant du plateau technique suffisant (IRM ou scanner) et disposant de lits regroupés au sein de services ou d'unités fonctionnelles de neurologie identifiés regroupant les compétences médicales et paramédicales.

Après évaluation de l'UNV créée au CHU de Dijon, pourraient être expérimentées d'autres unités de prise en charge des AVC aigus dans d'autres sites pivots notamment ceux qui accueillent en urgence plus de 200 AVC par an. Cependant, dans un contexte démographique de personnel soignant difficile et pour répondre aux recommandations de la circulaire DHOS/DGS/DGA/ N° 517 du 30 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, ces unités nécessiteront une collaboration entre les neurologues des établissements publics et des neurologues libéraux. En cas de nécessité il pourra être envisagé la création d'une unité de soins intensifs neuro- cardiologiques qui reposera sur la collaboration des neurologues et des cardiologues tout en respectant une unité de lieu avec les unités de réanimation et/ou de surveillance continue. Ces unités spécialisées doivent faire partie intégrante de l'ensemble de la filière de prise en charge. Des protocoles de coopération inter établissements doivent permettre de fixer les conditions de prise en charge des patients et du retour dans l'établissement d'origine.

- **Evaluer l'activité en matière d'implantation des défibrillateurs cardiaques** (seul le CHU de Dijon est agréé) et **de pose des stimulateurs triple chambre** (sont agréés : le CHU de Dijon, un établissement privé en Côte d'Or, et un établissement de l'Yonne sud.) et établir des conventions de partenariat avec les différents établissements de la région afin de permettre le suivi conjoint de ces patients.

## 10.6 – LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCERS

La lutte contre le cancer fait l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le Plan Cancer 2003-2007, déclinée en 6 domaines : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation, recherche.

L'organisation des soins en cancérologie, définie jusqu'à présent par la circulaire du 24 mars 1998 et traduite dans les SROS de 2<sup>ème</sup> génération, évolue pour prendre en compte l'ensemble des mesures prévues par le Plan dans le champ du soin et de la prise en charge des patients. La circulaire du 22 février 2005 actualise l'organisation des soins en cancérologie ; elle est fondée à la fois sur les principes de l'équité d'accès aux soins, de la coordination des acteurs et de la qualité des pratiques professionnelles, et centrée sur l'écoute et l'information des patients et de leurs familles.

Les principes d'une prise en charge de qualité pour un patient atteint de cancer sont : l'information et l'accord du patient sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique, un accès rapide au diagnostic, des conditions d'annonce du cancer organisées, une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels variés et régulièrement actualisés, la remise au patient d'un programme personnalisé de soins décrivant un parcours individualisé, une prise en charge globale et continue avec le domicile associant la mise en œuvre de traitements de qualité et l'accès aux soins de support

### 10.6.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

En 2000, 8700 diagnostics de cancer étaient posés en Bourgogne.

Les soins sont prodigués dans plusieurs établissements de chaque territoire, publics et privés, notamment dans de nombreux centres hospitaliers d'activité en cancérologie variable. Les praticiens sont des spécialistes d'organes, titulaires d'une formation complémentaire en cancérologie, et des oncologues médicaux, radiothérapeutes et hématologistes très inégalement répartis dans la région (Territoire de Côte d'Or : 7 oncologues médicaux, 9 radiothérapeutes, 4 hématologistes cliniques – Territoire de la Nièvre : 1 oncologue médical, 2 radiothérapeutes – Territoire Nord Saône et Loire : 2 oncologues médicaux, 4 radiothérapeutes, 2 hématologistes – Territoire Sud Saône et Loire : 1 oncologue médical, 2 radiothérapeutes, 1 hématologue – Territoire Nord Yonne : 0,5 oncologue, 1 radiothérapeute – Territoire Sud Yonne : 2,5 oncologues médicaux, intervention de 5 radiothérapeutes venant de Dijon).

Les équipements matériels lourds de diagnostic sont, au 31 décembre 2004 en termes de matériels installés : 17 scanners, 7 IRM, 2 tomographes à émission de positons. A Sens, site pivot du territoire Nord Yonne, une IRM non installée est autorisée. Deux autres IRM sont autorisées à s'installer : l'une sur l'agglomération dijonnaise, l'autre dans la communauté Le Creusot-Montceau. A Auxerre, site pivot du territoire Sud Yonne, un 18<sup>ème</sup> scanner, non installé est autorisé.

Les équipements matériels lourds de traitement sont, au 31 décembre 2004, en termes de matériel installé, de 9 appareils (accélérateurs de particules) :

A Nevers, site pivot du territoire de la Nièvre, un seul appareil est installé

A Macon, site pivot du territoire Sud Saône et Loire, un seul appareil est installé

A Auxerre, site pivot du territoire Sud Yonne, un seul appareil est installé

A Sens, site pivot du territoire Nord Yonne, aucun appareil n'est installé

A Chalon sur Saône, site pivot du territoire Nord Saône et Loire, un seul appareil est installé, un deuxième doit l'être courant 2005

Les 5 autres appareils sont à Dijon.

Le délai de prise en charge est de 10 à 35 jours.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées à Dijon, Beaune, en Côte d'Or Nord depuis début 2005, à Nevers, à Cosne sur Loire, à Chalon sur Saône, au Creusot, à Montceau les Mines, à Autun, à Macon, à Paray le Monial, à Auxerre, à Sens. Leur organisation est variable : certaines sont des consultations avec participation du patient, d'autres réalisées sur dossiers.

Ces réunions sont spécialisées (pneumologie, hépato-gastrologie, gynécologie, hématologie...) ou non.

Concernant les soins de support, des postes de psycho-oncologues ou psychologues existent dans chaque site pivot, ainsi que dans quelques centres hospitaliers prenant en charge les patients atteints de cancer.

## 10.6.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Organiser la cancérologie au sein de chaque territoire de santé**

**les sites de cancérologie** : l'organisation en site doit favoriser l'accès à l'ensemble des traitements nécessaires, hormis ceux relevant du recours, définis dans le cadre du pôle régional de cancérologie. Les établissements constituant le site assurent la majorité des prises en charge en termes de diagnostic et de traitement par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, en incluant les soins de support.

Il est souhaitable que les centres de radiothérapie ne disposant que d'un appareil soient le moins nombreux possible et établissent par convention avec un autre centre les modalités de coopération permettant d'assurer la continuité des soins.

**les structures de soins constituant le site** sont des établissements de santé et des centres privés de radiothérapie autorisés pour le traitement du cancer, conformément au décret (à paraître) et précisant notamment les critères d'agrément prenant en compte entre autres éléments le seuil d'activité chirurgicale minimal garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

**les établissements et structures associés** : des établissements de santé, dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation, ou de soins de longue durée, des hôpitaux locaux, des structures de soins à domicile, appliquent ou assurent le suivi des traitements, en particulier les chimiothérapies, en coordination avec l'équipe de l'établissement de santé ou du site de cancérologie qui les a mises en œuvre.

L'identification d'un site de cancérologie par territoire de santé assurant la majorité des prises en charge en termes de diagnostic et de traitement favorisera une organisation fonctionnelle de la prise en charge des patients. A défaut, les établissements du site pivot, non identifié « site de cancérologie » s'appuieront sur des coopérations interterritoriales et sur les réseaux pour cette prise en charge. Le maintien d'une telle situation doit être l'objet de réflexion au cours des années de déroulement du Schéma et doit pouvoir être revu, à la faveur de l'évolution des conditions techniques de diagnostic et de traitement, ainsi que de la démographie médicale.

- **Organiser la cancérologie au sein des établissements de santé**

Les établissements de santé et centres privés de radiothérapie autorisés pour leurs activités de soins « traitement du cancer » devront être membres d'un réseau de cancérologie, et disposer d'un centre de coordination en cancérologie (3C) avec 4 objectifs : engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie, avec fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire, rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie, mettre en place la traçabilité des pratiques, et permettre le développement d'un suivi plus individualisé des patients.

Les 3C peuvent être communs à plusieurs établissements, notamment lorsque la mutualisation favorise la mise en œuvre des missions. Les 3C seront constitués, dans un premier temps, au sein des sites de cancérologie.

**Les soins de support** intégrant la prise en compte de la douleur, le soutien psychologique et social, la prise en charge des troubles nutritionnels, des handicaps, des conséquences de traitements (odontologiques, digestives...) et l'accompagnement en fin de vie, seront accessibles dans tout établissement autorisé pour le traitement du cancer. Leur mise en œuvre sera concertée entre les équipes cliniques et les équipes ressource. Le(s) réseau(x) seront inclus dans la démarche. L'offre de soins de support en cancérologie s'inscrira au sein des 3C, qui en assureront le suivi et la coordination.

- **Organiser la cancérologie au sein de la région**

Les établissements et les sites disposant de compétences et de ressources régionales de recours (précisées en annexe à la circulaire du 22/02/05) constitueront un pôle régional de cancérologie. La constitution de ce pôle sera révisée pour s'adapter à l'évolution des soins et des techniques.

Le pôle régional de cancérologie disposera, pour être identifié, de descriptions formalisées des itinéraires de soins appropriés pour permettre l'accès à ces ressources : avis sans délocalisation du patient, accès à un traitement spécifique ou à un plateau technique, accessibilité de l'innovation en proximité, conditions de retour. Les critères seront formalisés soit par pathologie, soit par équipement.

Certaines ressources de recours pourront n'être accessibles qu'en interrégional.

Les modes de coopération entre les membres du pôle prennent la forme juridique qui paraît la plus appropriée. Le Plan Cancer prévoit que les CHU et les CLCC, particulièrement concernés, formalise leur complémentarité, partagent leur moyen, mettent en cohérence leur stratégie médicale et établissent à terme un projet médical commun.

Le pôle aura par ailleurs vocation à :

- faciliter l'accès à la recherche clinique pour l'ensemble des équipes
- participer à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation dans le cadre des missions de l'UFR de Médecine et/ou du cancéropole de l'interrégion Grand Est

- **Poursuivre la mise en œuvre du réseau régional de cancérologie Oncobourgogne**

Le réseau poursuivra par ailleurs ses missions de diffusion des référentiels, contribution à la formation, promotion et soutien de la prise en charge psychooncologique ; il recueillera les rapports d'activité annuels des centres de coordination en cancérologie précisant notamment : nombre de RCP réalisées, mise en place du dispositif d'annonce, remise aux patients du programme personnalisé de soins, ainsi que les informations permettant le suivi régional du plan cancer.

En 2007, tous les établissements de soins et les centres de radiothérapie devront être intégrés au réseau, afin de faciliter la prise en charge de qualité et le suivi des patients.

- **Reconnaître une unité référente en oncologie pédiatrique**, localisée au pôle hospitalo-universitaire de Dijon, prenant en charge l'ensemble des pathologies hématolo-oncologiques de l'enfant sans spécificité, capable d'assurer la totalité des soins justifiés par ces malades, dont une partie des autogreffes de moelle osseuse, et à l'exclusion de l'allogreffe.

Le centre régional a la charge du bilan initial, de la définition de la stratégie thérapeutique, des traitements lourds et des complications sévères et de l'organisation générale de la prise en charge. ; elle s'engage à accepter à tout moment un enfant adressé par une équipe de la région. Si elle n'a pas la possibilité de le prendre en charge, elle doit organiser sa prise en charge dans une autre unité adaptée.

Lors de la prise en charge relais de l'enfant par une autre équipe médicale que celle du centre régional (gestion du cathéter central, gestion des aplasies, mise en œuvre de certains traitements... réalisables en fonction des compétences et de l'expérience des équipes), le Centre fournit les éléments du dossier médical, les protocoles, les différentes indications thérapeutiques et éléments de surveillance, et s'organise pour répondre de façon permanente aux demandes de conseils des équipes soignantes ; en retour le centre régional est tenu informé sur le patient.

Le centre régional organise des actions de formation médicale et paramédicale pour les acteurs de soins de la région.

Il s'organise pour assurer la continuité des soins, de jour comme de nuit.

