



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE  
DE LA RÉGION BOURGOGNE

**12 septembre 2008**

*Secrétariat Général  
pour les Affaires Régionales*

# RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

## N° 124



La version intégrale de ce document peut être consultée sur simple demande aux guichets d'accueil des Préfectures et Sous-Préfectures de Bourgogne, ainsi que sur internet à l'adresse suivante :  
<http://www.bourgogne.pref.gouv.fr>

# Sommaire

I. Délégations de signature.....	5
Ministère de la Justice	
Direction de l'administration pénitentiaire	
Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon	
Arrêté du 24 juillet 2008	
N° 01/08 portant subdélégation de signature à Mme Marie WAGNER, attaché d'administration au département du budget et des finances.....	5
Arrêté du 05 août 2008	
N° 02/08 portant subdélégation de signature à M. Bernard CHIDAINE, secrétaire général.....	5
Arrêté du 05 août 2008	
N° 03/08 portant subdélégation de signature à M. Jean-Pierre ORABONA, adjoint au directeur interrégional.....	6
Arrêté du 05 août 2008	
N° 04/08 portant subdélégation de signature à Mme Irène KOMAN, chef du département du budget et des finances.....	6
Arrêté du 05 août 2008	
N° 05/08 portant subdélégation de signature à M. Bernard COLLIN, directeur du département «du Patrimoine et de l'Equipement».....	7
Arrêté du 05 août 2008	
N° 06/08 portant subdélégation de signature à M. Arnaud ROBIT, directeur du département «Ressources Humaines».....	7
Arrêté préfectoral N° 08 - 108 BAG portant délégation de signature à Mme Sophie PUJOLE, Chef de projet de l'équipe du Comité régional pour l'information et la communication de la région Bourgogne (CRICOM).....	8
ARRETE PREFECTORAL N° 08-110 BAG portant délégation de signature à M. Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de Côte d'Or.....	8
Arrêté n° 2008-AG-08 portant délégation de signature aux agents de la DRE Bourgogne .....	14
ARRETE PREFECTORAL N° 08-112 BAG portant délégation de signature à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique vétérinaire, Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne .....	17
Arrêté préfectoral N° 08-109 bis BAG portant délégation de signature à M. Hugues DOLLAT, Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim.....	21
II. Arrêtés DRASS/ARH.....	24
ARHB/DDASS71/ 2008- 89 Arrêté fixant pour l'exercice 2008 le montant des titres de l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses pour la Fondation Hôtel Dieu du Creusot.....	24

<a href="#">Arrêté modifiant la composition du Conseil d'administration de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Saône-et-Loire.....</a>	<a href="#">24</a>
<a href="#">Arrêté complétant la Composition du Conseil d'administration de la Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines du Centre-Est.....</a>	<a href="#">25</a>
<a href="#">Arrêté n° 2008-01-DE SMS.....</a>	<a href="#">26</a>
<a href="#">Arrêté interregion Est / 2008-01 Arrêté portant schema interregional d'organisation sanitaire de l'interregion Est pour la periode 2008-2013.....</a>	<a href="#">27</a>
<a href="#">Arrêté : ARHB/2008-179 portant désignation de Monsieur Eric POIROT, secrétaire général du syndicat interhospitalier de Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire), en qualité de directeur par intérim du centre de long séjour de Luzy (Nièvre).....</a>	<a href="#">27</a>
<a href="#">Arrêté : ARHB/2008-180 portant autorisation de transfert de la pharmacie à usage interieur de la clinique Paul Picquet à Sens (Yonne).....</a>	<a href="#">28</a>
<a href="#">Arrêté modificatif portant nomination des assesseurs des Sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux de Bourgogne des Ordres des Médecins, des Chirurgiens-Dentistes et des Pharmaciens.....</a>	<a href="#">29</a>
<a href="#">III. Divers.....</a>	<a href="#">33</a>
<a href="#">Direction régionale de l'équipement de Bourgogne.....</a>	<a href="#">33</a>
<a href="#">Arrêté portant renouvellement des membres de la Commission Consultative Régionale pour la délivrance des attestations de capacité professionnelle et les justificatifs de capacité professionnelle relatifs à l'exercice de certaines professions liées au transport public routier.....</a>	<a href="#">35</a>
<a href="#">Arrêté n° 2008 – AG 07 relatif à l'agrément du centre de formation FORGET Formation habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue des conducteurs du transport routier public de voyageurs.....</a>	<a href="#">37</a>
<a href="#">Arrêté n° 2008- AG 05 relatif à l'agrément du centre de formation C.F.C.R. BENOIT habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue des conducteurs du transport routier public de voyageurs.....</a>	<a href="#">38</a>
<a href="#">Arrêté n° 2008.AG 06 relatif à l'agrément du centre de formation AFT-TIM habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue des conducteurs du transport routier public de voyageurs.....</a>	<a href="#">39</a>
<a href="#">Ministère de la Justice Direction de l'administration pénitentiaire Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon.....</a>	<a href="#">40</a>
<a href="#">Arrêté du 12 août 2008 N° 08 /08 portant subdélégation de signature aux chefs d'établissements pénitentiaires et de service pénitentiaire d'insertion et de probation.....</a>	<a href="#">40</a>
<a href="#">ANNEXE 1 à l'arrêté du 12 août 2008 N° 08 /08 portant subdélégation de signature aux chefs d'établissements pénitentiaires et de service pénitentiaire d'insertion et de probation.....</a>	<a href="#">41</a>

arrêté portant renouvellement de la commission régionale  
des aides de l'agence de l'environnement et de la  
maîtrise de l'énergie de bourgogne.....42

Rectorat de l'académie de Dijon  
arrêté portant délégation de signature a M.Marin.....43

III. Annexes.....44

Annexe à l'arrêté interregion Est / 2008-01  
portant schéma interregional d'organisation sanitaire de l'interregion Est  
pour la période 2008-2013.....44

## I. Délégations de signature

Ministère de la Justice  
Direction de l'administration pénitentiaire  
Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon  
Arrêté du 24 juillet 2008  
N° 01/08 portant subdélégation de signature à Mme Marie WAGNER,  
attaché d'administration au département du budget et des finances

### ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à Mme Marie WAGNER, en sa qualité de responsable d'unité opérationnelle (hors marchés publics) pour les compétences définies à la sous-section II de l'arrêté préfectoral susvisé pour les codes ordonnateurs 254 et 354.

Article 2 : Subdélégation permanente de signature est donnée à Mme Marie WAGNER, en sa qualité d'ordonnateur secondaire pour les compétences définies à la sous-section III de l'arrêté préfectoral susvisé pour le compte de commerce 912.

Fait à Dijon, le 24 juillet 2008

Le Directeur Interrégional  
Philippe PEYRON

Arrêté du 05 août 2008  
N° 02/08 portant subdélégation de signature à M. Bernard CHIDAINE,  
secrétaire général

### ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à M. Bernard CHIDAINE, Secrétaire Général, pour l'ensemble des compétences définies à la section I de l'arrêté préfectoral susvisé.

Article 2 : Subdélégation permanente de signature est donnée à M. Bernard CHIDAINE, Secrétaire Général, pour l'ensemble des compétences définies à la section II de l'arrêté préfectoral susvisé en qualité d'ordonnateur secondaire des BOP 107 et 213.

Fait à Dijon, le 05 août 2008  
Le Directeur Interrégional,  
Philippe PEYRON

Arrêté du 05 août 2008  
N° 03/08 portant subdélégation de signature à M. Jean-Pierre ORABONA,  
adjoint au directeur interrégional

ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à M. Jean-Pierre ORABONA, adjoint au directeur interrégional, pour l'ensemble des compétences définies à la section I de l'arrêté préfectoral susvisé.

Article 2 : Délégation permanente de signature est donnée à M. Jean-Pierre ORABONA, adjoint au directeur interrégional, pour l'ensemble des compétences définies à la section II de l'arrêté préfectoral susvisé en qualité d'ordonnateur secondaire des BOP 107 et 213.

Fait à Dijon, le 05 août 2008  
Le Directeur Interrégional,  
Philippe PEYRON

Arrêté du 05 août 2008  
N° 04/08 portant subdélégation de signature à Mme Irène KOMAN,  
chef du département du budget et des finances

ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à Mme Irène KOMAN, en sa qualité de responsable d'unité opérationnelle (hors marchés publics) pour les compétences définies à la sous-section II de l'arrêté préfectoral susvisé pour les codes ordonnateurs 254 et 354.

Article 2 : Subdélégation permanente de signature est donnée à Mme Irène KOMAN, en sa qualité d'ordonnateur secondaire pour les compétences définies à la sous-section III de l'arrêté préfectoral susvisé pour le compte de commerce 912.

Fait à Dijon , le 05 août 2008  
Le Directeur Interrégional,  
Philippe PEYRON

Arrêté du 05 août 2008  
N° 05/08 portant subdélégation de signature à M. Bernard COLLIN,  
directeur du département «du Patrimoine et de l'Équipement»

ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à M. Bernard COLLIN, en sa qualité de responsable d'unité opérationnelle (hors marchés publics) pour les compétences définies à la sous-section II de l'arrêté préfectoral susvisé pour le code ordonnateur 854.

Fait à Dijon , le 05 août 2008  
Le Directeur Interrégional,  
Philippe PEYRON

Arrêté du 05 août 2008  
N° 06/08 portant subdélégation de signature à M. Arnaud ROBIT,  
directeur du département «Ressources Humaines»

ARRETE

Article 1 : Subdélégation permanente de signature est donnée à M. Arnaud ROBIT en sa qualité de responsable d'unité opérationnelle (hors marchés publics) pour les compétences définies à la sous-section II de l'arrêté préfectoral susvisé pour le code ordonnateur 454.

Fait à Dijon , le 05 août 2008  
Le Directeur Interrégional,  
Philippe PEYRON

Arrêté préfectoral N° 08 - 108 BAG  
portant délégation de signature à Mme Sophie PUJOLE,  
Chef de projet de l'équipe du Comité régional pour l'information  
et la communication de la région Bourgogne (CRICOM)

ARRETE

Article 1 : Délégation de signature pour l'exercice de la compétence d'ordonnateur secondaire est donnée à Mme Sophie PUJOLE, chef de projet de l'équipe CRICOM, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et dépenses de l'Etat (engagement, liquidation, ordonnancement) imputées au titre du B.O.P SIRCOM n° 218 DAC : « Conduite et pilotage des politiques économiques, financières et industrielles ». Mission : « Gestion et contrôle des finances publiques ».

Article 2 : Demeurent réservés à ma signature :  
les décisions financières hors documents comptables NDL palier 2006 d'un montant supérieur à 10 000 € à l'exception de celles qui concernent les dépenses de fonctionnement des services et de personnel, les ordres de réquisition du comptable public et les décisions de passer outre.

Article 3 : Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressée sous le timbre SGAR trimestriellement.

Article 4 : L'arrêté préfectoral n° 08-92 BAG du 19 mai 2008 est abrogé.

Article 5 : Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le chef de projet de l'équipe CRICOM sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Dijon le 29 août 2008

Le Préfet de la région Bourgogne,

Christian de LAVERNÉE

ARRETE PREFECTORAL N° 08-110 BAG  
portant délégation de signature à M. Georges REGNAUD,  
Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de Côte d'Or

ARRÊTE

Section I : Compétence administrative générale

Article 1 :

Délégation est donnée à M. Georges REGNAUD, Ingénieur en Chef des Ponts et Chaussées, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de Côte d'Or, à l'effet de signer :

- 1) Toutes les décisions de compétence régionale et de compétence départementale relatives au domaine des transports terrestres prévues par :
- la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 modifiée
  - la loi n° 97-1269 du 30 décembre 1997
  - le décret n° 49-1473 du 14 novembre 1949 modifié
  - le décret n° 84-139 du 24 février 1984 modifié
  - le décret n° 85-891 du 16 août 1985 modifié
  - le décret n° 90-200 du 5 mars 1990
  - le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997

- le décret n° 97-488 du 12 mai 1997
- le décret n° 97-608 du 31 mai 1997 modifié
- le décret n° 97-199 du 24 décembre 1997
- le décret n° 98-299 du 16 avril 1998
- le décret n° 98-1039 du 18 novembre 1998
- le décret n° 99-752 du 30 août 1999
- le décret n° 2000-69 du 27 janvier 2000
- le décret n° 2002-747 du 2 mai 2002
- le décret n° 2004-1186 du 8 novembre 2004
- le décret n° 2007-1743 du 11 décembre 2007
- et les arrêtés pris pour leur application

2) Toutes les pièces, correspondances et décisions de compétence régionale relatives à la maîtrise d'ouvrage des opérations d'investissement routier prévues par :

- l'arrêté du 4 août 1948 article 1<sup>er</sup> § R, modifié par arrêté du 23 décembre 1970 : approbation d'opérations domaniales
- les articles L35 et R58 du code du domaine de l'Etat : transfert de gestion
- le décret n° 59-701 du 6 juin 1959, la loi n° 83-630 du 12 juillet 1983 et le décret n° 85-453 du 23 avril 1985 : concernant les enquêtes publiques à l'exclusion des arrêtés prescrivant l'ouverture de l'enquête publique préalable à la déclaration d'utilité publique et de l'enquête parcellaire
- l'ordonnance n° 58-997 du 23 octobre 1958 et le décret n° 59-701 de juin 1959 : signature de tous les actes ou documents incombant à l'expropriant, à l'exclusion de l'arrêté déclaratif d'utilité publique et de l'arrêté de cessibilité,
- le code du domaine de l'Etat article L 53 : remise France domaines de terrains devenus inutiles au service
- le décret n° 83-830 du 16 septembre 1983 et la circulaire n° 84-18 du 13 mars 1984 : acquisitions foncières à effectuer sur mise en demeure des propriétaires lorsque ces acquisitions d'un coût inférieur à 152 449 € sont prévues par le plan local d'urbanisme
- le code rural et la circulaire interministérielle du 20 décembre 1984 : approbation de convention pour pré-études et études de remembrement pour les opérations liées à un aménagement routier
- le code rural article L 121-13 et L 121-15 et la circulaire interministérielle du 20 décembre 1984 : approbation de convention pour travaux connexes de remembrement pour les opérations liées à un aménagement routier
- la circulaire n° 74-151 du 9 septembre 1974 : approbation de convention pour dommages de travaux
- l'article R 431-9 et 10 du code de justice administrative : représentation de l'Etat aux audiences du Tribunal Administratif
- le décret n°2006.305 du 16 mars 2006 modifiant le décret n° 67-278 du 30 mars 1967 relatif à l'organisation et aux attributions des services départementaux et régionaux du Ministère de l'Equipement ;
- la circulaire ministérielle du 7 janvier 2008 fixant les modalités d'élaboration, d'instruction, d'approbation et d'évaluation des opérations d'investissement sur le réseau routier national : études, enquêtes et consultations de toutes natures nécessaires à la préparation et à la mise en œuvre des programmes d'investissement routiers, toutes décisions d'approbation des phases successives d'études et de réalisation des opérations routières d'investissement ;

3) Toutes les décisions d'approbation des projets de définition de signalisation sur le réseau routier national conformément à la circulaire du 19 octobre 1992 relative aux procédures d'approbation de compétence régionale des dossiers de signalisation des axes du réseau structurant

4) Toutes les décisions relatives à la gestion des personnels de la direction régionale de l'équipement de Bourgogne et de la direction régionale de l'environnement de Bourgogne prises dans le cadre des mesures de déconcentration édictées par les arrêtés ministériels des 8 juin 1988, 2 octobre 1989 et 4 avril 1990,

#### Article 2 :

Sont exclues de la présente délégation les conventions que l'Etat conclut avec la Région, les Départements ou l'un de leurs établissements publics, les arrêtés de portée générale.

Les correspondances, exceptés les courriers de gestion courante avec les parlementaires, les présidents des conseils généraux, le président du Conseil régional, et les maires des principales villes de la région, sont soumises à ma signature.

Une copie de ces correspondances sera adressée le cas échéant au préfet de département concerné.

Le chef de service veillera à me transmettre copie des correspondances et décisions qu'il considère les plus

importantes et notamment celles susceptibles de donner lieu à recours.

Les correspondances et décisions adressées à l'Administration centrale et/ou aux préfets de département devront être transmises sous mon couvert.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux sections I et II du présent arrêté.

## Section II : Compétence d'ordonnateur secondaire

### Sous-section I : En qualité de responsable de B.O.P. régional

Sont concernés les B.O.P. Suivants :

- Mission « transport » programme « conduite et pilotage des politiques d'équipement » BOP régional "conduite et pilotage des politiques d'équipement »
- Mission « transport » programme « sécurité routière" BOP régional « sécurité routière »
- Mission « transport » programme « transports terrestres et maritimes » BOP régional "transports terrestres et maritimes »
- Mission interministérielle « politique des territoires » programme « aménagement urbanisme et ingénierie publique » BOP régional "interventions des services déconcentrés »
- Mission « ville et logement » programme « équité sociale et territoriale et soutien » BOP régional « équité sociale et territoriale et soutien »
- Mission « ville et logement » programme « développement et amélioration de l'offre de logement » BOP régional « développement et amélioration de l'offre de logement »

### Article 3 :

Délégation est donnée à M. Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de Côte d'Or, à l'effet de :

1) recevoir les crédits des programmes susvisés,

2) répartir les crédits entre les services déconcentrés chargés de l'exécution financière, à savoir :

- la préfecture de la Nièvre, les directions départementales de l'équipement de la Côte d'Or, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne, la direction régionale de l'équipement, pour le BOP régional "équité sociale et territoriale et soutien"

- les directions départementales de l'équipement de la Côte d'Or, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne, la direction régionale de l'équipement, pour les autres BOP régionaux dont le DRE est responsable.

3) procéder à des réallocations en cours d'exercice budgétaire entre ces services.

Les réallocations dont le montant est supérieur à 20 % du budget seront soumises à ma signature.

### Article 4 :

Demeurent réservées à ma signature :

- les décisions de passer outre.
- Les ordres de réquisition du comptable public
- les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention, hors documents comptables NDL, d'un montant supérieur à 100 000 €.

Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre S.G.A.R. trimestriellement.

### Sous-section II : En qualité de responsable d'unité opérationnelle régionale

### Article 5 :

Délégation est donnée à Monsieur Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de Côte d'Or pour procéder à l'ordonnancement secondaire (engagement, liquidation, ordonnancement) des recettes et des dépenses de l'Etat imputées au titre des B.O.P indiqués ci-après :

217 mission "transport" programme "conduite et pilotage des politiques de l'écologie, du développement et de l'aménagement durable"

203 mission "transport" programme "réseau routier national"

207 mission "transport" programme "sécurité routière"

226 mission "transport" programme "transports terrestres et maritimes"

113 mission interministérielle "politique des territoires" programme "aménagement urbanisme et ingénierie

publique"

147 mission "ville et logement" programme "équité sociale et territoriale et soutien"

135 mission "ville et logement" programme "développement et amélioration de l'offre de logement"

109 mission "ville et logement" programme "aide à l'accès au logement"

#### Article 6 :

Demeurent réservées à ma signature :

- les décisions de passer outre.
- Les ordres de réquisition du comptable public
- les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention, hors documents comptables NDL, d'un montant supérieur à 100 000 €.

Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre S.G.A.R. trimestriellement.

Sous-section III : En qualité de pouvoir adjudicateur

#### Article 7 :

Délégation est donnée à Monsieur Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de Côte d'Or pour signer les actes relatifs à la passation et à l'exécution des marchés publics ou accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs au BOP 203, quelle que soit la procédure de consultation utilisée, dans les conditions suivantes, selon le montant de la masse initiale des marchés ou accords-cadres considérés ;

1 - pour les travaux :

Procédure des marchés de travaux	< MAPA	> MAPA et < AO européen	>AO européen
signature du marché	DRE ou SRMO ou son suppléant permanent	DRE	DRE
signature d'un avenant			
< 5%		DRE ou SRMO	DRE
> 5%		DRE	DRE
bordereau de prix supplémentaires			
sans incidence financière		DRE ou SRMO	DRE
avec incidence financière		DRE	DRE
affermisssement de tranches		DRE ou SRMO	DRE
ajournement des travaux		DRE ou SRMO	DRE
prolongation de délais		DRE ou SRMO	DRE
décision de poursuivre			
< 5%		DRE ou SRMO	DRE
> 5%		DRE	DRE
agrément des sous-traitants		DRE ou SRMO	DRE ou SRMO
décision de réception		DRE	DRE

DRE = M. Georges REGNAUD ou son adjoint

DRE OU SRMO = M. Georges REGNAUD ou son adjoint, ou le responsable du SRMO,

DRE ou SRMO ou le suppléant permanent du SRMO = M. Georges REGNAUD ou son adjoint, ou le responsable du SRMO ou le suppléant permanent

MAPA = marché à procédure adaptée (cf. art.26 II du Code des marchés)

AO = appel d'offres (hors marchés négociés, hors dialogues-compétitifs)

2 – pour les fournitures et services :

Procédure des marchés de fournitures et de services	< 90 000 € HT	> 90 000 € HT et	> 135 000 € HT
---	---------------	---------------------	----------------

		< 135 000 € HT	
signature du marché ou de l'accord-cadre	DRE ou SRMO ou le suppléant permanent du SRMO	DRE	DRE
signature d'un avenant			
< 5%		DRE ou SRMO	DRE
> 5%		DRE	DRE
bordereau de prix supplémentaires			
sans incidence financière		DRE ou SRMO	DRE
avec incidence financière		DRE	DRE
affermisssement tranche		DRE ou SRMO	DRE
ajournement		DRE ou SRMO	DRE
prolongation de délai		DRE ou SRMO	DRE
réception des phases d'études		DRE ou SRMO	DRE
agrément des sous-traitants		DRE ou SRMO	DRE ou SRMO
décision de réception		DRE	DRE

Article 8 :

Délégation est également donnée à M. Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de la Côte d'Or, pour signer les marchés publics et accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs aux autres BOP, quels que soient leurs montants, et tous les actes s'y rapportant.

Article 9 :

Demeurent réservés à ma signature :

- Les décisions de désignation des membres des commissions d'appels d'offres,
- Les ordres de réquisition du comptable public,
- les décisions de passer outre.

Article 10:

Un compte rendu semestriel comprenant notamment la liste des marchés et des avenants conclus, et accompagné de notes explicatives relatives au respect des calendriers et aux principaux événements intervenus me sera adressé sous le timbre SGAR.

Sous-section IV : En qualité de responsable d'unité opérationnelle de programmes interrégionaux

Article 11 :

Délégation de signature est donnée à M. Georges REGNAUD, Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et Directeur départemental de l'équipement de Côte d'Or pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'Etat imputées sur les titres III, V et VI de l'action 3 du BOP 162 pour le Plan Loire.

Cette délégation porte sur l'engagement, la liquidation et le mandatement des dépenses.

Article 12 :

Demeurent réservées à ma signature :

- les décisions de passer outre.
- Les ordres de réquisition du comptable public
- les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention, hors documents comptables ND, d'un montant supérieur à 100 000 €.

Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre S.G.A.R. trimestriellement.

Section III : subdélégation de signature

### Article 13 :

Pour l'ensemble des compétences définies à la section I, M. Georges REGNAUD, pourra subdéléguer sa signature aux agents placés sous son autorité, par arrêté notifié aux agents et publié au recueil des actes administratifs, dont copie me sera adressée, ainsi qu'au Trésorier payeur général de région.

Sont susceptibles d'être concernés les agents chargés des fonctions suivantes :

- l'Adjoint au Directeur régional
- le Chargé de mission à la Direction Régionale de l'Équipement
- le Chef du service Habitat - Ville - Agglomérations
- le Chef du service Infrastructures - Gouvernance Territoriale et Prospective
- le Chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement
- le Chef du service Économie et Régulation des Transports
- le responsable du contrôle, en ce qui concerne le § 1 de l'article 1
- le responsable de l'administration et la gestion des transports, en ce qui concerne le § 1 de l'article 1
- le Secrétaire Général à la DRE Bourgogne et à la DDE de Côte d'Or
- le Chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage
- le Suppléant du chef de service Routier Maîtrise d'Ouvrage en ce qui concerne le § 2 de l'article 1
- le Responsable du pôle juridique de la DDE et de la DRE en ce qui concerne le § 2 de l'article 1.

### Article 14 :

Pour l'ensemble des compétences définies à la section II, M. Georges REGNAUD, pourra subdéléguer sa signature aux agents placés sous son autorité, par arrêté notifié aux agents et publié au recueil des actes administratifs, dont copie me sera adressée, ainsi qu'au Trésorier payeur général de région.

Sont susceptibles d'être concernés les agents chargés des fonctions suivantes :

- pour ce qui concerne les sous-sections I et II :
- l'Adjoint au Directeur régional, à l'effet de signer toute pièce relative à l'exercice de compétence d'ordonnateur secondaire des dépenses et des recettes de l'État des budgets opérationnels indiqués aux dites sous-sections
- les Chefs des divisions organiques qui composent le service à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions et compétences les propositions d'engagement auprès du contrôleur financier déconcentré et les pièces justificatives qui les accompagnent, ainsi que les pièces de liquidation des dépenses de toute nature :
- le Secrétaire Général,
- le chef du service Habitat Ville Agglomérations, pour les BOP 113, 135, 147 et 217,
- le chef du service Infrastructures, Gouvernance territoriale et Prospective, pour les BOP 207 et 226,
- le chef du service routier de maîtrise d'ouvrage, pour le BOP 203,
- le suppléant du chef du service routier de maîtrise d'ouvrage, pour le BOP 203,
- le chef du service Économie et Régulation des Transports, pour le BOP 226,
- le chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement, pour le BOP 113
- les Responsables d'unité comptable
- le responsable du bureau des affaires générales,
- le responsable du pôle financier du Service routier de maîtrise d'ouvrage.
  
- pour ce qui concerne la sous-section III :
- l'Adjoint au Directeur régional, pour les marchés publics et accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs aux autres BOP excepté le BOP 203, quels que soient leurs montants et tous les actes s'y rapportant
- pour les marchés publics et accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs aux autres BOP excepté le BOP 203 et tous les actes s'y rapportant, d'un montant inférieur à 90 000 € HT :
- le Chargé de mission,
- le Chef du service Habitat Ville Agglomération,
- le Chef du service Infrastructures Gouvernance Territoriale et Prospective,
- le Chef du service Information Géographique et de l'Aménagement,
- le Chef du service Économie et Régulation des Transports,
- le Secrétaire Général,
- le Responsable du bureau des affaires générales du secrétariat général pour les marchés publics et accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs au BOP 217 et tous les actes s'y rapportant, d'un montant inférieur à 25 000 € HT
- l'Adjointe au chef du service Infrastructures Gouvernance Territoriale et Prospective les marchés publics et accords-cadres de travaux, de fournitures et de services relatifs au BOP 207 et tous les actes s'y rapportant, d'un montant inférieur à 25 000 € HT
  
- pour ce qui concerne la sous-section IV :

- pour signer les engagements, les affectations, les mandats et les bordereaux-journaux émis par la comptabilité centrale de la DDE de Côte d'Or sur proposition du Directeur régional de l'équipement, compte tenu de l'hébergement de la comptabilité de la Direction régionale de l'équipement sur le système applicatif de la direction départementale de l'équipement, suite aux notes ministérielles des 4 octobre 1994 et 8 février 1996 précisant le processus de généralisation du plan de modernisation des procédures comptables et budgétaires et la mise en place des nouveaux produits CASSIOPEE.
- le Secrétaire général à la direction régionale de l'équipement de Bourgogne et à la direction départementale de l'équipement de Côte d'Or,
- la Responsable de la cellule comptabilité

Article 15 :

L'arrêté préfectoral n° 08-85 BAG du 16 juin 2008 est abrogé.

Article 16 :

Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur régional et départemental de l'équipement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au Trésorier payeur général de région et aux fonctionnaires intéressés, et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Bourgogne et dont copie sera adressée au Préfet de la région Centre.

Fait à Dijon, le 4 septembre 2008

Le Préfet de la région Bourgogne,

Christian de LAVERNEE

Arrêté n° 2008-AG-08  
portant délégation de signature  
aux agents de la DRE Bourgogne

ARRETE :

Article 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Georges REGNAUD, Directeur régional et départemental de l'équipement pour toutes décisions et tous documents relevant des attributions et des domaines d'activités mentionnés dans l'arrêté visé ci-dessus, délégation de signature est conférée, dans l'ordre de présence désigné ci-après à :

M. Bernard BOSQUET, adjoint au directeur

Article 2 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Georges REGNAUD, Directeur régional et départemental de l'équipement et de son adjoint désigné à l'article 1, pour toutes décisions et tous documents relevant de l'échelon régional indiqués à l'article 1 de l'arrêté N°08-110 BAG du 4 septembre 2008 délégation de signature est donnée à :

- M. Alain MAZOYER, chargé de mission à la Direction Régionale de l'Equipement
- M. Benoît HUE, Secrétaire Général
- M. Jean Pierre VUILLEMOT, chef du service Habitat – Ville - Agglomérations
- M. Benoit GRAS, chef du service Infrastructures – Gouvernance Territoriale et prospective
- M. Sylvain GALIMARD, chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement
- M. Michel QUINET, chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage
- M. Daniel LONGIN, suppléant du chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage
- M. Jean ESCALE, chef du service Economie et Régulation des Transports
- M. Michel LOMBARD, contrôle des Transports en ce qui concerne le paragraphe 1
- M. Jean François JACQUET, administration, gestion des transports en ce qui concerne le paragraphe 1
- Mme Chloé DECARNIN, responsable du pôle juridique de la DDE et la DRE en ce qui concerne le paragraphe 2 (article R431-9 et 10 du code de justice administrative)

Article 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Georges REGNAUD, Directeur régional et départemental de l'équipement et de son adjoint désigné à l'article 1, pour toutes décisions et tous documents relevant de l'échelon régional délégation de signature est donnée,

EN QUALITE DE RESPONSABLE D'UNITE OPERATIONNELLE REGIONALE comme indiqué à l'article 5 de l'arrêté n°08-110 BAG du 4 septembre 2008,

à l'effet de signer :

- les propositions d'engagements auprès du contrôleur financier déconcentré et les pièces justificatives qui les accompagnent,

- les pièces de liquidation des dépenses de toute nature,

à :

- M. Benoît HUE, Secrétaire Général pour l'ensemble des BOP

- M. Jean Pierre VUILLEMOT, chef du service Habitat – Ville – Agglomérations pour les BOP 113, 135, 147 et 217

- M. Benoit GRAS, chef du service Infrastructures – Gouvernance Territoriale et Prospective pour les BOP 207 et 226

- M. Sylvain GALIMARD, chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement pour le BOP 113

- M. Michel QUINET, chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage pour le BOP 203

- M. Daniel LONGIN, suppléant du chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage pour le BOP 203

- M. Jean ESCALE, chef du service Economie et Régulation des Transports pour le BOP 226

à l'effet de signer les pièces de liquidation de dépenses de toute nature,

à :

- Mme Claudine RAVIER, Responsable du Bureau Affaires Générales du SG pour le BOP 217

- Mme Renée SEGUIN, responsable du pôle financier au SRMO pour le BOP 203

à l'effet de signer les actes suivants :

- propositions d'affectation des autorisations d'engagements,

- engagements,

- pièces de mandatement y compris les pièces justificatives, bordereaux et titres de perception et de réduction,

à :

- M. Benoît Hué, Secrétaire Général,

- Mme Chantal FARGERÉ, Responsable du Pôle Comptabilité – Finances,

- M. Alain MAZOYER, chargé de mission à la Direction Régionale de l'Équipement

- M. Benoît HUE, Secrétaire Général

- M. Jean Pierre VUILLEMOT, chef du service Habitat – Ville - Agglomérations

- M. Benoit GRAS, chef du service Infrastructures – Gouvernance Territoriale et prospective

- M. Sylvain GALIMARD, chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement

- M. Michel QUINET, chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage

- M. Daniel LONGIN, suppléant du chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage

- M. Jean ESCALE, chef du service Economie et Régulation des Transports

- M. Michel LOMBARD, contrôle des Transports en ce qui concerne le paragraphe 1

- M. Jean François JACQUET, administration, gestion des transports en ce qui concerne le paragraphe 1

- Mme Chloé DECARNIN, responsable du pôle juridique de la DDE et la DRE en ce qui concerne le paragraphe 2 (article R431-9 et 10 du code de justice administrative)

Article 3 : En cas d'absence ou d'empêchement de M. Georges REGNAUD, Directeur régional et départemental de l'équipement et de son adjoint désigné à l'article 1, pour toutes décisions et tous documents relevant de l'échelon régional délégation de signature est donnée,

EN QUALITE DE RESPONSABLE D'UNITE OPERATIONNELLE REGIONALE comme indiqué à l'article 5 de l'arrêté n°08-110 BAG du 4 septembre 2008,

à l'effet de signer :

- les propositions d'engagements auprès du contrôleur financier déconcentré et les pièces justificatives qui les accompagnent,

- les pièces de liquidation des dépenses de toute nature,

à :

- M. Benoît HUE, Secrétaire Général pour l'ensemble des BOP

- M. Jean Pierre VUILLEMOT, chef du service Habitat – Ville – Agglomérations pour les BOP 113, 135, 147 et 217

- M. Benoit GRAS, chef du service Infrastructures – Gouvernance Territoriale et Prospective pour les BOP 207 et 226
- M. Sylvain GALIMARD, chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement pour le BOP 113
- M. Michel QUINET, chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage pour le BOP 203
- M. Daniel LONGIN, suppléant du chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage pour le BOP 203
- M. Jean ESCALE, chef du service Economie et Régulation des Transports pour le BOP 226

à l'effet de signer les pièces de liquidation de dépenses de toute nature,

à :

- Mme Claudine RAVIER, Responsable du Bureau Affaires Générales du SG pour le BOP 217
- Mme Renée SEGUIN, responsable du pôle financier au SRMO pour le BOP 203

à l'effet de signer les actes suivants :

- propositions d'affectation des autorisations d'engagements,
- engagements,
- pièces de mandatement y compris les pièces justificatives, bordereaux et titres de perception et de réduction,

à :

- M. Benoît Hué, Secrétaire Général,

Article 4 : En cas d'absence ou d'empêchement de M. Georges REGNAUD, Directeur régional et départemental de l'équipement et de son adjoint désigné à l'article 1, pour toutes décisions et tous documents relevant de l'échelon régional, délégation de signature est donnée

EN QUALITE DE POUVOIR ADJUDICATEUR comme indiqué :

à l'article 7 (tableaux des alinéas 1 et 2) de l'arrêté n°08-110 BAG du 4 septembre 2008, à l'effet de signer les marchés publics et accords cadres de travaux, de fournitures et de services et tous les actes s'y rapportant, relatifs au BOP 203,

à :

- M. Michel QUINET, chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage
- M. Daniel LONGIN, suppléant du chef du service Routier Maîtrise d'Ouvrage

à l'article 8 de l'arrêté n°08-110 BAG du 4 septembre 2008, à l'effet de signer :  
- les marchés publics de travaux, de fournitures et de services, d'un montant inférieur à 90 000 euros HT et tous les actes s'y rapportant, relatifs à l'ensemble des BOP,

à :

- M. Alain MAZOYER, chargé de mission
- M. Benoît HUE, Secrétaire Général
- M. Jean Pierre VUILLEMOT, chef du service Habitat – Ville – Agglomérations
- M. Benoit GRAS, chef du service Infrastructures – Gouvernance Territoriale et prospective
- M. Sylvain GALIMARD, chef du service de l'Information Géographique et de l'Aménagement
- M. Jean ESCALE, chef du service Economie et Régulation des Transports

les marchés publics de travaux, de fournitures, et de services relatifs au BOP 217, d'un montant inférieur à 25 000 euros HT et tous les actes s'y rapportant, à :

- Mme Claudine RAVIER, Responsable du Bureau Affaires Générales du SG

- les marchés publics de travaux, de fournitures, et de services relatifs au BOP 207, d'un montant inférieur à 25 000 euros HT et tous les actes s'y rapportant, à :

- Mme Virginie LOOS, adjointe au chef du service Infrastructures Gouvernance Territoriale et Prospective

Article 5 :

Cet arrêté sera notifié à M. le Préfet de la Région de Bourgogne, à Mme le Trésorier-Payeur Général de Région ainsi qu'aux agents ci-dessus désignés.