Des **collaborations avec des Unités Ressources situées hors région**, ayant des compétences particulières dans des domaines spécifiques( en terme de recrutement ou de capacités techniques) doivent être organisées à deux niveaux :

- pour la discussion de l'indication thérapeutique et du choix de la stratégie à adopter en cas de pathologies complexes et/ou rares. Cette discussion peut se faire le plus souvent sur dossier, lors de staff conjoints ou utiliser les moyens de visioconférence ;
- pour la réalisation d'une partie du traitement de pathologies rares ou complexe, c'est déjà le cas des allogreffes de moelle osseuse réalisées au cours de maladies hématologiques dans le Service de greffes de BESANCON, éventuellement, de NANCY, ainsi que les traitements chirurgicaux des enfants atteints de tumeurs osseuses, adressés en accord avec l'équipe orthopédique dijonnaise, à l'hôpital Saint Vincent de Paul à Paris.

Ces recours extra régionaux sont organisés par le centre régional, et prennent en compte la domiciliation des familles.

## 10. 7 – LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

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

L'insuffisance rénale chronique (I.R.C.) est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire ; elle est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. Elle est secondaire à une maladie rénale chronique confirmée par la persistance pendant plus de 3 mois de marqueurs biologiques d'atteinte rénale et/ou d'anomalies morphologiques.

Chez l'adulte, un D.F.G.  $< 60$  ml/mn/1,73 m<sup>2</sup> est une insuffisance rénale indiscutable qu'il y ait ou non des marqueurs d'atteinte rénale associés (*biologiques et/ou morphologiques et/ou histologiques*).

Selon la Haute Autorité de Santé, la classification de sévérité des maladies rénales chroniques et de l'insuffisance rénale est la suivante :

|   |                               |                  |                  |                           |
|---|-------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| 1 | Maladie rénale chronique avec | D.F.G. $\geq 60$ | D.F.G. $\geq 60$ | ml/mn/1,73 m <sup>2</sup> |
| 2 | I.R.C. modérée :              |                  | D.F.G. = 30 à 59 | " "                       |
| 3 | I.R.C. sévère :               |                  | D.F.G. = 15 à 29 | " "                       |
| 4 | I.R.C. terminale :            |                  | D.F.G. $< 15$    | " "                       |

Les indications pour débiter un traitement de suppléance chez l'adulte sont l'apparition de certaines manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale et/ou un D.F.G. compris entre 5 et 15 ml/mn/1,73 m<sup>2</sup>.

**Les techniques de suppléance** sont la dialyse (*ou épuration extra-rénale*) et la transplantation rénale. Chaque fois que possible, la transplantation reste le traitement substitutif de choix.

Les techniques d'épuration extra-rénale :

**l'hémodialyse conventionnelle (H.D.)** consiste en une circulation extra-corporelle du sang pour permettre son épuration sur un filtre ou dialyseur

**l'hémodiafiltration (H.D.F.)** et **l'hémofiltration (H.F.)** sont 2 modalités particulières d'épuration extra rénale reposant sur la ré-injection intra-veineuse d'un liquide de substitution pendant la séance de dialyse.

**la dialyse péritonéale** est réalisée au moyen d'un cathéter implanté dans la cavité abdominale permettant les échanges du liquide de dialyse à travers le péritoine. Elle peut être manuelle (*D.P.C.A. : dialyse péritonéale continue ambulatoire*) ou automatisée au moyen d'un cycleur (*D.P.A. : dialyse péritonéale automatisée*).

La transplantation rénale consiste en l'implantation d'un rein provenant d'un donneur, vivant ou décédé, au receveur insuffisant rénal chronique.

## 10.7.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

En 2003, la prévalence brute en Bourgogne est de 456 dialysés par million d'habitants ce qui est inférieur à celle de la France métropolitaine qui est de 498 dialysés par million d'habitants. L'incidence évaluée en 2002 est de 136 nouveaux patients traités par dialyse par million d'habitants alors qu'elle est de 123 en France métropolitaine. Le nombre de patients bourguignons dialysés en 2003 était de 748.

Ces patients sont le plus souvent âgés et cette population ne fait que croître régulièrement, le taux de croissance a été évalué à 5 % par an pour les 5 prochaines années. En 2009, le nombre de dialysés à prendre en charge a été estimé à 1012, les structures de prise en charge devront donc s'adapter à cette évolution.

Les modalités de traitement sont inégalement développées avec plus de la moitié des patients dialysant en centre et moins de 5 % en unité de dialyse médicalisée. L'autodialyse est moins développée en Bourgogne qu'en France au profit de la dialyse péritonéale. En Bourgogne, le taux d'inadaptation de la modalité de prise en charge est supérieur à celui de la France, il concerne près d'un quart des patients.

Il existe un contexte démographique médical difficile avec un déficit évalué à 5 néphrologues en Bourgogne par rapport à la moyenne française. A ce phénomène, s'ajoute un déficit de prestations en assistantes sociales, diététiciennes et psychologues. Par ailleurs, les ratios en personnels infirmiers et aides soignants sont variables d'une structure à l'autre.

Il existe une insuffisance de prévention de l'insuffisance rénale que ce soit en prévenance primaire permettant d'éviter les apparitions des néphropathies chez des patients porteurs de pathologie chronique, que secondaire qui a pour objectif de ralentir l'évolution de la maladie rénale pour retarder le traitement par suppléance.

En 2003, environ 150 dialysés bourguignons sont inscrits sur la liste d'attente nationale en vue d'une transplantation rénale, dont une centaine au CHU. En Bourgogne, ces transplantations sont effectuées au CHU qui en a réalisé 48 en 2003. Si la Bourgogne a répondu à l'objectif national en terme de prélèvements multiorganes pour les années 2003 et 2004, les chiffres du début d'année 2005 montrent une baisse des prélèvements. De même, le nombre de greffes rénales est en baisse de 10 % entre 2003 et 2004 (48 contre 43).

## 10.7.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **permettre à tout patient bourguignon d'être traité dans sa région selon la modalité de prise en charge adaptée.** Pour ce faire, il est nécessaire :
  - d'adapter l'offre de soins sur chaque territoire à la population des dialysés résidents afin de réduire les fuites hors région,
  - de réduire les inadéquations de techniques de dialyse par rapport aux orientations des néphrologues et au souhait des patients,
  - d'adapter l'offre de soins aux besoins des dialysés selon une répartition des modalités de dialyse estimée à : 44 % des patients dialysés en centre, 23 % des patients dialysés en U.D.M. et au moins une unité de dialyse médicalisée

par territoire de santé, 15 % des patients dialysés en autodialyse, 3 % des patients dialysés en hémodialyse à domicile, 15 % des patients dialysés en dialyse péritonéale

- **proposer par territoire de santé une offre de soins comprenant l'ensemble des modalités de traitement**

Chaque territoire doit disposer au minimum d'un centre d'hémodialyse, d'une unité de dialyse médicalisée, d'une unité d'autodialyse simple et assistée, et d'une autorisation de dialyse à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale)

De plus, le CHU de Dijon est le site de recours pour les patients dialysés devant bénéficier de soins spécialisés de niveau régional (*4 postes de dialyse spécifique dans le service de néphrologie*), de réanimation néphrologique lourde et de transplantation rénale.

L'implantation des centres d'hémodialyse doit se situer au niveau du site pivot du territoire de santé. Le centre d'hémodialyse se situe au sein d'un établissement de santé permettant l'hospitalisation à temps complet du patient dans des lits de médecine ou éventuellement de chirurgie.

S'il existe plusieurs structures du même type sur un territoire, l'une peut être commune à 2 territoires voisins.

L'offre de soins doit intégrer la possibilité de changement de méthode de dialyse lorsque la situation médicale ou sociale du malade évolue.

En centre, en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse assistée, en fonctionnement habituel, un poste d'hémodialyse ne peut servir qu'à 2 patients au maximum pendant la journée.

Toutefois, chaque territoire de santé doit être en mesure de proposer des séances d'hémodialyse en soirée pour répondre aux besoins des patients et faciliter leur intégration sociale. L'organisation de ces séances peut relever d'une structure ou d'une collaboration entre plusieurs établissements.

La formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour l'autodialyse ou la dialyse à domicile est réalisée en Centre d'hémodialyse ou en U.D.M. A cette fin, des postes d'hémodialyse sont dédiés à l'entraînement de ces patients à raison de 2 postes en centre et 1 poste en U.D.M. ; ils peuvent être regroupés dans une unité du centre réservée à cet effet.

Chaque territoire devrait pouvoir adapter son offre de soins en fonction de l'arrivée de nouvelles techniques lorsqu'elles sont validées. Actuellement, l'hémodialyse quotidienne courte (*H.D.Q.C. = 6 séances de 2 à 3 heures chacune par semaine*), expérimentée par certaines équipes depuis plus de 10 ans, a permis d'obtenir des résultats supérieurs à l'H.D. conventionnelle en terme de qualité de vie et d'épuration extra-rénale. Ses indications préférentielles sont les patients jeunes et autonomes.

La continuité des soins est un élément fondamental de la prise en charge coordonnée autour du patient insuffisant rénal.

La coordination repose non seulement sur les conventions de coopération, mais aussi sur la mise en place de protocoles de collaboration entre les équipes de néphrologie et les autres services. Le partage d'informations médicales, soit sous la forme de dossier papier, soit sous forme de transmission sécurisée de dossier informatisé, devra faciliter le suivi du malade.

- **privilégier chaque fois que possible, la transplantation rénale** qui demeure le traitement substitutif de choix

- en proposant une inscription systématique, en l'absence de contre indication, en priorité sur la liste d'attente du CHU de Dijon,
- en augmentant le nombre de prélèvements de reins (80 à 100 reins prélevés annuellement) et en étendant cette activité de prélèvement aux 6 sites pivots (actuellement 5 des 6 sites prélèvent)
- en augmentant le nombre de transplantations rénales en Bourgogne (supérieur à 70 par an)
- en raccourcissant la durée moyenne d'ischémie froide à 12 heures en Bourgogne
- **développer la prévention primaire et secondaire** de l'insuffisance rénale chronique ; pour ce faire il faut :
  - permettre à 80 % des patients de bénéficier d'une consultation de néphrologie précoce, plus de 6 mois au moins avant l'entrée en dialyse,
  - améliorer la qualité de la préparation à l'entrée en dialyse pour que moins de 20 % des patients débutent la dialyse sur cathéter et/ou en urgence,
  - améliorer la proportion de patients vaccinés contre l'hépatite C ou ayant une immunisation efficace lors de l'entrée en dialyse
  - permettre à tout patient de bénéficier de consultation par un diététicien en pré-dialyse.
- **garantir la qualité de la prise en charge**
  - La démarche qualité de tous les établissements et notamment des structures assurant la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques dialysés, inclut la démarche d'accréditation conduite par la HAS
  - Par ailleurs, les décrets du 23 septembre 2002 fixent des normes en terme de modalités de prise en charge des patients et de personnel médical et paramédical.
  - Développer la qualité de la prise en charge tant en terme d'information des malades, de prise en charge de la douleur, de formation des malades. Pour ce faire au moins : 80% des patients doivent pouvoir bénéficier d'une consultation pluridisciplinaire d'information pré-dialyse. Tous les malades dialysés qui le nécessitent doivent avoir accès à une consultation par une diététicienne, une assistante sociale et un soutien psychologique ( enquête de satisfaction).
- **recenser l'évolution annuelle du nombre de patients dialysés pris en charge dans les différentes structures ainsi que le nombre de nouveaux patients afin de disposer de données exhaustives par modalité et par territoire en adhérant au registre national REIN (Réseau d'Epidémiologie et Information en Néphrologie)**

## 10. 8 – L'ODONTOLOGIE

Sur l'ensemble du territoire national, l'odontologie est à 95% ambulatoire et libérale et à 5% hospitalière. Ces 5% regroupent l'hospitalisation publique et privée. L'hospitalisation privée en odontologie représente la majeure partie de l'activité chirurgicale de la discipline.

La prise en charge, en hospitalisation ou consultation, en établissement public de santé, représente le recours pour les patients avec comorbidités associées, nécessitant des gestes techniques complexes, présentant une coagulopathie congénitale, ainsi que pour les patients âgés, précaires, handicapés, ou nécessitant des soins urgents. Les soins odontologiques des personnes en milieu carcéral relèvent également de ces établissements publics.

### 10.8.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

La prise en charge de l'odontologie en établissements publics de santé concerne essentiellement les hôpitaux de Dijon (CHU), Auxerre, Sens, Nevers, Chalon sur Saône et Mâcon.

Les modalités de soins sont très variables. La plupart des unités disposent de quelques lits d'hospitalisation (en moyenne 2), d'un poste de praticien à temps partiel, mais seulement deux d'une assistante dentaire. Hormis Dijon, un seul site dispose d'un dentascanner, deux sites suivent les patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures, deux sites prennent en charge le suivi des personnes âgées notamment de l'EHPAD de l'établissement, quatre prennent en charge des patients handicapés. Aucune unité ne fait de prévention. La plupart réalisent l'essentiel de leur activité en consultations demandées pour des patients hospitalisés dans des services de l'établissement. La prise en charge des urgences n'est pas assurée 24H/24. Le nombre d'interventions en odontologie avec et sans anesthésie générale est compris entre 67 et 195 pour l'année 2003.

Au CHU de Dijon, la prise en charge des patients en EHPAD est en cours d'organisation. La prise en charge odontologique des patients atteints de cancer, celle des patients handicapés, présentant des pathologies générales associées (coagulopathies) est effective, de même que la prise en charge des urgences 24H/24. 1133 actes chirurgicaux en odontologie ont été réalisés à Dijon en 2003 (avec et sans anesthésie générale). Trois à quatre lits d'hospitalisation sont mis à la disposition de l'odontologie par le service de chirurgie maxillo-faciale ainsi que 4 demi-journées d'accès hebdomadaire au bloc opératoire (Hôpital Général et Hôpital d'Enfants). Les délais d'attente pour les interventions atteignent 4 à 5 mois. Parmi les autres établissements de Bourgogne, le PMSI relève 190 actes en odontologie avec et sans anesthésie générale au centre hospitalier de Chatillon/Montbard en 2003, 52 au Creusot et 9 à Montceau les Mines (nota pour l'ensemble des établissements, le nombre d'interventions avec anesthésie générale représente le quart à la moitié du nombre total d'interventions en odontologie).

La prise en charge de l'odontologie en établissements privés de santé, pour les cliniques ayant la plus grosse activité de chaque territoire de santé, le nombre d'actes chirurgicaux en odontologie est en moyenne de l'ordre de 1850 (en moyenne 270 actes d'anesthésie générale).

La prise en charge de l'odontologie en milieu carcéral (les maisons d'arrêts, centre de détention et les quartiers de mineurs) représentent : 156 personnes à Auxerre (89), 600 personnes à Joux la Ville (89), 410 personnes à Varennes le Grand (71), 305 personnes à Dijon (21). L'unité de soins odontologique est en lien avec un service de l'établissement public de santé du site pivot du territoire. Un praticien hospitalier à temps partiel assure les soins le plus souvent seul, ce qui est problématique pour le respect des procédures indispensables à la prévention de la transmission de certaines maladies, et pour sa sécurité personnelle.

Sur le plan démographique : en activité libérale, la Bourgogne compte 52 praticiens pour 100 000 habitants contre 68/100 000 en moyenne en France

## 10.8.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Prendre en charge les activités de recours sur le site pivot du territoire de la Côte d'Or**
  - nécessitant un geste technique complexe, non réalisable au cabinet du praticien de ville
  - pour des patients avec comorbidité(s) associée(s)
  - pour des patients présentant une coagulopathie congénitale
- **Améliorer la prise en charge de l'urgence odontologique**
- **Améliorer la prise en charge des soins odontologiques :**
  - aux personnes handicapées
  - aux personnes âgées dépendantes
  - aux patients précaires, relevant de la Couverture Maladie Universelle
  - aux personnes incarcérées

Pour assurer ces missions, les différents sites peuvent être amenés à coopérer. Il convient par ailleurs que les lits d'hospitalisation en odontologie soient identifiés dans les établissements, et en nombre permettant une programmation des interventions dans un délai acceptable.

Au sein des territoires, la coopération doit se faire ou se renforcer avec les libéraux pour la prise en charge de l'urgence et, par la création de réseaux ville/hôpital pour la prise en charge des patients handicapés, âgés dépendants, et atteints de cancers des VADS.

Dans le but d'améliorer la démographie des praticiens sur la région, il convient, en collaboration avec l'UFR de Lyon, de concrétiser le projet de création d'un 3<sup>ème</sup> cycle hospitalo-universitaire d'odontologie.

Une politique de prévention primaire et secondaire, associant public et privé, devrait pouvoir se mettre en place.

La mise en place d'un comité régional de l'odontologie est souhaitable afin d'accompagner la dynamique préconisée pour cette discipline autonome.

## CHAPITRE 11

### LES ACTIVITES DE SOINS DITS DE PROXIMITE

#### 11.1 – LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET L'ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

L'annexe à la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences rappelle que les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

##### 11.1.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

En Bourgogne, suite aux décrets relatifs aux urgences de 1997 22 établissements sont autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins : accueil et traitement des urgences .

Ce dispositif comprend :

8 Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) : CHU de Dijon, CH de Semur en Auxois, CH de Nevers, CH de Chalon sur Saône, CH de Macon, CH de Paray le Monial, CH d' Auxerre, CH de Sens.

12 Unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences ( UPATOU) : CH de Beaune, CHIC Chatillon Montbard, CH Clamecy, CH Decize, CH Autun, CH Montceau les Mines, Hotel Dieu Le Creusot, CH Avallon, CH Joigny, CH Tonnerre, clinique Sainte Marguerite à Auxerre, clinique de Chenôve

3 Pôles spécialisés urgences (POSU) : CHU de Dijon : Posu pédiatrique ; Clinique de Fontaine les Dijon : Posu mains, Polyclinique du Val de Loire à Nevers : Posu urologie.

4 SAMU centre 15 sont implantés au CHU de Dijon et dans les CH de Nevers, Chalon sur Saône et Auxerre.

19 SMUR ou antennes de SMUR assurent les transports sanitaires :

Côte d'Or : Dijon, Semur en Auxois, Beaune, Chatillon sur Seine, Montbard,

Nièvre : Nevers, Cosne sur Loire, Decize.

Saône et Loire : Chalon sur Saône, Macon, Paray le Monial, Montceau les Mines, Le Creusot, Autun

Yonne : Auxerre, Sens, Joigny, Tonnerre, Avallon.

Au cours des dernières années le nombre de passages aux urgences a augmenté régulièrement de plus de 4 % chaque année. La statistique SAE pour l'année 2004 donnait un nombre de 403 425 passages aux urgences,

dont : 219 733 passages en SAU, suivis de 27,4 % d' hospitalisations ; 160 958 en UPATOU, suivis de 18,1 % d' hospitalisations ; 22 734 en POSU, suivis de 11,6 % d' hospitalisations.

A l' intérieur des chiffres globaux de passages aux urgences, on peut noter une quantité non négligeable de passages relevant de la médecine ambulatoire et ne nécessitant donc pas, comme cité ci-dessus, un besoin de soins immédiats ou urgents. Il semble donc important de clarifier les rôles, responsabilités et complémentarités à organiser entre services autorisés à assurer les urgences, la médecine ambulatoire et les maisons de garde.

Cette augmentation du recours aux services d'urgence a d'évidence un impact sur le fonctionnement de l' établissement autorisé, et particulièrement sur les services d'aval des urgences.

De nombreux sites d'urgences rencontrent des difficultés de recrutement médicaux, tant pour la prise en charge des malades aux urgences que pour assurer les transports médicalisés. Enfin, plusieurs centres 15 de la région sont confrontés à des problèmes d'effectifs pour assurer les réponses aux appels d'urgence et organiser la régulation qui en découle.

Plusieurs services des urgences de Bourgogne sont adossés à un plateau technique fragile. La fragilité de ce plateau technique est à mettre en rapport avec, souvent, un bassin de population environnant restreint ne pouvant générer qu'une activité, bien qu'utile, modeste.

La médecine ambulatoire rencontre elle aussi des difficultés à assurer son rôle en zone rurale proche de ces petits établissements (faible nombre de médecins libéraux, départs en retraite non remplacés par exemple) ; cette situation pouvant induire un report d'activité relevant de la médecine ambulatoire sur celle des services d'urgences

On remarque une dispersion des établissements sur la région impliquant un éloignement de certains établissements des sites pivots et du CHU de Dijon. La région est encore insuffisamment maillée par les SMUR.

Les services des urgences sont encore trop peu informatisés ; le recours aux télétransmissions reste à développer.

Enfin, les urgences hospitalières doivent être articulées et coordonnées avec les dispositifs de permanence des soins et de garde ambulatoire.

### 11.1.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Mutualiser et rationaliser les moyens des services d'urgence par :**

- la mutualisation des moyens humains entre le SAMU, le service d'urgence et le SMUR

- l'implication de l'ensemble des praticiens de l'établissement dans la prise en charge de l'activité d'urgence

- la mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière des services d'urgence dans chacun des territoires de santé

- la gradation des services d'urgence en trois niveaux structurés autour du site pivot

Niveau 3 : service de chirurgie à gardes sur place ou astreintes opérationnelles, bloc d'urgence dédié à cette activité uniquement (nuit, week-end) : 1 par territoire ou département si l'incidence sur les transports est réglée, avec télé-médecine pour éviter le déplacement inutile des équipes

Niveau 2 : astreinte traumatisme viscéral, avec accord public privé pour la permanence (la négociation avec le privé doit être gagnant/gagnant)

Niveau 1 : Service des Urgences sans service de chirurgie

- l'organisation des transports secondaires assurés par le SMUR du site pivot sur le territoire de santé, le SMUR du SAMU sur le département, le SMUR du SAMU de Dijon sur la région

- l'informatisation des services d'urgence et l'utilisation d'un dossier commun

- **Améliorer la filière de prise en charge des urgences par :**

- le maillage renforcé du territoire par les SMUR

- la formalisation de filières spécifiques

- la coopération entre les services d'urgence hospitaliers et la médecine de ville : Favoriser la venue de généralistes, sur la base du volontariat, pour travailler dans le service des urgences, mettre en place des maisons médicales de garde à proximité des services des urgences, intégrer les hôpitaux locaux dans la prise en charge des urgences

- la formalisation de protocoles communs aux services d'urgence de la région

- **Mettre en place un système régional d'information et de veille par :**

- la mise en place d'un système informatisé de connaissances des disponibilités en lits

- la mise en place d'un système d'alerte et de veille

- l'implication du collège régional de médecine d'urgence

- la création d'un observatoire régional des urgences

- **Articuler les urgences hospitalières avec la permanence des soins**

La loi du 13 août 2004 prévoit que la mission régionale de santé, composée de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), détermine, après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L.6315-1 du code de la santé publique.

Les orientations proposées dans ce cadre s'articulent autour de 6 axes :

Axe n°1 : Renforcer le dispositif de régulation, clef de voûte du système

Il convient de promouvoir une régulation préalable à la mobilisation de l'ensemble des effecteurs, de déterminer les modalités d'organisation nouvelles et les moyens humains nécessaires pour garantir une réponse sans délai. Plus généralement, il est nécessaire d'optimiser les ressources dédiées à la régulation et d'anticiper les effets organisationnels du renforcement souhaité du rôle de la régulation.

Axe n°2 : Rationaliser le découpage des secteurs de garde

Il est proposé qu'en Bourgogne, d'ici la fin de l'année 2005, tous les projets de regroupement de secteurs à l'initiative des acteurs locaux connus et à ce jour, avant ou après minuit, soient rendus effectifs.

Axe n°3 : Améliorer l'organisation de la médecine libérale, en s'appuyant notamment sur les maisons médicales de garde

En Bourgogne, 6 maisons médicales de garde sont aujourd'hui en fonctionnement.

Des mises en place de maisons médicales de garde à, proximité des services d'urgence avec la possibilité d'un personnel commun (MMG – SU) sont envisageables.