Article 6 :

Toute délégation antérieure au présent arrêté et toutes dispositions contraires à celui-ci sont abrogées.

Article 7 :

Le Directeur régional de l'équipement de Bourgogne et départemental de Côte d'Or et les agents concernés

sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Région de Bourgogne.

Fait à DIJON, le 5 septembre 2008  
Pour le Préfet de la Région de Bourgogne,  
et par délégation  
Le Directeur Régional et Départemental

SIGNE

G. REGNAUD

ARRETE PREFECTORAL N° 08-112 BAG  
portant délégation de signature à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique  
vétérinaire.  
Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne

## ARRÊTE

### Section I : Compétence administrative générale

#### Article 1 :

Délégation de signature est donnée à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique vétérinaire, Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne, à l'effet de signer les décisions, instructions et correspondances se rapportant à :

#### I. Service d'administration générale

la gestion de l'immobilier, du mobilier et le fonctionnement des services  
la gestion administrative des personnels  
tous actes entrant dans le cadre du recrutement externe sans concours dans divers corps de catégorie C prévu par le décret n° 2002-121 du 31 janvier 2002;

#### II. Économie agricole et forestière

II.I) La définition, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques publiques nationales et européennes en matière de :

orientation des productions, gestion des marchés et organisation des filières agricoles et aquacoles,  
aides au développement de l'élevage et de l'utilisation du cheval,  
industries agricoles et alimentaires,  
promotion de la qualité des produits,  
politique des structures et installation des jeunes agriculteurs,  
politiques agri-environnementales,  
développement régional et aménagement rural.

II.II) L'animation et le secrétariat de la Commission Régionale d'Economie Agricole et du Monde Rural, ainsi que de la commission régionale de la forêt et des produits forestiers

II.III) L'animation, l'impulsion, la coordination et le suivi de la politique forestière et de la filière bois :

la conception et la mise en oeuvre d'une politique de la forêt-bois appliquée à la région,  
les aides aux investissements des entreprises d'exploitation forestière et de première transformation du bois,  
la gestion des prêts en numéraire,  
les mesures réglementaires de contrôle de la commercialisation des matériels forestiers de reproduction,  
l'approbation des aménagements des forêts des collectivités locales relevant du régime forestier.

#### III. Développement rural et FEADER

L'exercice de la mission d'autorité de gestion pour la mise en oeuvre du document régional de

développement rural constituant le volet régional du programme de développement rural hexagonal (PDRH).

L'instruction et la liquidation des dossiers FEADER pour les dispositifs d'aide gérés par la Direction régionale de l'agriculture et de la forêt.

#### IV. Formation et développement

La mise en œuvre de la politique de formation du monde agricole et d'animation du milieu rural par :

la responsabilité du service public d'enseignement agricole,  
l'exercice des compétences en matière d'enseignement, formation professionnelle et apprentissage agricoles,  
le développement agricole et l'animation du milieu rural.

#### V. Protection des végétaux

La conception, l'animation et la mise en œuvre de la politique de protection des végétaux conduite par le Ministère de l'agriculture par :

les mesures réglementaires de surveillance et de protection phytosanitaire,  
les actions de développement et de recherche appliquée

#### VI. Statistiques agricoles

L'établissement et la diffusion des statistiques et des données économiques agricoles, forestières, agro-alimentaires et agro-environnementales au niveau régional par :  
la participation à l'exécution du programme statistique général,  
la satisfaction des besoins régionaux en informations statistiques

#### VII. Inspection du travail, emploi et politique sociale agricoles

Les missions générales portant sur :  
la mise en œuvre de la politique de promotion et de développement de l'emploi, notamment pour ce qui concerne les nouvelles structures d'emploi,  
l'adaptation des conditions de travail des travailleurs de l'agriculture sous ses divers aspects,  
l'évaluation des conséquences sociales des mesures envisagées dans le domaine économique,  
l'évaluation des conséquences économiques de mesures sociales.

#### Article 2 :

Sont exclues de la présente délégation les conventions que l'État conclut avec la Région, les Départements ou l'un de leurs établissements publics, les arrêtés de portée générale.

Les correspondances, exceptés les courriers de gestion courante avec les parlementaires, les présidents des Conseils généraux, le président du Conseil régional, et les maires des principales villes de la région, sont soumises à ma signature.

Une copie de ces correspondances sera adressée le cas échéant au préfet de département concerné.

Le chef de service veillera à me transmettre copie des correspondances et décisions qu'il considère les plus importantes et notamment celles susceptibles de donner lieu à recours.

Les correspondances et décisions adressées à l'Administration centrale et/ou aux préfets de département devront être transmises sous mon couvert.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux sections I et II du présent arrêté.

#### Section II : Compétence d'ordonnateur secondaire

Sous-section I : En qualité de responsable de B.O.P. régional

Sont concernés les B.O.P. suivants :

Mission ministérielle « agriculture, pêche et affaires rurales »

Programme 154 : gestion durable de l'agriculture, de la pêche et du développement rural,

Programme 227 : valorisation des produits, orientation et régulation des marchés,

Programme 149 : forêt,

Programme 215 : soutien des politiques de l'agriculture,

Mission interministérielle « enseignement scolaire »

Programme 143 : enseignement technique agricole

Mission interministérielle « sécurité sanitaire »

Programme 206 : sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation pour son domaine de compétence

Article 3 :

Délégation est donnée à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique vétérinaire, Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne à l'effet de :

- recevoir les crédits des programmes susvisés,
- répartir les crédits entre les services déconcentrés : pour les programmes 143, 149, 154 et 215 sont concernées les directions départementales de l'agriculture et de la forêt de Côte d'Or, de la Nièvre, de Saône-et-Loire et de l'Yonne
- procéder à des ré-allocations en cours d'exercice budgétaire entre ces services.
- Les ré-allocations dont le montant est supérieur à 20 % du budget seront soumises à ma signature.

Article 4 :

Demeurent réservées à ma signature :

Les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention d'un montant supérieur à 100 000 €, les décisions de passer outre et les ordres de réquisitions du comptable public.

Article 5 :

Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre S.G.A.R. trimestriellement

Sous-section II : En qualité de responsable d'unité opérationnelle régionale

Article 6 :

Délégation est donnée à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique vétérinaire, Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État y compris toutes les pièces relatives à la passation et à l'exécution des marchés publics dont la consultation est lancée à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006 (engagements, liquidations, ordonnancements) imputées au titre des B.O.P suivants :

Programme 154 : gestion durable de l'agriculture, de la pêche et du développement rural,  
Programme 227 : valorisation des produits, orientation et régulation des marchés,  
Programme 149 : forêt,  
Programme 215 : soutien des politiques de l'agriculture,  
Programme 143 : enseignement technique agricole  
Programme 206 : sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation pour son domaine de compétence  
Programme 142 : enseignement supérieur et recherches agricoles

Article 7 :

Demeurent réservés à ma signature :

- Les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention d'un montant supérieur à 100 000 €, les décisions de désignation des membres des commissions d'appel d'offres, les décisions de passer outre et les ordres de réquisition du comptable public.

Sous-section III : En qualité de responsable d'unités opérationnelles départementales

Article 8 :

Délégation est donnée à M. Jean-Roch GAILLET, Inspecteur en chef de la santé publique vétérinaire, Directeur régional de l'agriculture et de la forêt de Bourgogne, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État, chacun en ce qui le concerne, y compris toutes les pièces relatives à la passation et à l'exécution des marchés publics dont la consultation est lancée à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006 (engagements, liquidations, ordonnancements) imputées au titre des B.O.P suivants :

Programme 154 : gestion durable de l'agriculture, de la pêche et du développement rural,  
Programme 149 : forêt,  
Programme 215 : soutien des politiques de l'agriculture,  
Programme 142 : enseignement supérieur et recherches agricoles

#### Article 9 :

Demeurent réservés à ma signature :

- Les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention d'un montant supérieur à 100 000 €, les décisions de désignation des membres des commissions d'appel d'offres, les décisions de passer outre et les ordres de réquisition du comptable public.

Section III : subdélégation de signature

#### Article 10 :

Pour l'ensemble des compétences définies à la section I, M. Jean-Roch GAILLET pourra subdéléguer sa signature aux agents placés sous son autorité, par arrêté notifié aux agents et publié au recueil des actes administratifs, dont copie me sera adressée, ainsi qu'au gérant intérimaire de la Trésorerie Générale de la région Bourgogne.

Sont susceptibles d'être concernés les agents chargés des fonctions suivantes :

- l'adjoint au Directeur régional de l'agriculture et de la forêt,
- le Secrétaire général,
- le Chef du service régional de l'économie forestière et agricole,
- le Chef de la mission développement rural FEADER,
- le Chef du service régional de la formation et du développement,
- le Chef du service régional de la protection des végétaux,
- le Chef du service régional de l'information statistique et économique,
- le Directeur du travail, chef du Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles,
- l'Adjoint au chef du service de l'économie forestière et agricole,
- l'Ingénieur divisionnaire de l'agriculture et de l'environnement,
- le chef du CIRSE,
- l'Adjoint au chef du service régional de la protection des végétaux,
- l'Adjoint au service régional de l'information statistique et économique,
- le Directeur Adjoint du travail, adjoint au chef du service régional de l'inspection du travail,

#### Article 11:

Pour l'ensemble des compétences définies à la section II, M. Jean-Roch GAILLET pourra subdéléguer sa signature aux agents placés sous son autorité, par arrêté notifié aux agents et publié au recueil des actes administratifs, dont copie me sera adressée, ainsi qu'au gérant intérimaire de la trésorerie générale de la région Bourgogne.

Sont susceptibles d'être concernés, les agents chargés des fonctions suivantes :

- pour les sous-sections I et II:
  - l'adjoint au directeur régional de l'agriculture et de la forêt,
  - le Secrétaire général,
  - le Chef du service régional de l'économie forestière et agricole,
  - le Chef du service régional de la formation et du développement,
  - le Chef du service régional de la protection des végétaux,
- pour la sous-section III :
  - le Directeur délégué de l'agriculture et de la forêt de Côte d'Or,
  - le Directeur départemental de l'agriculture et de la forêt de la Nièvre
  - la Directrice départementale de l'agriculture et de la forêt de Saône-et-Loire
  - le Directeur départemental de l'agriculture et de la forêt de l'Yonne

#### Article 12 :

L'arrêté préfectoral n° 08-70 BAG du 16 juin 2008 est abrogé.

#### Article 13 :

Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur régional de l'agriculture et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au gérant intérimaire de la trésorerie générale de la région Bourgogne et aux fonctionnaires intéressés, affiché à la préfecture de région et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Dijon le 8 septembre 2008

Le Préfet de la région Bourgogne

Christian DE LAVERNEE

Arrêté préfectoral N° 08-109 bis BAG  
portant délégation de signature à M. Hugues DOLLAT,  
Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim

## ARRÊTE

### Section I : Compétence administrative générale

#### Article 1 :

Délégation est donnée à M. Hugues DOLLAT, Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim, à l'effet de signer les avis, décisions instructions et correspondances relatives :  
au domaine de l'environnement prévu par le décret du 4 novembre 1991,  
à l'organisation et au fonctionnement du service,  
à la gestion des personnels de la DIREN suivant les modalités fixées par les textes réglementaires en vigueur  
aux conventions d'études et de prestations de service dans le domaine de la connaissance et de la gestion des eaux, conclues avec les Agences de l'Eau, les collectivités territoriales et leurs groupements ou des partenaires de droit privé

#### Article 2 :

Sont exclues de la présente délégation les conventions que l'Etat conclut avec la Région, les Départements ou l'un de leurs établissements publics, les arrêtés de portée générale.

Les correspondances, exceptés les courriers de gestion courante avec les parlementaires, les présidents des conseils généraux, le président du Conseil régional, et les maires des principales villes de la région, sont soumises à ma signature.

Une copie de ces correspondances sera adressée le cas échéant au préfet de département concerné.

Le chef de service veillera à me transmettre copie des correspondances et décisions qu'il considère les plus importantes et notamment celles susceptibles de donner lieu à recours.

Les correspondances et décisions adressées à l'Administration centrale et/ou aux préfets de département devront être transmises sous mon couvert.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux sections I et II du présent arrêté.

### Section II: EXERCICE DES POURSUITES ET ACTIONS RELEVANT DE LA Compétence DU PREFET DE REGION EN MATIERE DE DELIT SE RATTACHANT A LA POLICE DE L'EAU ET DE LA PECHE EN EAU DOUCE

#### Article 3 : Représentation de l'Etat devant les juridictions répressives pour les délits

En application de l'article R 437-7 du code de l'environnement, habilitation est donnée à M. Hugues DOLLAT, directeur régional de l'environnement par intérim pour représenter le préfet de la région Bourgogne dans le cadre des procédures pénales relatives à la police de l'eau et de la police de la pêche en eau douce.

#### Article 4 :

- La conduite des procédures de transaction pénale, en matière de police de l'eau et de police de la pêche en eau douce est confiée à M. DOLLAT, directeur régional de l'environnement par intérim.

Cette mission recouvre l'ensemble des opérations concernant la mise en œuvre de la procédure de transaction organisée par les articles L 216-14, L 437-14, R 216,15, R 216-17 et R 437-6 du code de l'environnement.

- b) Délégation de signature est accordée à M. Hugues DOLLAT, directeur régional de l'environnement de la région Bourgogne par intérim pour assurer les missions définies ci-dessus.

### Section III : Compétence d'ordonnateur secondaire

Sous-section I : En qualité de responsable de B.O.P.régional

Est concerné le B.O.P. suivant :

Mission « écologie, développement et aménagement durable » pour les B.O.P régionaux :  
programme 181 « Protection de l'environnement et prévention des risques »

Article 5 :

Délégation est donnée à M. Hugues DOLLAT, Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim à l'effet de :

- recevoir les crédits des programmes susvisés,
- répartir les crédits entre les services déconcentrés, chargés de l'exécution financière, en tant que unités opérationnelles.

B.O.P régional 181 : DIREN Bourgogne ; DRIRE Bourgogne, DDE de la Côte d'Or, DDE de la Nièvre, DDE de la Saône-et-Loire, DDE de l'Yonne, DDAF de la Côte d'Or, DDAF de la Nièvre, DDAF de la Saône-et-Loire, DDAF de l'Yonne.

- procéder à des réallocations en cours d'exercice budgétaire entre ces services.

Les réallocations dont le montant est supérieur à 20 % du budget seront soumises à ma signature.

Article 6 :

Demeurent réservées à ma signature :

- les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention d'un montant supérieur à 100 000 €, les décisions de passer outre et les ordres de réquisition du comptable public.

Article 7 :

La liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre SGAR trimestriellement.

Sous-section II : En qualité de responsable d'unité opérationnelle régionale

Article 8 :

Délégation est donnée à M. Hugues DOLLAT, Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'Etat, y compris toutes les pièces relatives à la passation et à l'exécution des marchés publics dont la consultation est lancée à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006, imputées au titre des B.O.P régionaux suivants :

programme 181 « Protection de l'environnement et prévention des risques »

programme 217 « conduite et pilotage des politiques de l'écologie, du développement et aménagement durable »

Article 9 :

Demeurent réservés à ma signature :

Les décisions financières relatives aux dépenses d'intervention d'un montant supérieur à 100 000 €, les décisions de désignation des membres des commissions d'appel d'offres, les décisions de passer outre et les ordres de réquisition du comptable public.

Article 10 :

Un compte-rendu d'utilisation des crédits pour l'exercice budgétaire, comprenant notamment la liste des opérations qui ont été financées, me sera adressé sous le timbre SGAR trimestriellement.

Sous-section III : En qualité de responsable d'unité opérationnelle de programmes interrégionaux

Article 11 :

Délégation de signature est donnée à M. Hugues DOLLAT directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'Etat imputées sur les titres III, V et VI de l'action 3 du BOP 162 pour le Plan Loire, et des titres 3, 5 et 6 du budget opérationnel de programme interrégional relevant du programme dit « BOP de bassin Rhône-Méditerranée »

Ces délégations portent sur l'engagement, la liquidation et le mandatement des dépenses.

Section IV : subdélégation de signature

Article 12 :

Pour l'ensemble des compétences définies aux sections I, II et III, le chef de service pourra subdéléguer sa signature (hors marchés publics) aux agents placés sous son autorité, par décision notifiée aux agents et publiée au recueil des actes administratifs, dont copie me sera adressée, ainsi qu'au gérant intérimaire de la Trésorerie Générale de la région Bourgogne.

Sont susceptibles d'être concernés les agents chargés des fonctions suivantes :  
Adjoint au Chef de service,  
Chef et adjoint au chef de l'une des unités organiques qui composent le service,  
Responsable de la comptabilité du service.

Article 13 :

L'arrêté préfectoral n° 08-90 BAG du 16 juin 2008 est abrogé.

Article 14 :

Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur régional de l'environnement de Bourgogne par intérim, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au gérant intérimaire de la Trésorerie Générale de la région Bourgogne et aux fonctionnaires intéressés, affiché à la préfecture de région et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région. Une copie de cet arrêté sera adressée à MM les Préfets des régions Centre et Rhône-Alpes.

Fait à Dijon, le 1er septembre 2009

Le Préfet de la région Bourgogne,

Christian de LAVERNEE

## II. Arrêtés DRASS/ARH

ARHB/DDASS71/ 2008- 89  
Arrêté fixant pour l'exercice 2008  
le montant des titres de l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses  
pour la Fondation Hôtel Dieu du Creusot

ARRÊTE

Article 1 :

Les tarifs de prestations applicables aux hospitalisés de la Fondation Hôtel Dieu du Creusot sont modifiés, comme suit :

Code	Discipline	Tarification en EUROS	
		Régime commun	Régime particulier
11	Médecine	972,79 €	
12	Chirurgie	1 155,73 €	
20	Spécialités coûteuses	1 202,44 €	
30	Moyen séjour	452,12 €	
50-53	Hospitalisation jour médecine	1 455,52 €	
90	Hospitalisation jour chirurgie	2 171,38 €	
	Majoration forfaitaire (régime particulier)		40,50 €
	Hospitalisation à temps incomplet SMUR (1/2 heure)	237,52 €	

Article 2 :

Monsieur le secrétaire général de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne, Madame la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales de la Saône et Loire, Monsieur le directeur de la Caisse d'Assurance Maladie pivot de Mâcon, Monsieur le Directeur de l' Hôtel Dieu du Creusot sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Région Bourgogne et de la Saône et Loire.

Fait à Mâcon, *1<sup>er</sup> septembre 2008*  
Le Directeur de l'Agence Régionale  
de l'Hospitalisation de Bourgogne,  
Pour le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation  
de Bourgogne  
Le directeur départemental des affaires et sociales de  
Saône-et-Loire

*Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir auprès de la Commission Interrégionale de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nancy, dans le délai franc d'un mois, par l'établissement à compter de sa notification, par tout requérant à compter de sa publication.*

Arrêté modifiant la composition  
du Conseil d'administration de l'Union de recouvrement  
des cotisations de sécurité sociale et d'allocations  
familiales de Saône-et-Loire

ARRETE

Article 1er : L'article 1er de l'arrêté préfectoral susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

- M. Olivier GRANDBOUCHE est nommé en qualité de suppléant, représentant des employeurs sur désignation de l'Union professionnelle artisanale en remplacement de M. Louis NUGUE.

Article 2 : Toutes les autres dispositions de l'arrêté préfectoral du 11 octobre 2006 complété demeurent inchangées.

Article 3 : Le Secrétaire général pour les affaires régionales, le Préfet de Saône-et-Loire et le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Bourgogne et à celui de la Préfecture du Département de Saône-et-Loire.

Fait à Dijon, le 30 JUILLET 2008

Pour le Préfet et par délégation,  
Le Directeur régional  
des affaires sanitaires et sociales

Patrice RICHARD

Arrêté complétant la Composition du Conseil d'administration  
de la Caisse régionale de la sécurité sociale  
dans les mines du Centre-Est

ARRETE

Article 1er : La composition du conseil d'administration de la Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines du centre-est précisée par arrêté du 9 mars 2007 modifié est complétée comme suit :

Siégeant avec voix consultative

En tant que représentant de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Titulaire :

- Mme Monique AUGE

Suppléant :

- M. Julien FROMENT-GODIN

En tant que représentant de la Caisse primaire d'assurance maladie de Saône-et-Loire, caisse dans le ressort de laquelle la Caisse régionale a son siège :

Titulaire :

- M. Jean-Pierre EMORINE

Suppléant :

- M. Pierre GARNIER

Article 2 : Toutes les autres dispositions de l'arrêté préfectoral du 9 mars 2007 modifié demeurent inchangées ;

Article 3 : Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales de Bourgogne, le Préfet de la Région de Rhône-Alpes, les Secrétaires Généraux des départements de la Côte - d' Or et du Rhône, les Préfets des départements de l'Ain, la Drôme, l'Isère, du Jura, la Nièvre, de Saône-et-Loire, la Savoie, la Haute-Savoie et l'Yonne, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des Préfectures des Régions et à celui des Préfectures des départements.

Fait à Dijon, le 1er août 2008

Pour le Préfet de la Région Bourgogne,  
et par délégation  
Le Directeur régional des Affaires  
Sanitaires et Sociales

Patrice RICHARD

#### Arrêté n° 2008-01-DE SMS

#### ARRÊTE

Article 1 : le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de la région Bourgogne (PRIAC), pour la période 2008-2012 est arrêté conformément au document joint en annexe qui comprend :

- les priorités interdépartementales par territoire,
- la situation interdépartementale de mise en œuvre des programmations,
- la programmation prévisionnelle des actions prioritaires selon la thématique,
- la valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois
- les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales,
- les tableaux de synthèse des actions,
- l'annexe financière
- les annexes relatives à l'investissement et aux ressources humaines

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie est publié à titre d'information. Il est consultable et téléchargeable sur le site de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales: <http://bourgogne.sante.gouv.fr>.

La version papier du programme est consultable au siège de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne et dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de la Côte d'Or, de la Nièvre, de la Saône et Loire et de l'Yonne.

Article 2 : Les recours contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal administratif de DIJON, rue d'Assas 21000 DIJON, dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 3: Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région Bourgogne, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de la Côte d'Or, de la Nièvre, de la Saône et Loire et de l'Yonne, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures de département.

Fait à Dijon le 1er août 2008

Le Préfet de la région Bourgogne

Christian GALLIARD de LAVERNEE

Arrêté interregion Est / 2008-01  
Arrêté portant schema interregional d'organisation sanitaire de l'interregion Est  
pour la periode 2008-2013

ARRENTENT CONJOINTEMENT

Article 1<sup>er</sup> : Le schéma interrégional d'organisation sanitaire de l'interrégion Est pour la période 2008-2013 et son annexe sont arrêtés tels qu'annexés au présent arrêté.

Article 2 : Les directeurs-adjoints des agences régionales de l'hospitalisation d'Alsace, de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté et de Lorraine, et le secrétaire général de l'agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne, sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux Recueils des Actes Administratifs des préfectures des régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine.

Fait à Nancy, le 23 juin 2008

Le directeur de l'Agence  
Régionale  
de l'Hospitalisation d'Alsace,  
André AOUN

Le directeur de l'Agence  
Régionale  
de l'Hospitalisation de  
Bourgogne,  
Olivier BOYER

Le directeur de l'Agence Régionale  
de l'Hospitalisation de Champagne-  
Ardenne,  
Gilles DE LACAUSSADE

Le directeur de l'Agence Régionale  
de l'Hospitalisation de Franche-Comté,  
Patrice BLEMONT

Le directeur de l'Agence Régionale  
de l'Hospitalisation de Lorraine,  
Jean-Yves GRALL

Un recours peut être exercé contre cet arrêté dans les deux mois suivant la date de publication, soit à titre gracieux, auprès des directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation d'Alsace, de Bourgogne, de Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine, soit à titre hiérarchique, auprès du ministre chargé de la santé (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins), soit à titre contentieux, y compris en référé, devant les tribunaux administratifs de Strasbourg, Dijon, Chalons en Champagne, Besançon et Nancy. Le recours gracieux ne conserve pas le délai des autres recours.

Arrêté : ARHB/2008-179  
portant désignation de Monsieur Eric POIROT,  
secrétaire général du syndicat interhospitalier  
de Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire),  
en qualité de directeur par intérim du centre de long séjour de Luzy (Nièvre)

ARRETE

Article 1 : Monsieur Eric POIROT, secrétaire général du syndicat inter hospitalier de Montceau-les-Mines, est chargé de l'intérim de direction du Centre de Long Séjour de Luzy à compter du 18 août 2008.

Article 2 : Monsieur POIROT percevra à ce titre l'indemnité d'intérim prévue à l'article 5 du décret n° 2007-1938 du 26 décembre 2007 susvisé.

Article 3 : Le Secrétaire général de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nièvre, le Président du Conseil d'Administration du Centre de Long Séjour de Luzy, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Nièvre.

Fait à Dijon, le 18 août 2008  
Le directeur de l'agence régionale  
de l'hospitalisation de Bourgogne

Olivier BOYER

*Un recours peut être exercé contre cette décision dans les deux mois suivant la date de publication, soit à titre gracieux, auprès du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne, soit à titre hiérarchique, auprès du ministre chargé de la santé, soit à titre contentieux, y compris en référé, devant le tribunal administratif de Dijon. Le recours gracieux ne conserve pas le délai des autres recours.*

Arrêté : ARHB/2008-180  
portant autorisation de transfert de la pharmacie à usage intérieur  
de la clinique Paul Picquet à Sens (Yonne)

ARRETE

Article 1<sup>er</sup> : Le transfert de la pharmacie à usage intérieur de la clinique Paul Picquet est autorisé afin d'être implantée dans les nouveaux locaux construits à cet effet sur le site de sainte Béate, 12 rue Pierre Castets 89100 Sens, sur les emplacements mentionnés dans le dossier de demande.

Article 2 : La pharmacie à usage intérieur de la clinique Paul Picquet est autorisée à assurer les activités suivantes :

- a) activités de base :
- gestion, approvisionnement et dispensation des médicaments, produits ou objets du monopole pharmaceutique ainsi que les dispositifs médicaux stériles,
  - réalisation des préparations magistrales,
  - division des produits officinaux.
- b) activité optionnelle :
- La stérilisation des dispositifs médicaux dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'article L6111-1 du code de la santé publique.

Article 3 : La présente autorisation reste accordée sous le numéro de licence 89 # 00100 dans le cadre du format adapté à la nouvelle version apportée par l'application « PHAR » pour les numéros identifiant nationaux.

Article 4 : Le secrétaire général de l'agence régionale de d'hospitalisation de Bourgogne, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de l'Yonne, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Bourgogne et de la préfecture de l'Yonne.

Fait à Dijon, le 22 août 2008

Le directeur de l'agence régionale  
de l'hospitalisation de Bourgogne

Olivier BOYER

*Un recours peut être exercé contre cette décision dans les deux mois suivant la date de publication, soit à titre gracieux, auprès du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne, soit à titre hiérarchique, auprès du ministre chargé de la santé, soit à titre contentieux, y compris en référé, devant le tribunal administratif de Dijon. Le recours gracieux ne conserve pas le délai des autres recours.*

Arrêté modificatif  
portant nomination des assesseurs des Sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux  
de Bourgogne des Ordres des Médecins, des Chirurgiens-Dentistes et des Pharmaciens

Arrête

Article 1 : L'article 1 paragraphe 1 b) de l'arrêté du 3 mars 1997 modifié est modifié comme suit :

Sont nommés assesseurs de la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de Bourgogne de l'Ordre des médecins :

- en qualité de représentants des organismes d'assurance maladie :

b) sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants

Titulaire

M. le Docteur MENU  
Médecin coordonateur régional  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Bourgogne  
14 rue Félix Trutat  
21046 DIJON CEDEX

Suppléants

M. le Docteur Jean-Louis RICARD  
Médecin conseil régional  
RSI -Bourgogne  
41 rue de Mulhouse  
BP 97803  
21079 DIJON CEDEX

Mme le Docteur SALFATI  
Médecin conseil  
RSI -Bourgogne  
34 rue des Parpas  
71407 AUTUN CEDEX

Mme le Docteur GRESSE  
Médecin chef  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Saône-et-Loire  
46 rue de Paris  
71023 MACON CEDEX

Mme le Docteur CHAUVEL  
Médecin conseil  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Bourgogne  
14 rue Félix Trutat  
21046 DIJON CEDEX

Mme le Docteur MALBRAND

Médecin conseil  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole  
Place du champ de foire  
58017 NEVERS

Article 2 : l'article 2 paragraphe 1 b) de l'arrêté du 3 mars 1997 modifié est modifié comme suit :

Sont nommés assesseurs de la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de Bourgogne de l'Ordre des chirurgiens-dentistes :

- en qualité de représentants des organismes d'assurance maladie :

b) sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants

Titulaire

Suppléants

Mme le Docteur Marie HAUTOIS  
Dentiste conseil  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Bourgogne  
14 rue Félix Trutat  
21046 DIJON CEDEX

Mme le Docteur BALITEAU  
Dentiste conseil  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Saône-et-Loire  
46 rue de Paris  
71023 MACON CEDEX

M. le Docteur DROMPT  
Dentiste conseil  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Saône-et-Loire  
46 rue de Paris  
71023 MACON CEDEX

M. le Docteur Jean-Louis RICARD  
Médecin conseil régional  
RSI -Bourgogne  
41 rue de Mulhouse  
BP 97803  
21079 DIJON CEDEX

Mme le Docteur GRESSE  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Saône-et-Loire  
46 rue de Paris  
71023 MACON CEDEX

M. le Docteur MENU  
Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Bourgogne  
14 rue Félix Trutat  
21046 DIJON CEDEX

Article 3 : l'article 3 paragraphe 1 a) de l'arrêté du 3 mars 1997 modifié est modifié comme suit :

Sont nommés assesseurs de la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de Bourgogne de l'Ordre des pharmaciens :

1) en qualité de représentants des organismes d'assurance maladie :

2. désignés par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bourgogne Franche-Comté

Titulaire

Suppléants

M. le Docteur Bernard HUCHET  
Pharmacien conseil chargé d'attribution technique

Mme le Docteur Marie-Odile PROY  
Pharmacien conseil

CNAMTS  
Direction régionale du service médical Bourgogne  
Franche-Comté  
38 rue de Cracovie  
BP 67515  
21075 DIJON CEDEX

CNAMTS  
Direction régionale du service médical Bourgogne  
Franche-Comté  
Échelon local du service médical de Dijon  
Bâtiment Atrium  
6 place des Savoirs  
BP 16530  
21065 DIJON CEDEX

Mme le Docteur Christiane DUVERNAY  
Pharmacien conseil  
CNAMTS  
Direction régionale du service médical Bourgogne  
Franche-Comté  
Échelon local du service médical de Mâcon  
87 rue de Paris  
BP 4015  
71040 MACON CEDEX 9

Article 4 : Toutes les autres dispositions de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1997 modifié demeurent inchangées.

Article 5 : Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, le Chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricole sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Dijon, le 18 juillet 2008  
Pour le Préfet de la Région Bourgogne et par délégation,  
Le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales,

Patrice RICHARD

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE DIJON

A R R Ê T E

ARTICLE 1er : En cas d'absence ou d'empêchement de Mademoiselle Michèle RABAIN, Chef de la Division de l'Organisation Scolaire de l'Enseignement Supérieur et de l'Enseignement Privé, , délégation de signature est donnée à Monsieur Gérard MARIN, chef de division adjoint à la Division de l'Organisation Scolaire de l'Enseignement Supérieur et de l'Enseignement Privé, à l'effet de signer :

1 – Les décomptes, pièces justificatives, documents comptables relatifs à la carrière, à la gestion des traitements et indemnités des maîtres de l'enseignement privé du 2nd degré relevant d'unités opérationnelles du budget opérationnel de programme central « enseignement scolaire privé des 1er et 2nd degrés » ;

2 - Les décisions, actes, décomptes, pièces justificatives, documents comptables relatifs :

- aux aides accordées aux étudiants et relevant de l'unité opérationnelle du budget opérationnel de programme central « Vie de l'étudiant » ;

- aux allocations relevant de l'unité opérationnelle du budget opérationnel de programme central  
« Orientation et pilotage de la recherche » et « Formation et recherche universitaire » ;

- à la mission générale d'insertion relevant du budget opérationnel de programme « Enseignement scolaire public 2nd degré ».

ARTICLE 2 :Le Secrétaire général de l'Académie de DIJON et le Secrétaire général pour les affaires régionales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Dijon, le 1er septembre 2008

Signé

Le Recteur,

Florence LEGROS

### III. Divers

#### Direction régionale de l'équipement de Bourgogne

#### ARRÊTE

Article 1 : La commission régionale des sanctions administratives prévue aux articles 25 et 32 du décret n° 84-139 du 24 février 1984 modifié, présidée par un magistrat de l'ordre administratif, comprend :

- quatre représentants des entreprises concourant à l'activité de transport dans la région,
- quatre représentants des salariés des entreprises concourant à l'activité de transport dans la région,
- quatre représentants de l'Etat,
- quatre représentants des usagers des transports,

nommés pour la durée de leur mandat.

Article 2 : Sauf pour les demandes relatives à des questions communes, la commission délibère, soit en formation transport de personnes, soit en formation transport de marchandises où siègent deux représentants pour chacune des catégories énumérées à l'article 1.