Tout nouveau projet sera susceptible d'être soutenu par les différentes institutions dans la mesure où :

- d'une part, les médecins participent à la permanence des soins de 20H à 8H,
- d'autre part ce projet se rattache à un regroupement de secteurs de garde autour de la maison médicale,
- enfin, l'intervention des médecins de garde participant à ce projet est préalablement régulée dans les conditions définies dans l'axe 1 développé ci-dessus.

Axe n°4 : Approfondir la question des transports

La question du déplacement des patients ou des médecins doit faire l'objet d'une concertation locale. Une articulation avec l'utilisation des moyens de la garde ambulancière est à envisager. L'assurance maladie n'est pas en mesure de financer l'aide au déplacement des malades.

Axe n°5 : Rendre le système lisible pour les acteurs, les institutionnels et les usagers.

La mise en place effective des nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins passe autant par l'information des patients que par la mobilisation des médecins. Il s'agit de rendre la permanence de soins effective sur l'ensemble des secteurs de la région afin de concourir au maillage du territoire des soins de 1<sup>er</sup> niveau.

Axe n°6 : Articuler l'effectivité de la permanence des soins de 20H à 8 H et les conséquences sur l'activité des services d'urgence.

## 11.2 – LA MEDECINE

Plusieurs évolutions et tendances contradictoires concernent la médecine.

La spécialisation et l'efficacité technique,

Le vieillissement de la population posant les problèmes spécifiques de la gériatrie

Le développement de la vision de santé publique.

La multiplication des acteurs : professionnels, équipes mobiles, coordinations et réseaux....

La montée des exigences vis à vis des professionnels et des établissements dont les missions sont élargies, et ceci dans un contexte financier limité.

Ces évolutions sont porteuses de **tensions**, d'incompréhensions et d'inefficacité.

Il s'agit avant tout de favoriser :

- la **globalité** de la vision médicale, permettant la synthèse des différentes disciplines, spécialisées, et généralistes
- la prise en compte des dimensions psychologiques, et sociales des malades
- la **continuité** de la prise en charge : pendant toutes les phases d'une maladie, et à plus long terme avec la vision préventive et d'hygiène de vie
- la **concertation** et la communication entre tous les acteurs
- la liaison entre les services (spécialisés, de médecine interne, polyvalente et gériatrique), les soins de suite et le domicile
- la **place du malade** devant rester primordiale, permettant sa bonne information, sa participation aux choix et sa mise en responsabilité

### 11.2.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Les praticiens de médecine sont de plus en plus spécialisés alors que les malades sont de plus en plus âgés et présentent des polyopathologies, ce qui risque d'entraîner des prises en charge partielles, morcelées et multiples donc peu efficaces et plus coûteuses.

De nombreux patients hospitalisés subissent des prises en charge inadaptées à leurs besoins et pathologies du fait de l'insuffisance de lits de médecine, de capacités d'aval et du faible développement des structures alternatives à l'hospitalisation ( hospitalisation à temps partiel, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile).

Les services d'accueil et de traitement des urgences et notamment les unités d'hospitalisation de courte durée sont très fréquemment occupés par des patients relevant de service de médecine.

Les **solutions** reposent sur :

le maintien de la **polyvalence** des compétences médicales :

- la réforme des études et de l'internat
- la formation continue des médecins
- la **multidisciplinarité** des prises en charge et les concertations, qui doivent être faciles

- la transmission d'information par le **dossier patient** partagé
- l'organisation de l'**orientation** optimale des patients
- l'identification de services polyvalents de médecine interne et générale
- la **coordination** des soins

### 11.2.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Définir la place de la médecine polyvalente à l'intérieur des centres hospitaliers**
- **Favoriser le maintien à domicile par :**
  - l'augmentation des **places en service de soins infirmiers** à domicile dans les zones déficitaires, et globalement l'harmonisation du fonctionnement des SSIAD.
  - le développement **des soins à domicile** avec : une meilleure technicité par la dispensation de soins techniques, la prise en charge de certaines chimiothérapie, l'éducation à la santé, l'intervention d'équipes mobiles en soins palliatifs et en gériatrie, l'organisation de partenariats entre les établissements de santé et les SSIAD
- **Soutenir les associations d'aide à domicile par :**
  - la formation des auxiliaires de soins à domicile
  - le développement des familles d'accueil et des gardes de malades à domicile
  - la coordination (dossier médical partagé) de tous les acteurs à domicile
- **Développer les soins à proximité du domicile du malade par :**
  - le renforcement des hôpitaux locaux (adossement de maisons médicales pluridisciplinaires) et la médicalisation des EHPAD
  - le développement de la télémédecine : consultations avancées, consultations externes dans les hôpitaux locaux
  - l'amélioration des transports pour l'accès aux plateaux techniques et le retour des malades sur les sites de proximité après leurs interventions
- **Promouvoir les complémentarités et les coopérations par :**
  - la multidisciplinarité de la prise en charge notamment pour les personnes âgées
  - la préparation de la sortie du malade dès son admission
  - le développement des réseaux ville-hôpital polyvalents qui doivent être coordonnés pour articuler les entrées et les sorties des établissements avec toute la médecine de ville et les hôpitaux locaux
  - le regroupement des réseaux en une fédération des réseaux
  - l'expérimentation d'équipes médicales de territoires par spécialités ou polyvalentes
  - la mutualisation d'équipements (endoscopie ...) ou de personnel
- **Améliorer les prises en charge par :**
  - la gradation des soins en trois niveaux au sein de chaque territoire de santé
  - le développement des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de semaine)
  - la modification des organisations internes
  - le développement du dossier médical partagé
  - le développement de la télémédecine

## 11.3 – LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE

Les orientations s'inscrivent dans le cadre de la continuité du volet psychiatrie et santé mentale du précédent SROS arrêté en septembre 2002 et de la mise en œuvre du plan national de santé mentale 2005-2008.

A l'âge adulte, des situations de tensions professionnelles (chômage, surmenage), des situations de rupture (familiales, sociales, professionnelles ) induisent une demande de soins médicaux et des consommations de psychotropes. Elles peuvent aussi provoquer ou faire décompenser des états pathologiques jusqu'alors latents.

Selon une étude de la DRESS publiée en 2004, 11% des français de plus de 18 ans ont présenté un état dépressif dans les 2 semaines précédant l'enquête et 13% déclarent avoir souffert d'anxiété généralisée. Appliqués à la Bourgogne, ces résultats montrent que respectivement 139 000 et 164 000 adultes seraient concernés dans la région. La dépression représente, selon des statistiques nationales, 25% du recours aux soins contre 7% pour les psychoses.

Chez les personnes âgées, la prévalence de l'anxiété et de la dépression est estimée à 12% pour les hommes et 20% pour les femmes de plus de 75 ans, soit plus de 25 000 personnes en Bourgogne. Par ailleurs, en se référant aux résultats récents de l'étude PAQUID, on peut estimer à 28 500 le nombre de bourguignons atteints en 2003 de maladies neurologiques dégénératives qualifiées de démences, dont plus de 23 000 atteints de maladie d'Alzheimer.

### 11.3.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Si la moyenne française est de 22,7 psychiatres pour 100 000 habitants, en Bourgogne, cette densité est de 16,3. Au-delà de cette moyenne les disparités départementales sont encore plus marquées :

|                  |      |
|------------------|------|
| Nièvre :         | 11,7 |
| Saône-et-Loire : | 14,6 |
| Yonne :          | 15,5 |
| Côte d'Or :      | 20,7 |

Pour ce qui est des psychiatres salariés la situation est la même, la moyenne française étant de 11 ,8 psychiatres salariés pour 100 000 habitants, contre 9,3 en Bourgogne avec des disparités départementales :

|                  |     |
|------------------|-----|
| Nièvre :         | 6   |
| Saône-et-Loire : | 8,5 |
| Yonne :          | 9   |
| Côte d'Or :      | 12  |

Analyse de la démographie des psychiatres publics en Bourgogne : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

| <i>Catégories statutaires</i>               | Nombre de postes autorisés | Nombre de postes vacants | % de postes vacants | Praticiens entre 60 et 65 ans | % de départs en retraite possibles | % de postes vacants à 5 ans |
|---|----------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <i>Praticien hospitalier temps plein</i>    | 124                        | 17,5                     | 14,1 %              | 8                             | 6,4 %                              | 20,56 %                     |
| <i>Praticien hospitalier temps partiel</i>  | 32                         | 8                        | 25,0 %              | 1                             | 3,1 %                              | 28,13 %                     |
| <i>Autres : contractuels PAC Assistants</i> | 34                         | 17                       | 50,0 %              | 0                             | /                                  | 50,0 %                      |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>190</b>                 | <b>42,5</b>              | <b>22,3 %</b>       | <b>9</b>                      | <b>4,73 %</b>                      | <b>27,11 %</b>              |

Pour ce qui est des infirmiers, on dénombre aujourd'hui 1475 infirmiers de secteur psychiatrique. Dans cette qualification, une pénurie est constatée dans la Nièvre et dans l'Yonne ; la mise en œuvre du diplôme d'Etat unique au début des années 1990 fait progressivement disparaître à horizon 2010 – 2015 une catégorie professionnelle qui ne pouvait exercer que dans la discipline psychiatrie. Les professionnels aujourd'hui moins captifs inscrivent leur parcours professionnel dans une logique de carrière qui ne fait plus de l'exercice dans un seul établissement un critère fondamental. Il en va de même pour l'encadrement soignant des services de psychiatrie.

Le Centre Médico Psychologique (CMP) demeure l'outil pertinent en matière d'offre de soins en Santé Mentale : il doit être proche de la population et doit apporter une réponse adaptée à la personne souffrante ; c'est un outil majeur dans la prévention de l'hospitalisation et pour le suivi ambulatoire.

Le mode de fonctionnement en réseau pour la pratique de soins en Santé Mentale est partagé par la majorité de professionnels et des représentants des associations d'usagers.

Les représentants des usagers et de leurs familles insistent sur la nécessité de considérer la situation des familles lorsqu'elles ont un proche qui souffre d'une maladie psychique. Elles expriment le besoin d'être écoutées et soutenues en raison de la souffrance induite par l'accompagnement de leur proche dans la maladie, d'être informées sur la maladie et son évolution, son traitement et les effets de celui-ci et mettent en évidence la nécessité d'une triple alliance (médecins, patients, famille) dans la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, l'initiative des associations de familles a été déterminante pour mettre en œuvre des solutions d'accompagnement telles que permanences d'écoute et d'accueil, constitution de groupe de paroles et créations de structures en partenariat avec les établissements de soins et les représentants des institutions sociales et médico-sociales.

Ces activités requièrent cependant un appui fort des professionnels de santé et des partenaires institutionnels en terme de formation des bénévoles, aide à la constitution des groupes de paroles, analyse des besoins et constitutions de dossiers. La nécessité de coordonner les schémas sanitaires et sociaux et médico-sociaux est soulignée.