Article 3 : La commission régionale des sanctions administratives est composée comme suit :

#### PRESIDENTE

Mme Patricia THOMAS  
Premier Conseiller de Tribunal administratif  
22, rue d'Assas  
21000 DIJON

#### Suppléante

Mme Fleur MICHEL  
Premier Conseiller de Tribunal Administratif  
22, rue d'Assas  
21000 DIJON

#### MEMBRES TITULAIRES

- M. Raymond CORDIER  
Transports Cordier  
BP 30  
21120 IS SUR TILLE
- M. Frédéric CHARBON  
RAVE Développement  
Technopole Coriolis  
Rue d'Alembert  
71210 TORCY
- M. Gérard ALAINE  
Transports ALAINE  
Rue de la Grosne - BP 2039  
71020 MACON Cedex

#### MEMBRES SUPPLEANTS

- M. Alain CHERVIER  
SAS CHEVRIER  
ZI  
71170 CHAUFFAILLES  
FNTR
- M. Christophe CHARBONNIER  
Transports PICQ et CHARBONNIER  
Rue Auxerroise  
89800 CHABLIS  
TLF
- M. Georges GRENIER  
Transports G.R.G.  
Rue Maison Dieu - Zone Artisanale  
21120 FIXIN  
FNTR

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Stéphane STEPIEN<br/>Cars STEPIEN<br/>19, rue Labaune Rozelay<br/>71420 CIRY LE NOBLE</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme Brigitte GUICHARD<br/>Rapides de Saône et Loire<br/>3, rue de Fontenotte<br/>89000 AUXERRE</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>FNTV</li> </ul> |
|--|--|--|

MEMBRES TITULAIRES

MEMBRES SUPPLEANTS

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Frédéric CHEVALLIER<br/>1, rue Rosa Parks<br/>21300 CHENOVE</li> <li>- M. Patrick LESAQUE<br/>6 rue Montaud<br/>71200 LE CREUSOT</li> <li>- M. Christian MAUCHANT<br/>34, rue de la Verne Colombey<br/>71370 OUROUX SUR SAONE</li> <li>- M. Pascal PETITBOULANGER<br/>20, rue des Véroniques<br/>21600 LONGVIC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Philippe MEUNIER<br/>3, rue du Cheffin<br/>21250 SEURRE</li> <li>- M. Dominique JACQUESSON<br/>Le Grenouillat<br/>Route de Saint Eugène<br/>71410 SANVIGNES LES MINES</li> <li>- M. Daniel CHARLOT<br/>Domaine de Cheney<br/>89700 CHENEY</li> <li>- M. Bernard SAUVAGET<br/>1 impasse Crébillon<br/>21160 MARSANNAY LA COTE</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CFDT</li> <li>CGT</li> <li>CFDT</li> <li>FO</li> </ul> |
|---|---|---|

- M. le Directeur Régional de l'Équipement ou son représentant
- M. le Directeur Régional du Travail – Transports ou son représentant
- M. le Directeur Régional de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes ou son représentant
- M. le Directeur Régional de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement ou son représentant

MEMBRES TITULAIRES

MEMBRES SUPPLEANTS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Edouard PIHET<br/>SEB<br/>Rue La Patenée<br/>21260 SELONGEY</li> <li>- M. Bernard ECHALIER<br/>Membre de la CCI de Saône et Loire<br/>SA LA FONDERIE CHAROLLAISE<br/>La Framboise<br/>71420 GENELARD</li> <li>- M. Gérard MEHU<br/>7, rue des Capucins<br/>58800 CORBIGNY</li> <li>- M. Jean-Paul GUIGUE<br/>23, rue des Joncs Salés<br/>71510 SAINT-LEGER-SUR-DHEUNE</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. François BISCH<br/>61, rue du Transvaal<br/>21000 DIJON</li> <li>- Mme Marie-Hélène JUILLARD<br/>CRCI Bourgogne<br/>Place des Nations Unies<br/>BP 87009<br/>21070 DIJON Cedex</li> <li>- M. Pascal DUBOIS<br/>26, Grande Rue<br/>89420 ST ANDRE EN TERRE PLAINE</li> <li>- M. Alain MORINO-ROS<br/>21 C, rue de la Chaumière<br/>21240 TALANT</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ASLOG</li> <li>CRCI</li> <li>CRMA</li> <li>FNAUT</li> </ul> |
|--|---|--|

Article 4 : La formation Transport de marchandises est composée comme suit :

- deux représentants des entreprises concourant à l'activité de transport dans la Région
- deux représentants des salariés
- deux représentants des usagers

suivant convocation de Mme la Présidente.

Pour l'examen des dossiers relatifs aux commissionnaires de transport, la formation "Transport routier de Marchandises" sera complétée par deux représentants des commissionnaires de transport désignés par les organisations professionnelles.

Article 5 : La formation Transport de personnes est composée comme suit :

- deux représentants des entreprises concourant à l'activité de transport dans la Région
- deux représentants des salariés
- deux représentants des usagers

suivant convocation de Mme la Présidente.

Article 6 : Tout membre ayant perdu la qualité en raison de laquelle il a été désigné, cesse de plein droit d'appartenir à la commission régionale des sanctions administratives. Il est remplacé pour la durée du mandat restant à courir par un membre suppléant. Il en est de même en cas de décès ou de démission.

Article 7 : L'arrêté préfectoral du 1er avril 2005, portant nomination à la commission régionale des sanctions administratives est abrogé.

Article 8 : Le secrétariat de la commission régionale des sanctions administratives est assuré par la Direction Régionale de l'Équipement.

Article 9 : Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Dijon, le 15 juillet 2008  
Le Préfet de la région Bourgogne,  
Christian de LAVERNEE

Arrêté portant renouvellement des membres de la Commission Consultative Régionale  
pour la délivrance des attestations de capacité professionnelle  
et les justificatifs de capacité professionnelle relatifs à l'exercice de certaines professions  
liées au transport public routier

ARRÊTE

Article 1 : La composition de la Commission Consultative Régionale de Bourgogne pour la délivrance des attestations de capacité professionnelle et des justificatifs de capacité professionnelle visée ci-dessus est fixée ainsi qu'il suit :

a) Membres des services extérieurs du Ministère chargé des Transports

- le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne ou son représentant, Président
- le Directeur Régional du Travail des Transports chargé de la Région de Bourgogne ou son représentant

b) Représentants des organismes de formation professionnelle liés par une convention avec le ministre chargé des Transports

Titulaires

Suppléants

Mme Isabelle BROSSE  
Délégation Régionale AFT-IFTIM  
Rue de l'Ingénieur Bertin  
21600 LONGVIC

M. Marc DESCOMBIN  
Trps Descombin Distribution  
Rue des Champs Fleuris  
71150 CHAGNY

M. Thierry DURANSON  
Directeur AFT Formation Continue  
Rue de l'Ingénieur Bertin  
21600 LONGVIC

M. Sylvain SANCHEZ  
18, rue Malraux  
21000 DIJON

c) Représentants des organisations professionnelles de transporteurs publics routiers de marchandises ou de loueurs de véhicules industriels

M. Alain CHERVIER  
Transports CHERVIER  
Route de Charlieu  
71170 CHAUFFAILLES

M Marc VERNAY  
Transports PIROUELLE  
CD 146 - Malay  
89100 SENS

Mme Pascale FLEURY  
Transports RAVE SA  
Route de Digoïn  
71130 GUEUGNON

M. Frédéric CHARBON  
TJR Management  
Technopôle Coriollis  
71210 TORCY

d) Représentants des organisations professionnelles de transporteurs publics routiers de personnes

M. Stéphane STEPIEN  
Autocars STEPIEN  
19, rue Labaume – ROZELAY  
71420 CIRY-LE-NOBLE

Mme Aline MORANCHO  
RSL  
rue Antonin Richard – BP 317  
71108 CHALON-s-SAONE Cedex

M. Sébastien MERCURE  
CARIANE-AMCO  
BP 37414  
21074 DIJON Cedex

M. Jean-Christophe MERCUSOT  
TRANSMONTAGNE  
22, rue du Vieux Château  
21540 SOMBERNON

e) Représentants des organisations professionnelles de commissionnaires de transport

M. Raymond CORDIER  
Transports CORDIER  
Rue de Châtillon – BP 45  
21120 IS SUR TILLE

M. Michel BEAUNEE  
Transports CHARRIIER  
44, route des Feuillats, BP 56  
58300 DECIZE

M. Georges GRENIER  
PDG des Transports GRG  
Zone Artisanale  
21220 FIXIN

M. Gérard ALAINE  
Transports ALAINE  
rue de la Grosne - BP 2039  
71020 MACON Cedex 9

Article 2 : Le Président et les membres de la Commission Consultative Régionale sont nommés pour 3 ans.

Article 3 : Le Secrétariat est assuré par la Direction Régionale de l'Équipement.

Article 4 : L'arrêté préfectoral du 1<sup>er</sup> juin 2006 est abrogé.

Article 5 : M. le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et M. le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Région de Bourgogne.

Fait à Dijon, le 30 juillet 2008

Le Préfet de la Région Bourgogne,

Christian de LAVERNEE

Arrêté n° 2008 – AG 07 relatif à l'agrément du centre de formation FORGET  
Formation habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue  
des conducteurs du transport routier public de voyageurs

ARRÊTE

Article 1 : le centre FORGET Formation à CHALON SUR SAONE (71100) – Avenue de l'Europe – ZAC de la Thalie est agréé jusqu'au 10 septembre 2013 à dispenser la formation initiale minimum obligatoire, la formation continue obligatoire et les formations passerelles des conducteurs du transport routier de voyageurs. L'utilisation des antennes régionales Forget Formation fonctionnant avec le centre principal est autorisée, à l'exclusion de tout autre; les antennes sont les suivantes :

- 2, rue de Madrid – ZI des Macherins – 89470 MONETEAU,
- 5, rue de Skopje - ZI Nord Marché de Gros – 21000 DIJON.

Article 2 : Les formations dispensées devront être conformes aux programmes et modalités de mise en oeuvre définis dans les annexes II, II bis et II ter de l'arrêté du 3 janvier 2008;

Article 3 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à transmettre chaque année à la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne avant le 31 janvier de l'année suivante, un bilan des formations réalisées au cours de l'année.

Article 4 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à informer la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne, dans les plus brefs délais, de tout élément de nature à modifier les moyens mis en oeuvre dont il a été fait état lors de la demande d'agrément en terme de moyens humains et/ou matériels.

En cas de non respect des dispositions du présent arrêté, d'agissements non conformes ou de cessation d'activité, l'agrément peut être suspendu ou retiré par décision motivée à l'issue d'une procédure contradictoire.

Article 5 : M. le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et M. le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Région de Bourgogne.

Fait à Dijon, le 6 août 2008

Pour le Préfet de la Région Bourgogne,  
par délégation,  
Pour le Directeur Régional de l'Équipement,  
l'Adjoint au Directeur,  
B. BOSQUET

Arrêté n° 2008- AG 05 relatif à l'agrément du centre de formation C.F.C.R. BENOIT  
habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue  
des conducteurs du transport routier public de voyageurs

ARRÊTE :

Article 1 : Le C.F.C.R. BENOIT à LOUHANS (71500) – Allée Pierre et Marie Curie – ZA de l' Aupretin est agréé jusqu'au 10 septembre 2013 à dispenser la formation initiale minimum obligatoire, la formation continue obligatoire et les formations passerelles des conducteurs du transport routier de voyageurs.

Article 2 : Les formations dispensées devront être conformes aux programmes et modalités de mise en oeuvre définis dans les annexes II, II bis et II ter de l'arrêté ministériel du 3 janvier 2008;

Article 3 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à transmettre chaque année à la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne avant le 31 janvier de l'année suivante, un bilan des formations réalisées au cours de l'année.

Article 4 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à informer la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne, dans les plus brefs délais, de tout élément de nature à modifier les moyens mis en oeuvre dont il a été fait état lors de la demande d'agrément en terme de moyens humains et/ou matériels. En cas de non respect des dispositions du présent arrêté, d'agissements non conformes ou de cessation d'activité, l'agrément peut être suspendu ou retiré par décision motivée à l'issue d'une procédure contradictoire.

Article 5 : M. le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et M. le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Région de Bourgogne.

Fait à Dijon, le 6 août 2008

Pour le Préfet de la Région Bourgogne,  
par délégation,  
Pour le Directeur Régional de l'Équipement,  
l'Adjoint au Directeur,  
B. BOSQUET

Arrêté n° 2008.AG 06 relatif à l'agrément du centre de formation AFT-TIM  
habilité à dispenser la formation professionnelle initiale et continue  
des conducteurs du transport routier public de voyageurs

**ARRÊTE**

Article 1 : Le centre AFT Formation Professionnelle à LONGVIC (21600) ZI – 17 rue de l'ingénieur Bertin est agréé jusqu'au 10 septembre 2013 à dispenser la formation initiale minimum obligatoire, la formation continue obligatoire et les formations passerelles des conducteurs du transport routier de voyageurs. L'utilisation des antennes régionales fonctionnant avec le centre principal est autorisée, à l'exclusion de tout autre; les antennes sont les suivantes :

- ZI – 13, rue Plaine des Isles – 89000 Auxerre,
- ZI des Bletterys – 71350 Champforgeuil,
- Lycée Professionnel Pierre Bérégovoy – 56, rue Gambetta – 58600 Fourchambaut
- Transports Grégoire Galliard – ZI des Vaugillettes – 89100 Sens
- Centre AFPA – Route de Sermoise – 58000 Nevers

Article 2 : Les formations dispensées devront être conformes aux programmes et modalités de mise en oeuvre définis dans les annexes II, II bis et II ter de l'arrêté ministériel du 3 janvier 2008.

Article 3 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à transmettre chaque année à la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne avant le 31 janvier de l'année suivante, un bilan des formations réalisées au cours de l'année.

Article 4 : Le responsable de l'établissement principal du centre agréé par le présent arrêté s'engage à informer la Direction Régionale de l'Équipement de Bourgogne, dans les plus brefs délais, de tout élément de nature à modifier les moyens mis en oeuvre dont il a été fait état lors de la demande d'agrément en terme de moyens humains et/ou matériels.

En cas de non respect des dispositions du présent arrêté, d'agissements non conformes ou de cessation d'activité, l'agrément peut être suspendu ou retiré par décision motivée à l'issue d'une procédure contradictoire.

Article 5 : M. le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et M. le Directeur Régional de l'Équipement de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Région de Bourgogne.

Fait à Dijon, le 6 août 2008

Pour le Préfet de la Région Bourgogne,  
par délégation,  
Pour le Directeur Régional de l'Équipement  
l'Adjoint au Directeur,  
B. BOSQUET

Ministère de la Justice  
Direction de l'administration pénitentiaire  
Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon

Arrêté du 12 août 2008  
N° 08 /08 portant subdélégation de signature aux chefs d'établissements  
pénitentiaires et de service pénitentiaire d'insertion et de probation

ARRETE

Section I : Compétence en matière d'ordonnateur secondaire  
du BOP régional 107 – administration pénitentiaire

Article 1 : subdélégation permanente de signature est donnée aux chefs d'établissements pénitentiaires et aux directeurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation du ressort de la DISP de Dijon pour l'exécution des dépenses et des recettes relatives à l'établissement ou au service dont ils ont la charge dans la limite des crédits de fonctionnement et d'intervention qui leur sont alloués et hors marchés publics.

Article 2 : demeurent réservés à ma signature toutes décisions financières d'un montant supérieur à 400 euros.

Article 3 : les chefs d'établissement et les directeurs de service pénitentiaire d'insertion et de probation qui reçoivent cette présente subdélégation sont visés au tableau annexé.

Section II : Compétence en matière d'ordonnateur secondaire du compte de commerce  
"cantine et travail des détenus dans le cadre pénitentiaire" et de leurs délégués

Article 4 : subdélégation permanente de signature est donnée aux chefs d'établissements pénitentiaires de la DISP de Dijon pour l'exécution des dépenses et des recettes relatives à l'établissement dont ils ont la charge.

Article 5 : en cas d'absence ou d'empêchement des responsables cités aux articles 3 et 4, la subdélégation est donnée à leurs adjoints listés dans le tableau annexé.

Article 6 : toutes dispositions antérieures à la présente décision sont abrogées.

Fait à Dijon le 12 août 2008

Le Directeur Interrégional,

Philippe PEYRON

ANNEXE 1  
à l'arrêté du 12 août 2008  
N° 08 /08 portant subdélégation de signature aux chefs d'établissements  
pénitentiaires et de service pénitentiaire d'insertion et de probation

Etablissement ou service	Chef d'établissement ou du service	Adjoint
<u>Maison d'Arrêt de</u>		
Auxerre	LENEN Pierrick	COUTENAY Patrice
Belfort	DIJOUX Patrick	ZERROUGUI Kamel
Besançon	LAGIER Karine	DAUTRY Anne-Laure
Châlons-en-Champagne	SEBA Mohamed	BOUCHARD Fanny
Charleville Mézières	SIKOUK Fouaâd	ROGERAT Frédéric
Chaumont	DANGREAU Pascal	DOUIEB Aimé
Dijon	WILLEMONT Daniel	BEDU-SEYS Aurélie
Lons-le-Saunier	BAUDOIN Régis	BOUDJEMA Lynda
Lure	LAURENT Christophe	PELLOUARD Didier
Montbéliard	LEBRETON Dabia	KOCH Daniel
Nevers	FRANCAIS Philippe	MOROT Fabrice
Reims	BIGAYON Joël	IACCARINO Antonio
Troyes	RAZAKA Honorat	HABY Philippe
Vesoul	KRZAK Claude	BOUCQUEY Jean-Louis
<u>Centre de Semi-Liberté de</u>		
Besançon	MOINE Jean-Marc	GUILLEMAILLE Hervé
<u>Centre Pénitentiaire de</u>		
Clairvaux	BLANC Gilbert	LINARES Franck
Joux-la-Ville	REVERBERI Eugène	LACOMBRE Renaud
Varennes-le-Grand	POMPIGNE Alain	DREVET Claire
<u>Centre de Détention de</u>		
Villenauxe-la-Grande	BRETON André	COUSSON Laurent
<i>Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation</i>		
Ardennes	THUOT Jean-Marie	MEUNIER Véronique
Aube & Haute-Marne	CRESSOT Christophe	ELIA Luciano
Côte d'Or	THEOLEYRE Laurent	ROCHETTE Patrice
Doubs et Jura	BIANCHI Martine	GRANDCLEMENT Martine
Marne	DELABRE Nadine	MOHIN Pascal
Nièvre	BERTRAND Gilles	LECOIN Cécile
Saône et Loire	MONIN Serge	
Territoire de Belfort & Haute-Saône	LIGIER Jean-Marie	FRIEDERICH Marcel
Yonne	GUILLEMAIN Elisabeth	LAMBERT Florence

arrêté portant renouvellement de la commission régionale  
des aides de l'agence de l'environnement et de la  
maîtrise de l'énergie de bourgogne

**ARRÊTE**

Article 1 :

La commission régionale des aides de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie en Bourgogne est constituée ainsi qu'il suit :

- le Délégué régional de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, Président
- le Secrétaire général pour les affaires régionales ou son représentant
- le Trésorier Payeur général de la région de Bourgogne ou son représentant
- le Directeur régional de l'industrie, de la recherche et de l'environnement ou son représentant
- le Directeur régional de l'environnement ou son représentant
- le Directeur régional de l'agriculture et de la forêt ou son représentant
- le Directeur régional de l'équipement ou son représentant
- le Directeur régional des affaires sanitaires sociales ou son représentant
- le Délégué régional à la recherche et à la technologie ou son représentant
- en tant que personnalités qualifiées :

Hervé BONNAVAUD, Professeur d'université en retraite, membre du CESR, trésorier d'Alterre et secrétaire général de la Fédération Nationale des Jardins Familiaux.

Régis DICK, Directeur d'Alterre (Agence régionale pour l'environnement et le développement soutenable en Bourgogne).

Sébastien APPERT, Directeur de la Maison de l'Environnement et de l'Architecture de Dijon.

Gérard DREXLER, Cadre de GDF en retraite, Président de l'Association Technique Energie Environnement (ATEE).

François MATHEY, Professeur certifié de l'enseignement agricole, membre du bureau de Bourgogne Energies Renouvelables (BER).

Pierre GUILLE, Cadre DRIRE en retraite, président de l'UFC Que Choisir de Côte d'Or.

Assistent en outre, avec voix consultative, aux séances de la commission :

- le Délégué régional de l'Agence nationale pour la valorisation de la recherche ou son représentant
- le Directeur de l'Agence financière de bassin Seine-Normandie ou son représentant
- le Directeur de l'Agence financière de bassin Rhône-Méditerranée-Corse ou son représentant
- le Directeur de l'agence financière de bassin Loire-Bretagne ou son représentant.

Article 2 :

La durée du mandat des personnalités qualifiées est de trois ans à compter de la date du présent arrêté.

Article 3 :

Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées.

Article 4 :

Monsieur le Délégué régional de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie et Monsieur le Secrétaire général pour les affaires régionales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Dijon, le 4 septembre

Le Préfet de la région Bourgogne,

Christian de LAVERNEE

Rectorat de l'académie de Dijon  
arrêté portant délégation de signature a M.Marin

A R R Ê T E

ARTICLE 1er :

:En cas d'absence ou d'empêchement de Mademoiselle Michèle RABAIN, Chef de la Division de l'Organisation Scolaire de l'Enseignement Supérieur et de l'Enseignement Privé, , délégation de signature est donnée à Monsieur Gérard MARIN, chef de division adjoint à la Division de l'Organisation Scolaire de l'Enseignement Supérieur et de l'Enseignement Privé, à l'effet de signer :

1 – Les décomptes, pièces justificatives, documents comptables relatifs à la carrière, à la gestion des traitements et indemnités des maîtres de l'enseignement privé du 2nd degré relevant d'unités opérationnelles du budget opérationnel de programme central « enseignement scolaire privé des 1er et 2nd degrés » ;

2 - Les décisions, actes, décomptes, pièces justificatives, documents comptables relatifs :

- aux aides accordées aux étudiants et relevant de l'unité opérationnelle du budget opérationnel de programme central « Vie de l'étudiant » ;
- aux allocations relevant de l'unité opérationnelle du budget opérationnel de programme central « Orientation et pilotage de la recherche » et « Formation et recherche universitaire » ;
- à la mission générale d'insertion relevant du budget opérationnel de programme « Enseignement scolaire public 2nd degré ».

ARTICLE 2

Le Secrétaire général de l'Académie de DIJON et le Secrétaire général pour les affaires régionales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Dijon, le 1er septembre 2008

Signé  
Le Recteur,  
Florence LEGROS

### III. Annexes

Annexe à l'arrêté interregion Est / 2008-01  
portant schéma interregional d'organisation sanitaire de l'interregion Est  
pour la période 2008-2013



# **SCHEMA INTERREGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE L'INTERREGION EST POUR LA PERIODE 2008/2013**

# SOMMAIRE

Préambule		p 4
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE</b>	<b>LE SIOS : ELEMENTS DE CADRAGE</b>	<b>P 6</b>
CHAPITRE 1	Les références réglementaires relatives au SIOS et à son annexe	p 7
1.1	Le SIOS	p 7
1.2	Le découpage en interrégions	p 8
1.3	Les activités de soins hautement spécialisées soumises à SIOS	p 9
1.4	L'annexe au SIOS	p 11
CHAPITRE 2	La méthodologie d'élaboration du SIOS employée dans l'interrégion Est	p 12
2.1	L'organisation des travaux d'élaboration du SIOS Est	p 12
2.2	Les assises interrégionales du SIOS Est	p 15
2.3	Le traitement des activités de soins de neurochirurgie et de neuroradiologie dans un seul chapitre	p 15
2.4	La méthodologie de calcul des OQOS en volumes	p 16
CHAPITRE 3	Le découpage territorial retenu dans le cadre du SIOS Est	p 17
3.1	Un seul territoire de santé : l'interrégion Est elle-même	p 17
3.2	L'interrégion Est	p 17
CHAPITRE 4	Après la publication du SIOS	p 22
4.1	La procédure de révision des autorisations sanitaires dans le nouveau cadre juridique du SIOS	p 22
4.2	Le projet médical interrégional et les contrats d'objectifs et de moyens	p 23
4.3	La mise en œuvre et l'évaluation du SIOS Est	p 24

**2<sup>ème</sup> PARTIE            LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DE L'OFFRE DE SOINS POUR  
REPENDRE AUX BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION DE  
L'INTERREGION EST DANS LES CINQ ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A  
SIOS** **p 26**

CHAPITRE 5	La chirurgie cardiaque	p 27
5.1	Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est	p 27
5.2	Les objectifs retenus par le SIOS Est	p 42
CHAPITRE 6	La neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	p 47
6.1	Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est	p 47
6.2	Les objectifs retenus par le SIOS Est	p 58
6.3	Le dispositif d'organisation retenu au sein de l'interrégion Est	p 61
CHAPITRE 7	Le traitement des grands Brûlés	p 66
7.1	Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est	p 66
7.2	Les objectifs retenus par le SIOS Est	p 73
CHAPITRE 8	Les greffes d'organes et les prélèvements de cellules hématopoïétiques	p 77
8.1	Les prélèvements	p 79
8.2	Les greffes de reins, pancréas, reins/pancréas	p 83
8.3	Les greffes de foie	p 90
8.4	Les greffes de cœur, poumons, cœur/poumons	P 94
8.5	Les greffes de cellules hématopoïétiques	p 100
8.6	Les thématiques transversales	p 105
ANNEXES TECHNIQUES		p 109

# PREAMBULE

Le Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire pour l'Interrégion Est constitue le premier document officiel et opposable qui concrétise le travail en commun, engagé il y a maintenant plusieurs années, entre les 5 régions du Grand Est, pour les 5 années à venir 2008-2013, et à partir duquel les autorisations sanitaires seront délivrées. Les groupes de régions constituant les interrégions permettent aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de disposer désormais d'un territoire de santé adapté à l'organisation des activités concernées. Ces nouveaux territoires de santé n'ont pas pour vocation de créer un échelon supérieur de décision en matière d'organisation des soins ni d'aboutir à une centralisation de l'offre de soins mais d'établir de nouvelles modalités de collaboration.

Les limites des interrégions ont été définies en fonction des possibilités d'accès aux soins, des ressources d'offre de soins notamment de prise en charge des enfants, des flux de patients déjà observés pour ces activités et des partenariats. Elles correspondent déjà à un certain mode de fonctionnement entre les professionnels de santé, à des réalités et des réalisations concrètes, notamment pour la formation des internes. Le développement d'une offre de soins hautement spécialisée dans l'interrégion Est passe par une identification des structures et des professionnels de cette même interrégion.

Car l'interrégion Est, c'est plus de 8 millions d'habitants sur une superficie de 105 217 m<sup>2</sup>, soit une densité de population de 78 habitants au km<sup>2</sup>, avec de fortes disparités entre les régions. Les habitants de l'interrégion Est représentent 14% de la population française sur 19% du territoire.

Les enjeux de ce schéma sont de permettre au niveau de l'interrégion sanitaire Est :

- L'organisation des activités hautement spécialisées : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, le traitement des grands brûlés, les greffes d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques. Le schéma revêt une importance stratégique pour les régions concernées qui doivent rechercher ensemble la taille critique pour ces activités, qu'il s'agisse de l'organisation des plateaux techniques ou de la constitution d'équipes médicales hyperspécialisées.
  - ↳ Il s'agit d'offrir à la population de l'interrégion Est la palette complète des soins pour ces activités.
  - ↳ Sans pour autant laisser de côté les liens essentiels et importants à formaliser entre les services de régulation et réanimation, les services d'urgences, les services de soins de suite et de réadaptation, tant les liens entre ces services et les 5 activités de soins soumises à SIOS sont forts et étroits.
- L'organisation des activités de recherche et de formation dans les domaines des activités spécialisées notamment par la mise en place de programmes hospitaliers de recherche clinique et la coordination de l'internat et du poste internat.

- La prise en compte de la démographie médicale fragile : l'interrégion est une réponse pour pallier cette difficulté et s'assurer du maintien et de la formation des professionnels hautement qualifiés, de manière à mettre en œuvre les objectifs du SIOS.
- La nécessité d'évaluer les pratiques professionnelles au niveau interrégional dans le cadre de la mise en œuvre du SIOS et de la délivrance des autorisations sanitaires.

Depuis de nombreuses années, les ARH du Grand Est se réunissent régulièrement afin de mettre en commun leurs expériences et partager leurs outils de régulation. Il en est de même pour les CHU/CHR et les facultés de médecine des 5 régions, les CHU/CHR ayant mis en place un groupement de coopération sanitaire, le GCS Grand-Est, dont la convention constitutive vient d'être approuvée par les directeurs des cinq ARH.

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels, des représentants d'usagers, des élus, qui ont participé à l'élaboration de ce SIOS. Le SIOS est une première étape qu'il convient maintenant de mettre en œuvre ensemble et de concrétiser pour garantir à la population et aux usagers de l'interrégion Est une offre de soins de qualité hautement spécialisée. L'interrégion doit devenir une réalité fonctionnelle pour les établissements de santé et leurs équipes, pour les usagers dans leurs choix et leurs modes de prise en charge.

**Les directeurs  
des cinq agences régionales de l'hospitalisation  
de l'Interrégion Est**

# **PREMIERE PARTIE**

## **LE SIOS : ELEMENTS DE CADRAGE**

# CHAPITRE 1

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

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

Les Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire (SIOS) ont pour vocation de mettre en place une organisation des soins adaptée à des activités hautement spécialisées en favorisant la coordination des moyens des régions. Cette nouvelle organisation a pour objectif de mieux répondre aux besoins de soins en assurant une synergie des compétences tout en conservant une bonne accessibilité de la population à l'offre de soins dans les domaines concernés. Ils sont arrêtés par les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation des régions constituant les interrégions, sur lesquelles s'appliquent les SIOS.

Les conditions d'élaboration des SIOS sont prévues aux articles L 6121-1, 2 et 4 du code de la santé publique. L'organisation sanitaire dans le cadre interrégional répond aux mêmes principes que pour les SROS. Le SIOS est fixé par un arrêté cosigné des directeurs d'ARH des régions composant l'interrégion, après avis des comités régionaux d'organisation sanitaire et des commissions exécutives des ARH de chaque région. En ce qui concerne l'activité de greffe, l'agence de biomédecine est consultée pour avis sur le projet de schéma avant son examen par les CROS.

Le SIOS est arrêté pour une durée de cinq ans, mais il peut faire l'objet, à tout moment, d'une révision, dans les mêmes conditions que pour son adoption.

Les SIOS sont construits selon les mêmes principes qui ont guidé les SROS de troisième génération, à savoir :

- une meilleure évaluation des besoins de santé de la population de l'interrégion dans les domaines concernés, ainsi que les modes et les sites de recours aux soins utilisés et notamment les flux de patients entre les régions de l'interrégion et entre les interrégions
- une prise en compte de la nouvelle dimension territoriale qu'est l'interrégion, qui suppose une collaboration forte entre les ARH, la promotion de la coopération inter-établissements, l'identification de filières de soins au sein de l'interrégion
- une association plus étroite des établissements, des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, des sociétés savantes, des représentants des fédérations d'établissements, des élus et des usagers
- une véritable animation au niveau interrégional, sous la forme d'un projet médical interrégional.

#### Textes de référence :

- Ordonnance n°2003-450 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

- Circulaire n°DHOS/O4/2006/97 du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux d'organisation sanitaire

## 1.2 – Le découpage en interrégions (arrêté ministériel du 24 janvier 2006)

Par arrêté ministériel en date du 24 janvier 2006, le territoire français a été découpé en sept groupes de régions constituant les interrégions :

- Antilles-Guyane constituée de la Guyane, de la Guadeloupe et de la Martinique ;
- Est constituée de l'Alsace, la Bourgogne, la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et la Lorraine ;
- Nord-ouest constituée de la Basse-Normandie, de la Haute-Normandie, du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie ;
- Ouest constituée de la Bretagne, du Centre, des Pays de la Loire et du Poitou-Charentes ;
- Sud-Est constituée de l'Auvergne et de Rhône-Alpes ;
- Sud-Méditerranée constituée de la Corse, de la Provence-Alpes-Côte d'Azur et du Languedoc-Roussillon ;
- Sud-Ouest constituée de l'Aquitaine, du Limousin et de Midi-Pyrénées.

La dimension des interrégions permet d'identifier des besoins suffisants pour justifier une offre de soins bien structurée avec un niveau d'activité permettant de garantir la qualité des soins. Ainsi chaque interrégion comprend entre 6 et 11 Millions d'habitants.

Les limites de ces interrégions ont été définies en fonction des possibilités d'accès aux soins, des ressources d'offres de soins (notamment de prise en charge des enfants), des flux de patients déjà observés pour ces activités et des partenariats et coopérations existants. Ont été pris en compte également les liens interrégionaux préexistants dans les domaines des urgences, de la formation ou de la recherche. Ces limites ne doivent cependant pas être un frein à des collaborations entre les interrégions.

Le découpage en 7 interrégions est le même pour les cinq activités de soins concernées par le SIOS, de manière à créer des liens durables et une dynamique de travail entre les ARH, les établissements de santé (notamment les CHU) aussi bien dans les domaines du soin, que de la prévention, de la formation et de la recherche.

Ces nouveaux territoires n'ont pas vocation à créer un échelon supérieur de décision en matière d'organisation des soins, ni d'aboutir à une centralisation de l'offre de soins, mais d'établir de nouvelles complémentarités dans un cadre adapté à la haute technicité des activités de soins concernées par le niveau interrégional. Ils permettent aux ARH de disposer d'un territoire adapté à l'organisation des cinq activités de soins.

### Textes de référence :

- Arrêté du 24 janvier 2006 fixant les groupes de régions prévus à l'article L 6121-4 du code de la santé publique

### 1.3 – Les activités de soins hautement spécialisées soumises à SIOS (décret du 24 janvier 2006)

Font l'objet du SIOS les activités de soins suivantes :

- **la chirurgie cardiaque** : il s'agit de toutes les interventions chirurgicales intra thoraciques portant sur l'appareil cardiovasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation extracorporelle
- **la neurochirurgie** : actes simples tels que la chirurgie des nerfs périphériques et prises en charge plus complexes telles que les tumeurs cérébrales, les traumatismes cérébraux et médullaires, les malformations vasculaires ou cancéreuses, les troubles fonctionnels comme la maladie de Parkinson. La neurochirurgie englobe l'ensemble des actes dont les plus spécialisés qui justifient des conditions particulières par rapport à la chirurgie. Cette partie de la neurochirurgie est caractérisée par des actes opératoires majeurs de durée souvent longue (3 à 4 heures) avec risque vital et fonctionnel, des patients dépendants du fait de leur état neurologique, neuropsychologique ou physiologique et donc la nécessité d'un environnement technique lourd et spécifique.
- **les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie** : elles portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. Elles traitent des maladies vasculaires touchant le système nerveux , principalement les anévrismes intracrâniens, les malformations artério-veineuses, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les sténoses carotidiennes et les fistules durales intracrâniennes et médullaires. Elles prennent en charge en grande partie, en substitution ou en complément, les patients de neurochirurgie. Elles interviennent en urgence dans la phase aiguë des AVC.
- **le traitement des grands brûlés** : les brûlures sont le résultat d'un traumatisme de la peau et de certaines muqueuses voire des tissus sous-jacents par des agents thermiques, chimiques, électriques et par des radiations. Ce sont des lésions dont l'impact initial est cutané mais qui ont des conséquences très diversifiées et de gravité très variable. Elles sont à l'origine d'une réaction locale qui devient générale, lorsque les brûlures sont étendues. Il s'ajoute alors à une lésion locale un retentissement au niveau de tous les grands systèmes de l'organisme et qui exige donc une thérapeutique associée adaptée.
- **les greffes d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques** : le SIOS prend en compte les organes suivants : rein, foie, cœur, poumons, cœur-poumon, pancréas, rein-pancréas. Quelques greffes doivent faire l'objet d'une organisation adaptée, notamment la greffe de l'intestin et les greffes réalisées sur les enfants. Les greffes expérimentales (face, mains, ...) sont exclues du SIOS. Le SIOS concerne également l'activité d'allogreffe de cellules hématopoïétiques : moelle osseuse, sang placentaire ou sang périphérique.

Chacune des cinq activités de soins fait l'objet de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement, définies par décret, une circulaire d'application précisant celles-ci. C'est sur la base de ces références réglementaires que sont élaborés les SIOS et leurs orientations en ce qui concerne l'organisation interrégionale.

Chaque circulaire précise la définition et la spécificité de l'activité de soins concernée, les modalités d'élaboration du SIOS et de son annexe (estimation des besoins, analyse de l'offre de soins, définition des objectifs de l'organisation interrégionale).

Par ailleurs, pour les activités de soins de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, un arrêté ministériel fixe un seuil minimal d'activité par discipline.

Textes de référence :

- Décret n°2006-73 du 24 janvier 2006 relatif aux activités de soins faisant l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire prévu à l'article L 6121-4 du code de la santé publique.
- Décret n° 2006-77 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque
- Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 modifié relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque
- Décret n° 2007-364 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de neurochirurgie
- Décret n° 2007-365 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie
- Décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
- Décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
- Décret n° 2007-1237 du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de traitement des grands brûlés
- Décret n° 2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de traitement des grands brûlés
- Décret n°2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques
- Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques
- Directive européenne 2004-23-CE du 31 mars 2004 relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humaines
- Arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque
- Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie
- Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
- Circulaire n°DHOS/O4/2006/293 du 3 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque
- Circulaire n°DHOS/O4/2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie
- Circulaire n°DHOS/O4/2007/389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

- Circulaire n°DHOS/O4/2007/391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés
- Circulaire n°DHOS/O4/2007/68 du 14 février 2007 relative aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques

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

Tout comme le SROS, le SIOS 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 territoire de santé pour chacune des 5 activités de soins concernées par le SIOS
- Les créations, suppressions d'activités de soins, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui sont précisés par l'annexe au SIOS prévue à l'article L. 6121-2 portent sur les activités de soins faisant l'objet du schéma d'organisation sanitaire mentionnés à l'article L. 6121-1 du code de la santé publique.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins mentionnés à l'article D. 6121-6 sont exprimés, par territoire de santé, en nombre d'implantations pour chacune des cinq activités de soins soumises à SIOS, et en volume (nombre d'actes) pour les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie selon la nomenclature de la CCAM. Ces volumes sont calculés en fonction de l'arrêté ministériel du 8 juin 2005.

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

Pour chacune des 5 activités de soins, l'annexe au SIOS peut prendre en compte des éléments relatifs à l'accessibilité et à la permanence des soins.

##### Textes de références :

- arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L 6121-2, L 6114-2 et L 6122-8 du code de la santé publique et du décret n°2005-76 du 31 janvier relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L 6121-2 du code de la santé publique

## CHAPITRE 2

# LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SIOS EMPLOYEE DANS L'INTERREGION EST

La démarche d'élaboration du SIOS Est, fondée sur la concertation, s'apparente à celle employée pour les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire qui ont été adoptés dans chaque région. Elle a été définie conjointement par les 5 directeurs d'ARH de l'Interrégion Est en juin 2006, début officiel des travaux d'élaboration du SIOS Est.

### 2.1 – L'organisation des travaux d'élaboration du SIOS Est

1. Un **comité de pilotage** du SIOS Est, composé des 5 directeurs d'ARH de l'interrégion, qui a supervisé et validé les différentes étapes et les différents documents. Le comité de pilotage s'est réuni régulièrement, tous les trimestres, dans le cadre de la démarche partenariale initiée depuis plusieurs années entre les 5 ARH, afin de suivre l'évolution des travaux du SIOS.

2. Un **comité opérationnel** chargé d'élaborer le SIOS de l'interrégion Est, animé et coordonné par le secrétaire général de l'ARH de Bourgogne et composé d'un représentant de chaque ARH de l'interrégion Est, désigné par chacun des directeurs d'ARH, ce représentant étant lui-même désigné comme chef de projet SIOS d'une des activités de soins relevant du SIOS.

Ce comité opérationnel du SIOS Est a eu pour missions :

- de coordonner les travaux d'élaboration du SIOS,
- de définir et mettre en œuvre les modalités opérationnelles d'élaboration du SIOS,
- de proposer les lettres de missions des chefs de projets,
- de rédiger le projet de SIOS soumis à consultation après validation par le comité de pilotage,
- d'apporter une assistance méthodologique et technique aux chefs de projets SIOS.

Les membres du comité opérationnel du SIOS Est étaient les suivants :

Docteur Eliane PIQUET, conseiller médical de l'ARH de Lorraine, chef de projet SIOS Est « chirurgie cardiaque »

Docteur Françoise CUNY, conseiller médical de l'ARH d'Alsace, chef de projet SIOS Est « neurochirurgie et Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie »

Docteur Anne PERNET, directeur-adjoint de l'ARH de Champagne-Ardenne, chef de projet SIOS Est « traitement des grands brûlés »

Jacques HOSTEIN, chargé de mission à l'ARH de Franche-Comté, chef de projet SIOS Est « Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques »

Céline PEREIRA, chargée de mission à l'ARH Champagne-Ardenne, chargée de l'analyse et du traitement des données PMSI de l'interrégion

Michel BENARD, conseiller organisation des soins à l'ARH de Bourgogne, chargé de la rédaction du SIOS Est

Didier JAFFRE, secrétaire général de l'ARH de Bourgogne, animateur et secrétaire du comité opérationnel SIOS Est

Ce comité opérationnel du SIOS Est a été installé à Strasbourg le 12 juillet 2006 et s'est réuni 10 fois, afin de faire le point sur l'état d'avancement des travaux. Chaque chef de projet SIOS Est a reçu une lettre de mission personnalisée cosignée par les cinq directeurs d'ARH et ils ont constitué au premier trimestre 2007 des groupes projets associant les professionnels des établissements de santé pressentis pour participer aux groupes.

3. Des **chefs de projets SIOS Est** sur chacune des activités de soins, désignés par les 5 directeurs d'ARH de l'interrégion Est, membres du comité opérationnel, avec pour mission d'élaborer le contenu du SIOS et de son annexe opposable pour l'activité de soins dont ils avaient la charge.

Les chefs de projet se sont rendus sur chacun des sites actuellement autorisés, ont réalisé et exploité des questionnaires d'évaluation.

Ainsi la chef de projet chirurgie cardiaque s'est rendu sur les 8 sites existants, a rencontré les équipes, sur la base d'un questionnaire pré-établi, qui lui a permis d'apprécier l'état des lieux de l'offre de soins.

La chef de projet neurochirurgie et neuroradiologie s'est rendu sur les 6 sites autorisés, a rencontré les professionnels sur la base également d'un questionnaire.

La chef de projet traitement des grands brûlés a visité les deux sites de l'interrégion. A titre documentaire une visite a été organisée au centre de grands brûlés de l'Hôpital des Armées Percy à Clamart et dans le cadre des coopérations transfrontalières au centre de Ludwigshaffen, en Allemagne. Le centre de Loverval en Belgique avec lequel des coopérations existent également a fait l'objet d'une visite antérieure.

Concernant les greffes, les travaux pour l'élaboration du SIOS Est ont été menés en plusieurs phases :

- dans un premier temps et en concertation avec l'Agence de la biomédecine, service de régulation et d'appui de Nancy, un état des lieux des activités de prélèvements et de greffes a été réalisé. Il comportait un questionnaire permettant à chacun de faire part de ses observations.
- Deux questionnaires spécifiques ont été adressés à chaque équipe de greffes et aux coordinations hospitalières.

4. Des **groupes projets SIOS Est** sur chacune des activités de soins, animés par les chefs de projets SIOS, composés des professionnels de l'Interrégion Est et des représentants des usagers sur chacune des activités de soins concernées.

Ces groupes projets SIOS se sont réunis de février à septembre 2007, trois fois en moyenne chacun, selon des modalités qui leur étaient propres. C'est sur la base de leur travaux qu'ont été élaborées les orientations du SIOS Est 2008-2013.

Le groupe projet chirurgie cardiaque s'est réuni en formation plénière le 11 mai 2007 afin de valider les orientations du SIOS Est.

Le groupe projet neurochirurgie et neuroradiologie s'est réuni deux fois le 16 mars et le 4 mai 2007 ; une réunion spécifique sur la radiochirurgie a été organisée à Reims sur le site de la Clinique de Courlancy le 26 septembre 2007.

Le groupe projet traitement des grands brûlés, constitué des représentants médicaux et administratifs des établissements accueillant actuellement des grands brûlés, des représentants des SAMU et SMUR régionaux, des services de chirurgie accueillant des brûlés sévères, a été réuni 2 fois physiquement et 2 réunions en vision conférence ont également eu lieu.

Afin de permettre une très large concertation des acteurs concernés par le volet « greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques », les réflexions ont été organisées en cinq commissions, animées chacune par un praticien de l'une des régions de l'Interrégion Est :

- Prélèvements : Docteur Véronique REITER-CHENEL (CHU de Reims).
- Greffes de rein, rein-pancréas : Professeuse Christiane MOUSSON (CHU de Dijon).
- Greffes de foie : Professeur Philippe WOLF (CHU de Strasbourg)
- Greffes cœur, cœur-poumon, poumon : Professeur Jean-Pierre VILLEMOT (CHU de Nancy)
- Greffes de cellules hématopoïétiques : Professeur Eric DE CONINCK (CHU de Besançon)

Le rôle de ces commissions était de :

- A partir de l'état des lieux qui a été réalisé et des premiers questionnements, prolonger la réflexion et faire des propositions en termes d'améliorations à apporter dans les cinq années du SIOS. Celles-ci pouvaient porter sur des aspects organisationnels, médicaux, de moyens ...et proposer les éventuelles créations, suppressions ou regroupement d'activité.
- Dans la mesure du possible, une estimation de l'évolution des besoins était approchée compte tenu des évolutions prévisibles des structures démographiques, de l'état de l'art et de celles des indications.
- Les travaux concernant les greffes devaient impérativement comporter un volet spécifique concernant la prise en charge des enfants et un volet sur le suivi des personnes transplantées.
- L'animateur de la commission avait toute latitude s'agissant des modalités de travail qu'il souhaitait mettre en place, sous réserve :
  - Que soit assurée une représentation des professionnels impliqués de chacune des cinq régions de l'inter région Est.
  - Que la commission comprenne des représentants des administrations hospitalières.
  - Que l'avis de représentants des usagers soit sollicité.

## **2.2 – Les assises interrégionales du SIOS Est**

Afin que le SIOS soit élaboré dans la plus grande transparence et en parfaite concertation avec l'ensemble des acteurs de santé concernés, les 5 ARH ont souhaité organiser des assises interrégionales du SIOS.

Pour lancer officiellement les travaux d'élaboration du SIOS Est, les premières assises interrégionales du SIOS Est ont été organisées le 18 décembre 2006 à Langres, où étaient invités :

- Les Vice-présidents des Commissions Exécutives des 5 ARH
- Les représentants des 3 fédérations hospitalières publique, PSPH et privée de chaque région
- Les CHU-CHR représentés par leurs présidents de conseil d'administration, directeurs généraux, présidents de la CME
- Les doyens des 5 facultés de médecine
- Les membres des groupes projets SIOS Est
- Les présidents des 5 conseils régionaux
- Les présidents des conférences sanitaires de territoire
- Les représentants des usagers

Ces premières assises ont réuni une centaine de personnes. Elles ont été l'occasion de présenter le contexte réglementaire et les enjeux du SIOS, de présenter l'état des lieux dans chacune des activités de soins soumises à SIOS, d'officialiser la démarche d'élaboration retenue et de mettre en place les groupes projets SIOS.

Le 17 décembre 2007, les 5 directeurs d'ARH ont organisé les secondes assises du SIOS Est à Nancy, qui ont réuni les mêmes acteurs. Ont été présentés les résultats des travaux des groupes projet et les orientations du SIOS Est retenues, ainsi que les objectifs quantifiés en termes d'implantations pour chacune des 5 activités de soins.

## **2.3 – Le traitement des activités de soins de neurochirurgie et de neuroradiologie dans un seul chapitre**

Comme le prévoit la circulaire du 6 mars 2006 relative au SIOS, les ARH de l'interrégion Est ont décidé de traiter les activités de soins de neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie dans un seul et même chapitre, compte tenu des liens forts existants entre ces deux activités de soins.

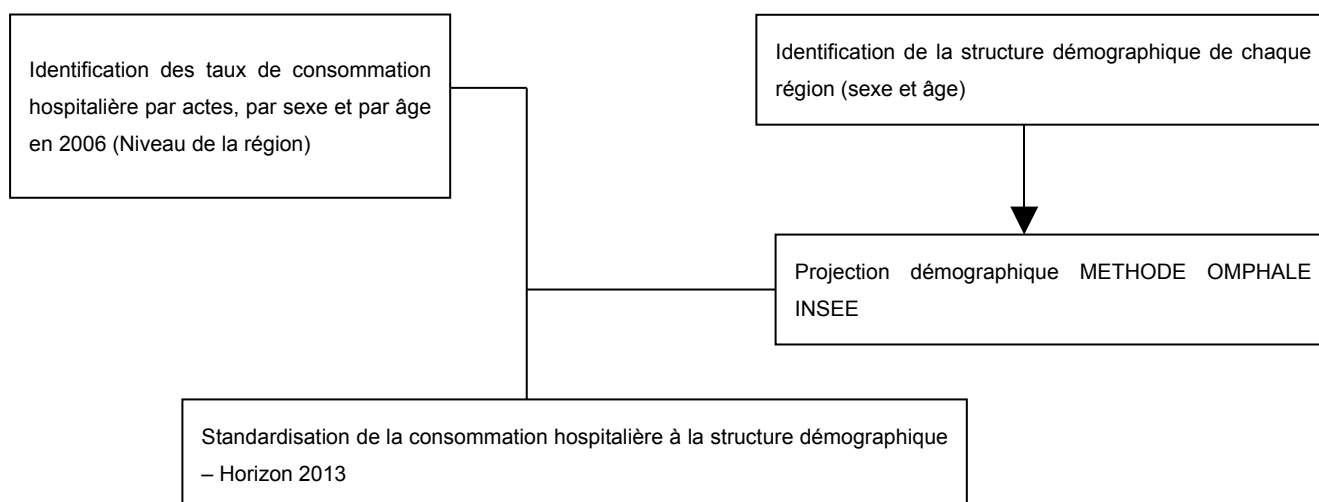
En effet, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (nombre d'implantations) en neuroradiologie dépendent directement des objectifs quantifiés (nombre d'implantations) de la neurochirurgie dont l'implantation sur le même site conditionne l'autorisation de pratiquer les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le développement des modalités de traitement des affections neurovasculaires cérébrales et notamment des alternatives thérapeutiques à la neurochirurgie justifient d'autant l'élaboration conjointe de ces deux volets du SIOS.

## 2.4 – La méthodologie de calcul des objectifs quantifiés de l'offre de soins en volumes concernant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

La méthodologie de calcul des OQOS en volumes concernant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie retenue dans le cadre du SIOS Est et figurant dans l'annexe au Schéma est la suivante :

- Identification des actes spécifiques et exclusifs de la neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire (NRI), production de la liste d'actes figurant en annexe technique au présent schéma
- Identification de la structure par âge et par sexe de la population de chaque région en 2006 et en 2013 (échéance du SIOS) grâce aux projections du modèle OMPHALE de l'INSEE
- Identification des taux de consommation hospitalière par actes, par sexe et par âge en 2006 (Séjours consommés par les résidents de l'Interrégion en 2006 quel que soit le lieu de réalisation des soins)
- Standardisation de la consommation hospitalière à la structure démographique à l'échéance 2013.

Les chiffres obtenus appellent les commentaires suivants : les actes de NRI concernent vraisemblablement des tranches d'âge dont l'effectif évolue peu entre 2006 et 2013. En effet, quand on standardise la consommation hospitalière à l'échéance 2013, on s'aperçoit que le nombre d'actes de NRI consommés par les résidents de l'Interrégion Est en 2013 est peu différent de ce qui est consommé en 2006.



## CHAPITRE 3

# LE DECOUPAGE TERRITORIAL RETENU DANS LE CADRE DU SIOS EST

### 3.1 – Un seul territoire de santé : l'interrégion Est elle-même

Selon les activités de soins ou équipements matériels lourds, les territoires de santé 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.

Afin d'asseoir le rôle et le poids de l'interrégion, l'interrégion Est a été découpée en un seul territoire de santé : l'interrégion elle-même. Ce territoire de santé s'applique pour l'ensemble des 5 activités de soins soumises à SIOS. C'est dans le cadre de ce territoire que sont définis les objectifs quantifiés de l'offre de soins.

#### Textes de référence :

- arrêté du 5 novembre 2007 fixant les limites du territoire de santé pour l'interrégion Est

### 3.2 – L'interrégion Est

L'interrégion Est est une interrégion vaste, qui s'étend sur 105 217 km<sup>2</sup>, avec de fortes distances entre les villes les plus éloignées : citons par exemple les 575 km qui sépare Nevers (région Bourgogne) de Strasbourg (région Alsace) ou bien encore les 419 KM qui séparent Mâcon (extrême sud de la Bourgogne) de Reims (région Champagne-Ardenne). Ce qui explique que des liens existent également entre certaines régions et d'autre interrégions : la Champagne-Ardenne avec l'Île de France, la Bourgogne et la Franche-Comté avec l'interrégion Sud-Est.

L'interrégion Est comprend plus de 8,242 millions d'habitants, répartis de manière inégale entre les régions composant l'interrégion, la région la plus peuplée étant la Lorraine et celle la moins peuplée la Franche-Comté. Ce qui explique également de fortes disparités dans les densités de population : 51 habitants au km<sup>2</sup> en Bourgogne contre 218 en Alsace, avec une densité moyenne de population de 78 habitants au km<sup>2</sup> contre 112 au niveau national.

Par rapport au niveau national, l'interrégion Est représentent 14% de la population française sur 19% du territoire.

Si les moyens de communication sont bien développés entre les 5 capitales régionales (autoroutes, lignes TGV, ...), il n'en est pas forcément de même entre les villes importantes au sein de chaque région. Les conditions climatiques sont sensiblement les mêmes pour les 5 régions de l'Est. Cependant, concernant les cinq activités de soins concernées par le SIOS, les échanges sont largement facilités entre les établissements autorisés.

Concernant la structure démographique de l'interrégion Est, elle compte 93 724 naissances domiciliées en 2005 (12% des naissances françaises) contre 74 341 décès (13% des décès français), avec là encore de fortes disparités entre les régions : si la Franche-Comté enregistre le taux de natalité le plus fort (12,6), la Bourgogne enregistre le plus bas (10,5), cette même région enregistrant le taux de mortalité le plus fort (10,6), toutes les autres régions étant en dessous de 10 (7,6 en Alsace). Le taux de mortalité infantile varie quant à lui de 3,7 en Franche-Comté à 4,7 en Alsace.

L'interrégion Est est une interrégion relativement « jeune », puisque sa part des moins de 6 ans représente 7,2% de la population totale (contre 7,5 au niveau France entière) et sa part des plus de 75 ans 7,9% de la population totale (8,2% au niveau France entière). En revanche, là encore, force est de constater de fortes disparités entre les régions, la région Bourgogne étant la plus « vieille » et l'Alsace la plus « jeune ». Notons également que l'indice de vieillissement varie de 57,5 en Alsace à 83,9 en Bourgogne, contre une moyenne Française de 65,9.

Concernant les taux de mortalité prématurée, si l'Alsace enregistre de meilleurs résultats qu'au niveau national, il n'en est pas de même pour la Champagne-Ardenne qui présente les taux les plus élevés.

Enfin, concernant l'offre de soins, l'interrégion Est comprend 5 CHU situés à Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg, et un CHR situé à Metz-Thionville, qui ont décidé de se regrouper au sein d'un groupement de coopération sanitaire.

## Carte de l'interrégion Est



## L'interrégion Est en chiffres

	Interrégion Est	France métropole	Poids de l'interrégion Est en %
Superficie en km <sup>2</sup>	105 217	543 963	19%
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2005	8 242 389	60 825 000	14%
Densité au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	78	112	
Naissances domiciliées en 2005	93 724	772 841	12%
Taux brut de natalité 2005	11,3	12,7	
Décès domiciliés en 2005	74 341	525 680	14%
Taux brut de mortalité 2005	9,0	8,6	
Population des moins de 6 ans (nbre et %)	591 379 (7,2%)	4 589 430 (7,5%)	13%
Personnes âgées de 75 ans et plus (nbre et %)	650 616 (7,0%)	4 897 907 (8,1%)	13%

	Alsace	Bourgogne	Champagne Ardenne	Franche Comté	Lorraine
Superficie en km <sup>2</sup>	8 280	31 582	25 606	16 202	23 547
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2005	1 806 069	1 622 542	1 337 672	1 141 861	2 334 245

	Alsace	Bourgogne	Champagne Ardenne	Franche Comté	Lorraine
Densité au 1 <sup>er</sup> janvier 2005	218	51	52	70	99
Densité au 1 <sup>er</sup> janvier 2005	218	51	52	70	99
Naissances domiciliées en 2005	22 107	13 940	16 249	14 370	27 058
Taux brut de natalité 2005	12,2	10,5	12,1	12,6	11,6
Taux de fécondité 2005 (France : 53,5)	49,3	48,9	51,7	54,5	48,5
Décès domiciliés en 2005	13 758	17 119	12 368	10 056	21 040
Taux brut de mortalité 2005	7,6	10,6	9,2	8,8	9
Taux de mortalité infantile (France : 4)	4,7	3,8	4,3	3,7	4,6
Population des moins de 6 ans (nbre et %)	133 070	109 490	97 737	86 252	164 830
Personnes de 75 ans et plus (nbre et %)	118 330 (6,6%)	159 142 (9,8%)	106 800 (8%)	91 098 (8%)	175 246 (7,5%)
Indice de vieillesse (France : 65,9)	57,5	83,9	65,5	65,8	65,7
Taux comparatif de mortalité prématurée hommes (France : 288,8)	260,2	311,9	326,9	282,9	301,2
Taux comparatif de mortalité prématurée hommes (France : 126,2)	118,1	127,2	140,5	122,8	136,6

## CHAPITRE 4

### APRES LA PUBLICATION DU SIOS EST

#### **4.1 – La procédure de révision des autorisations sanitaires dans le nouveau cadre juridique du SIOS**

En application de l'article 13 de l'ordonnance du 4 septembre 2003, la période transitoire prendra fin dans chaque interrégion à la publication du premier SIOS pour chacune des activités de soins suivantes :

- chirurgie cardiaque
- neurochirurgie
- traitement des grands brûlés
- greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques

Pour les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, qui ne figuraient pas antérieurement au nombre des activités soumises à autorisation, les demandes d'autorisations seront instruites par les ARH à compter de la publication du SIOS.

Les autorisations d'appareils d'angiographie numérisée sont transmutes en activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ce qui signifie que l'autorisation délivrée pour l'appareil permet de poursuivre l'activité dans l'établissement concerné jusqu'à l'échéance de l'autorisation ou son renouvellement.

Ainsi, dans les six mois suivant la publication du SIOS, une période de dépôt des dossiers de demande d'autorisation pour chacune des 5 activités de soins, ne pouvant être inférieure à deux mois, sera ouverte conjointement par les 5 directeurs d'ARH, dans la mesure où les demandes d'autorisation portant sur une même activité de soins doivent être reçues au cours d'une même période de dépôt de dossier. Le bilan quantifié de l'offre de soins, publié au moins 15 jours avant l'ouverture de la période de dépôt, sera arrêté en commun par les 5 directeurs d'ARH ayant arrêté le SIOS.

Tous les établissements de santé qui à la date de publication du SIOS exercent une activité de soins relevant de ce schéma, quelle que soit la date à laquelle ils ont été autorisés et sans tenir compte de la durée de validité de l'autorisation restant à couvrir de leur autorisation, seront invités à déposer un dossier de demande d'autorisation nouvelle. Les titulaires d'autorisation qui ne présenteraient pas une telle demande pourraient, s'il y a lieu, se voir appliquer les mesures prévues à l'avant dernier alinéa de l'article L 6121-2 du code de la santé publique, à savoir : « 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 établissements poursuivront leur activité jusqu'à ce qu'il soit répondu à leur demande.

Les demandes d'autorisation seront instruites de manière conjointe par les 5 ARH , après avis du CROS de la région du demandeur. La délibération de la Commission Exécutive de l'ARH de la région du demandeur sera prise sur avis conforme des Commissions Exécutive des ARH des 4 autres régions. L'agence de biomédecine sera obligatoirement consultée sur les demandes d'autorisation de greffes d'organes et les greffes de cellules

hématopoïétiques. Les modalités d'instruction feront l'objet d'une procédure conjointe au niveau interrégional qui sera communiquée pour information aux établissements de santé.

En cas d'avis divergents des différentes commissions exécutives sur une demande d'autorisation, celle-ci fait l'objet d'une décision de refus par la Commission Exécutive de l'ARH de la région du demandeur. Un recours hiérarchique peut être alors déposé auprès du Ministre en charge de la santé.

Les établissements de santé autorisés en chirurgie cardiaque disposeront d'un délai de 3 ans pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement et de 5 ans pour respecter le seuil d'activité annuelle minimale à compter de la date de publication du décret du 24 janvier 2006.

Les établissements de santé autorisés en neurochirurgie disposeront d'un délai de 3 ans pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement et de 5 ans pour respecter le seuil d'activité annuelle minimale à compter de la date de publication du décret du 19 mars 2007.

Les établissements de santé autorisés en neuroradiologie disposeront d'un délai de 3 ans pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement et de 5 ans pour respecter le seuil d'activité annuelle minimale à compter de la date de publication du décret du 19 mars 2007.

Les établissements de santé autorisés pour le traitement des grands brûlés disposeront d'un délai de 3 ans pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement à compter de la date de publication du décret du 20 août 2007.

Les établissements de santé autorisés pour les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques disposeront d'un délai de 18 mois pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement à compter de la date de publication du SIOS.

## **4.2 – Le projet médical interrégional et les contrats d'objectifs et de moyens**

Comme les SROS, le SIOS sera décliné dans un projet médical interrégional pour chacune des cinq activités de soins concernés. Ce projet médical, véritable déclinaison opérationnelle du SIOS sous forme d'un plan d'actions, définira les modalités d'accès aux soins, de fonctionnement des équipes, les filières de soins. Ce document d'orientation évolutif sera construit avec les professionnels médicaux et paramédicaux de l'interrégion et les établissements de santé concernés, ainsi qu'avec l'agence de biomédecine pour ce qui concerne les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, de manière à rendre le territoire de l'interrégion Est vivant, fédérateur, vecteur de responsabilisation collective vis-à-vis du service rendu à la population.

Ce projet médical de l'interrégion Est sera ensuite repris dans chaque contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour les établissements de santé autorisés à pratiquer les cinq activités de soins soumise à SIOS, dans les trois mois suivant la délivrance des autorisations, par voie d'avenant. Les CPOM préciseront les objectifs liés

aux activités concernées et permettront un véritable suivi dans le cadre de la revue annuelle des CPOM, avec le cas échéant des réajustements de la pratique des établissements.

Le projet médical de l'interrégion Est sera notamment élaboré en étroite concertation avec le groupement de coopération sanitaire du grand Est constitué avec l'ensemble des CHU-CHR de l'interrégion.

### **4.3 – La mise en œuvre et l'évaluation du SIOS Est**

Afin d'assurer le suivi et la mise en œuvre du SIOS Est, le comité opérationnel sera transformé en comité de suivi et de mise en œuvre du SIOS Est. Il aura en charge notamment :

- l'élaboration et la mise en œuvre de la procédure de révision des autorisations sanitaires : publication de la fenêtre de dépôt, rédaction de la procédure d'instruction (modalités, documents types, ...), suivi de l'instruction des demandes d'autorisation, rédaction des projets de décision, veille de la cohérence interrégionale
- animer les travaux d'élaboration du projet médical interrégional avec les professionnels de santé concernés et proposer de projet médical à la concertation
- décliner le projet médical interrégional dans les CPOM sur la base d'un avenant type pour chacune des 5 activités de soins
- veiller à l'évolution réglementaire des textes sur les cinq activités de soins et proposer, le cas échéant, une révision du SIOS Est pouvant intervenir à tout moment
- suivre la mise en œuvre des autorisations et veiller au respect des délais de mise en conformité avec les normes techniques de fonctionnement par les établissements de santé autorisés, en proposant, le cas échéant, la suspension des autorisations si les délais n'étaient pas respectés. En particulier, le comité de mise en œuvre du SIOS est procédera à un état des lieux à mi-parcours du calendrier, de l'application effective des décrets, afin d'évaluer le niveau de mise aux normes des établissements de santé concernés.
- suivre l'activité exercée par les établissements de santé autorisés au regard des seuils d'activité établis par arrêté ministériel, ainsi que les volumes d'actes en ce qui concerne les activités interventionnelles par voie endovasculaire
- préparer les revues annuelles des CPOM

L'agence de biomédecine sera associée étroitement au suivi de la mise en œuvre du volet greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques et sera régulièrement invitée à participer au comité de suivi et de mise en œuvre. En particulier, une grille d'analyse des demandes d'autorisation de greffes sera élaborée.

Le comité de mise en œuvre sera également chargé de procéder à l'évaluation du SIOS Est. Sur la base des indicateurs pour l'évaluation des autorisations délivrées pour chacune des activités de soins proposés dans chacune des circulaires d'application, le comité de mise en œuvre définira des indicateurs d'évaluation du schéma et organisera leur suivi.

Le comité de mise en œuvre et d'évaluation du SIOS Est rapportera ses travaux au comité de pilotage du SIOS Est composé des cinq directeurs d'ARH de l'interrégion.

Une communication régulière sera organisée sur la mise en œuvre du SIOS Est au sein de l'interrégion.

**DEUXIEME PARTIE**

**LES EVOLUTIONS NECESSAIRES DE L'OFFRE DE  
SOINS POUR REpondre AUX BESOINS DE  
SANTÉ DE LA POPULATION DE L'INTERREGION  
EST DANS LES CINQ ACTIVITES DE SOINS  
CONCERNEES**

## CHAPITRE 5

### LA CHIRURGIE CARDIAQUE

#### 5.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'Interrégion Est

##### 5.1.1 – Le contexte

###### Epidémiologie :

Les pathologies cardio-vasculaires demeurent des causes de mortalité importantes dans l'inter région Est, même si des progrès ont pu être enregistrés ces dernières années. La prévention et les actions de prise en charge pré hospitalière de l'infarctus sont pour partie responsables de cette amélioration.

La moyenne d'âge des patients opérés s'est accrue de 10 ans en 10 ans et les techniques interventionnelles en cardiologie modifient le profil pathologique des patients. Il est constaté une augmentation des pathologies valvulaires, une plus grande fragilité des malades qui présentent des comorbidités importantes, en particulier respiratoires, une augmentation de l'insuffisance cardiaque. Les préparations des malades en pré et post opératoire de ce fait sont souvent plus lourds.

Cette chirurgie demeure lourde malgré les progrès technologiques et médicaux en réanimation et anesthésie. Les indications se sont élargies et permettent de prendre en charge des patients auparavant récusés

Selon les professionnels il ne faut pas s'attendre à de grandes évolutions du nombre d'actes pratiqués en chirurgie cardiaque pour les 5 futures années.

###### Cardiologie interventionnelle

L'activité de cardiologie interventionnelle fait l'objet de volets obligatoires dans les SROS. Une nouvelle réglementation est en préparation.

Des collaborations réelles sont nécessaires au sein des régions ou inter régions entre les représentants de ces 2 disciplines qui sont complémentaires.

Dans l'interrégion Est 24 sites de cardiologie interventionnelle sont en place :

- 5 sites en Lorraine : CHU Nancy, CI Ambroise Paré à Nancy, CI Pasteur à Essey les Nancy, CHR Metz-Thionville, CI Claude Bernard à Metz. Le SROS ne prévoit pas de modifications dans les implantations.
- 9 en Alsace : CHU Strasbourg, CMC de Schiltigheim, Clinique l'Orangerie à Strasbourg, CH de Haguenau, CH de Colmar, GHCA à Colmar, CH Mulhouse, CI St Sauveur, CI du Diaconat. Le SROS Alsace prévoit de ramener les implantations à 6
- 4 en Bourgogne : CHU Dijon, CI Des Fontaines à Dijon,, CH de Nevers, CH d'Auxerre

– 3 en Champagne Ardenne : CHU Reims, CI de Courlancy à Reims, CI St André et 2 en cours : Troyes et Charleville-Mézières

–3 en Franche Comté : CHU Besançon, CH Belfort-Montbéliard, CI St Vincent à Besançon ;

Des conventions lient les sites de cardiologie interventionnelle et les sites de chirurgie quand les sites n'appartiennent pas au même établissement, mais les clauses n'abordent le plus souvent que la prise en charge des situations d'urgence et prévoient les conditions de transfert de patients qui présenteraient des complications lors de coronarographies diagnostiques ou thérapeutiques. Ces conventions ne font pas l'objet d'évaluation régulière. 13 des 24 sites de cardiologie interventionnelle ont établi des staffs réguliers avec une unité de chirurgie cardiaque pour discuter des démarches thérapeutiques.