### 11.3.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Améliorer la démographie médicale et para-médicale en psychiatrie par :**
  - l'intégration des médecins généralistes formés à la psychiatrie pour renforcer les effectifs des unités de soins
  - le recrutement des internes dans les établissements périphériques (organisation de séminaires sur les sites d'affectations) préciser dans chaque cas les profils des postes offerts et l'ouverture des terrains de stages aux internes en médecine générale.
  - la promotion de l'assistantat
  - la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la mise en œuvre du tutorat pour les infirmiers psychiatriques
- **Renforcer le rôle du CMP par :**
  - le renforcement des moyens et la nécessité d'augmenter les plages horaires et le nombre de jours d'ouverture des CMP existants, en priorité avant l'ouverture de nouveaux CMP
- **Mettre en place dans chaque territoire ou département un réseau de psychiatrie et de santé mentale**
- **Développer la recherche en psychiatrie et les neurosciences**

#### 11.3.2.1 – La psychiatrie générale

- **Développer les structures adaptées aux séjours prolongés des patients en psychiatrie correspondant à une activité de soins de suite en psychiatrie par :**
  - la distinction de ce type de prise en charge en 3 catégories : structures sanitaires, structures à double tarification sanitaire et médico-sociale, structures médico-sociales
  - le renforcement des établissements médico-sociaux ou des hôpitaux locaux qui peuvent constituer des lieux de vie, des lieux de séjours intermédiaires
  - le développement d'expérimentation comme les maisons communautaires et l'accueil familial
- **Améliorer la prise en charge psychogériatrique par :**
  - la création d'unités spécialisées en psychogériatrie dans chaque territoire de santé
  - le renforcement ou la création d'équipes mobiles de psychogériatrie à partir des unités spécialisées
  - la création de structures spécifiques dédiées à l'accueil des patients psychiatriques âgés stabilisés et handicapés vieillissant dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux

- **Améliorer la prise en charge psychiatrique en milieu carcéral par :**

- la redéfinition du service médico psychologique régional
- le renforcement des unités de consultations et de soins ambulatoires
- la création d'une unité régionale pour les malades psychiatriques lourds

*11.3.2.2 – La psychiatrie infanto-juvénile*

- **Développer les soins précoces (petite enfance et relation mère-enfant) par :**

- l'intégration de l'approche de santé mentale dans les disciplines somatiques (pédiatrie, néonatalogie) ;
- le développement des coopérations avec les institutions sociales et médico-sociales (A.S.E, P.J.J, éducation) ;
- la mise en œuvre du réseau régional sur l'autisme
- le développement de la relation mère enfant (consultations en CMP, unités intersectorielles pour l'hospitalisation conjointe mère enfant).

- **Améliorer la prise en charge des adolescents en crise par :**

- la création d'un centre pour adolescents en crise par territoire de santé
- le renforcement des CMP et des hôpitaux de jour dans chacun des territoires

## 11.4 – LES SOINS DE SUITE, LA REEDUCATION ET LA READAPTATION

Longtemps assimilés à la notion de convalescence puis à celle de réadaptation, les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont progressivement devenus une discipline à part entière, dont le champ d'étude s'est considérablement étendu.

Le code de la santé publique précise que « les soins de suite ou de réadaptation sont dispensés par les établissements de santé concernés, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ».

L'objectif des SSR est de permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de celle qu'elle était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie. Les SSR ont pour mission de coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou à réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités (Fédération Française de médecine physique et des incapacités).

Cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite ou de réadaptation. Combinées à des degrés variés, elles sont mises en œuvre, dans un but de réinsertion globale des malades. Il s'agit de :

- La limitation des handicaps physiques qui implique la mise en œuvre de rééducation physique, voire d'appareillage et d'adaptation du milieu de vie.
- La restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes.
- L'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention. Le recours à des relais associatifs peut être utilisé à cet effet.
- La poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibrage, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée à la douleur.
- La préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocations et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

Au sein des soins de suite et de réadaptation, on distingue les services de soins de suite polyvalents et les services de médecine physique et de réadaptation.

- Les soins de suite polyvalents : il s'agit de services de moyen séjour, à orientation gériatrique, oncologique, ou de type convalescence dispensant des soins de suite spécialisés ou généralistes, à des patients ayant présenté une pathologie médicale ou chirurgicale aigüe récente ou chronique avec accident évolutif récent. La caractéristique principale de ces services réside dans le fait que le diagnostic principal est connu et que le schéma directeur de la conduite thérapeutique a été préalablement élaboré. Leur chef de service n'est pas nécessairement un médecin spécialiste de MPR.

- Les services de MPR : ils sont caractérisés par le fait qu'ils sont sous la responsabilité d'un médecin spécialiste de cette discipline. Il s'agit d'une spécialité médicale à la fois transversale qui intéresse toutes les spécialités médicales et chirurgicales et longitudinale visant la prise en charge du malade devant débiter dès le début de la maladie pour se poursuivre jusqu'à la réinsertion sociale ou familiale.

- Les services de réadaptation post-réanimation : il s'agit de structures accueillant des patients à leur sortie d'un service de réanimation ou de soins intensifs qui présentent un état clinique encore instable nécessitant à la fois des soins de rééducation et de réadaptation précoce, une surveillance et des soins médicaux spécialisés impliquant le recours possible en urgence à un plateau technique lourd. Ces services, sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en MPR sont caractérisés par leur population mais aussi leurs personnels médicaux ou paramédicaux formés à cette pratique ainsi que par leurs moyens techniques spécifiques.

### 11.4.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Par arrêté du directeur de l' ARH de Bourgogne en date du 13 janvier 2004, l'indice régional afférent aux moyens d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation a été fixé à 1,8 pour 1000 habitants ; et à l'intérieur de cet indice global l' indice spécifique à la rééducation fonctionnelle est fixé à 0,5 pour 1000 habitants.

Un bilan réalisé en juin 2005 concernant les soins de suite polyvalents fait apparaître une situation contrastée entre les 6 territoires de santé.

Les capacités théoriques calculées à partir de l' indice (donc 1,3) sont de 2061 lits pour la Bourgogne.

Le bilan des capacités installés fait ressortir un déficit de lits installés de 241 (soit plus de 10 % des capacités).

Une autre comparaison entre les capacités théoriques( 2081) et capacités autorisées (2061) ne laisse apparaître qu'un différentiel de seulement une vingtaine de lits pouvant encore être installés.

Toutefois, le même indice rapporté à la population de chaque territoire de santé indique :

|                     | Capacités théoriques | Capacités autorisées | différentiel |
|---------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Cote d'Or           | 692                  | 475                  | - 217        |
| Nièvre              | 293                  | 405                  | + 112        |
| Saône et Loire Nord | 463                  | 487                  | + 24         |
| Saône et Loire Sud  | 245                  | 300                  | + 55         |
| Yonne Nord          | 164                  | 224                  | + 60         |
| Yonne Sud           | 236                  | 170                  | - 66         |
| TOTAL               | 2081                 | 2061                 |              |

Si on admet que les capacités théoriques correspondent bien aux besoins de la population (puisque'elles sont calculées proportionnellement à la population régionale), il faut remarquer que la répartition des capacités autorisées n'est pas proportionnelle à la population des territoires de santé, certains étant en « sous dotation » en terme de capacités et d'autres en « sur dotation ».

Dans ce cadre, le territoire de santé de la Côte d'Or apparaît comme celui où les besoins en SSR ne sont pas couverts ainsi que le territoire du Sud de l'Yonne.

La prise en charge du patient dans un service de SSR s'inscrit dans une filière de soins où sa trajectoire est organisée entre services aigus et services d'aval ou domicile, en fonction de ses besoins. En cela les soins de suite ne peuvent être considérés que comme des soins de dégagement des services aigus mais correspondent bien à des structures délivrant des traitements médicaux pour des patients requérant des soins continus.

Il n'existe aucune structure spécialisée en SSR pédiatrique en Bourgogne. Les besoins théoriques peuvent être évalués à environ 100 indications par an et concernent essentiellement les suites orthopédiques, traumatologiques et neurologiques au premier rang desquels se situent les traumatismes crâniens. Certaines pathologies spécifiques : brûlures, anorexies mentales, diabète insulino dépendants déséquilibrés, obésités expriment des besoins spécialisés pris en compte par des structures spécialisées hors région.

La rééducation post-réanimation concerne des patients qui, à leur sortie des services de réanimation, présentent des déficiences graves nécessitant une prise en charge et un suivi requérant un plateau technique lourd et des équipes de soins spécialisées. Les besoins estimés à partir des services de réanimation du CHU et des hôpitaux périphériques peuvent être évalués à environ 60 patients par an. La durée de séjour de ces patients étant estimée de 60 à 80 jours.

Concernant la prise en charge des états végétatifs chroniques, il n'existe actuellement qu'une seule structure autorisée en Bourgogne. Les patients dans leur majorité sont donc pris en charge dans des structures inadaptées, voire à domicile. Le nombre de patients correspondant à des états végétatifs chroniques de moins de 60 ans se situent aux environs de 20 pour une population de 500 000 habitants, ce qui par extrapolation correspond à environ 70 patients pour l'ensemble de la Bourgogne.

Parmi les pathologies neurologiques chroniques, trois dominantes sont individualisées : les accidents vasculaires cérébraux (plus de 45 %), la maladie de Parkinson (près de 30 %) , la sclérose en plaques (plus de 10 %). Le flux de patients est en augmentation régulière et peut être estimé à plus de 2000 patients.

Les besoins en SSR pneumologique concernent les broncho pneumopathies obstructives, la mucoviscidose, la période péri-opératoire des chirurgies thoraciques et abdominales, des transplantations pulmonaires et des procédures de réduction de l'emphysème, ainsi que le syndrome de l'hyperventilation à l'effort. Les broncho pneumopathies obstructives et la chirurgie thoraco-pulmonaire apparaissent les plus représentatives.

Concernant les broncho pneumopathies obstructives qui représentent 4 à 6 % de la population, les besoins en rééducation sont évalués à 300 patients par an.

Enfin, le nombre de patients relevant de la réhabilitation respiratoire est estimé à environ 700 patients en Bourgogne.

## 11.4.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- Articuler l'offre de SSR avec l'offre médico-sociale dans le domaine du handicap
- Médicaliser les structures de SSR en personnel médical et para-médical
- Créer une unité de réadaptation pédiatrique sur le site pivot du territoire de santé de la Côte d'Or
- Créer une unité de post-réanimation sur le site pivot du territoire de santé de la Côte d'Or
- Créer une unité de prise en charge des états végétatifs chroniques dans chacun des territoires de santé
- Améliorer la prise en charge des pathologies neurologiques chroniques sur le site pivot du territoire de santé de la Côte d'Or
- Développer l'hospitalisation de jour pour la prise en charge des malades en SSR pneumologique
- Améliorer et renforcer la prise en charge en MPR des traumatisés crâniens et des traumatisés médullaires : tout traumatisé crânio-cérébral grave, tout traumatisé médullaire, doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge en structure de MPR spécialisée pour les pathologies neurologiques cérébrales et ou médullaires, conformément à la circulaire du 18 juin 2004
- Renforcer la filière de prise en charge en rééducation respiratoire que ce soit pour les patients en suite de chirurgie thoracique ou les enfants et les adolescents souffrant de mucoviscidose

## 11.5 – LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

La principale caractéristique physiologique du vieillissement est sans doute la baisse de l'adaptabilité qui rend l'individu de plus en plus vulnérable. L'autonomie du sujet âgé est toujours le résultat d'un équilibre fragile entre lui et son environnement, équilibre facilement détruit par la moindre déstabilisation.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge avec un développement des polyopathologies chez les personnes de plus de 75 ans.

Avec le grand âge, et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et sa vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de vie. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville, ou à l'hôpital.

### 11.5.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

- **Les points forts**

- la labellisation de 9 centres référents, quel qu'en soit le statut, répartis sur l'ensemble de la région Bourgogne (à l'exception du bassin mâconnais) : points d'appui d'un véritable réseau gériatrique hospitalier ouvert sur le secteur ambulatoire, ces centres référents constituent une organisation structurelle forte dont l'animation revient au pôle gériatrique hospitalo-universitaire de Champmaillot. Des conventions ont été conclues entre les centres référents et les établissements de leur bassin d'action. Elles ont une vitalité très inégale selon les territoires.

- le maillage du territoire par les réseaux gérontologiques et les CLICs, qui contribuent au décloisonnement nécessaire entre les secteurs sanitaire et social

- un important réseau d'hôpitaux locaux et de proximité

- une politique de formation active en gériatrie : La capacité de gériatrie a permis la formation de 220 capacitaires entre 1988 et 2004 et les effectifs des promotions ont fortement augmenté ces dernières années. Ces médecins gériatres ont pour 1/3 une activité de médecine générale exclusive, pour 1/3 une activité généralement partielle en EHPAD et pour 1/3 exercent à temps plein ou partiel en hôpital.

- une importante politique de prévention en matière de dépendance : Un certain nombre de programmes de prévention préexistant à la mise en place du Programme Régional de Santé « Handicap et dépendance de la personne âgée » ont été renforcés et d'autres initiés. Parmi les principaux thèmes concernés, les troubles de la mémoire, les troubles de l'équilibre, la nutrition, le bon usage du médicament peuvent être cités. L'Espace Gérontologique de Bourgogne a été créé. Il a vocation à servir d'appui et de relais aux programmes de santé publique touchant à la personne âgée.