#### Le cadre juridique :

Il se caractérise par:

- une définition plus précise de la chirurgie cardiaque qui « comprend toutes les interventions chirurgicales intra thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaires : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extra-corporelle. »

- une évolution de l'aire de planification : auparavant nationale dorénavant interrégionale

- une réglementation renouvelée datant de janvier 2006

- une activité de soins scindée en 2 populations : chirurgie cardiaque pratiquée chez les adultes (CCA) et chirurgie cardiaque pédiatrique (CCP)

- le conditionnement de l'autorisation de pratiquer les activités à un seuil minimum d'activité annuelle, fixé par arrêté à :

- 400 interventions sous CEC ou à cœur battant sur des patients adultes par site

- 150 interventions de chirurgie cardiaque pédiatrique par site

L'indice lits/population n'existe plus.

L'environnement de cette activité est aussi défini :

- Pour exploiter une autorisation de chirurgie cardiaque adultes les établissements doivent disposer d'une unité de réanimation (dorénavant indépendante en terme d'autorisation), d'une unité de cardiologie et d'une unité de soins intensifs de cardiologie. L'établissement doit aussi exercer une activité de cardiologie interventionnelle.

- Pour la CCP l'établissement doit disposer d'une unité d'hospitalisation dédiée et de salles d'opération réservées, d'une unité de cardiologie, d'une unité de soins intensifs de cardiologie, l'unité de réanimation étant une unité de réanimation pédiatrique. L'établissement doit aussi exercer une activité de cardiologie interventionnelle.

Les conditions de fonctionnement sont définies en ce qui concerne :

- les locaux

- les personnels

- le matériel

- l'équipement et l'environnement technique

Les établissements qui ne satisfont pas à ces exigences ont jusqu'au 22 janvier 2010 pour se mettre en conformité.

Pour ce qui concerne les seuils minima les établissements ont jusqu'au 23 janvier 2011 pour les atteindre.

### **5.1.2 – L'offre de soins existante**

#### *5.1.2.1 – Les structures*

L'interrégion Est dispose de :

- 8 sites de chirurgie cardiaque pour adultes dont les localisations sont les suivantes :
  - 1 en Franche-Comté : CHU de Besançon
  - 2 en Alsace : CH de Mulhouse et CHU de Strasbourg.
  - 1 en Bourgogne : CHU de Dijon
  - 3 en Lorraine : CHU de Nancy, CHR de Metz-Thionville, Clinique Claude Bernard à Metz
  - 1 en Champagne-Ardenne : CHU de Reims
- 2 sites pédiatriques :
  - CHU Nancy
  - CHU Strasbourg

Les capacités en lits autorisés se répartissent comme suit :

Chirurgie cardiaque	Lits
CHU Strasbourg	28
CH Mulhouse	27
CHU Dijon	36
CHU REIMS	28
CHU Besançon	24
CHU Nancy	30
CHR Metz	25
CI Claude Bernard Metz	21

#### *5.1.2.2 – Les ressources humaines*

### **Personnel médical**

#### **Chirurgie cardiaque adultes**

Les textes indiquent que les services de chirurgie cardiaque doivent bénéficier de :

- au moins deux chirurgiens, titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie thoracique et cardiovasculaire ou compétents en chirurgie thoracique
- la collaboration d'un chirurgien formé ou ayant une expérience en chirurgie des cardiopathies congénitales, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé, pour la chirurgie des cardiopathies congénitales complexes de l'adulte

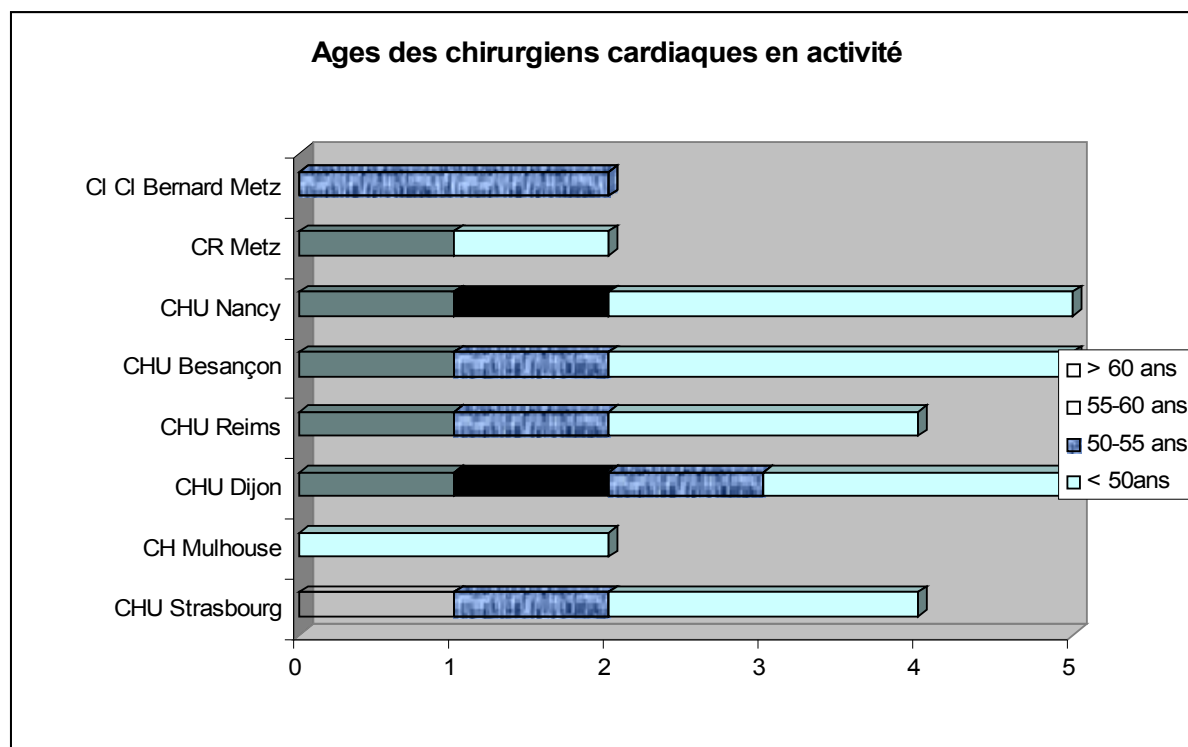
- au moins un médecin justifiant d'une formation universitaire en circulation sanguine extracorporelle
- au moins deux médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie réanimation ayant une expérience en chirurgie cardiaque
- médecins qualifiés en réanimation médicale ou en cardiologie

*Les chirurgiens :*

La situation décrite dans le tableau ci-dessous montre une conformité aux minima pour les chirurgiens cardiaques.

Personnel médical chirurgien cardiaque	PU-PH	PHU	Assistant Chef de Clinique	PH	FFI	Autres
CHU Strasbourg	2		1	1	1	
CH Mulhouse				2		2 Ass Associés
CHU Dijon	2		1	3		Pour la chirurgie vasculaire : 1 PH , 1MCU/PH, 1 ACC
CHU Reims	1	1	1	3	3	
CHU Besançon	2		1	2		
CHU Nancy	3		2	2		1ACC associé
CHR Metz				3		1 PAC, 1 ass spécialiste, 1 Att Ass
CI CI Bernard Metz				2 libéraux		

Le détail des âges des praticiens en exercice décrit ci-dessous montre que tous les CHU ont un PU-PH qui est proche ou qui atteint l'âge de la retraite. D'ici 2011 toutes les chefferies de service des CHU auront été renouvelées.



*Les anesthésistes :*

Anesthésistes	Effectif	Effectif participant aux gardes
CHU Strasbourg	8,8	9
CH Mulhouse	10	5
CHU Dijon	8	8
CHU Reims	4	6
CHU Besançon	5	5
CHU Nancy	6,3+2 Att Ass	6+2 Att Ass
CHR Metz	1 PH et 4 remplaçants	5
CI Claude Bernard Metz	3	3

Si les effectifs sont suffisants en théorie, les situations sont toutefois relativement fragiles et susceptibles d'évoluer très vite.

Cette activité nécessite une grande cohésion et entente entre les anesthésistes et chirurgiens mais sur certains sites de l'interrégion Est les relations sont quelque peu tendues, ce qui peut freiner les recrutements.

### ***Chirurgie cardiaque enfants***

Les textes prévoient que les chirurgiens justifient d'une formation et d'une expérience attestée en chirurgie des cardiopathies congénitales selon les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils assurent la continuité des soins.

Le personnel est complété par au moins un praticien expérimenté en cardio-pédiatrie hémodynamique et interventionnelle.

Les 2 sites de l'interrégion Est répondent aux exigences.

### **Personnel paramédical**

#### ***Chirurgie cardiaque adultes***

Personnel paramédical des services de chirurgie cardiaque	Cadre	IDE	AS	Lits
CHU Strasbourg	1,5	16,7	11,5	28
CH Mulhouse	2	9,2	9,2	27
CHU Dijon	1	20,75	12	36
CHU Reims	1,9	17	11	28
CHU Besançon	1	7	7	24
CHU Nancy	1,7	19,6	17,2	30
CHR Metz	1	14,2	13	25
CI CI Bernard Metz	0,5	10	8	21

Des disparités de ratio de personnels sont à relever.

### **Chirurgie cardiaque enfants**

Personnel nécessaire pour être en mesure de prendre en charge à tout moment les soins pré- et post-opératoires de chirurgie cardiaque du nouveau-né ou de l'enfant.

Les sites sont en conformité.

### **•Bloc opératoire**

#### **Chirurgie cardiaque adultes**

Bloc opératoire	Effectifs					
	Cadre	IDE	AS	IBODE	Perfusionniste	IADE
CHU Strasbourg	0,5	11,6	3	5	6	5,8
CH Mulhouse	1	0	0	5		4
CHU Dijon	1	10,7	1	4,7	4 dont 2 IADE	19 (sur l'ensemble du site du Bocage)
CHU Reims	1	8,4	1	4,4	3	
CHU Besançon	1	5,8	4	4	3	5,4
CHU Nancy	1,3	6,25	3	6,95	5	3
CHR Metz	1	1 (sur 1 poste IBODE)	0	6,8	5 (2 IDE et 3 IADE)	
CI Claude Bernard Metz	0,5	7	1	2	4	1

Il existe des disparités de personnels en particulier IBODE et IADE entre sites publics et privé.

### **Chirurgie cardiaque enfants**

Salles d'opération réservées à cette activité

#### *5.1.2.3 – Les modalités d'organisation*

#### **Chirurgie cardiaque adultes**

##### Lits dédiés

Les activités de chirurgie cardiaque mobilisent sur chacun des sites des équipes spécifiquement dédiées en chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs.

	Equipe de chirurgiens dédiée	Unité de réanimation dédiée	Equipe d'anesthésie dédiée
CHU Strasbourg	OUI	OUI	OUI
CH Mulhouse	OUI	OUI	OUI
CHU Dijon	OUI	OUI	OUI
CHU Reims	OUI	OUI	OUI
CHU Besançon	OUI	OUI	OUI
CHU Nancy	OUI	OUI	OUI
CHR Metz	OUI	OUI	OUI

CI CI Bernard Metz	OUI	OUI	OUI
--------------------	-----	-----	-----

Chaque service comporte des lits d'hospitalisation complète en chirurgie cardiaque. A chaque service est associé une unité de réanimation le plus souvent dédiée. Ces lits sont utilisés pour la prise en charge des 48 h à 72h post-opératoires. Si à l'issue de ces séjours en réanimation spécifiques les patients ne peuvent réintégrer leurs lits du fait d'une leur état de santé, ils sont transférés vers une autre réanimation médicale, chirurgicale ou polyvalente. Les sites qui n'ont pas établi de protocoles ou d'arbres décisionnels pour ces transferts connaissent des difficultés d'admission.

Les unités de réanimation dédiées allant de 4 à 16 lits selon les sites sont soumises au cadre juridique des activités de soins « réanimation, soins intensifs et soins continus ».

#### La permanence des soins

Elle est assurée sur chacun des sites par les chirurgiens cardiaques senior dans le cadre d'une astreinte.

Pour l'activité de réanimation une permanence sur place des réanimateurs sur l'ensemble des sites est réalisée.

Dans la majorité des établissements un bloc opératoire est réservé aux l'urgence.

#### L'organisation de la réponse à l'urgence :

Le bilan ne montre pas de difficultés particulières pour la prise en charge des urgences.

#### Organisation de la filière d'aval

L'équipe du CHU de Reims est la seule équipe de l'inter région qui connaisse réellement des difficultés pour adresser des patients en post opératoire du fait de l'éloignement des sites d'hospitalisation complète à sa disposition.

#### **Chirurgie cardiaque enfants**

Les 2 sites de Nancy et Strasbourg disposent d'une unité d'hospitalisation dédiée.

De plus les sites de chirurgie cardiaque infantile doivent disposer :

- d'une unité de réanimation pédiatrique
- d'une unité de médecine pratiquant la cardiologie
- d'une unité de soins intensifs mentionnée au 3° de l'article R. 6123-37, pratiquant les soins intensifs cardiologiques

Ils doivent exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie.

Les 2 sites de Nancy et Strasbourg répondent aux exigences. Des astreintes sont organisées permettant d'assurer la permanence des soins ;

#### 5.1.2.4 – Les locaux

Les capacités et les locaux d'hébergement sont satisfaisants. Des évolutions sur certains sites sont attendues.

Bloc opératoire	Salles
CHU Strasbourg	3
CH Mulhouse	2
CHU Dijon	3
CHU Reims	2
CHU Besançon	2
CHU Nancy	3
CHR Metz	2
CI Claude Bernard Metz	2

Les sites disposent du matériel nécessaire

#### 5.1.2.5– L'environnement technique

##### **Chirurgie cardiaque adultes**

###### Matériel :

Les établissements disposent d'appareils d'échocardiographie, échographie transthoracique, échographie transoesophagienne et angiographie numérisée mobilisable et accessibles à tout moment pour l'activité de chirurgie cardiaque

###### Plateau technique :

Les établissements bénéficient tous d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale en mesure de pratiquer des examens nécessaires à la réalisation de l'activité de chirurgie cardiaque situé sur le même site, en particulier ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang qui sont accessibles dans des délais compatibles avec l'urgence vitale. °Ils peuvent avoir accès aux produits sanguins labiles, y compris en urgence, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Ces produits sont délivrés dans des délais compatibles avec l'urgence vitale.

Le bilan ne montre pas d'insuffisances dans ces domaines.

##### **Chirurgie cardiaque enfants**

Les sites pratiquant cette activité peuvent en cas de besoin vingt-quatre heures sur vingt-quatre avoir accès :

- à l'échocardiographie bidimensionnelle transthoracique et transoesophagienne par un appareil mobile avec sondes
- à l'électroencéphalographie et l'échographie transfontanelle
- à l'endoscopie respiratoire
- aux explorations rythmologiques
- à la stimulation cardiaque

- aux activités d'hémodynamique avec possibilité d'angiographie et de cathétérisme interventionnel
- aux examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique
- aux examens utilisant des radioéléments en sources non scellées.
- de plus le bloc opératoire dans lequel s'exerce l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique comporte des dispositifs médicaux adaptés au nouveau-né et à l'enfant, notamment pour les appareils de circulation sanguine extracorporelle, les respirateurs et les appareils d'assistance circulatoire prolongée.

Toutes ces conditions sont respectées sur les 2 sites.

#### 5.1.2.4 – L'activité quantitative

##### **Chirurgie cardiaque adultes**

La chirurgie cardiaque fait l'objet de deux types de références réglementaires en matière d'activités :

- Données PMSI telles que figurant dans l'arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) définit les nomenclatures de référence pour les activités médicales à partir des séjours (RSS). Le PMSI est le seul système d'information médicalisé disponible actuellement au plan national. Les données qu'il contient permettent d'analyser non seulement la production des établissements mis aussi la consommation hospitalière et les flux des patients.

Cet arrêté complète le décret du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins qui précise que l'activité de chirurgie cardiaque n'est pas soumise à objectifs quantifiés en volume d'interventions.

Les séjours pour chirurgie cardiaque correspondent aux GHM chirurgicaux de le CMD 05, de 05C02Z à 05C09Z inclus. Cette activité n'inclut pas les greffes cardiaques.

- Données d'activités en terme d'interventions telles que signifiées dans l'arrêté du 24 janvier 2006 relatif à l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins en chirurgie cardiaque :

Le minimum d'activité annuelle de chirurgie cardiaque, par site y est précisé :

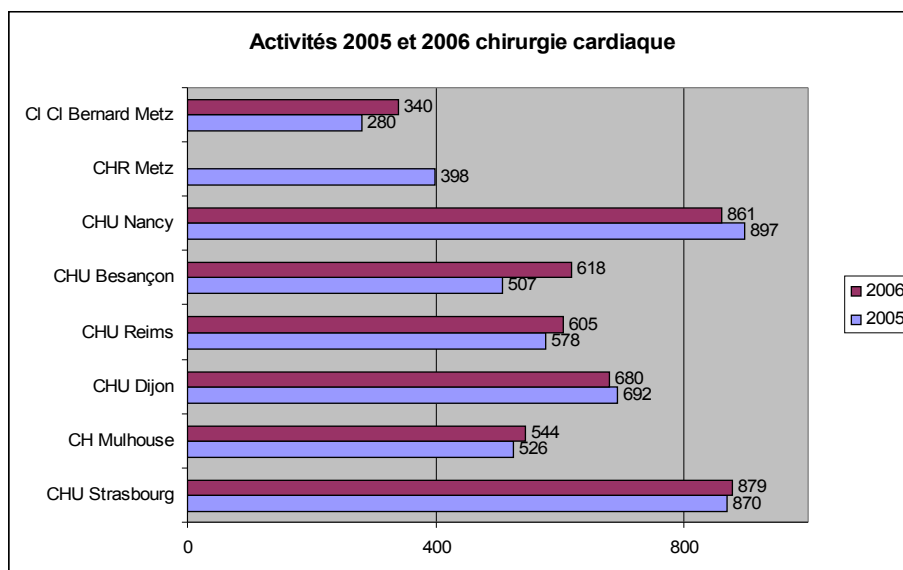
- 400 interventions par an sous CEC ou à cœur battant pour les patients adultes
- 150 interventions de chirurgie cardiaque par an pour la chirurgie pédiatrique

Les 2 notions d'objectifs quantifiés exprimés en séjours et les activités minimales calculées en interventions ne sont pas superposables.

Les activités seront donc exprimées en séjours ou en interventions selon l'objet de l'item.

Les données en séjours proviennent de l'exploitation du PMSI alors que les interventions sont issues des données fournies par les chefs de service au travers de leurs rapports d'activité.

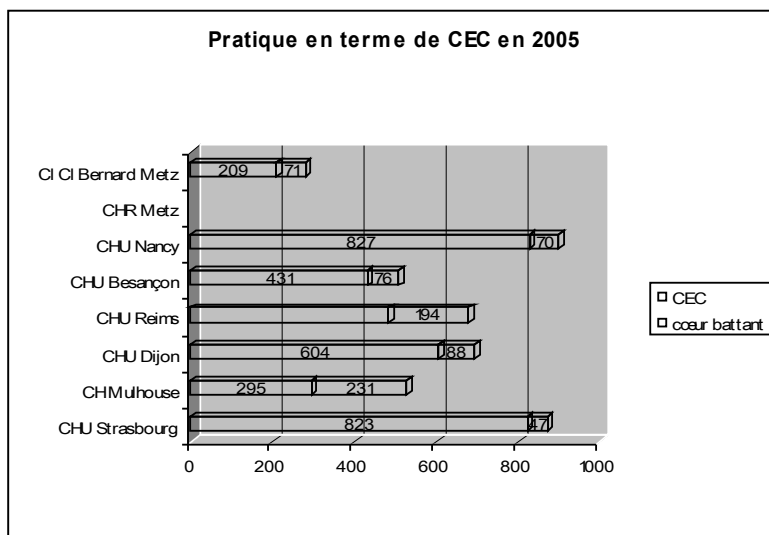
## Les interventions : sources hospitalières



Tous les sites dépassent le seuil minimal de 400 patients par an sauf les 2 sites de Metz qui soit ne l'atteignent pas soit le dépassent à peine. Cette situation perdure depuis plusieurs années sans que les établissements n'aient réussi jusqu'à présent à réunir leurs compétences.

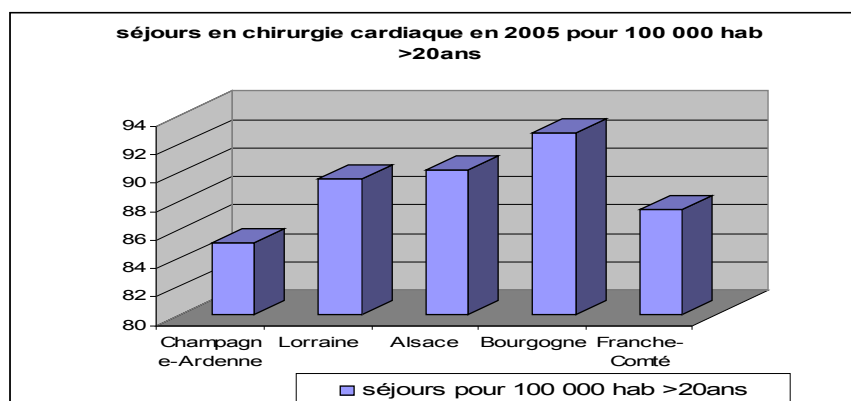
## Les profils d'activités :

- Type CEC ou cœur battant : le graphique ci-dessous montre la typologie des pratiques d'interventions des sites de l'inter région : la proportion d'interventions à cœur battant sans CEC varie de 5,4% à 43%. Cet écart paraît considérable et dénote de pratiques très différentes



- La chirurgie coronaire représente toujours la majorité des actes de chirurgie cardiaque.
- Les urgences représentent de 5 à 27% des interventions selon les sites.
- La chirurgie cardiaque représente de 36 à 77% de l'activité des services. Les autres activités sont soit orientées vers la chirurgie thoracique soit vers la chirurgie vasculaire.
- Consultations : les sites hospitaliers publics proposent tous des consultations publiques ou privées en secteur 2 sauf Reims qui ne pratique pas d'activités libérales. A noter que le site privé de la Clinique Claude Bernard propose des consultations en secteur 1.

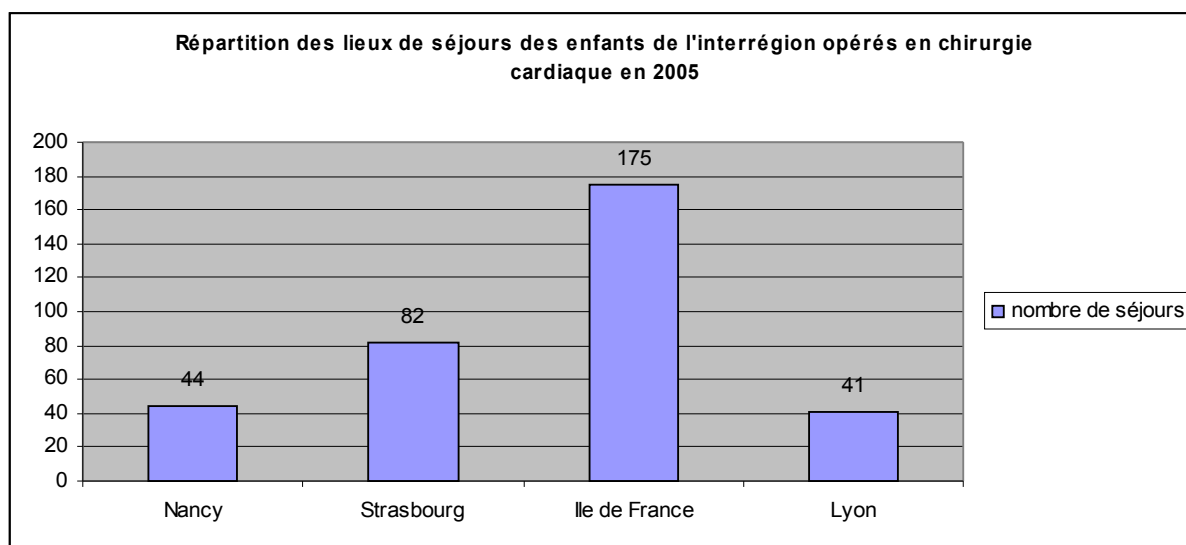
L'incidence des séjours : comme le montre le graphique ci-dessous varie de façon importante : explications : l'épidémiologie, l'activité de cardiologie interventionnelle plus ou moins « interventionniste » peuvent expliquer ces chiffres.



### **Chirurgie cardiaque enfants**

L'activité minimale est fixée à 150 interventions de chirurgie cardiaque pédiatrique par an par site. Les 2 sites existant n'atteignent pas ce seuil, il existe des fuites importantes en particulier vers l'Île de France.

342 séjours ont été produits en 2005. Les lieux d'hospitalisation figurent dans le graphique ci-dessous.



Les incidences d'intervention en chirurgie cardiaque pédiatrique en 2005 laissent apparaître une plus forte activité pour les enfants des 2 départements d'Alsace : 19 et 21 pour 100 000 habitants de <19 ans pour des taux de 14 pour 100 000 en Meurthe et Moselle et Moselle

#### 5.1.2.5 – L'activité qualitative

##### Délai d'attente :

Ils varient de 15 jours à 6 semaines pour des consultations publiques et 15 jours à 8 semaines pour des activités de consultations privées. Il ne semble pas exister de difficultés d'accès aux soins.

##### Réponse à l'urgence :

Les urgences ou urgences différées sont prises en charge dans des délais corrects, chacune des équipes prévoyant des plages horaires pour les urgences différées en particulier.

##### Permanence des soins :

La permanence des soins est assurée dans chacun des sites.

##### Infections nosocomiales :

Les services sont très attentifs à la prévention des infections nosocomiales. Les résultats produits par les différents sites montrent des taux variant de 0% à 1,7 % en 2005.

##### Mortalité :

Les taux déclarés sont très différents d'un site à l'autre. Il est évident que plus le geste est pratiqué en urgence et plus la mortalité est élevée. Néanmoins les écarts méritent d'être expliqués et justifiés. Les indicateurs de recueil de la mortalité ont été normalement standardisés par les sociétés savantes.

##### Transfusion sanguine :

Les taux sont très différents : de 3 à 81%. Ces résultats et écarts méritent d'être validés et expliqués.

##### Protocoles établis :

Avec les services de réanimation :

Les protocoles fixant les règles de liaison entre les unités de réanimation post opératoires dédiées à la chirurgie cardiaque et les autres unités quelles soient de soins intensifs ou de réanimation ne sont effectifs que dans une minorité de sites.

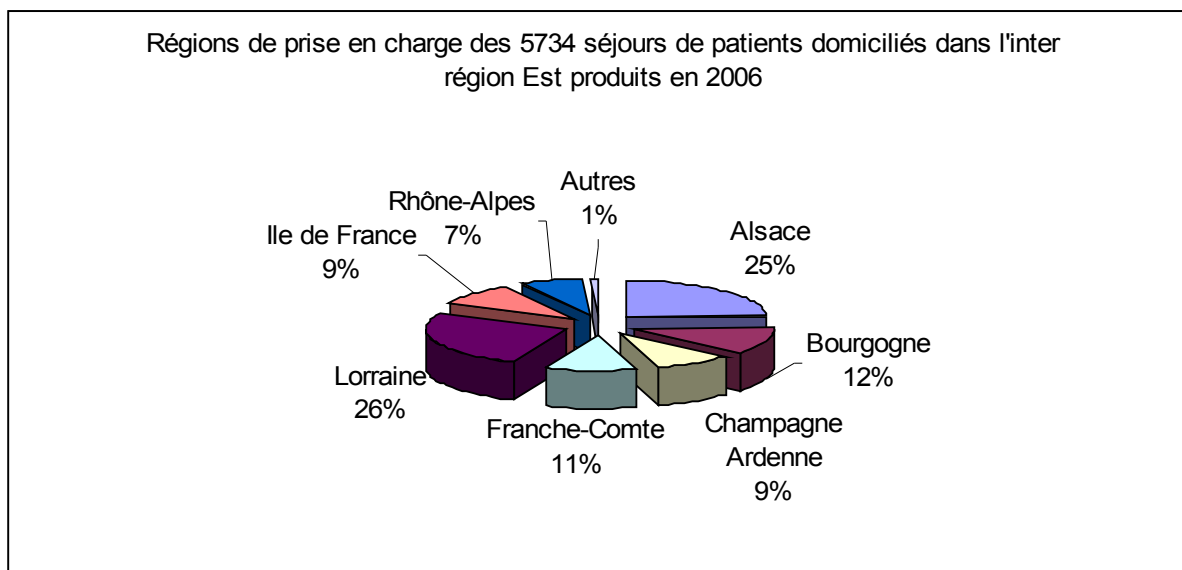
Avec les unités de cardiologie interventionnelle ;

Toutes les unités de cardiologie interventionnelle et les services de chirurgie cardiaque sont liés par convention. L'objet en est au minimum la prise en charge en urgence de patients présentant une difficulté pendant un geste interventionnel. Mais ce n'est qu'une minorité de sites qui a mis en œuvre de véritables concertations pluri disciplinaires sur les indications en amont des interventions en cardiologie interventionnelle ou chirurgie.

Avec les services d'aval :

Un seul site de l'inter région a élaboré des conventions spécifiques, selon les pathologies et profils des patients, avec tous les sites d'aval de proximité susceptibles d'accueillir des patients en post opératoire.

**Chirurgie cardiaque adultes**



Degré d'autosuffisance de l'inter région Est en 2006

Indicateurs	Autosuffisance (%)	Fuite "Inter région Est" (%)	Fuite "Autres régions" (%)
Alsace	99	0	1
Bourgogne	48	1	51
Champagne Ardenne	57	17	26
Franche Comté	77	5	18
Lorraine	91	8	1
Total Inter région Est	82		18

Source : PMSI MCO 2006 -

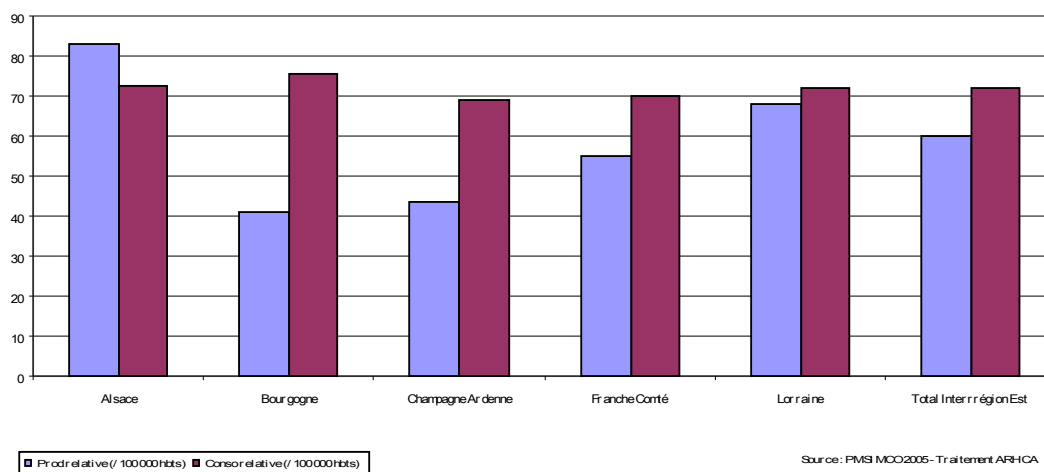
L'auto suffisance est de 82% et elle a tendance à augmenter. Ce chiffre peut paraître satisfaisant mais il cache des disparités importantes au sein de l'inter région et varie de 48% en Bourgogne à 99%.en Alsace.

Analyse des fuites de l'inter région Est

Les fuites se produisent principalement vers l'Ile de France : 26,3% pour la Bourgogne et 24,6% pour la Champagne –Ardenne et vers la région Rhône-Alpes : 13,6 pour la Bourgogne.

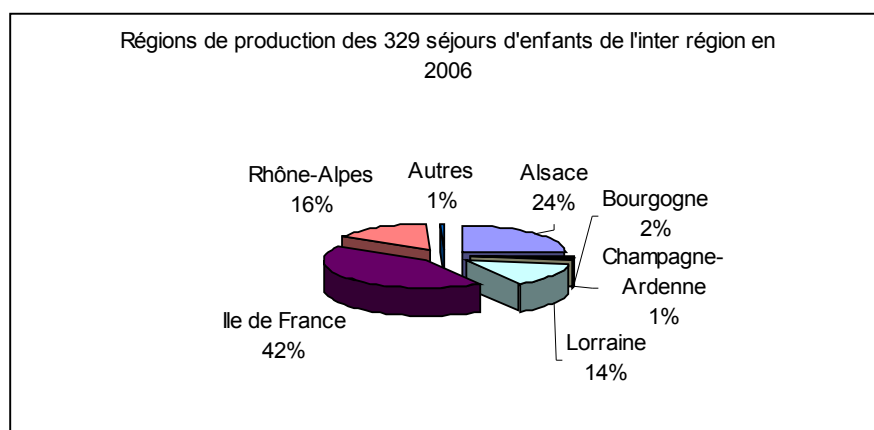
## Attractivité de l'interrégion Est

### CHIRURGIE CARDIAQUE



La région Alsace est la seule région de l'interrégion à produire plus de séjours qu'elle n'en consomme. L'interrégion Est est plutôt « consommatrice » que « productrice ».

## Chirurgie cardiaque enfants



L'autosuffisance de l'inter région est de 40%, mais avec des écarts importants entre les régions : les 2 régions qui assurent cette activité présentent des chiffres très différents : l'Alsace est auto suffisante à 80% et la Lorraine seulement à 38%.

Les enfants de Franche-Comté sont surtout pris en charge en Rhône-Alpes (67%).

La Champagne –Ardenne s'adresse à 86% en Ile de France.

Ce taux de fuite très important s'explique par plusieurs éléments :

- l'implantation récente du site de Nancy depuis 2003. Cette implantation a connu des difficultés de fonctionnement en 2005. Dorénavant le fonctionnement de ce service est bien établi, le « capital confiance » nécessaire auprès des cardiologues pédiatriques de l'interrégion doit progresser.
- l'importante antériorité et réputation des sites parisiens ne rend pas facile le challenge d'ériger pour l'inter région un service assurant une activité minimale de 150 interventions par an.

### **5.1.3 – Constats et perspectives**

Cette activité très spécialisée est très consommatrice de personnels médicaux. Dans un contexte de tension en matière de démographie médicale particulièrement prégnante dans l'interrégion Est il y a lieu d'aménager au mieux les fonctionnements des services afin d'optimiser les ressources. Des évolutions dans les organisations seront indispensables sur certains sites pour améliorer l'efficacité.

La démographie des chirurgiens paraît satisfaisante mais les flux sont tendus et il convient d'assurer des conditions de vie professionnelle viables pour les jeunes chirurgiens.

Les effectifs des anesthésistes sont suffisants « sur le papier » mais les situations demeurent fragiles et susceptibles de se dégrader très vite.

Les relations entre les anesthésistes et chirurgiens sont parfois tendues voire très tendues ce qui ne facilite pas les recrutements et qui représente des risques majeurs de dysfonctionnements.