- **Les points faibles**

- une filière de soins gériatrique encore incomplète et engorgée : la filière gériatrique reste à ce jour incomplète, certains centres référents en gériatrie ne disposant pas encore d'un court séjour gériatrique, ni d'un secteur d'hospitalisation de jour, ni d'un secteur d'hospitalisation à domicile.

La filière est engorgée par l'amont avec des hospitalisations indues correspondant le plus souvent à des situations de crises médico-sociales pour lesquelles l'hospitalisation reste la seule solution du système, par l'aval avec l'insuffisance des structures de soins de suite ou médico-sociales et des moyens qui leur sont affectés.

La fluidification de la filière gériatrique passe par la nécessaire coordination des secteurs sanitaire et social et par un renforcement des structures et de leurs moyens tant en amont qu'en aval.

- un manque de moyens humains et de lits et places dédiés à la gériatrie : la gériatrie souffre d'un déficit de personnels tant médicaux que soignants et d'un manque de lits et places dans les structures existantes malgré une politique volontariste en la matière. La valorisation de la discipline gériatrique au sein des établissements de santé reste à parfaire.

## 11.5.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

### 11.5.2.1 – Evolutions générales

- Renforcer les centres référents en gériatrie existants : le centre référent doit disposer de l'ensemble de la filière gérontologique : consultation gérontologique, hôpital de jour gériatrique, court séjour gériatrique avec identification d'une unité de médecine interne et gériatrique, soins de suite gériatriques et soins de longue durée. Il a pour mission le soutien technique, le conseil et la formation aux autres établissements du territoire de santé accueillant les personnes âgées, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux (EHPAD), et aux médecins généralistes ainsi qu'au service de l'établissement identifié comme centre référent. Ses missions sont assurées par l'existence d'une équipe de liaison interne en gériatrie et d'une équipe mobile de gériatrie externe (cf SROS 1999-2004)

- Poursuivre le développement des réseaux gérontologiques dans les zones géographiques non couvertes pour permettre l'accès aux consultations gérontologiques : le réseau gérontologique constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, une réponse organisée d'un ensemble de professionnels et de structures à un ou des problèmes de santé ou de nature social, précis, qui prend en compte les souhaits et les besoins de la personnes âgées. Il a pour objectif :

- détecter les situations de perte d'autonomie et les risques de dépendance
- évaluer la situation sociale et financière de la personne
- repérer les besoins et les anticiper
- informer les personnes âgées, leur famille, les aidant naturels et les professionnels de terrain
- promouvoir une prévention médico-sociale
- organiser des réponses coordonnées

- répondre aux situations de crise
- permettre un double décloisonnement sanitaire/médico social, ville/hôpital
  
- Renforcer le rôle des hôpitaux locaux
  
- Poursuivre la politique de formation en gériatrie
  
- Poursuivre la politique de prévention de la dépendance dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Alzheimer

#### *11.5.2.2 – Psychogériatrie*

La pathologie psychiatrique est une pathologie fréquente et complexe chez la personne âgée dont le poids démographique est fort dans notre région Bourgogne. Cette pathologie ne se résume pas à la seule problématique des démences. Dans une approche pragmatique, un **regroupement en 4 grandes classes de pathologies peut être fait** : les troubles cognitifs ; les décompensations psychologiques sans pathologie somatique associée ; les pathologies dépressives ou délirantes récentes intriquées à des problèmes somatiques ; les pathologies psychiatriques vieilles.

- **Adapter la filière de soins gériatrique à la psychogériatrie par :**
  - l'identification d'une unité de court séjour gériatrique dans chacun des centres référents en gériatrie habilitée à recevoir des patients atteints de troubles du comportement
  - l'identification d'une unité d'hospitalisation de jour gériatrique dans chacun des centres référents en gériatrie dont certaines places sont dédiées à la psychogériatrie
  - le développement de l'accueil des jours dans les EHPAD
  - la reconnaissance de la spécificité de la psychogériatrie dans le prise en charge en terme de durée et de moyens humains
  - la coopération entre les professionnels de la psychiatrie et de la gériatrie
- **Coordonner la filière de soins psychogériatrique entre les secteurs sanitaire et social par :**
  - l'adaptation de l'environnement social et médico-social de la personne âgée (adaptation de l'habitat)
  - la transformation de l'hôpital local en plate-forme de soins primaires
  - le développement des réseaux et des CLICs
  - l'adaptation des EHPAD à la pris en charge psychogériatrique
- **Développer les compétences en psycho gériatrie par :**
  - la formation des médecins généralistes à la gériatrie et à la psychogériatrie dans le cadre de la formation initiale et continue ainsi que la formation des psychiatres à la psychogériatrie
  - la formation des infirmiers diplômés d'état et aides soignants à la psychogériatrie et des infirmiers psychiatriques
  - la formation d'aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie sociale

- **Créer un réseau régional de prise en charge de la psycho gériatrie par :**
  - la création d'une unité régionale spécialisée en psycho gériatrie, pôle de référence, au sein du CHU de Dijon à vocation d'enseignement, recherche et soins
  - le renforcement des équipes mobiles externes de gériatrie des centres référents dans chacun des territoires de santé en compétences de psycho-gériatrie

#### *11.5.2.3 – Oncogériatrie*

La pathologie cancéreuse est une pathologie fréquente et parfois atypique chez la personne âgée. Sa prise en charge diagnostique et thérapeutique présente des spécificités en particulier chez « le grand vieillard fragile » qui s'entend comme un patient très âgé, souffrant de polypathologie et dont l'équilibre physiologique est très précaire.

- **Coordonner filière gériatrique et oncologique par :**
  - la complémentarité et la formalisation des coopérations entre le centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc et le CHU de Dijon.
  - la mise en place de consultations avancées d'oncologie dans chacun des centres référents en gériatrie
- **Associer le médecin généraliste traitant au dispositif de prise en charge notamment dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire d'oncologie pour ce qui concerne les personnes très âgées et fragiles**
- **Développer une politique de formation pluri-disciplinaire à l'onco gériatrie par :**
  - la mise en place d'un Diplôme Universitaire d'onco gériatrie couplée à une politique de FMC
  - la formation des infirmières diplômées d'état et aides soignantes
  - la formation des auxiliaires de vie sociale
- **Inscrire l'onco gériatrie dans le réseau régional de cancérologie**

## 11.6 – LES SOINS PALLIATIFS

La loi n°99-477 du 9 juin 1999 garantit dans son article 1<sup>er</sup> le droit d'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement à toute personne malade, dont l'état le requiert. Les soins palliatifs sont des « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Les soins palliatifs concernent des personnes malades, quel que soit leur âge, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Tous les professionnels de santé sont concernés par cette démarche. Des bénévoles d'accompagnement interviennent en complémentarité avec les équipes professionnelles dans le cadre de conventions conformes à l'annexe du décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000.

La circulaire 2002/98 du 19 février 2002, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, précise l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile et en établissement.

La circulaire 2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs contient en annexe le guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement.

Les soins palliatifs doivent être distingués des soins de support qui sont « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux malades parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ».

### 11.6.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Le développement de la démarche palliative, malgré d'importants progrès réalisés en Bourgogne depuis 1999, reste inégal et incomplet. La région compte, au 31 décembre 2004, une unité régionale de soins palliatifs de 15 lits, 15 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), couvrant chacune un territoire d'étendue variable ; 19 lits identifiés en soins palliatifs pour l'essentiel en court séjour, répartis sur 5 établissements : un réseau dans le département de la Nièvre et aucun hôpital de jour.

Le nombre de décès dans la région Bourgogne est d'environ 18 000 chaque année. 40% ont lieu dans un établissement hospitalier où peut intervenir une EMSP. Une étude a montré qu'un peu plus de la moitié des personnes relevant d'une prise en charge palliative en établissement en ont effectivement bénéficié.

Ainsi la démarche palliative apparaît-elle insuffisamment développée notamment au domicile des patients et dans certains services hospitaliers dont la vocation initiale est la prise en charge technique active de défaillances de fonctions vitales, en vue de les surmonter.

La démarche palliative et d'accompagnement de la fin de vie justifie que soient dispensées des formations spécifiques à tous les professionnels de santé, y compris les médecins.

Elle intègre le soutien aux professionnels de santé.

Elle s'appuiera avec bénéfice sur la constitution d'un espace éthique au sein des établissements, lieu de réflexion et de débat sur la fin de vie et la mort.

Elle associe les familles des patients avec notamment des modalités spécifiques d'accueil, ainsi que les bénévoles.

## 11.6.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Mettre en place un réseau de soins palliatifs dans chacun des territoires de santé**
- **Renforcer le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs**
- **Identifier, dans chacun des territoires de santé, des lits dédiés à la prise en charge des soins palliatifs en médecin ou SSR, en dehors de l'unité régionale de soins palliatifs (50 lits supplémentaires d'ici 2007)**

Ces lits ont pour fonction d'assurer la continuité de la prise en charge en accueillant des personnes habituellement suivies dans le service ou l'établissement, ou des personnes nécessitant un accueil temporaire, ou des personnes dont la prise en charge devenue complexe dans une autre structure ou au domicile, requiert cette hospitalisation. L'identification de lits « soins palliatifs » apparaît pertinente dans des établissements ou services où le nombre de décès par lit est élevé et/ou dans des établissements distants de toutes autres modalités de prise en charge palliative, et ne disposant pas de moyens autres propres à cette prise en charge

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent individualiser des places dédiées aux soins palliatifs. Le retour à domicile nécessite une préparation attentive, qui doit être menée en concertation avec le patient, l'entourage, les professionnels de santé partenaires. En cas de difficulté, le retour en établissement doit bénéficier d'une organisation facilitée.

- **Renforcer l'unité régionale de soins palliatifs**

Elle doit réserver sa capacité d'admission aux situations les plus complexes et /ou les plus difficiles et assurer une triple mission de soins, de formation-enseignement et de recherche.

- **Mettre en place des formations spécifiques et organiser le recours à des spécialistes de la prise en charge de la douleur**
- **Inscription de la démarche palliative dans les CPOM et les projets d'établissement**

## CHAPITRE 12

### LES MOYENS SPECIFIQUES POUR METTRE EN ŒUVRE CES ACTIVITES DE SOINS

#### 12.1 – L'IMAGERIE MEDICALE

L'activité d'imagerie médicale regroupe les techniques permettant l'exploration de l'ensemble des pathologies médico-chirurgicales en complément de la clinique, de la biologie et de l'anatomo-pathologie, et des explorations fonctionnelles.

En matière d'imagerie la **radiologie standard** représente encore 65 à 70% des actes réalisés, l'**échographie** 10% des actes, l'**angiographie** 3% seulement mais avec une croissance des examens interventionnels, les examens de **scanographie** 10% et l'**imagerie par résonance magnétique** 5 à 10% ; ces deux dernières techniques sont en forte croissance du fait de l'évolution des indications et des techniques.

La **radiologie interventionnelle** recouvre un ensemble de techniques très spécifiques, particulièrement développées dans les domaines de l'urgence (fibrinolyse, hémorragies digestives graves), des pathologies neuro-cardio-vasculaires (angioplastie – stenting) , en cancérologie et obstétrique (embolisations). Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie et en neuroradiologie sont soumises à autorisation selon le décret 2004-1289 du 26 novembre 2004.

La **médecine nucléaire** fait appel à des appareils de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels ; les scintigraphies concernent notamment l'exploration de pathologies cancéreuses, et les explorations thyroïdiennes, myocardiques, pulmonaires, surrénales.

La **tomographie à émission de positons** utilise des caméras à scintillation munies de détecteurs d'émission de positons notamment pour des bilans de cancer.

##### 12.1.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

La démographie des médecins radiologues est préoccupante dans deux territoires de santé : celui de la Nièvre et celui du nord de l'Yonne. Elle est aggravée par une insuffisance en nombre de techniciens manipulateurs d'électroradiologie qui touche l'ensemble de la Bourgogne et tout particulièrement les établissements de santé publics, à l'exception de Dijon.