Ces éléments de fragilité sont souvent aggravés par une insuffisante protocolisation des liaisons entre les différents protagonistes : les anesthésistes, les chirurgiens et les réanimateurs alors que cette activité exige symbiose, confiance et compétences

Les conditions de fonctionnement en matière de locaux et matériel sont satisfaisantes.

La continuité des soins et permanence des soins est assurée.

Des adaptations de capacité, de personnels seront à envisager sur certains sites pour « coller » au mieux aux activités pour éviter des dépenses inutiles.

Des écarts importants apparaissent dans les résultats soit des processus de fonctionnement interne soit dans les pratiques et dans les résultats : ceci nécessite qu'au niveau interrégional des démarches de type benchmarking et de type évaluation des pratiques professionnelles puissent se mettre en œuvre.

Les réanimations liées à ces activités spécialisées seront à autoriser si elles ne le sont pas encore. Des rapprochements avec d'autres unités peuvent s'envisager. Des regroupements seront peut-être nécessaires pour répondre à la réglementation.

## 5.2 – Les objectifs retenus par le SIOS Est

### 5.2.1 – Les objectifs généraux

La prise en charge d'un patient en chirurgie cardiaque, malgré l'évolution et les progrès des techniques médicales, demeure une prise en charge particulièrement lourde. Elle requiert la constitution d'équipes médicale pluridisciplinaire et expérimentée et paramédicale importante et spécialisée. Les patients sont de plus en plus âgés et donc plus fragiles.

Les experts considèrent que la qualité des résultats obtenus est étroitement liée à la cohésion des équipes et au niveau d'activités des unités de chirurgie cardiaque. Les contraintes réglementaires fixées par la nouvelle réglementation de janvier 2006 répondant à cette préoccupation imposent de ce fait des normes de fonctionnement importantes et des seuils minima d'activité. à un souci à la fois médico-économique, qualitatif et aussi de proximité.

Soulignons aussi que ces activités sont coûteuses et méritent aussi une maîtrise des coûts.

La situation au sein de l'interrégion doit évoluer. Pour ce faire des objectifs généraux et opérationnels sont retenus pour faire évoluer l'offre de soins d'ici à 2013, terme de ce SIOS.

*5.2.1.1 Faire évoluer l'offre de soins en chirurgie cardiaque Adultes et enfants pour mieux répondre aux besoins et aux exigences réglementaires*

#### **Chirurgie cardiaque adultes**

La réponse de l'inter région aux besoins est globalement satisfaisante. Mais les contraintes réglementaires en termes de seuils minima à respecter vont nécessiter une recomposition de l'offre. En effet sur Metz il existe 2 structures autorisées qui affichent des activités qui oscillent chacune depuis plusieurs années autour de ce seuil minimum de 400 interventions par an. Le regroupement de ces 2 structures à faible activité paraît la proposition la plus intéressante pour répondre à la fois aux besoins, pour conforter sur un même site une équipe avec des moyens humains et techniques confortés. En conséquence l'interrégion Est ne devrait plus compter que 7 sites autorisés au terme du SIOS.

#### **Chirurgie cardiaque enfants**

Actuellement l'interrégion Est comporte 2 sites autorisés mais aucun des 2 n'atteint les seuils d'activités minima qui sont de 150 interventions par an. Le nombre d'interventions totales effectués dans l'interrégion chez des enfants domiciliés dans l'inter région se situe aux environs de 179 en 2006. D'ores et déjà le seuil minima est atteint si les deux sites se regroupent. Le potentiel total est d'au moins 350 séjours ce qui laisse à penser que 2 implantations sont possibles dans l'inter région, mais il faut raisonnablement admettre que du simple fait de la configuration géographique de l'inter région des « fuites » vers d'autres inter régions, en particulier en Ile de France et l'inter région Sud-Est existeront toujours. Par contre, pour le bénéfice des enfants et des familles de l'inter région les besoins de l'inter région justifient pleinement de disposer d'un site. Il ne faut pas se le cacher cette proposition va nécessiter une reconfiguration des organisations actuelles et c'est un « reformatage » complet du maillage interrégional qui va devoir s'opérer. Cette proposition ne sera pourra se mettre en œuvre sans la participation active et constructive des professionnels qu'ils soient cardiologues infantiles ou chirurgiens

cardiaques infantiles de toute l'inter région. Il est évident aussi que des changements de pratiques en matière d' « adressage » devront s'opérer et être accompagnés de garanties de qualité, de sécurité des soins mais aussi de respect des règles déontologique vis-à-vis de la « clientèle ». L'idéal serait que cette nouvelle organisation inter régionale fasse l'objet d'un projet médical interrégional. Ce projet accompagnerait la demande d'autorisation.

#### *5.2.1.2 Généraliser la concertation pluridisciplinaire*

L'interdisciplinarité des décisions doit figurer comme un objectif majeur de ce volet du SIOS.

En effet, l'activité de chirurgie cardiaque est une chirurgie lourde encore à haut risque qui requiert des indications bien posées qui souvent doivent être discutées en interdisciplinaire du fait de la complexité des cas ou de la fragilité des patients. Des liaisons étroites formalisées entre les équipes participant à la chirurgie cardiaque et à la cardiologie interventionnelle doivent être systématisées. L'objectif est de discuter les indications, de proposer un parcours de soins. La télémédecine pourra utilement être utilisée afin d'éviter aux équipes des déplacements intempestifs pour ces réunions de concertation pluridisciplinaire.

Cette concertation doit se poursuivre tout au long de la prise en charge hospitalière : entre cardiologues, réanimateurs, anesthésistes-réanimateurs et les médecins de médecine physique et de réadaptation : c'est une chaîne de compétences bien organisées qui est nécessaire pour obtenir des résultats optimaux. Pour ce faire des conventions ou protocoles instituant des réunions de concertation pluridisciplinaire ou staffs seront mis en œuvre là où ils sont inexistantes. Des procédures ou arbres décisionnels seront travaillés pour définir les prises en charge des situations d'urgence ou pour les transferts en réanimation polyvalentes ou spécialisées.

Ces concertations s'entendent dans le respect des compétences mutuelles de chacun des spécialistes et dans la recherche de consensus apportant qualité des soins mais aussi qualité de vie et sécurité pour les patients. Ces concertations sont aussi primordiales pour assurer une qualité du travail de tous les personnels.

#### *5.2.1.3 Améliorer l'accessibilité à la filière d'aval*

Tous les sites de chirurgie cardiaque ont à leur disposition des services de soins de suite et de rééducation cardiaque adaptés pouvant répondre aux différents besoins d'aval en post opératoire. Seul le site de Reims connaît des difficultés. Il ne dispose pas de site adapté pour les besoins des patients de la Marne. Cette insuffisance de réponses doit pouvoir être abordée lors de la révision du volet SSR-Rééducation fonctionnelle de Champagne-Ardenne à l'occasion de la parution des textes réglementant cette activité de soins.

#### *5.2.1.4 Faire que l'interrégion Est devienne une réalité fonctionnelle pour cette activité.*

Favoriser la réflexion interrégionale des équipes à la fois de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque pour aboutir à l'écriture d'un projet fédératif de développement de cette activité de soins.

Favoriser les projets fédératifs qui pourraient renforcer l'inter région en matière par exemple de recherche, d'innovations, de formation, d'évaluation.

#### *5.2.1.5 Evaluer*

Afin de suivre la mise en œuvre du SIOS, afin de disposer régulièrement de bilans d'activités, des processus, des résultats quantifiés ou qualitatifs de la chirurgie cardiaque dans l'inter région un tableau de bord doit être construit avec les professionnels.

### **5.2.2 – Les objectifs opérationnels**

#### *5.2.2.1 structurer la concertation pluridisciplinaire*

- Structuration des collaborations entre les sites de cardiologie interventionnelle et les sites de chirurgie cardiaque afin d'assurer une véritable concertation pluridisciplinaires en amont des interventions : tenue de réunions de concertation sur site ou par télé-médecine.
- Structuration des organisations internes : élaboration de règlements intérieurs ou charte de fonctionnement régissant les missions de chacune des spécialités, les organisations mises en œuvre sur les modalités respectives de prise en charge des patients.
- Développer les échanges par le moyen d'outils de télé-médecine

#### *5.2.2.2 Faire que l'inter région devienne une réalité fonctionnelle pour cette activité.*

Le groupement de coopération sanitaire du Grand Est qui réunit les CHU et CHR de l'interrégion Est pourrait être un acteur moteur pour animer un véritable projet fédératif de chirurgie cardiaque en matière de :

- formation,
- recherche : des projets de recherche pourraient émerger en liaison avec la DIRC
- innovations,
- partages d'équipement,
- évaluation des pratiques professionnelles
- partage d'expérience : Encourager les partages d'expérience pour acquérir les bonnes pratiques visant à une qualité accrue des soins.

### 5.2.2.3 Améliorer la qualité

Assurer l'annonce et l'information pratique des patients : plan personnalisé de soins ou chemin thérapeutique.  
Evaluation de pratiques professionnelles.

#### 5.2.1.4 Evaluer

##### Les activités :

Dans le cadre des demandes d'autorisation de l'activité de soins de chirurgie cardiaque déposés après la publication du SIOS, le dossier d'autorisation doit comporter un chapitre « évaluation ».

Ce chapitre pourra se référer aux indicateurs suivants :

Il s'agit des indicateurs de suivi des autorisations proposés par la circulaire DHOS/04/2006/293 du 3 juillet 2006 relative à l'activité de chirurgie cardiaque :

##### Activités : données annuelles et évolution sur 5 ans

- part de l'activité de chirurgie cardiaque sur l'activité totale de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Nombre total de patients pris en charge en chirurgie cardiaque et origine géographique
- Nombre total d'interventions de CC
- Nombre total d'intervention sous CEC (préciser le score de gravité)
- Nombre d'interventions en CC majeure à cœur battant (préciser le score de gravité)
- Nombre d'interventions en urgence
- Nombre de réinterventions pendant la durée d'hospitalisation
- Nombre de transferts dans une autre unité ou structures pour complications post opératoires
- Nombre de patients ayant nécessité une prise en charge en surveillance continue
- Nombre de patients ayant nécessité une prise en charge en soins intensifs
- Nombre de patients ayant nécessité une prise en charge en réanimation
- Nombre de malades transfusés
- Nombre d'infections nosocomiales : médiastinites ou septicémies
- Mortalité hospitalière des patients de CC à 30 jours rapportée au score de gravité

##### Fonctionnement de l'activité de chirurgie cardiaque :

- nom, qualification et compétence du personnel médical et paramédical dans tous les secteurs d'activité de la chirurgie cardiaque
- temps médical consacré à la recherche et à l'enseignement
- projet de service ou pôle
- dossier patient commun informatisé et partagé
- Modalités d'archives

##### Pratiques professionnelles

- description de la filière de pris en charge des patients atteints d'affections cardio-vasculaires
- protocoles de prise en charge en lien avec la cardiologie interventionnelle et la cardiologie ;: nombre de

réunion pluridisciplinaires

- coordination des soins : protocoles conclus avec les anesthésistes réanimateurs ou réanimateur , les services d'urgence , l'imagerie
- démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à la iatrogénie, à la matériovigilance: à l'antibiothérapie, transfusion sanguine
- formation continue du personnel médical et paramédical et notamment formation au dispositif d'annonce
- modalités d'information du patient au consentement éclairé en fonction du score de gravité
- démarche d'autoévaluation multidisciplinaire

#### Accessibilité

- permanence des soins : organisation des gardes et des astreintes dans l'année
- délais moyens de rendez-vous pour une intervention hors urgence

#### Les résultats obtenus au cours de l'évaluation ou contrôles suivants :

- certification de l'établissement ou démarche de labellisation
- accréditation de l'équipe médicale
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité
- résultats d'évaluation du plateau technique (bloc opératoire en particulier)

#### Le SIOS

- nombre de sites de chirurgie cardiaque adultes et enfants
- nombre de sites de cardiologie interventionnelle ayant établi une formalisation de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec un service de chirurgie cardiaque
- nombre de dossiers soumis à RCP
- nombre de projets de recherche interrégionaux

## **CHAPITRE 6**

# **LA NEUROCHIRURGIE ET LES ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE**

### **6.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est**

#### **6.1.1 – Le contexte**

Il a paru pertinent de réunir en un même volet la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire au regard de l'organisation des plateaux techniques et des soins, des choix thérapeutiques, de la réponse à l'urgence et du suivi du patient nécessitant la collaboration des équipes.

Le découpage des inter-régions répond à une logique institutionnelle. De fait, l'inter-région Est ne constitue pas une unité cohérente en termes de flux de patients ou d'attractivité d'établissements à l'inverse des territoires de santé déterminés dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Force est de constater que la Champagne Ardenne est davantage en lien avec l'Île de France et la Picardie et que la Bourgogne est partagée à ses extrémités sud et nord-ouest entre la région Lyonnaise et l'Île de France.

Ce regroupement géographique trouve cependant une légitimité au travers du groupement de coopération sanitaire « Groupement du Grand Est » en cours de constitution entre les CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg et le CHR de Metz et que préfigurent leurs échanges et coopérations effectives d'ores et déjà dans certains domaines. Il s'y ajoute les axes de collaboration avec le Cancéropôle Grand Est et les centres de référence pour maladies rares.

Le développement des coopérations entre les équipes de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle et le maillage des compétences très spécialisées en neurochirurgie doit permettre de donner du sens au nouveau cadre interrégional.

Les objectifs qu'il convient d'y intégrer sont de promouvoir les échanges existants aux différents niveaux de formation, de soins et de recherche et de porter à un haut niveau d'expertise diagnostique, technique et thérapeutique les ressources dont elle dispose en orientant et en ciblant le choix des investissements à mener avec les établissements.

A cette fin, le recensement des équipes très spécialisées de neurochirurgie fonctionnelle, de radiochirurgie en conditions stéréotaxiques et de neurochirurgie pédiatrique ainsi que l'identification des compétences technologiques et thérapeutiques innovantes et de leurs indications fondent l'approche de l'organisation à mettre en place.

## 6.1.2 – L'offre de soins existante

### 6.1.2.1 – Les structures

L'interrégion Est dispose de 6 sites de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire localisés au CHU de Besançon, au CH de Colmar, au CHU de Dijon, au CHU de Nancy, au CHU de Reims et au CHU de Strasbourg. Ces deux types d'activité sont regroupés sur chacun des sites sauf à Strasbourg où la neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire ne rejoindra physiquement le pôle de neurochirurgie qu'à la suite de l'ouverture du nouvel Hôpital Civil à partir de mars 2008.

Les capacités en lits et places autorisés se répartissent comme suit :

		Hospitalisation complète	USC	Réanimation polyvalente	Réanimation neurochirurgicale
Alsace	HUS	56	6	18	
	HCC	45	0	10	
Bourgogne		32	0	12	4
Champagne		35	9		
Ardenne					
Franche Comté		53	0		
Lorraine		80			15

Les équipements dont le nombre de salles opératoires dédiées ou non, l'accès en propre ou par convention à l'imagerie et aux techniques relevant d'un niveau de référence :

		Salles d'opération		IRM 24/24	TDM 24/24	Neuronavigation	Transfert d'images hors établissement
		Total	dédiées				
Alsace	HUS		2	oui	oui	oui	non
	HCC	7	2	oui	oui	oui	oui
Bourgogne			2	oui	oui	oui	oui
Champagne		2	2	oui	oui	oui	oui
Ardenne							
Franche Comté			2	oui	oui	oui	oui
Lorraine			5	oui	oui	oui	oui

Des activités dites spécialisées ont été distinguées au sein de la neurochirurgie en raison des modalités d'organisation requises par les textes réglementaires mais aussi des exigences en ressources humaines et en temps, de compétences spécifiques formulées par les sociétés savantes ou de l'accès à des équipements lourds.

Une place à part est ainsi faite à la neurochirurgie pédiatrique, la neurochirurgie fonctionnelle et la radiochirurgie stéréotaxique.

Répartition de l'offre de soins relative à ces activités :

	NC pédiatrique	NC fonctionnelle	Radiochirurgie*
Alsace	1 site	1 site	
Bourgogne	1 site	1 site	
Champagne Ardenne	1 site	1 site	
Franche Comté	1 site	1 site	
Lorraine	1 site	1 site	1 site

\* hors radiothérapie stéréotaxique fractionnée

### 6.1.2.2 – Les ressources humaines

Au sein du pool des neurochirurgiens (NC) et des neuroradiologues interventionnels (NRI) de chaque équipe hospitalière, il est important d'identifier les praticiens assurant la séniorisation des gardes et astreintes, les internes en formation et participant au vivier des ressources humaines et les autres statuts, en général temporaires mais qui participent à la fonction de support dans le cadre de l'activité opératoire et du dispositif de la permanence des soins et des urgences.

		Séniors NC et NRI			CCA		Internes		Autres catégories (PA, FFI, ASA)	
		NC	Dont NC pédiatres	NRI	NC	NRI	NC	NRI	NC	NRI
Alsace	HUS	5	3	2	1		2		7	
	HCC	3		2			1		5	2
Bourgogne		3	3	2			2		2	
Champagne Ardenne		5	1	2	1	1	3			
Franche Comté		5	3	1	1		4			
Lorraine		6	2	4	2	1	3	1	3	2

Les médecins réanimateurs anesthésistes conditionnent au même titre que les neurochirurgiens le maintien de cette activité sur un site. Leur recensement mérite une analyse également fouillée en termes de ressources existantes mais aussi potentielles.

		Séniors MAR		CCA	internes	Autres catégories (PA, FFI, ASA)
Alsace	HUS	2		1		4
	HCC	6			1	1
Bourgogne		5		1		
Champagne Ardenne		2				
Franche Comté		4				
Lorraine		9				

### 6.1.2.3 – Les modalités d'organisation

#### La permanence des soins

Elle est assurée par les neurochirurgiens séniors dans le cadre d'une astreinte. Elle est de plus organisée sur place à Besançon, Nancy et Strasbourg. En réanimation elle répond à une permanence sur place sur l'ensemble des sites. Dans la majorité des établissements un bloc opératoire est réservé.

#### L'organisation de la réponse à l'urgence

Elle s'apprécie au regard de critères d'accès aux plateaux techniques spécialisés et aux équipements lourds et de liens formalisés ou non avec les établissements de santé satellites.

		Liens formalisés avec SU intra établissement	Liens avec SU extra établissement	Accès à une UNV	Accès à la thrombolyse 24 h/24	Accès à un neuroradiologue 24 h/24
Alsace	HUS	non	non	oui	oui	oui
	HCC	non	oui	oui	oui	oui
Bourgogne		oui	oui	oui	oui	oui
Champagne Ardenne		oui	non	oui	oui	en cours de réalisation
Franche-Comté		non	oui	oui	oui	oui
Lorraine		oui	non*	oui	oui	oui

\* mais la filière d'accès aux plateaux techniques spécialisés est formalisée

Il est intéressant de remarquer que les établissements des régions disposant d'un réseau régional des urgences ou de l'accès à la télétransmission d'images comme la Bourgogne, la Franche-Comté et la Lorraine, ont formalisé des liens entre les services de neurochirurgie et les SU et entre les SU et l'UNV permettant une prise en charge optimale des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des urgences neurochirurgicales.

Pour l'Alsace, la formalisation de ces protocoles entre services figure comme un objectif prioritaire du projet de pôle concerné.

La Champagne Ardenne signale un manque d'attractivité de la région pour les neurologues, notamment en milieu hospitalier, qui porte atteinte à un diagnostic préétabli en amont et à un bon adressage des patients : ce point mérite une analyse précise de la situation en termes notamment de prise en charge des AVC à la phase aiguë au regard du recrutement médical effectué dans ce domaine et de la structuration en cours de certaines équipes.

Les urgences pédiatriques en neurochirurgie représentent 25 à 30 % des actes réalisés et concernent la neurotraumatologie et l'hypertension intracrânienne (HIC) d'origine tumorale ou traumatique, parfois l'hydrocéphalie. La réponse est satisfaisante, toutes les équipes neurochirurgicales étant en capacité de réaliser les gestes d'urgence.

#### Lits dédiés à la neuroradiologie interventionnelle

Seul le CHU de Nancy a individualisé 8 lits.

#### Organisation de la filière d'aval

Elle est déterminante dans l'adéquation des capacités de lits de soins aigus aux besoins. Son bon fonctionnement nécessite entre autres des liens avec les établissements de proximité lorsqu'ils sont adresseurs d'urgences neurochirurgicales, par exemple sous forme de contrats relais comme il en existe en Lorraine. Une telle organisation suffirait à rendre la capacité de lits de réanimation réservés à la neurochirurgie opérante en Bourgogne et en Franche Comté.

Mais la filière d'aval ne repose pas que sur l'engagement des établissements d'origine des patients vis-à-vis des services de neurochirurgie et de leur réanimation. Des prises en charge spécifiques aux cérébro-lésés peuvent justifier l'orientation vers une unité d'éveil ou une unité pour EVC qui doivent trouver leur ajustement aux besoins dans les volets respectifs de chaque schéma régional d'organisation sanitaire.

#### Une particularité : l'organisation des prises en charge transfrontalières

L'offre de soins transfrontalière est déjà sollicitée en dehors de tout cadre organisé et de façon ponctuelle (patients luxembourgeois adressés en neuroradiologie au CHU de Nancy par exemple - patients mosellans adressés pour hématorne extradural à Sarrebrücken).

	Lits de neurochirurgie	Lits de réanimation	Neurochirurgiens	IRM 24 /24 TDM 24/24	Transfert d'images
Luxembourg	34	12	5	oui	oui
Sarrebrücken	32	5	9	oui	oui

La proximité d'une offre structurée transfrontalière (Sarre -Luxembourg) offre une opportunité dans la prise en charge des urgences vitales pour lesquelles le délai de prise en charge par l'équipe de neurochirurgie est le premier facteur de qualité du résultat voire de la survie.

Compte tenu de la démographie de la spécialité et de la nature de certains investissements, la collaboration transfrontalière entre les équipes de neurochirurgie ou de neuroradiologie pourrait aussi s'avérer positive pour renforcer les spécialités, faire bénéficier le plus de patients possibles des hyper spécialités, des équipements et de l'expérience acquise.

#### 6.1.2.4 – L'activité

L'activité de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire, présentée en nombre d'actes, est issue des bases interrégionales PMSI MCO 2005 et 2006 :

- à partir de la liste d'actes arrêtée le 8 juin 2005 pour la neurochirurgie avec un seuil < 18 ans pour la neurochirurgie pédiatrique,
- à partir de la liste d'actes issue de la CCAM V1 figurant en annexe technique au présent schéma et confrontées aux données déclaratives pour la neurochirurgie fonctionnelle,
- à partir de la liste d'actes issue de la CCAM V1 figurant en annexe technique pour la neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire. Cette liste qui définit le périmètre spécifique de la neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire sert de base au calcul des OQOS.

		NC adultes		NC pédiatrique		NRI adulte		NC fonctionnelle	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Alsace	CHU de Strasbourg	1403	1264	296	208	135	146	146	134
	CH de Colmar	553	715	33	49	140	253	32	34
Bourgogne CHU de Dijon		630	1284	40	49	88	93	8	10*
Champagne Ardenne CHU de Reims		1158	1110	154	98	235	240	56	57
Franche Comté CHU de Besançon		1153	1107	170	156	140	146	92	119
Lorraine : CHU de Nancy		2382	2636	312	319	332	593	166	166

\* et début de la stimulation thalamique dans le cadre du projet de développement du traitement des mouvements anormaux qui associe le CLCC, le pôle des neurosciences, le service de neurologie, le service de neuroradiologie interventionnelle et le service de neurochirurgie du CHU de Dijon en lien avec le CHU de Besançon.

Le delta d'activité neurochirurgicale adulte de l'interrégion Est n'est pas lié au facteur de population des régions puisque la standardisation de l'activité ne module qu'à la marge les différences observées. Pour autant la nature Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire de l'Interrégion Est

Pour la période 2008-2013  
23 juin 2008

de l'activité neurochirurgicale réalisée est homogène entre les sites qui affichent un classement identique des 3 principaux GHM chirurgicaux concernés par le périmètre spécifique de la neurochirurgie à savoir par ordre de fréquence décroissante :

- les crâniotomies en dehors de tout traumatisme sans CMA,
- les crâniotomies en dehors de tout traumatisme avec CMA,
- les interventions sur le rachis et la moelle pour affection neurologique sans CMA.

L'analyse de l'ensemble de l'activité chirurgicale, y compris hors liste d'actes de l'arrêté du 8 juin 2005, objective également une même typologie d'actes : le GHM chirurgical le plus fréquemment réalisé par chaque site concerne les interventions sur le rachis sans comorbidités associées (CMA). Ce GHM n'est pas exclusif du périmètre de l'autorisation de neurochirurgie et n'est donc pas comptabilisé dans l'activité présentée dans le tableau ci-dessus.

Le constat est identique en matière de séjours médicaux dont la part d'activité varie entre 30 % et 45 % de l'activité totale de chaque service de neurochirurgie.

Un delta d'activité significatif est également observé en neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire : il apparaît que le nombre important de procédures par patient dans le domaine de l'embolisation des malformations artério-veineuses est un facteur d'explication.

Il existe une activité de neurochirurgie pédiatrique dans chaque CHU de l'interrégion Est. Cette activité est faible à Dijon où elle répond essentiellement à la prise en charge des urgences neurochirurgicales pédiatriques et se reporte pour les autres indications vers la Franche Comté en interrégion, vers l'Île de France et la région Rhône Alpes. Les actes repérés à Colmar correspondent à des gestes techniques simples et dans la majorité des cas à des situations d'urgence.

La neurochirurgie fonctionnelle recouvre :

- les traitements de la douleur et de la spasticité auxquels correspondent les actes les plus fréquemment retrouvés,
- la stimulation cérébrale profonde et la chirurgie de l'épilepsie dont l'activité est identifiée principalement aux CHU de Nancy et de Strasbourg.

La radiochirurgie au sens du décret du 19 mars 2007 est identifiée par l'acte AANL001 « Irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique ». Elle concerne, en 2005 et à partir de la base interrégionale PMSI MCO, 108 actes correspondant à des patients issus de l'interrégion Est dont 31 sont réalisés par le Centre Alexis Vautrin de Nancy en lien avec l'équipe neurochirurgicale du CHU de Nancy. 48 actes ont été réalisés à Marseille, 12 à Clermont-Ferrand, 9 à Paris et 6 à Lyon.

L'activité relative aux traitements fractionnés de la radiothérapie stéréotaxique est quantifiée dans le volet traitement du cancer de chaque SROS, mais il est évident que l'analyse en termes de besoins mérite une confrontation des données. C'est la raison pour laquelle une enquête sur le recours aux différents traitements sera réalisée dans le cadre du suivi du SIOS à partir des indications validées par les professionnels de l'interrégion Est.

Par ailleurs les équipes du Centre de lutte contre le cancer GF Leclerc en partenariat avec le CHU de Dijon, et celles de la Polyclinique de Courlancy à Reims en partenariat avec le CHU de Reims dont les projets en matière de techniques innovantes en [radiothérapie](#) ont été retenus, participeront à l'évaluation, médicale et médico-économique, de l'ensemble des différentes techniques et équipements innovants concernés par les 2 appels à projets 2005 et 2006 et coordonnée au niveau national par l'INCa en relation avec la [HAS](#) et la CNAM. Le robot de radiothérapie, à savoir le Cyberknife, en place à Nancy, doit lui aussi faire l'objet d'une évaluation de sa fonctionnalité et de son coût.

La Neuroradiologie interventionnelle reste une niche dans le domaine de la pédiatrie. Sa pratique requiert une compétence particulièrement affirmée en termes d'expérience professionnelle. De fait elle ne pourra être reconnue qu'au sein d'équipes suffisamment entraînées.

#### 6.1.2.5 – Les flux

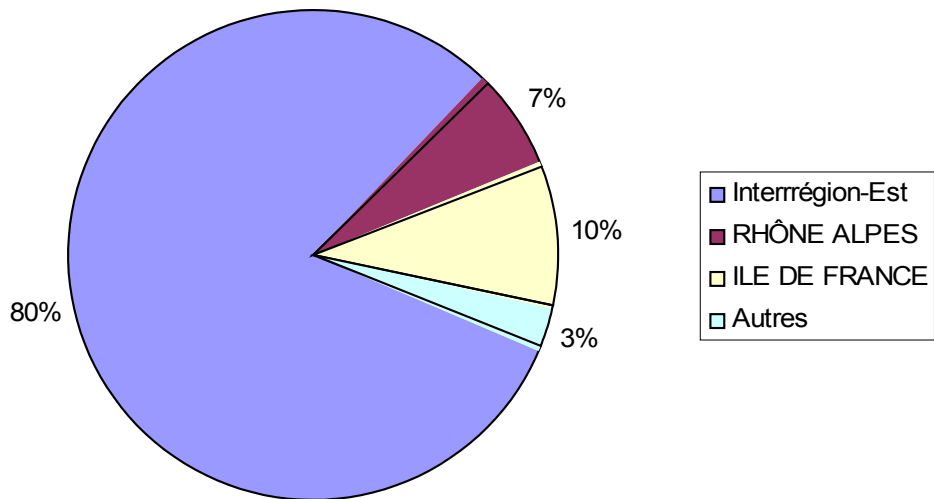
Les diagrammes ci-dessous illustrent le degré d'autosuffisance de l'interrégion, son attractivité et l'origine régionale des principales fuites vers la région Ile de France et la région Rhône Alpes respectivement pour les activités de neurochirurgie adultes, de neurochirurgie pédiatrique et de neuroradiologie interventionnelle adultes.

Source de données : Base interrégionale PMISI MCO 2005

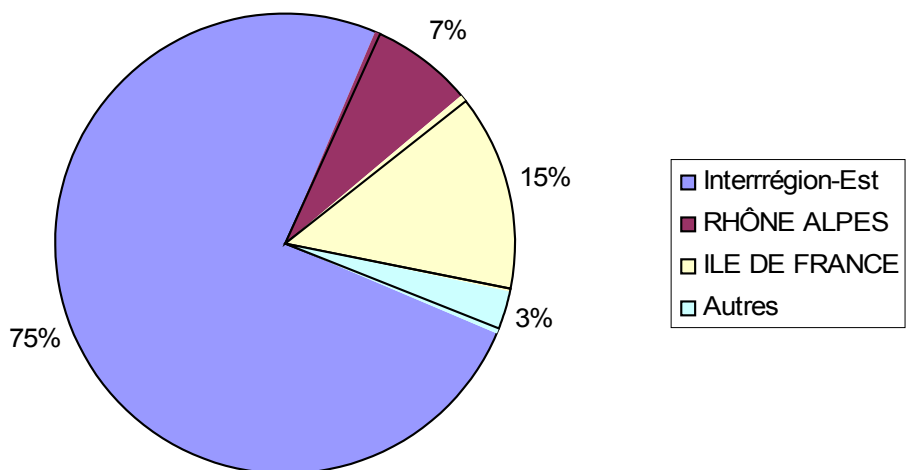
##### Degré d'autosuffisance de l'interrégion Est

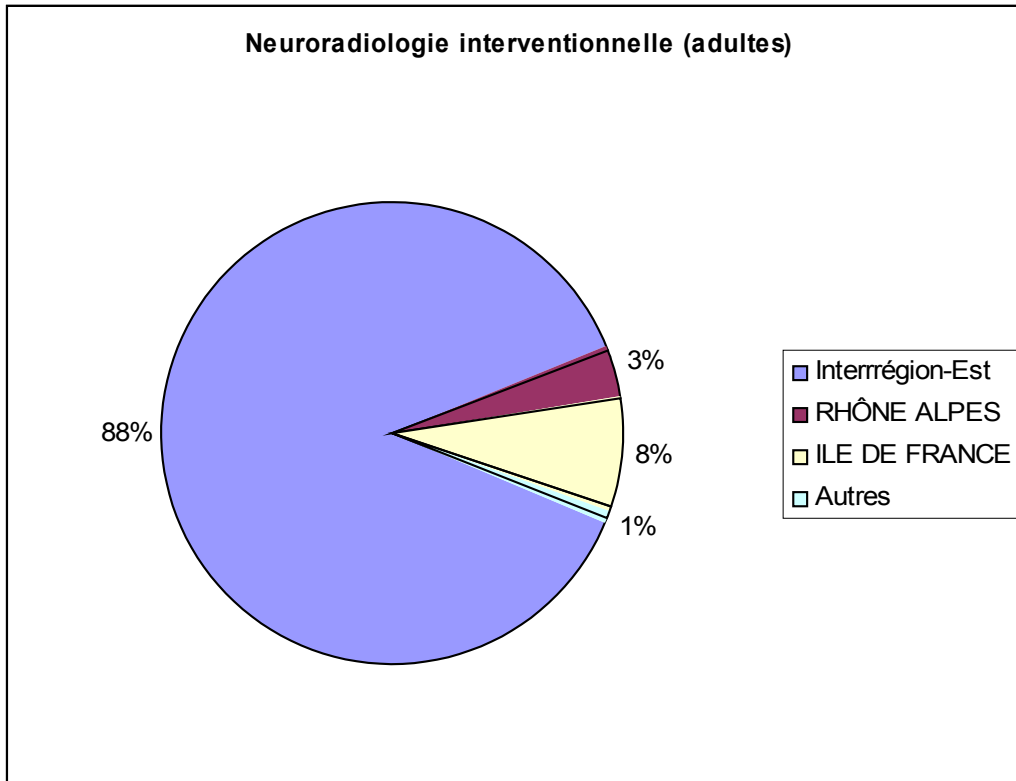
Les diagrammes 1, 2 et 3 relatifs aux lieux de prise en charge des patients issus de l'interrégion Est objectivent le très bon degré d'autosuffisance de l'interrégion Est lorsqu'on examine dans leur globalité les activités de neurochirurgie adultes, de neurochirurgie pédiatrique et de neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire. Les fuites significatives en termes de volume de prises en charge de patients issus de l'interrégion Est s'effectuent principalement vers la région l'Ile de France et la région Rhône Alpes.