Les évolutions technologiques rapides en matière d'indication clinique de ces équipements peuvent rendre parfois difficile les perspectives au delà de 2 à 3 ans. La pratique de certains actes spécifiques en imagerie interventionnelle nécessite la présence de praticiens expérimentés ayant une activité régulière.

En matière de scanographie et d'imagerie par résonance magnétique, il apparaît les éléments suivants :

- les délais d'installation des équipements autorisés sont parfois très longs, notamment dans le secteur public, ce qui contribue à aggraver le retard pris par la France par rapport à d'autres pays européens,
- les besoins d'examens à réaliser en urgence sont relativement bien couverts dans un temps court. A l'inverse, les examens programmés en ambulatoire sont effectués dans des délais parfois très importants jusqu'à 45 jours pour les scanners et 70 jours pour l'IRM sur certains appareils,
- l'activité est variable selon les sites et certains équipements de scanographie mériteraient d'être optimisés,
- l'accès à ces équipements reste parfois difficile pour certains médecins radiologues libéraux.

La diffusion de nouvelles techniques validées d'imagerie se substitue dans certaines spécialités à d'autres actes médicaux autrefois réalisés par des spécialistes d'organe. En terme de service rendu aux patients, ces moyens nécessitent un partenariat entre les radiologues et ces différents spécialistes.

### 12.1.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Organiser les plateaux techniques d'imagerie médicale en 4 niveaux, selon la nature et le volume de l'activité médico-chirurgicale**

- Plateau technique de proximité : pour les cabinets de ville de taille réduite et les établissements de santé ayant une activité limitée en nombre de pathologies couvertes et en nombre d'entrées court séjour (moins de 10 000 entrées essentiellement en médecine), la radiologie conventionnelle et l'échographie semblent suffisants et permettent de faire une première analyse de l'importance des problèmes cliniques posés.

- Plateau technique diversifié : pour les établissements de santé publics et les cabinets implantés dans des établissements de santé privés réalisant une activité médico-chirurgicale de l'ordre de 10 000 à 20 000 entrées, il est souhaitable qu'un scanner complète l'équipement.

- Plateau technique étendu : au-delà de 20 000 entrées en court séjour les établissements de santé devraient disposer d'un scanner multibarrettes et d'un appareil d'IRM en fonction de l'activité. Si l'activité et l'environnement médico-chirurgical sont adaptés, l'équipement peut être étendu à l'angiographie cardio-vasculaire.

- Plateau technique complet : les établissements régionaux, notamment le centre hospitalo-universitaire, ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie, y compris interventionnelles, et d'appareil pouvant être dédiés à certains secteurs d'activité (urgences ou cancérologie pour les scanners) et certaines pathologies d'organes qui nécessitent des praticiens spécialisés.

- **Implanter les appareils de scanographie et d'IRM à proximité des établissements de santé ayant une activité de court séjour significative**

- **Développer la télétransmission d'image**

Elle correspond à un besoin de l'ensemble des établissements situés à distance du centre d'expertise régional et prédomine dans les services d'urgence. Elle doit répondre à une réelle amélioration de la filière de soins et permettre le transfert dans les meilleurs délais dans le centre référent capable d'accueillir les malades. Cette demande d'expertise à distance impose donc une permanence médicale spécialisée au niveau des centres référents pour permettre une réponse 24 h / 24. Elle doit reposer sur des équipes médicales en nombre suffisant

- **Regrouper les plateaux techniques d'imagerie selon les niveaux définis précédemment et développer la co utilisation des équipements entre le secteur public et le secteur privé sous des formes juridiquement adaptées, afin d'utiliser au mieux les ressources humaines disponibles, médicales et paramédicales, et de favoriser l'accès des professionnels de l'imagerie aux différentes techniques**

- **Favoriser la substitution entre les techniques d'imagerie de façon concertée si nécessaire entre les radiologues et le spécialistes d'organe**

- **Permettre l'accès des services d'urgence aux différents appareils d'imagerie médicale nécessaires dans des délais n'excédant pas une heure**

- **Permettre l'accès à l'imagerie médicale pour les patients atteints de cancer**

Ce besoin d'accès, et en particulier au scanographe, doit être couvert dans tous les établissements hébergeant un plateau de radiothérapie, par un appareil spécifiquement dédié si le volume des patients pris en charge par l'établissement le justifie. Pour les autres centres il convient de prendre en compte leurs besoins d'accès à cet équipement lors de toute demande d'implantation ou de renouvellement d'appareil dans les établissements sièges ou liés au centre de radiothérapie.

- **Evaluer l'activité des 2 TEP autorisées et autoriser un 3<sup>ème</sup> appareil pour répondre aux besoins des territoires de santé de la Nièvre et de l'Yonne**

- **Renforcer les centres existants de scintigraphie dans chacun des territoires de santé**

- **Réévaluer l'activité quantitative et qualitative des équipements matériels lourds, et notamment l'apport de ceux installés en 2004 et 2005, dans les 2 années suivant la publication du schéma, afin d'adapter les autorisations en tenant compte des évolutions technologiques émergentes notamment pour les appareils de scanographie, mais également de la démographie médicale avec la possibilité de mutualiser les équipes de radiologie et l'ouverture des appareils selon des plages horaires à déterminer**

- **Elaborer un guide de bonnes pratiques de la prescription des examens d'imagerie et développer un contrôle de la qualité des comptes-rendus d'imagerie par tomodensitométrie et résonance magnétique**

## 12.2 – L'HOSPITALISATION A DOMICILE

Les circulaires n°2000/295 du 30 mai 2000 (complétée par l'instruction du 11 décembre 2000) et n° 44 du 04 février 2004 relatives à l'hospitalisation à domicile définissent l'hospitalisation à domicile (HAD) et son champ d'intervention : « L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisées en établissement de santé. »

« L'hospitalisation à domicile [est] prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser 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. Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins. »

Les types de soins délivrés en HAD sont des soins ponctuels, techniques et complexes, ou des soins continus pour pathologie évolutive, ou des soins de réadaptation, pour une durée déterminée, après une phase aiguë.

L'HAD mobilise le médecin traitant et des intervenants paramédicaux. La qualité du fonctionnement de l'HAD est liée au systématisme du projet thérapeutique, aux missions du médecin coordonnateur, à l'accompagnement psychosocial, au développement de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, à la formation des professionnels intervenant à domicile, et à l'utilisation effective du dossier patient.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 (articles 12 et 8), il ne peut plus être opposé de carte sanitaire à la création de places d'HAD, et cette création n'est plus conditionnée par une réduction de moyens d'hospitalisation conventionnelle.

La circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local indique que « la création d'HAD, ou d'antenne de structure d'HAD, à partir d'un établissement de santé de proximité ou d'un hôpital local est particulièrement à envisager. »

La circulaire du 04 février 2004 précise les missions et les modalités de prise en charge, en HAD en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie.

### 12.2.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

La délivrance au domicile de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, comparables aux soins prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle correspond à une modalité de prise en charge récente en Bourgogne.

Au 31 décembre 2004, 97 places sont autorisées dans la région (47 en Côte d'Or, 45 dans la Nièvre et 5 en Saône et Loire).

A la même date, 62 places sont installées (47 en Côte d'Or, 10 dans la Nièvre et en 5 en Saône et Loire).

Elles sont essentiellement installées dans des unités à orientation polyvalente. Certaines prennent en charge des patients atteints de cancer, d'autres des personnes âgées, ou encore des jeunes mères sorties rapidement de la maternité.

Le nombre de places par unité est variable, de 5 à 35, posant la question de la taille optimale pour l'organisation, la coordination et la viabilité des structures.

La zone d'intervention des services d'HAD basés dans une ville site pivot s'étend généralement sur un rayon de 15 à 20 km autour de cette ville.

L'organisation de l'HAD en zone rurale est actuellement plus problématique car l'éloignement ne permet pas la prise en charge par une équipe centrale.

L'éclatement sur le territoire bourguignon, de services d'HAD dotés chacun d'une coordination et d'une organisation propres, peut représenter un obstacle à l'harmonisation des pratiques, à l'échange de procédures, à la formation.

L'estimation des besoins, basée sur les éléments de conclusion de l'étude menée en 2004 dans 3 régions de France, et les préconisations nationales permettent de quantifier le nombre de places à installer de 2005 à 2010 : ce nombre est de l'ordre de 119 places pour 2005 afin que la Bourgogne rejoigne l'objectif du Ministère d'atteindre 133 places par million d'habitants (soit un total de 216 places pour la Bourgogne). L'intervalle de besoin à moyen terme est compris entre 120 et 210 par million d'habitants.

### **12.2.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins**

- **Créer une structure d'HAD dans chaque site pivot des 6 territoires de santé**

La taille des structures devra permettre leur viabilité ; pour les structures de petite taille, le regroupement ou la collaboration seront à privilégier afin de faciliter gestion, organisation, formation et coordination.

- **Formaliser les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de soins à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge**
- **Coordonner les structures d'HAD d'un même territoire de santé**
- **Créer un comité régional de l'HAD**

## 12.3 – L'HOPITAL LOCAL

L' hôpital local est un établissement public de santé à part entière, en application de l'article L 6142-2 du code de la santé publique. Parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales.

Il constitue un premier niveau de prise en charge. A ce titre, il dispense :

- des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d' hospitalisation , de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD),
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

Son fonctionnement médical repose pour l'essentiel sur les médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration privilégié entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

### 12.3.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

L'une des nombreuses caractéristiques de la Région Bourgogne est le nombre d'hôpitaux locaux : 20, rapporté au nombre d'habitants, ce chiffre est 4 fois supérieur à la moyenne nationale.

Même s'ils sont répartis de façon inégale dans les 6 territoires de santé, les hôpitaux locaux constituent un maillage sur l'ensemble du territoire bourguignon, à l'intersection de la médecine libérale et de la médecine hospitalière.

Les évolutions qui suivent s'inscrivent dans les orientations de la circulaire ministérielle du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local : l'hôpital local doit constituer un premier niveau de prise en charge sanitaire.

L'exploitation des résultats de l'enquête réalisée par le Comité Technique Régional des Hôpitaux Locaux (C.T.R.H.L.) auprès des hôpitaux locaux bourguignons, démontre à l'instar de ce qui est constaté à l'échelle nationale, qu'il n'y a pas un Hôpital Local mais des Hôpitaux Locaux.

Le service rendu à la population résulte de plusieurs facteurs qui diffèrent d'un hôpital à l'autre :

- implantation géographique, le plus souvent en milieu rural avec une situation d'isolement, ou parfois péri-urbain.
- une activité surtout médico-sociale en destination de la population âgée de proximité (EHPAD).
- une communauté médicale en nombre irrégulier mais le plus souvent en voie de disparition.
- un service de médecine et de soins de suites à orientation gériatrique.
- un lien structuré ou inexistant avec le Centre Hospitalier voisin.

### 12.3.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- Conserver voire développer les lits de médecine existants afin de structurer le niveau primaire de prise en charge des malades et concourir au désengorgement des services d'urgence hospitaliers.
- Réhabiliter les services de soins de suite polyvalents en complément de l'activité de médecine polyvalente afin de garantir la filière de soins.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète pour répondre aux attentes des patients et ainsi optimiser l'utilisation des ressources hospitalières.
- Organiser des consultations « avancées » de spécialités au profit de l'ensemble de la population de la zone d'attraction de l'hôpital local.
- Structurer la permanence des soins pour que l'hôpital local assure son rôle de plate-forme sanitaire de premier recours et participe au dispositif de prise en charge des urgences
- Renforcer le rôle des hôpitaux locaux en matière de santé publique.
- Renforcer les coopérations et les complémentarités
- Développer le travail en réseau avec l'ensemble des acteurs de la santé du territoire sanitaire et de coopération : au niveau local avec les professionnels libéraux et du secteur médico-social ; au niveau du territoire avec les établissements de niveau 2 et 3, et notamment le site pivot et intégration des hôpitaux locaux dans les réseaux de santé régionaux.
- Organiser l'hôpital local en plate-forme de soins primaires en développant en son sein ou à proximité des maisons médicales ouvertes aux professionnels de santé.
- Adapter les moyens aux missions de l'hôpital local
- Programmer l'adaptation des locaux en conformité avec le rôle confié à l'hôpital local dans le cadre du projet médical de territoire sanitaire et de coopération.
- Réviser, le cas échéant, les moyens humains dans le cadre de la négociation de contrats d'objectifs et de moyens inter-établissements
- Reconnaître l'hôpital local en tant que lieu possible de formation et terrain de stage.