### Neurochirurgie adultes

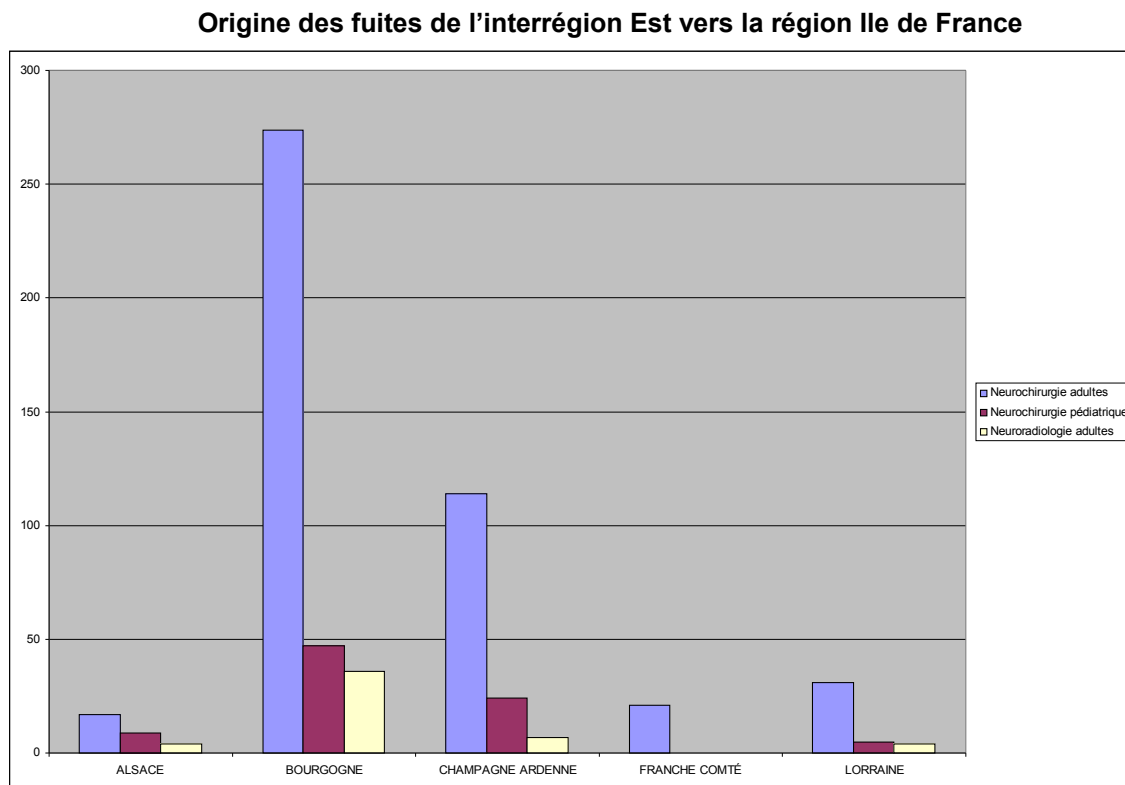


### Neurochirurgie pédiatrique

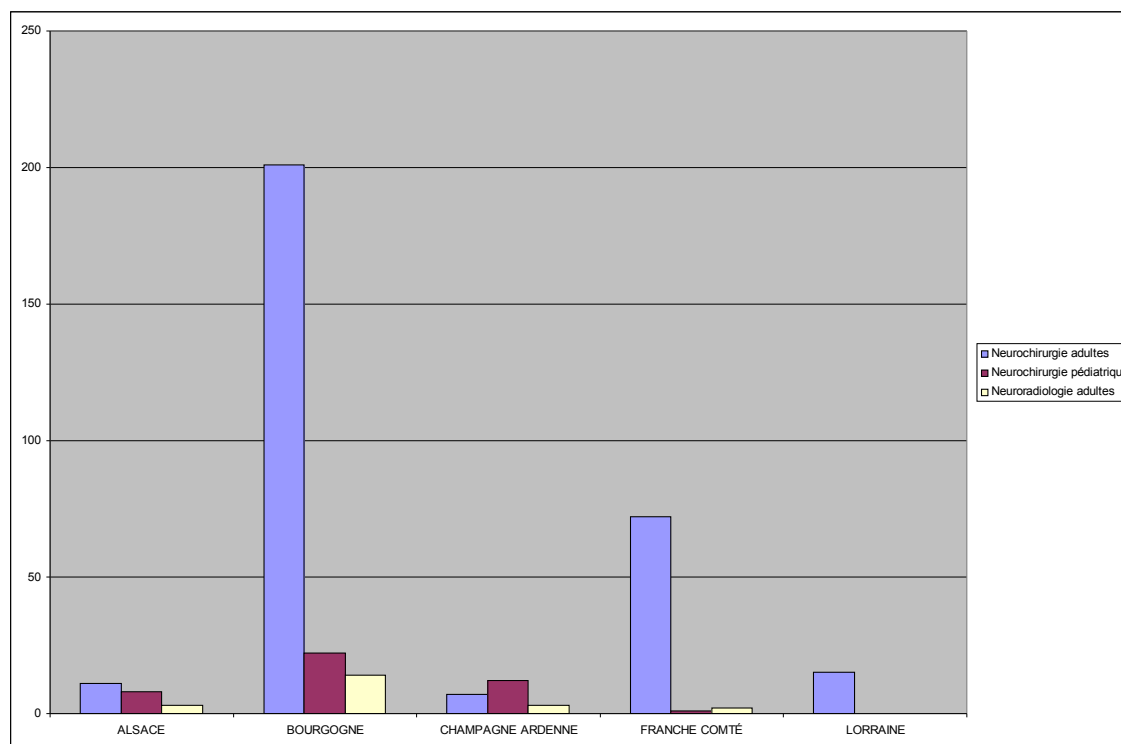




Analyse des fuites de l'interrégion Est

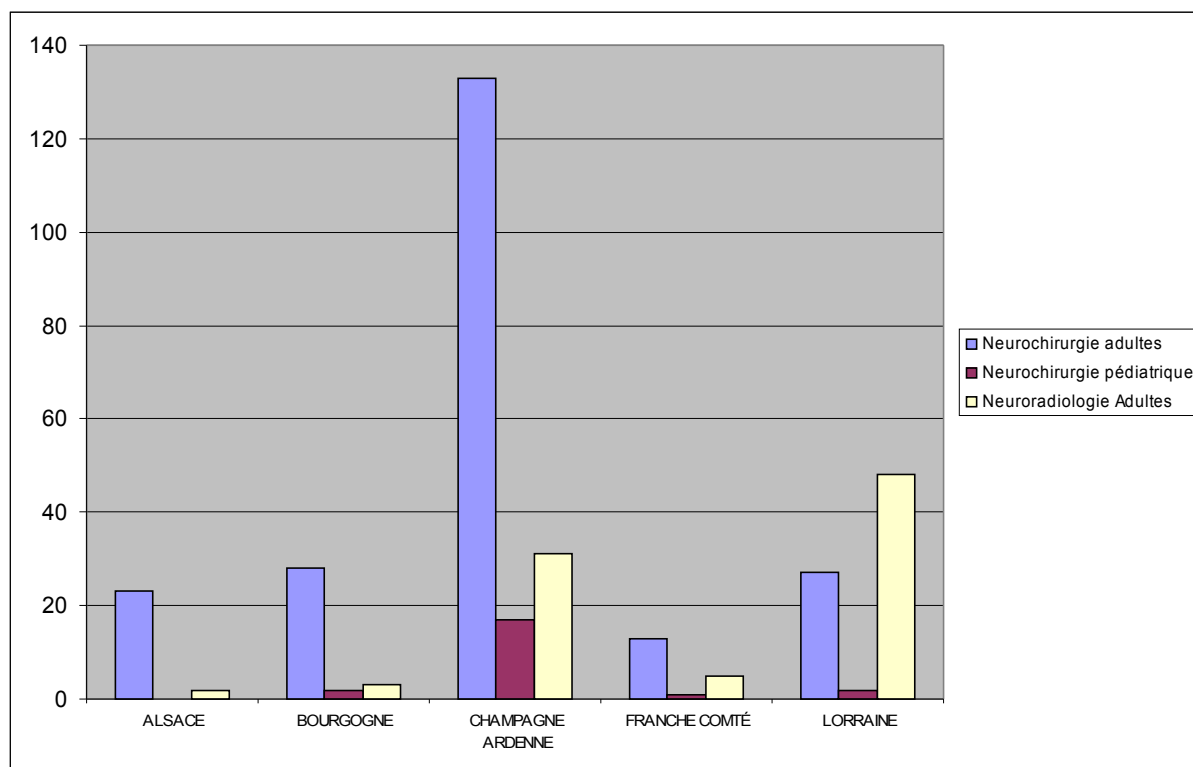


### Origine des fuites de l'interrégion Est vers la région Rhône Alpes



La Bourgogne représente la principale source de fuites aussi bien vers la région Rhône Alpes que vers la région Ile de France. A un moindre degré on observe des fuites de la Champagne Ardenne vers l'Ile de France et de la Franche Comté vers la région Rhône Alpes pour la neurochirurgie adultes.

## Attractivité de l'interrégion Est



On observe une attractivité très modérée et comparable en neurochirurgie adulte pour les régions d'Alsace, de Bourgogne, de Franche comté et de Lorraine alors que la Champagne Ardenne attire une majorité de patients (112) du département voisin de l'Aisne (région picarde, appartenant à l'interrégion Nord Ouest).

En neuroradiologie interventionnelle, seules la Lorraine et la Champagne Ardenne sont attractives :

- la Lorraine pour des patients dont le code département (99) laisse présumer qu'il s'agit soit de patients étrangers soit de patients sans immatriculation.
- la Champagne Ardenne pour un certain nombre de patients originaires de l'Aisne.

### 6.1.3 – Constats et perspectives

Les différences de volume d'activité en neurochirurgie adulte et en neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire trouvent leur explication au terme de l'analyse des flux et du nombre de sites : des fuites significatives de la population de Bourgogne vers les régions Rhône Alpes et Ile de France, l'existence de deux sites en Alsace et une relative attractivité de la Champagne Ardenne et de la Lorraine dans le domaine de la radiologie interventionnelle par voie endovasculaire.

Malgré ces disparités d'activité, l'Interrégion Est fait preuve d'une certaine équité dans l'accès aux soins de ces disciplines, liée sans doute aux liens informels des professionnels dans l'adressage des patients.

Les autres constats s'établissent en matière de ressources humaines et d'activité relatives aux « surspécialités ».

La fragilité de certaines équipes, notamment en neuroradiologie interventionnelle, ne garantit pas de façon fiable à l'ensemble de l'interrégion un accès 24 h/24 aux alternatives thérapeutiques que cette spécialité offre à la neurochirurgie.

Les deux activités évoluant de façon interdépendante, il paraît essentiel de rechercher un dispositif d'organisation qui maintienne le rapprochement de ces équipes.

Dans ces deux spécialités, le nombre faible d'internes n'est pas sans soulever quelques inquiétudes sur la pérennité des équipes dans la prochaine décennie.

Parmi les surspécialités on perçoit au travers des projets et de l'analyse d'activité que la neurochirurgie fonctionnelle cherche à se développer dans l'interrégion : il convient de l'y aider en la structurant, à savoir en identifiant clairement des pôles et des filières de prise en charge.

La neurochirurgie pédiatrique fait nettement apparaître une prise en charge de deux ordres : celle des urgences auxquelles tous les CHU sont en capacité de répondre et celles requérant une orientation vers des centres disposant des compétences spécifiques.

Au-delà du schéma interrégional, c'est le projet médical de l'interrégion et la contractualisation des établissements qui finaliseront ces objectifs.

L'activité transfrontalière occupe une part non négligeable en Lorraine et ce d'autant que l'Allemagne n'a pas développé de formation en neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire alors qu'en neurochirurgie elle dispose à l'inverse d'un potentiel important de spécialistes.

Cette activité et son organisation relèvent d'un volet transfrontalier du schéma régional d'organisation sanitaire de Lorraine.

## **6.2 – Les objectifs retenus par le SIOS Est**

### **6.2.1 – Les objectifs généraux**

#### *6.2.1.1 La concertation interdisciplinaire*

Les nouvelles indications de neuroradiologie interventionnelle mais aussi de radiothérapie stéréotaxique opèrent un transfert d'activité de la neurochirurgie vers ces spécialités. La réflexion sur le devenir de la neurochirurgie et le maintien d'une expertise neurochirurgicale au regard d'une raréfaction de certaines indications doit faire l'objet d'un suivi interrégional.

Pour autant l'interdisciplinarité des décisions doit figurer comme un objectif majeur de ce volet du SIOS.

#### *6.2.1.2 Le partenariat avec les neurosciences*

Le partenariat avec les neurosciences notamment dans le domaine de la neurochirurgie fonctionnelle s'inscrit de façon consensuelle dans ce schéma. Le regroupement géographique est déjà effectif sur certains sites. Il serait

souhaitable de le généraliser. Cette coopération pourra s'inscrire régionalement ou interrégionalement dans le cadre d'un Neuropôle, dynamisant ainsi les ressources des différentes équipes.

#### *6.2.1.3 La formalisation des coopérations en matière de télé expertise*

Cet objectif répond aux besoins en matière d'avis spécialisés pour des dossiers complexes ou requérant l'avis d'une équipe entraînée à une technique innovante. La télé-expertise a vocation à s'organiser en réseau afin de valoriser le travail en lien des équipes, favoriser le développement de filières très spécifiques à l'intérieur de l'inter région et participer à la formation.

### **6.2.2 – Les objectifs opérationnels**

#### *6.2.2.1 La formalisation des coopérations en matière de télé expertise*

Elle nécessite la prise en compte des délais d'accès maximaux des urgences neurochirurgicales, de l'accès à l'imagerie et à un avis spécialisé en neuroradiologie et en neurochirurgie 24 h sur 24.

Au regard de ces critères, l'organisation de la prise en charge des urgences peut s'effectuer à 2 niveaux : régional et inter régional avec mutualisation possible entre les régions voire à un niveau transfrontalier dans une situation d'urgence vitale pour laquelle le résultat est directement lié au délai d'intervention. Dans tous les cas une convention transfrontalière associe les services d'urgences et de régulation au service de neurochirurgie de référence et organise la continuité de la filière de soins.

L'optimisation de la réponse à l'urgence fait aussi appel à une meilleure connaissance par les urgentistes des indications de transfert vers les milieux de réanimation neurochirurgicale ou neurovasculaires. L'accident vasculaire hémorragique ou le traumatisme rachidien qui survient chez le sujet gériatrique de même que l'hématome sous dural aigu de 2 mm d'épaisseur ne sont pas des indications de transfert en réanimation neurochirurgicale.

Pour autant l'accompagnement thérapeutique doit permettre aux établissements de proximité de faire face à une prise en charge souvent lourde en personnel et en accompagnement psychologique.

Quant aux rares indications de prise en charge en réanimation médicale ou de traitement neurochirurgical de patients atteints d'accident vasculaire cérébral, les recommandations de l'ANAES de septembre 2002 les précisent.

La qualité et l'efficacité des échanges impliquent leur séniorisation d'une part et un accompagnement sur le plan de l'avis thérapeutique et du suivi d'autre part. La mise en responsabilité de chacune des parties doit créer les conditions d'une orientation satisfaisante des patients. Les contrats relais (avec fixation de délais relatifs à la reprise du patient par les établissements « adresseurs ») sont une des dispositions susceptibles d'influer dans ce sens.

Enfin, la transmission d'images et leur interprétation en urgence nécessitent de bien définir les procédures entre neurochirurgiens, neuroradiologues et urgentistes pour optimiser les indications de transfert de patients.

#### *6.2.2.2 Le maillage des compétences très spécialisées*

C'est essentiellement sur ces activités que les données interrégionales du PMSI mettent en évidence un éclatement des flux de patients.

De fait, il convient de répartir ces compétences sur l'interrégion en les renforçant et en apportant une lisibilité en termes de filières d'adressage pour les professionnels comme pour les patients.

Des collaborations allant jusqu'à un projet médical partagé devront figurer dans les demandes d'autorisation d'activité pour lesquelles les « surspécialités » de neurochirurgie pédiatrique, de neurochirurgie fonctionnelle et de radiochirurgie seraient mentionnées.

Chaque site de neurochirurgie précisera la filière mise en place dans le cadre de ces activités sus citées.

D'ores et déjà il est possible de mentionner le fonctionnement en binôme de Besançon et Dijon dans les domaines de la neurochirurgie fonctionnelle et de la neurochirurgie pédiatrique et les projets de collaboration entre Reims et Nancy en neurochirurgie fonctionnelle. Une convention, signée le 24 mai 2002 entre les HUS de Strasbourg, et les HCC de Colmar formalise cette coopération, dans la prise en charge des mouvements anormaux en région Alsace.

#### *6.2.2.3 La sécurisation des équipes en place*

La situation française se distingue d'autres pays européens comme l'Allemagne par son plus faible nombre de neurochirurgiens rapporté à la population mais avec en contre partie un développement plus avancé de la neuroradiologie interventionnelle qui vient enrichir la décision thérapeutique. Il est donc essentiel de maintenir ces équipes pluridisciplinaires.

## **6.3 – Le dispositif d'organisation retenu au sein de l'interrégion Est**

### **6.3.1 – Optimisation de la réponse à l'urgence**

#### *6.3.1.1 Mise en place d'une astreinte opérationnelle 24h24*

A l'heure actuelle deux équipes de neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire sont suffisamment étoffées pour assurer en propre une astreinte opérationnelle 24h sur 24 tous les jours de l'année.

Elles sont localisées au nord-est de l'Inter région.

L'organisation d'une double astreinte opérationnelle 24 h sur 24 sur l'ensemble de l'Interrégion à partir de ces 2 équipes doit permettre de répondre aux délais de prise en charge compatibles avec la sécurité des patients d'une part, ainsi qu'aux alternatives thérapeutiques conformes aux données actuelles de la science d'autre part. Pour ce faire ces équipes doivent bénéficier du soutien logistique de transports hélicoptérés et de l'engagement des autres équipes à participer, dans la mesure de leurs moyens, à l'organisation de ce dispositif inter régional. Des relais doivent être formalisés par convention entre les établissements, permettant une assistance mutuelle entre les équipes à l'instar de l'expérience entre Dijon et Besançon.

Une convention précisera les modalités de prise en charge et de transfert en tenant compte du point d'entrée du patient dans la filière des urgences neurovasculaires. Cette filière doit notamment décrire pour chaque établissement siège d'un service de neurochirurgie le mode d'accès au neuroradiologue, la stratégie thérapeutique établie conjointement entre neurochirurgien et neuroradiologue et le recours au transfert d'images.

Ce dispositif est à organiser en lien avec les centres 15 et les réseaux régionaux des urgences.

#### *6.3.1.2 Compatibilité des systèmes d'information*

La compatibilité des systèmes d'information permettra le développement de la télémédecine indispensable dans la prise en charge des urgences neurochirurgicales et l'activité d'expertise.

Une coordination interrégionale est à instaurer en matière d'interopérabilité des différents systèmes de transmission d'images avec l'appui des chargés de mission « systèmes d'information » des agences régionales de l'hospitalisation.

#### *6.3.1.3 Attribution de lits dédiés à la neuroradiologie interventionnelle*

L'unité d'hospitalisation qui prend en charge les patients relevant des activités interventionnelles par voie endovasculaire doit disposer de lits dédiés afin de favoriser le développement de cette activité, de répondre aux besoins et limiter ainsi les fuites de patients vers d'autres interrégions.

La capacité en lits dédiés aux activités de neuroradiologie interventionnelle par voie endovasculaire pourra être ajusté au volume de l'activité. La mutualisation possible de ces lits, en fonction du contexte, avec les services de réanimation neurochirurgicale, les unités de soins intensifs de neurochirurgie, les unités de soins intensifs neurovasculaires ou les unités de soins continus doit apporter une certaine souplesse dans la gestion de l'ensemble de la filière et contribuer à la fluidité de la prise en charge du patient.

#### *6.3.1.4 Coordination avec les unités neurovasculaires*

L'amélioration de la fluidité du parcours de soins des patients atteints de pathologies neurovasculaires dépend également de la coordination avec les UNV dont la situation à proximité des unités de réanimation est préconisée. Le développement de ces UNV et leur mise en réseau avec les structures d'urgences par transfert d'images et accès à l'examen clinique par webcam doivent être un objectif du volet « cérébro-lésés » des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

#### *6.3.1.5 Organisation de la filière d'aval*

Elle mérite une attention toute particulière car source de dysfonctionnements et de fuites par manque de lits de SSR spécialisés dans la prise en charge de rééducation aiguë dès que le patient est stabilisé du point de vue des fonctions vitales (unité d'éveil), dans la prise en charge des troubles aigus du comportement à la suite de traumatismes crâniens et l'élaboration d'un projet de qualité pour le patient en état pauci relationnel et sa famille. En effet la très haute qualité de prise en charge technique initiale ne devrait pas être minorée par des soins de suite de moindre qualité.

Des préconisations en ce sens figurent dans les volets « post-hospitalisation aiguë » et « prise en charge des patients cérébro-lésés » de chaque SROS. Leur mise en oeuvre est une priorité.

### **6.3.2 – Le maillage régional des compétences très spécialisées**

#### *6.3.2.1 La neurochirurgie pédiatrique*

Il est possible de définir un socle de pathologies chirurgicales pour lesquelles l'âge ne représente pas un facteur de difficulté au niveau de la technique d'intervention. Par contre, l'environnement et tout particulièrement celui de l'anesthésie réanimation pédiatrique constitue la différence essentielle permettant d'assurer une qualité de la prise en charge de l'enfant et du nouveau-né

A côté de ce socle de pathologies dont la majorité, traumatiques ou neuro-oncologiques présente des critères d'urgence lors de leur admission en milieu hospitalier, il y a lieu d'envisager la prise en charge des pathologies rares, spécifiques à l'enfant. Il s'agit principalement des crâniosténoses vraies pour lesquelles une expertise du neurochirurgien est requise. Cette expertise se traduit actuellement par un réseau informel d'adressage des patients vers le neurochirurgien reconnu par ses pairs.

Par ailleurs la correction de ces malformations s'effectuant dans les premiers mois de la vie, la sécurité de l'environnement doit être maximale avec une équipe formée à ce type de prise en charge.

Pour des crâniosténoses complexes (crâne en trèfle) ou syndromiques (maladie de Crouzon) l'expertise peut se situer en dehors de l'inter région.

La logique d'organisation répondant à ces deux aspects de la neurochirurgie pédiatrique est celle d'un réseau inter hospitalier à formaliser au travers de conventions passées entre les établissements sur la base des recommandations de la société française de neurochirurgie. Ces conventions préciseront notamment les exigences en matière de formation, de compétence et d'environnement, l'ensemble concourant à décrire les modalités de chaque type de prise en charge.

Un cahier des charges relatif à la neurochirurgie pédiatrique, élaboré par un groupe de travail interrégional, conditionnera la démarche de contractualisation qui suivra les autorisations entre les établissements et les ARH.

De fait, trois sites exercent à l'heure actuelle cette activité en dehors de l'urgence. Il s'agit des CHU de Besançon, Nancy et Strasbourg. Dans la mesure où il existe une coopération satisfaisante au sein de l'inter région, il semble légitime de maintenir trois autorisations spécifiques à l'activité de neurochirurgie pédiatrique. Il conviendra néanmoins de mener une réflexion sur la nécessité de les maintenir à l'échéance du SIOS pour assurer le maillage de cette « surspécialité » au regard du dispositif proposé.

#### *6.3.2.2 La neurochirurgie fonctionnelle*

Elle s'adresse au traitement des mouvements anormaux au premier rang desquels la maladie de Parkinson dont la prévalence augmente avec l'âge et lui confère un poids socio économique grandissant. En France, son incidence pourrait dépasser 20 pour 100 000 habitants par an et sa prévalence varie de 80 à 126 pour 100 000 habitants avec une répartition homogène de cette maladie sur l'ensemble du territoire national.

Les indications à la stimulation cérébrale profonde sont les formes invalidantes, rebelles au traitement médical, du tremblement de la maladie de Parkinson et des tremblements essentiels. Les complications du traitement (fluctuations, dyskinésies) peuvent atteindre un niveau de sévérité justifiant d'envisager d'autres thérapeutiques, notamment la stimulation cérébrale profonde.

Les indications sont de l'ordre de 2% de l'ensemble des patients atteints de maladie de Parkinson et 4% de ceux dont la maladie évolue depuis au moins 3 ans.

Ce qui représente dans l'interrégion Est un potentiel de 164 à 320 patients éligibles au traitement par stéréotaxie.

Depuis l'avis initial du Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT), des extensions de cette technique sont proposées, dont le traitement d'autres symptômes de la maladie de Parkinson par stimulation des noyaux sous-thalamiques ou du pallidum interne.

La prise en charge des malades requiert des compétences en neurologie, neuroradiologie, neurophysiologie et neurochirurgie d'une équipe pluridisciplinaire.

L'épilepsie est l'autre champ, plus restreint en termes de patients, d'indications et de perspectives de besoins, de la neurochirurgie fonctionnelle qui exige dans sa prise en charge thérapeutique une mise au point préalable très sophistiquée.

L'évaluation des besoins se base sur les recommandations de l'ANAES de 2004. Cette étude chiffre la résistance des épilepsies au traitement pharmacologique à 60 000 à 80 000 personnes en France. Dans 60 % des cas, il s'agit d'épilepsies partielles dont 25 à 50 % pourrait bénéficier d'une thérapeutique alternative chirurgicale.

La spasticité dans le domaine du handicap et la douleur d'origine centrale font régulièrement appel à la neurochirurgie fonctionnelle ainsi qu'en témoigne l'analyse de l'activité de l'interrégion.

Le dispositif d'organisation qui prévaut est celui de filières réparties entre 4 centres à renforcer dans l'inter région Est dont 1 à 2 seulement répondront plus spécifiquement au traitement fonctionnel de l'épilepsie compte tenu de l'expertise requise et des besoins évoqués plus haut.

### *6.3.2.3 La radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques*

Elle a fait l'objet d'une évaluation clinique et économique par la HAS en mai 2000 qui met l'accent sur la situation particulière de cette activité « au carrefour de la neurochirurgie et de la radiothérapie mais aussi de compétences scientifiques et techniques associées que sont l'imagerie et l'informatique ».

L'organisation hospitalière qui en découle va dans le sens d'un regroupement dans un même lieu des sites de traitement, d'imagerie et du bloc opératoire.

Sa définition au regard du décret du 19 mars 2007 nous semble devoir être élargie à la radiothérapie stéréotaxique qui englobe la radiochirurgie et les traitements fractionnés.

En effet ce nouveau périmètre apporte une cohérence certaine à l'ensemble des modalités d'organisation et de prise en charge en radiothérapie des lésions intracrâniennes nécessitant une discussion interdisciplinaire entre neurochirurgiens, radiothérapeutes, neurologues et neuroradiologues interventionnels.

La notion de l'interdisciplinarité est fondamentale sur l'ensemble des lésions cérébrales et notamment des tumeurs bénignes non concernées par les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'organisation de la consultation interdisciplinaire doit être clairement explicitée dans tout projet de demande ou de renouvellement d'autorisation de radiothérapie stéréotaxique.

La question du traitement des métastases relève de la filière cancérologique habituelle.

Le traitement par dose unique des malformations artério-veineuses et des tumeurs bénignes nécessite une équipe particulièrement entraînée. Les indications sont peu nombreuses et une seule implantation reste justifiée dans l'interrégion jusqu'aux résultats des études attendues dans ce domaine.

Il convient par conséquent de faire appel à l'expérience nancéenne en matière de malformations artério-veineuses traitées avec une fraction unique dans un environnement pluridisciplinaire et une discussion des dossiers avec sélection des patients sur le principe de la RCP. Le suivi de ces patients sera assuré par les neuroradiologues de l'ensemble de l'interrégion Est.

Des filières d'adressage sont à mettre en place entre les différents services de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle de l'inter région Est et le Centre Alexis Vautrin de Nancy.

La visioconférence pourrait être utilement développée afin de permettre une discussion des dossiers avec le service d'origine du patient.

### **6.3.3 – La sécurisation des équipes en place**

#### *6.3.3.1 Instaurer une instance inter régionale d'organisation et de gestion de projets de stages de formation universitaire*

Cette instance regrouperait les neurochirurgiens, les neuroradiologues, les neuroanesthésistes réanimateurs et les neurologues impliqués dans les unités neurovasculaires. L'intérêt de réunir ces professionnels souvent impliqués dans différentes commissions, serait d'élaborer des projets de stage cohérents entre les différentes disciplines et équilibrés en termes de recrutement au sein des équipes, la réciprocité entre établissements devant être un principe de base aux échanges inter régionaux.

Sa vision interrégionale des évolutions non seulement démographiques médicales mais de carrière lui donnerait force de proposition en matière d'ouverture de postes d'internes ou de chefs de clinique.

Au terme de ces formations une contractualisation d'une durée minimale de 5 ans permettrait de fidéliser neurochirurgiens, neuroradiologues et anesthésistes.

#### *6.3.3.2 Renforcer l'attractivité vers la neurochirurgie et la neuroradiologie*

Des incitations peuvent être apportées en matière de formation des internes, de mode d'organisation et de choix de filière

par une gestion des ressources humaines et de projets de stages et de carrière à l'échelon inter régional, par l'attractivité des plateaux techniques liée à des choix concertés de partage et de développement des activités très spécialisées. Une telle cartographie de ces domaines favoriserait la mobilité des internes, par la création de postes de chefs de clinique fléchés vers la neuroradiologie et non vers la neurologie thérapeutique ou interventionnelle, étant entendu que la société française de neuroradiologie (SFNR) s'est prononcée pour l'unicité des exercices diagnostique et thérapeutique au sein de la neuroradiologie.

Il serait également intéressant de proposer dans le cadre du suivi du SIOS une étude prospective des besoins de la population en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle afin d'en déduire une politique démographique médicale cohérente.

## CHAPITRE 7

# LE TRAITEMENT DES GRANDS BRULES

### 7.1 – Evaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est

Sur le territoire de l'interrégion Est, 2 établissements assurent la prise en charge et le traitement des grands brûlés : le CHR de Metz, pour les soins aux adultes, et le CHU de Nancy, pour les soins aux enfants.

A noter toutefois que des patients peuvent être adressés en tant que de besoin vers les établissements frontaliers de l'interrégion EST de Ludwigshaffen (Allemagne) et Loverval (Belgique).

#### 7.1.1 Les services existants

Les 2 établissements de l'interrégion ont fait l'objet de visites sur place dans le cadre du bilan de l'existant.

##### CHR de Metz - grands brûlés adultes

###### - La structure :

Actuellement seuls 4 lits de réanimation sont installés pour des raisons architecturales et dans l'attente de la reconstruction globale du CHR (capacité prévue : 9 lits)

L'organisation est fondée sur l'indépendance de chacune des chambres et l'isolement du patient : chaque chambre est équipée d'une baignoire, du matériel de réanimation, du matériel nécessaire à l'anesthésie et permet l'apport d'une table d'opération si cela s'avère nécessaire.

Le service de réanimation est adossé à 5 lits de surveillance continue et plus largement au service de chirurgie plastique qui permet de prendre en charge certaines brûlures sévères ou certaines séquelles.

###### - Le personnel :

médical :

2 chirurgiens et un assistant ayant la qualification en chirurgie plastique, et d'autre part

1 ETP actuellement pour l'anesthésie.

non médical :

0,4 ETP de kinésithérapeute

###### - L'activité :

Le service des grands brûlés de Metz reçoit une centaine de patients par an, essentiellement des adultes.

Le service de chirurgie plastique reçoit également des patients à la phase séquellaire ou des brûlés sévères ne nécessitant pas de réanimation.

##### CHU NANCY – grands brûlés enfants

###### - La structure :

Initialement individualisée, elle ne l'est plus actuellement.

2 lits sont plus spécifiquement équipés en réanimation.

Le service de surveillance continue du service d'orthopédie infantile reçoit également des enfants brûlés.

- *Le personnel :*

médical :

1 assistant de chirurgie plastique

Parmi les réanimateurs, l'un d'eux prend plus spécifiquement en charge les enfants brûlés

les médecins de médecine physique intervenant dans le service d'orthopédie assurent précocement la prise en charge des enfants brûlés.

Non médical

Il n'est pas spécifique (ni en réanimation, ni en orthopédie)

- *L'activité :*

Le service reçoit de 60 à 80 enfants par an dont 80% sont Lorrains.

En 1998 / 1999 le nombre d'enfants accueillis étaient plus proche de la centaine.

Les enfants accueillis bénéficient de l'environnement d'une structure dédiée à la pédiatrie (scolarisation, environnement ludique, maison des parents...)

### Les centres étrangers

- Ludwigshaffen (Allemagne)

Il s'agit d'un centre prenant en charge l'orthopédie et la traumatologie (dont la neurochirurgie) ainsi que les grands brûlés. La particularité de ce centre est d'intégrer un service de rééducation réadaptation fonctionnel complet. Il existe une convention avec l'Assurance Maladie qui précise les modalités de transfert et de tarification concernant les patients orientés vers cette structure.

- Loverval (Belgique)

Une convention est conclue depuis 2001 avec l'hôpital de Charleville Mézières pour la prise en charge des patients brûlés. Sa structuration est comparable à celle de Ludwigshaffen, mais le plateau technique de rééducation est plus modeste. Une convention, encore informelle, avec le centre de rééducation fonctionnelle UGECAM de Warcq est en réflexion, afin de permettre un rapatriement précoce des patients et de les rapprocher de leur famille.

### **7.1.2 Les besoins de l'interrégion Est**

Les besoins ont été estimés à partir des données issues du PMSI selon deux analyses différentes.

Les premiers éléments tirés à partir des diagnostics et des GHM indiqués dans l'arrêté du 8 juin 2005 ne permet de retrouver que 16 adultes sur l'ensemble de l'Interrégion Est, alors que le centre de Metz en a accueilli un peu plus de 100. Ce constat a amené une réflexion dans le cadre du groupe projet SIOS Est qui a alors proposé une liste d'actes assez spécifiques du traitement des grands brûlés. Ces résultats font l'objet d'une première analyse. Selon la circulaire du 29 octobre 2007, une deuxième analyse des besoins a été effectuée à partir des séjours relevant de la réanimation.

### 7.1.2..1 Première analyse des besoins de l'interrégion Est

Les séjours répertoriés dans la base interrégionale sont à la fois les séjours consommés par les patients originaires de l'interrégion quelque soit leur lieu d'hospitalisation d'une part, les séjours produits par les établissements de l'interrégion d'autre part pour les ressortissants de l'inter région et pour les patients d'autres origines.

Cette étude de besoins a conduit à l'observation de 321 séjours de brûlés sévères ou grands brûlés.

Sur cet échantillon, 206 ont été hospitalisés dans un établissement possédant un service de grands brûlés (64,28%) sans que l'on puisse affirmer que c'est bien dans ce service que le séjour a eu lieu. Ce taux amène à penser que la sélection est pertinente malgré la réserve ci dessus.