## 12.4 – LES TRANSPORTS SANITAIRES

### 12.4.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé

Les transports sanitaires ne sont pas une matière obligatoire devant figurer dans les SROS. Toutefois, compte-tenu des caractéristiques géographiques de la région Bourgogne et des évolutions nécessaires de l'offre de soins, notamment en ce qui concerne la recomposition des plateaux techniques, il apparaît nécessaire qu'une réflexion spécifique soit engagée sur ce thème.

Il est incontestable que le nombre de transports de patients augmentera sensiblement dans les prochaines années. Cette évolution est liée :

- à la démographie médicale hospitalière qui imposera de regrouper des activités de soins sur des plateaux techniques référents
- aux restructurations en cours ou à venir sur la période de validité du SROS 3
- aux modifications d'activités de certains plateaux techniques, ces derniers pouvant être concernés par les restructurations ci-dessus .
- aux difficultés déjà rencontrées dans certaines zones rurales de la région liée à la démographie des médecins libéraux, où des patients sont amenés à faire des déplacements plus longs pour pouvoir consulter.
- la mise en place de la permanence des soins
- la création de maisons médicale de garde ou de maisons médicales pluridisciplinaires

### 12.4.2 – Evolutions nécessaires de l'offre de soins

- **Mettre en place un groupe de réflexion spécifique sur les transports sanitaires composé de professionnels de santé**
- **Mettre en œuvre les recommandations de la Mission Régionale de Santé (MRS)**

La loi du 13 août 2004 prévoit que la MRS composée de l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, détermine, après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L.6135-1 du code de la santé publique.

Ces propositions s'articulent autour de 6 axes, dont l'un, l'axe 4, intitulé : Approfondir la question des transports, précise :

« la question du déplacement des patients ou des médecins doit faire l'objet d'une concertation locale. Une articulation avec l'utilisation des moyens de la garde ambulancière est à envisager ».

- **Améliorer l'organisation des transports**

- l'organisation des transports secondaires assurés par le SMUR du site pivot sur le territoire de santé, le SMUR du SAMU sur le département, le SMUR du SAMU de Dijon sur la région

- **Coordonner le fonctionnement des deux hélicoptères sanitaires de la région Bourgogne, dans le cadre d'une régulation unique et examiner dans les deux ans suivant la publication du SROS la nécessité ou non d'implanter un 3ème hélicoptère sur la région Bourgogne en fonction du bilan d'utilisation des 2 appareils existants et des besoins de la population bourguignonne**

- **Coordonner le fonctionnement de la régulation des appels**

Ce point est interdépendant des points précédents : transports sanitaires et transports hélicoptés. Il ne peut non plus être dissocié des préconisations de la MRS qui précise dans son axe 1 : Renforcer le dispositif de régulation, clé de voûte du système : « Il convient de promouvoir une régulation préalable à la mobilisation de l'ensemble des effecteurs , de déterminer les modalités d'organisation nouvelles et les moyens nécessaires pour garantir une réponse sans délai ».

Au sein de la région Bourgogne plusieurs centres 15 éprouvent de façon régulière des difficultés à pouvoir assurer la présence en permanence d'un médecin régulateur. La participation des médecins libéraux est également inégale selon les centres 15.

La question de la nécessaire permanence d'un médecin régulateur renvoie à l'étude de la possibilité d' une régulation interdépartementale ou régionale des appels reçus dans les centre 15. Une réorganisation de ce type renverrait à une nouvelle organisation de la régulation des transports qui pourrait donc être interdépartementale ou régionale.

## LEXIQUE

| A       |   |
|---------|---|
| AAH     | Allocation Adulte Handicapé   |
| ALD     | Affection de Longue Durée   |
| AMP     | Assistance Médicale à la Procréation  |
| ANPAA   | Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie               |
| ARH     | Agence Régionale de l'Hospitalisation   |
| ASE     | Assistant Socio-Educatif  |
| ATIH    | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation                         |
| AVC     | Accidents Vasculaires Cérébraux   |
| C       |   |
| CAF     | Caisse d'Allocations Familiales   |
| CAMPS   | Centre d'Action Médico-sociale Précoce  |
| CAVASEM | Centre d'Accueil des Victimes d'Agressions Sexuelles et de l'Enfance Maltraitée |
| CAT     | Centre d'Aide par le Travail  |
| CATTP   | Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel                               |
| CCAA    | Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie  |
| CCAM    | Classification Commune des Actes Médicaux                                       |
| CCAS    | Centre Communal d'Action Sociale  |
| CCMSA   | Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole                                   |
| CDAM    | Catalogue Des Actes Médicaux  |
| CH      | Centre Hospitalier  |
| CHS     | Centre Hospitalier Spécialisé   |
| CHU     | Centre Hospitalier Universitaire  |
| CLCC    | Centre de Lutte Contre le Cancer  |
| CLIC    | Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique                  |
| CLS     | Centre de Long Séjour   |
| CM      | Centre Médical  |
| CME     | Commission Médicale d'Etablissement   |
| CMP     | Centre Médico-Psychologique   |
| CMPP    | Centre Médico-Psychologique-Pédagogique   |
| CMR     | Caisse Maladie Régionale  |
| CNAMTS  | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés                  |
| CNSA    | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie                                 |
| COMEX   | Commission Exécutive  |
| CORES   | Comité Régional pour l'Education à la Santé                                     |
| CPOM    | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens                                    |

|          |  |
|----------|--|
| CRAM     | Caisse Régionale d'Assurance Maladie   |
| CRCM     | Centre Régional de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose          |
| CROS     | Comité Régional d'Organisation Sanitaire                                     |
| CROSMS   | Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale                     |
| CSP      | Code de la Santé Publique  |
| CSS      | Code de la Sécurité Sociale  |
| CST      | Conférence Sanitaire de Territoire   |
| CTRHL    | Comité Technique Régional des Hôpitaux Locaux                                |
| <b>D</b> |  |
| DC       | Dossier Communicant  |
| DDASS    | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales                 |
| DFG      | Débit de Filtration Gloméculaire   |
| DGS      | Direction Générale de la Santé   |
| DHOS     | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins                |
| DIM      | Département d'Information Médicale   |
| DMP      | Dossier Médical Partagé  |
| DP       | Dialyse Péritonéale  |
| DPA      | Dialyse Péritonéale Automatisée  |
| DPCA     | Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire                                     |
| DRASS    | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                      |
| DRDR     | Dotation Régionale de Développement des Réseaux                              |
| DREES    | Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques |
| DRSM     | Direction Régionale du Service Médical                                       |
| <b>E</b> |  |
| EHPAD    | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes                 |
| EMSP     | Equipe Mobile de Soins Palliatifs  |
| EPS      | Etablissement Public de Santé  |
| ETP      | Equivalent Temps Plein   |
| <b>F</b> |  |
| FAM      | Foyer d'Accueil Médicalisé   |
| FAQSV    | Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville                                 |
| FIV      | Fécondation In Vitro   |
| FMC      | Formation Médicale Continue  |
| <b>G</b> |  |
| GCS      | Groupement de Coopération Sanitaire  |
| GHM      | Groupe Homogène de Malades   |
| GIE      | Groupement d'Intérêt Economique  |

| GIR      | Groupe Iso Ressources  |
|----------|--|
| <b>H</b> |  |
| HAD      | Hospitalisation A Domicile   |
| HAS      | Haute Autorité de Santé  |
| HC       | Hospitalisation Complète   |
| HDJ      | Hospitalisation De Jour  |
| HID      | Handicap Incapacité Dépendance   |
| HJ       | Hôpital de Jour  |
| HL       | Hôpital Local  |
| <b>I</b> |  |
| IC       | Insuffisance Cardiaque   |
| ICH      | Indice Comparatif d'Hospitalisation  |
| IDE      | Infirmier Diplômé d'Etat   |
| IDM      | Infarctus Du Myocarde  |
| IGAS     | Inspection Générale des Affaires Sociales                                      |
| IME      | Institut Médico Educatif   |
| INCA     | Institut National du Cancer  |
| INSEE    | Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques                   |
| INSERM   | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale                      |
| INVS     | Institut National de Veille Sanitaire  |
| IRC      | Insuffisance Rénale Chronique  |
| IRDES    | Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé              |
| IRM      | Imagerie par Résonance Magnétique  |
| IVG      | Interruption Volontaire de Grossesse   |
| <b>M</b> |  |
| MAS      | Maison d'Accueil Spécialisé  |
| MCO      | Médecine – Chirurgie – Obstétrique   |
| MILDT    | Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et les Toxicomanies |
| ML       | Mission Locale   |
| MMG      | Maison Médicale de Garde   |
| MPR      | Médecine Physique et Réadaptation  |
| MSA      | Mutualité Sociale Agricole   |
| MST      | Maladie Sexuellement Transmissible   |
| MRS      | Mission Régionale de Santé   |
| <b>N</b> |  |
| NFT      | Nouvelle Fabrique des Territoires  |

|          |  |
|----------|--|
| <b>O</b> |  |
| OMS      | Organisation Mondiale de la Santé                            |
| OOQS     | Objectif Quantifié de l'Offre de Soins                       |
| ORL      | Otho-Rhyno-Laryngologie                                      |
| ORS      | Observatoire Régional de la Santé                            |
| <b>P</b> |  |
| PAC      | Praticien Adjoint Contractuel                                |
| PH       | Praticien Hospitalier  |
| PJJ      | Protection Judiciaire de la Jeunesse                         |
| PMI      | Protection Maternelle et Infantile                           |
| PMSI     | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information       |
| PNNS     | Programme National Nutrition et Santé                        |
| POSU     | Pôle Spécialisé d'Urgences                                   |
| PRAM     | Programme Régional de l'Assurance Maladie                    |
| PRAPS    | Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins |
| PRSP     | Programme Régional de Santé Publique                         |
| <b>R</b> |  |
| RCP      | Réunion de Concertation Pluridisciplinaires                  |
| RTT      | Réduction du Temps de Travail                                |
| <b>S</b> |  |
| SAE      | Statistique Annuelle des Etablissements de Santé             |
| SAMU     | Service d'Aide Médicale Urgente                              |
| SAU      | Service d'Accueil des Urgences                               |
| SESSAD   | Service d'Education Spéciale et Soins à Domicile             |
| SCA      | Syndrome Coronarien Aigu                                     |
| SFAR     | Société Française d'Anesthésie et de Réanimation             |
| SFC      | Société Française de Cardiologie                             |
| SIH      | Syndicat Inter Hospitalier                                   |
| SIOS     | Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire                |
| SMUR     | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation                   |
| SREPS    | Schéma Régional d'Education Pour la Santé                    |
| SROS     | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire                     |
| SSIAD    | Service de Soins Infirmiers A Domicile                       |
| SSP      | Soins de Suite Polyvalents                                   |
| SSR      | Soins de Suite et de Réadaptation                            |
| STC      | Synchronisation Triple Chambre                               |

|          |   |
|----------|---|
| <b>T</b> |   |
| T2A      | Tarification à l'Activité   |
| TEP      | Tomographe à Emission de Positrons  |
| TS       | Tentative de Suicide  |
| <b>U</b> |   |
| UDM      | Unité de Dialyse Médicalisée  |
| UFR      | Unité de Formation Régionale  |
| UHCD     | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée                                   |
| UMJ      | Unité Médico-Judiciaire   |
| UNV      | Unité Neuro-Vasculaire  |
| UPATOU   | Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences |
| URCAM    | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie                           |
| USIC     | Unité de Soins Intensifs en Cardiologie                                   |
| USSR     | Unité de Soins de Suite et de Réadaptation                                |
| <b>V</b> |   |
| VADS     | Voie Aéro-Digestive Supérieure  |
| VIH      | Virus de l'Immunodéficience Humaine                                       |