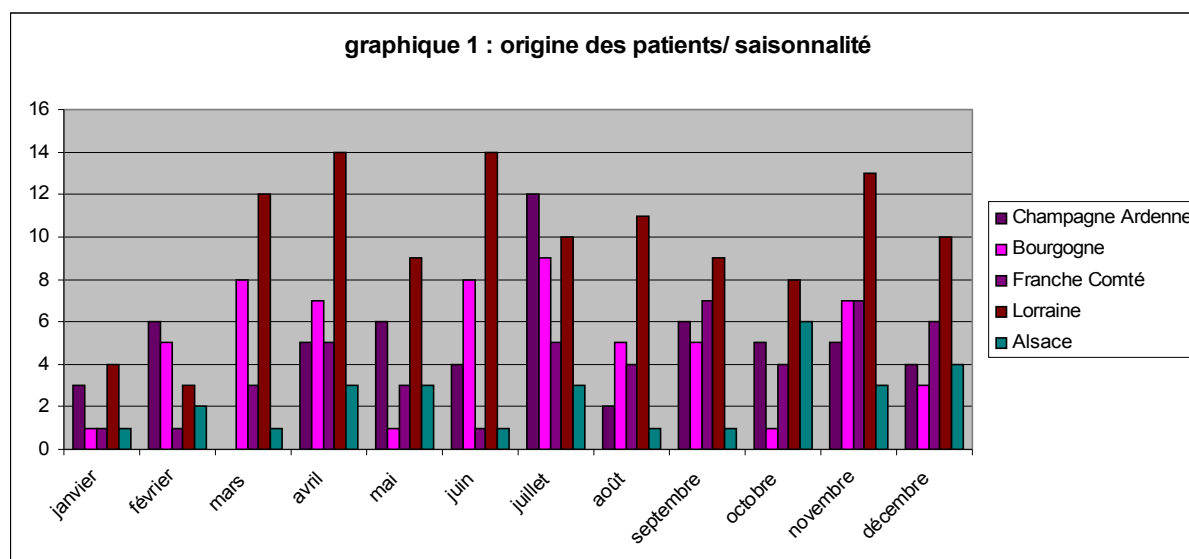
#### Répartition des séjours en fonction des départements d'origine des patients de l'inter région) et de la saisonnalité

Les séjours de patients domiciliés dans l'inter région sont au nombre de 311 (~96% des séjours totaux)

On ne retrouve pas dans ces séjours la saisonnalité habituellement décrite d'avril à septembre, et c'est le poids des séjours lorrains qui gomme cette saisonnalité. Au sein des séjours Lorrains ceux des patients résidant en Moselle représentent 58,11% des séjours.

#### Répartition des séjours en fonction de l'origine géographique

Les 2 centres de grands brûlés de la région sont situés en Lorraine et le recrutement lorrain représente 81,3% des séjours du CHR de Metz et 76,47% pour le CHU de Nancy (effectif 13 séjours sur 17).



#### Répartition des séjours en fonction des GHM

Les séjours de moins de 48 heures sont au nombre de 21. 3 ont été suivis d'un transfert, et 1 est lié à un décès dans un établissement d'Ile de France. Tous les autres séjours ont été suivi d'un retour à domicile, et l'on peut préjuger du fait qu'il ne s'agisse pas de grands brûlés.

Les séjours de plus de 48 heures sont au nombre de 282, dont un peu plus de 13% sont des patients dont le mode d'entrée est un transfert.

72% des séjours ont eu lieu dans des établissements ayant un service de grands brûlés.

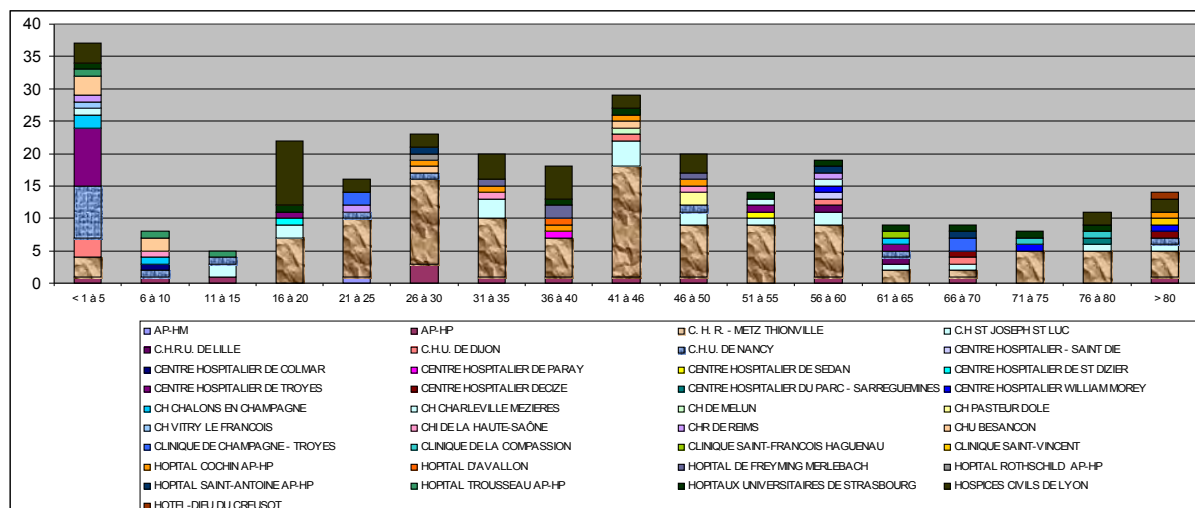
Les GHM prédominants sont les GHM chirurgicaux, mais cela est lié au mode de sélection des dossiers lié aux actes.

ghmv10	mode d'entrée			Total
	6	7	8	
02C08V			1	1
22C02Z		27	139	166
22C03Z	1	6	80	87
22Z02Z		4	23	27
90H02Z			1	1
Total	1	37	244	282

#### Répartition des séjours en fonction de l'âge (hors CMD 24)

Les enfants de moins de 15 ans représentent 22,3% de l'effectif global. Les enfants de moins de 5 ans représentent 13,3%. Ces 37 enfants (au minimum) doivent bénéficier d'un séjour dans un centre spécialisé, alors que seulement 16 ont été hospitalisés dans un établissement possédant un service de grands brûlés et 7 au CHU de Nancy et l'hôpital Trousseau qui ont des services spécialisés pour les enfants.

Les séjours des patients de plus de 75 ans représentent un peu moins de 9% de l'effectif global.



#### Répartition des séjours en fonction du diagnostic principal (hors CMD 24)

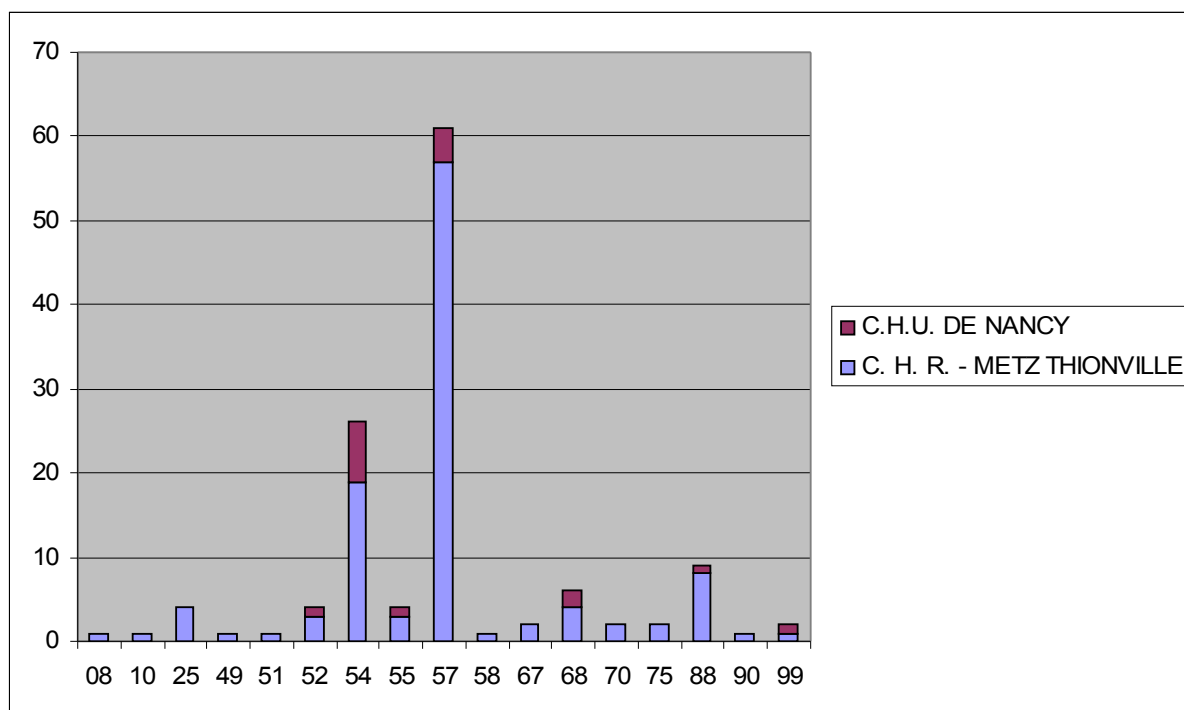
Les diagnostics les plus fréquents sont des diagnostics liés à la localisation et à la profondeur des lésions (les deux premiers en fréquence et ~22% des diagnostics). Les diagnostics priorisant l'étendue des brûlures ne représentent que 28,7% de l'effectif. Cela explique en partie le problème du repérage des grands brûlés à partir des listes de l'arrêté ou de la circulaire qui sont fondées essentiellement sur des diagnostics d'étendue des lésions.

CODE CIM10	LIBELLE
T243	BRULURE DU 3eme DEGRE DE LA HANCHE ET DU Mb. INF., Sf. CHEVILLE, PIED Brûlure du troisième degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
T213	BRULURE DU 3eme DEGRE DU TRONC Brûlure du troisième degré du tronc
T311	BRULURES COUVRANT ENTRE 10 ET MOINS DE 20% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant entre 10 et moins de 20% de la surface du corps
T223	BRULURE DU 3eme DEGRE DE L'EPAULE ET DU Mb. SUP., Sf. POIGNET, MAIN Brûlure du troisième degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T310	BRULURES COUVRANT MOINS DE 10% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant moins de 10% de la surface du corps
T312	BRULURES COUVRANT ENTRE 20 ET MOINS DE 30% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant entre 20 et moins de 30% de la surface du corps
T202	BRULURE DU 2d DEGRE DE LA TETE ET DU COU Brûlure du second degré de la tête et du cou
T212	BRULURE DU 2d DEGRE DU TRONC Brûlure du second degré du tronc
T242	BRULURE DU 2d DEGRE DE LA HANCHE ET DU Mb. INF., Sf. CHEVILLE, PIED Brûlure du second degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
T232	BRULURE DU 2d DEGRE POIGNET, MAIN Brûlure du second degré du poignet et de la main
T203	BRULURE DU 3eme DEGRE DE LA TETE ET DU COU Brûlure du troisième degré de la tête et du cou
T3141	BRULURES COUVRANT ENTRE 40 ET - DE 50%, 2d DEGRE ET PLUS Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps, second degré et plus
T253	BRULURE DU 3eme DEGRE CHEVILLE, PIED Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied
T233	BRULURE DU 3eme DEGRE POIGNET, MAIN Brûlure du troisième degré du poignet et de la main
T252	BRULURE DU 2d DEGRE CHEVILLE, PIED Brûlure du second degré de la cheville et du pied
T222	BRULURE DU 2d DEGRE DE L'EPAULE ET DU Mb. SUP., Sf. POIGNET, MAIN Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T3131	BRULURES COUVRANT ENTRE 30 ET - DE 40 %, 2d DEGRE ET PLUS Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps, second degré et plus
T318	BRULURES COUVRANT ENTRE 80 ET MOINS DE 90% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant entre 80 et moins de 90% de la surface du corps
T230	BRULURE POIGNET, MAIN, DEGRE SAI Brûlure du poignet et de la main, degré non précisé
T292	BRULURES DE PARTIES MULT. DU CORPS, PAS DE BRULURES > 2d DEGRE Brûlures de parties multiples du corps, pas de brûlures mentionnées dépassant le second degré
T316	BRULURES COUVRANT ENTRE 60 ET MOINS DE 70% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant entre 60 et moins de 70% de la surface du corps
T240	BRULURE DE LA HANCHE ET DU Mb. INF., Sf. CHEVILLE, PIED, DEGRE SAI Brûlure de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied, degré non précisé
T280	BRULURE DE LA PAUPIERE ET DE LA REGION PERIOCULAIRE Brûlure de la paupière et de la région périoculaire
T200	BRULURE DE LA TETE ET DU COU, DEGRE SAI Brûlure de la tête et du cou, degré non précisé
T220	BRULURE DE L'EPAULE ET DU Mb. SUP., Sf. POIGNET, MAIN, DEGRE SAI Brûlure de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main, degré non précisé

T221	BRULURE DU 1er DEGRE DE L'EPAULE ET DU Mb. SUP., Sf. POIGNET, MAIN Brûlure du premier degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T319	BRULURES COUVRANT 90% OU PLUS DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant 90% ou plus de la surface du corps
T3130	BRULURES COUVRANT ENTRE 30 ET - DE 40%, 1er DEGRE OU DEGRE SAI Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps, premier degré ou degré non précisé
T3150	BRULURES COUVRANT ENTRE 50 ET - DE 60%, 1er DEGRE OU DEGRE SAI Brûlures couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps, premier degré ou degré non précisé
T317	BRULURES COUVRANT ENTRE 70 ET MOINS DE 80% DE LA SURFACE DU CORPS Brûlures couvrant entre 70 et moins de 80% de la surface du corps
T293	BRULURES MULT. DU CORPS, AU MOINS UNE BRULURE DU 3eme DEGRE Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée
T247	CORROSION DU 3eme DEGRE HANCHE ET Mb. INF., Sf. CHEVILLE, PIED Corrosion du troisième degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
T950	SEQ. DE BRULURE, CORROSION ET GELURE DE LA TETE ET DU COU Séquelles de brûlure, corrosion et gelure de la tête et du cou

### Séjours produits par les établissements de l'Interrégion Est

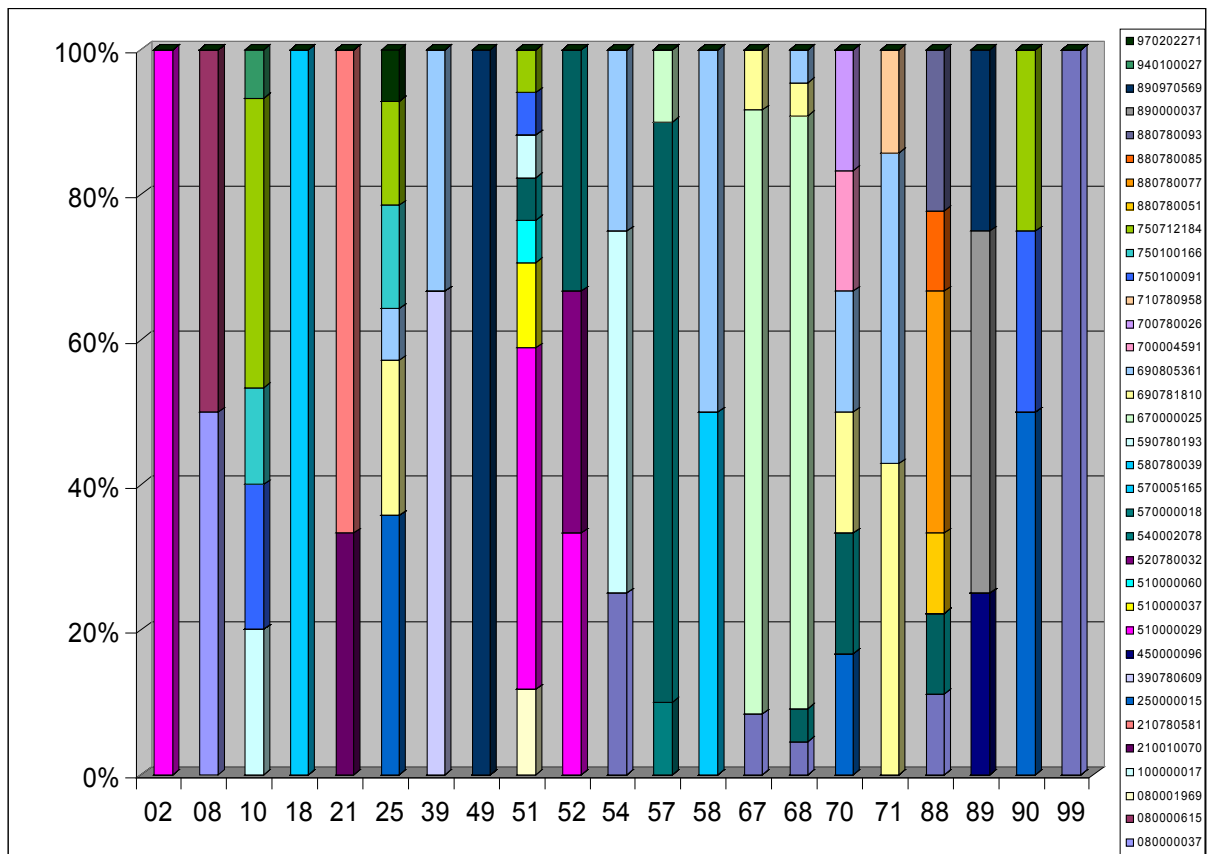
Les séjours produits par les 2 établissements de l'interrégion Est pour des départements extérieurs à la région représentent 3,5% des séjours totaux.



### 7.1.2..2 Deuxième analyse des besoins de l'interrégion Est

Cette deuxième analyse correspond aux requêtes pratiquées suivant les recommandations de la circulaire du 29 octobre 2007.

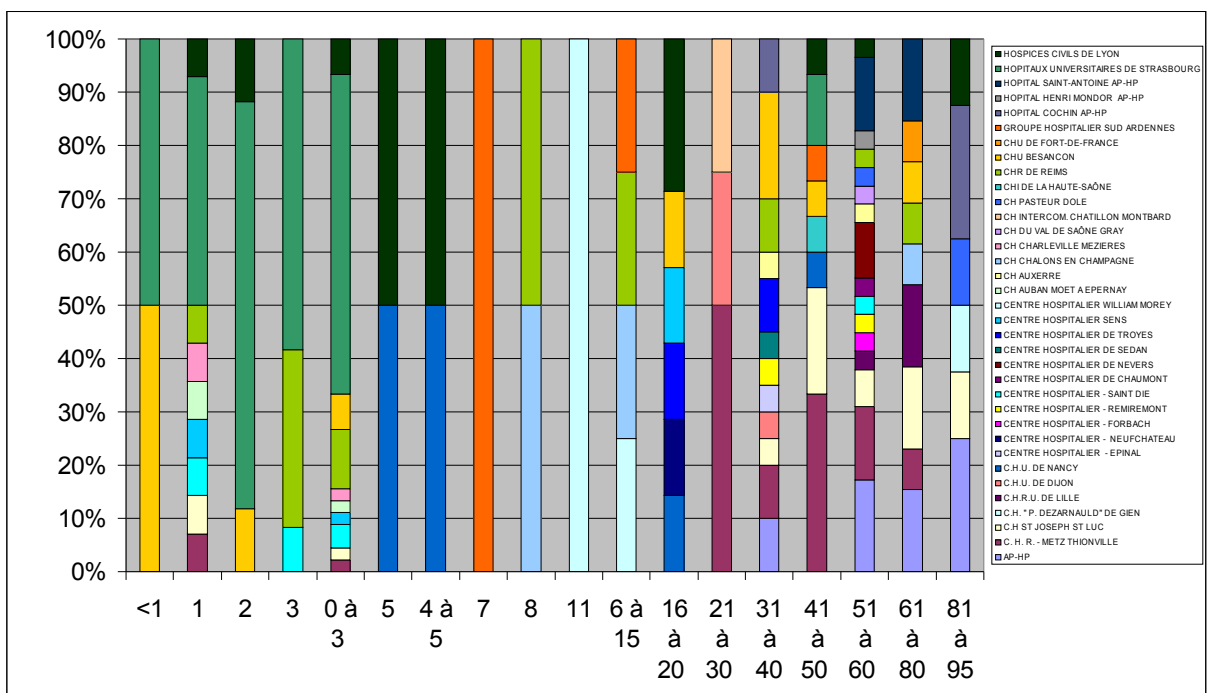
Les séjours ainsi sélectionnés devraient correspondre à des séjours relevant de la réanimation spécialisée pour les grands brûlés.



147 séjours sont recensés.

Les chiffres qui ressortent des requêtes pratiquées mettent en évidence de sérieuses discordances avec ceux établis dans l'analyse précédente.

On retrouve 42 séjours d'enfants de moins de 5 ans dont seulement 15% ont été traité dans des établissements possédant un service de grands brûlés et 18% des séjours des plus de 15 ans.



Compte tenu de ces problèmes de cohérence, il semble préférable de se reporter à la première analyse des besoins.

### Problèmes soulevés

Dans ce cadre, le PMSI ne permet pas de mettre en évidence les fonctionnements des SAMU d'une part et d'autre part les éléments du PMSI ne sont pas destinés à l'épidémiologie.

Les données exploitées ne tiennent pas compte des patients adultes hospitalisés à l'Hôpital des Armées Percy à Clamart, des hospitalisations à Ludwighaffen (Allemagne) et Loverval (Belgique)

## **7.2 – Les objectifs retenus par le SIOS Est**

### ***7.2.1 Améliorer l'adéquation des prises en charge des grands brûlés à leur état à la phase initiale***

Malgré les imperfections des analyses épidémiologiques, il apparaît que le taux de transferts vers les établissements ayant un service de grands brûlés est faible en particulier en ce qui concerne les enfants. Le recrutement essentiellement Lorrain des 2 établissements concernés en est une preuve indirecte. Les objectifs opérationnels développés ci-dessous tendent à améliorer ces prises en charges

#### Améliorer la régulation de la prise en charge des brûlés :

Les services autorisés de l'interrégion Est doivent être consultés par les régulateurs afin de permettre la meilleure orientation possible et le transfert du patient dans des conditions protocolisées garantissant la sécurité du transfert et les conditions optimales de prises en charge à l'arrivée sur le site spécialisé.

L'existence d'incohérence quant à la prise en charge en particulier des enfants, moins transférés que des adultes ainsi que certains transferts trop tardifs vers le site de Nancy incitent à penser que certaines admissions se font directement par le biais des structures d'accueil urgences sans régulation.

#### Conforter la filière de prise en charge des patients :

Etablir en lien avec les SAMU – centre 15 de l'interrégion Est les modalités de transfert des patients

Evaluer, en cas de problème conjoncturel et à titre exceptionnel (transfert de nuit, intempéries...), les possibilités de transferts différés en tenant compte des possibilités de la structure hospitalière d'accueil à répondre aux besoins du patient

Aider au diagnostic de gravité en cas de doute par les moyens de la télémédecine (télétransmission de photos ou autres éléments vers le site autorisé)

#### Renforcer l'information au sein de l'interrégion Est :

Informers les services d'accueil des urgences par le biais des réseaux des urgences de l'interrégion Est sur les critères de transfert vers un site spécialisé

Inciter les structures d'accueil des urgences à communiquer avec les services spécialisés et autorisés précocement.

Mieux connaître la disponibilité des capacités d'accueil :

Permettre une meilleure connaissance de l'occupation des lits spécialisés par la mise en place d'un serveur du type : <http://sagec67.chru-strasbourg.fr>

### **7.2.2 Permettre le rapprochement du blessé de son lieu de résidence dès que possible**

Prévoir dans le cadre des volets SSR des SROS de chaque région des sites spécialisés permettant la rééducation/réadaptation des grands brûlés

La prise en charge précoce des grands brûlés nécessite un environnement spécifique tant sur le plan médical que sur le plan paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers environnement psychologique et social.) Chaque région transmettra aux sites autorisés le nom du/des établissements adaptés à cette prise en charge. Des conventions seront signées entre les établissements autorisés et les établissements de proximité.

Cet objectif a une double finalité : permettre au patient, toujours éloigné de son domicile quelque soit le centre dans lequel il est admis, dès que son état est compatible avec une prise en charge allégée de se rapprocher de sa famille et de son domicile et d'améliorer la fluidité du fonctionnement des services spécialisés.

Eviter les prises en charge dans des services de réanimation non spécialisés des grands brûlés :

L'analyse des données montre qu'un certain nombre séjours de patients dont la surface corporelle atteinte est importante restent dans des établissements a priori inadéquats.

Les volets réanimation des SROS de chacune des régions devront prendre en compte ce problème.

Améliorer de manière spécifique la prise en charge des enfants:

La prise en charge des enfants grands brûlés de moins de 5 ans nécessite un environnement et des critères de réanimation spécifiques. La prise en charge précoce de la prévention des séquelles aussi bien fonctionnelles qu'esthétiques est particulièrement importante chez les enfants pour lesquels l'orientation initiale vers un centre adapté doit être la règle.

### **7.2.3 Organiser la filière de prises en charge des grands brûlés et des brûlés sévères**

Les services autorisés de l'interrégion Est devront valider au moyen de conventions avec les établissements ayant des compétences en chirurgie plastique et réparatrice la possibilité de prendre en charge des brûlures sévères.

Répertorier les établissements susceptibles de prendre en charge les brûlés sévères ou les séquelles de brûlures

Chacune des régions portera à la connaissance des services autorisés la liste des établissements dont un service de chirurgie possédant les compétences en chirurgie plastique en particulier et l'environnement permette ces prises en charge. Une convention avec les sites autorisés permettra la labellisation des services concernés et la diffusion de l'information aux structures chargées de la régulation pour la prise en charge des brûlés sévères.

#### Améliorer la communication des informations entre les services spécialisés et les services conventionnés

La mise en place d'une filière de prise en charge suppose que les patients puissent être pris en charge à la phase séquellaire par un établissement plus proche ayant les compétences nécessaires, mais cela suppose également qu'en cas de nécessité le service concerné puisse avoir recours à l'avis du service autorisé soit par le biais d'une consultation, soit par le biais de la télé-médecine. Les services autorisés devront prendre les dispositions nécessaires pour permettre ces recours, et éventuellement des examens conjoints.

#### Prévoir la prise en charge psychologique et sociale au long court des patients porteurs de séquelles fonctionnelles et/ou esthétiques

Une partie de cette prise en charge peut être organisée à partir des sites de rééducation de proximité. Il convient cependant de s'assurer que cela est mis en place par le biais de contacts à distance de l'hospitalisation du patient

### **7.2.4 Développer la télé-médecine dans le domaine de la brûlologie**

Améliorer la communication entre les intervenants à tous les stades de la prise en charge :

- Au stade initial, dans l'élaboration du diagnostic de gravité
- Au stade des suites précoces pour des avis à distance concernant les soins ou l'évolution des lésions, évitant un transfert vers le centre spécialisé
- Dans le cadre de la filière de prise en charge, permettant des échanges entre les services autorisés et leurs correspondants
- Dans le cadre de la formation permanente de la filière organisée

### **7.2.5 Organiser la formation dans la filière**

Les services autorisés de l'interrégion Est doivent permettre une formation continue des correspondants avec lesquels ils auront passés des conventions.

#### Assurer la formation des relais des services autorisés

Les services autorisés doivent permettre à leurs interlocuteurs habituels dans le cadre de la filière organisée d'acquérir ou de maintenir les compétences des intervenants auprès des grands brûlés dans les domaines médicaux et non médicaux. Cette formation peut être diffusée dans le cadre de la télé-médecine.

#### Diffuser les protocoles de prise en charge des grands brûlés

Les services autorisés doivent s'assurer de la diffusion des protocoles de prise en charge des grands brûlés en particulier dans les services d'urgence

## **CHAPITRE 8**

# **LES GREFFES D'ORGANES ET LES GREFFES DE CELLULES HEMATOPOIETIQUES**

Lorsque la maladie est arrivée à un stade critique, la greffe reste parfois le seul recours. Mais elle constitue également un traitement qui, de plus en plus souvent, permet de retrouver une vie normale et libère des contraintes parfois lourdes d'autres traitements.

Devenue aujourd'hui une technique bien maîtrisée, elle devrait pouvoir être systématiquement proposée en l'absence de contre indications.

L'objectif prioritaire du SIOS est donc de poursuivre l'amélioration et l'harmonisation de l'accès à la greffe d'organes et de cellules pour les patients de l'interrégion Est.

Le schéma concerne les greffes d'organes (rein, foie, cœur, poumon, pancréas) et les greffes de cellules hématopoïétiques (allogreffes de cellules issues de la moelle osseuse, du sang placentaire ou du sang périphérique).

La greffe n'est possible que pour autant qu'il existe des greffons disponibles en nombre et qualité et des équipes aptes à la pratiquer. Son suivi nécessite également une attention particulière et des moyens adaptés dans un contexte de croissance des cohortes.

Il s'agit de permettre à tout patient de l'une ou l'autre des cinq régions de l'Est et qui justifie d'une greffe :

- de pouvoir en bénéficier
- dans des délais raisonnables
- avec une qualité de prise en charge
- et un suivi adapté

Le schéma s'attache donc d'abord à l'organisation du prélèvement puis décrit, organe par organe, celle des activités de greffes.

Il s'appuie sur un état des lieux réalisé à partir des données de l'Agence de la biomédecine (consultable sur les sites Internet des 5 ARH de l'Interrégion Est) ainsi que sur les travaux de cinq commissions thématiques composées de professionnels des cinq régions.

Par rapport aux données nationales, l'Interrégion Est se caractérise par un meilleur taux de recensement (50,5 contre 49,7 au niveau national en 2007) et par un meilleur taux de prélèvement (25 contre 24,7). Sur les 418 (464 en 2006) sujets en état de mort encéphalique recensés en 2007 dans l'interrégion Est, 207 (218 en 2006) ont été prélevés, ce qui représente un taux de prélèvement sur les donneurs recensés de 49,5% (contre 49,7% au niveau national).

Les derniers chiffres connus concernant le nombre de greffes sont les suivants :

	2006	2007
COEUR	29	36
CŒUR POUMONS	2	2
POUMONS	9	21
FOIE	106	91
REINS	310	342
PANCREAS	1	6
CELLULES	137	

Les équipes de transplantation se répartissent ainsi :

Activités autorisées	Franche-Comté	Bourgogne	Champagne/Ardenne	Lorraine	Alsace
Cœur		X		X	X
Cœur-poumons				X	X
Poumons					X
Reins	X	X	X	X	X
Reins-pancréas				X	X
Pancréas				X	X
Foie	X				X
Cellules	X			X	X

## 8.1 – Les prélèvements

### 8.1.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est

#### 8.1.1.1 Les besoins de l'interrégion Est en matière de prélèvements

L'interrégion Est se caractérise par un prélèvement historiquement élevé. Mais, comme par ailleurs en France, la population des donneurs est marquée par un vieillissement accentué.

		Sujets recensés en 2006	Sujets prélevés en 2006
Alsace	Nombre	107	61
	pmh	59,3	33,8
Bourgogne	Nombre	87	37
	pmh	53,9	22,9
Champagne- Ardenne	Nombre	63	31
	pmh	47,3	23,3
Franche-Comté	Nombre	63	32
	pmh	56	28,5
Lorraine	Nombre	141	52
	pmh	61,7	22,7
Interrégion Est	Nombre	461	213
	pmh	56,5	26,1
France	Nombre	3 067	1 442
	pmh	49,4	23,2

Evolution des prélèvements dans l'Interrégion Est en fonction de l'organe :

		2004	2005	2006
<b>cœur</b>	nombre	47	51	54
	pmh	5,7	6,2	6.6
	% des prélèvements totaux	22,9%	25,0%	25,4%
<b>Cœur-poumons</b>	nombre	4	5	4
	pmh	0,5	0,6	0.5
	% des prélèvements totaux	2,0%	2,5%	1,9%
<b>poumons</b>	nombre	25	30	26
	pmh	3	3,6	3.2
	% des prélèvements totaux	12,2%	14,7%	12,2%
<b>foie</b>	nombre	142	147	142
	pmh	17,4	18	17.4
	% des prélèvements totaux	69,3%	72,1%	66,7%
<b>rein</b>	nombre	385	376	401
	pmh	47,2	46,1	19.1
	% des prélèvements totaux	93,9%	92,2%	94,1%
<b>pancréas</b>	nombre	12	16	27
	pmh	1,5	1,9	3.3
	% des prélèvements totaux	5,9%	7,8%	12,7%
<b>intestin</b>	nombre	1	0	3
	pmh	0,1	0	0.4
	% des prélèvements totaux	0,5%	0,0%	1,4%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)		186	205	205

#### 8.1.1.2 Les principales difficultés rencontrées dans l'offre de soins

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des 23 coordinations hospitalières (17 réponses reçues)

- Des difficultés de recensement des donneurs potentiels (10 cas et dans 8 cas ce sont des difficultés humaines).
- Des difficultés d'accès à un lit de réanimation existent (9 fois), le plus souvent pour des raisons matérielles.
- Des difficultés d'accès aux moyens de diagnostic paraclinique sont signalées, mais de façon rare. Il en est de même pour l'accès au plateau technique de prélèvement.
- 2 réponses font état de difficultés à travailler avec les autres établissements de proximité pour des raisons matérielles ou humaines.
- Pour 6 établissements, il n'y a pas de problème.

Parmi les commentaires, sont cités : des difficultés de recensement ou de suivi des comas graves, des effectifs de coordination insuffisants, des difficultés de reconnaissance de la coordination, des problèmes de transmission d'images, des difficultés pour les réseaux, des problèmes de disponibilité de lit de réanimation, le manque d'urgentistes, l'organisation de formation pour les différents acteurs des prélèvements.

Les problèmes au niveau du fonctionnement des réseaux :

La principale difficulté est le manque de lits de post-réanimation. Les services de réanimation sont en effet « embolisés » par des patients qui ne relèvent plus de cette activité mais pour lesquels il est impossible de trouver un lit d'aval. Les lits de soins intensifs sont insuffisants et les lits dédiés aux patients cérébrolésés ne sont pas toujours utilisés selon les termes de la circulaire. Dans certaines structures, ils sont parfois occupés pendant plusieurs années par le même patient.

La difficulté à trouver un lit peut avoir pour conséquence de décourager la démarche.

## **8.1.2 – Les objectifs du SIOS Est**

### *8.1.2.1 Les objectifs généraux*

L'objectif prioritaire est **d'augmenter et d'uniformiser l'offre de soins**.

L'augmentation de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus nécessaire pour répondre aux besoins de greffe nécessite par une **systematisation du recensement** dans tous les établissements. Cette mission doit figurer dans les projets d'établissement et dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et l'ARH.

En matière de prélèvements, l'activité et la **reconnaissance des coordinations hospitalières** est fondamentale. Si de nouvelles coordinations ne sont pas nécessaires, il faut cependant les mettre en synergie en développant les réseaux, pour mutualiser des moyens et matériels

Des actions communes au niveau de l'interrégion Est sont à conduire en termes d'outils (documents d'information partagés, formations communes et développement de la visioconférence ...), de partage d'expériences et du suivi et de l'évaluation annuelle des résultats obtenus.

### 8.1.2.2 Les objectifs opérationnels

#### Diminuer le nombre d'oppositions

- *En poursuivant l'information du public : sensibilisation par le biais des médecins généralistes, des patients, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, de l'éducation nationale, de la médecine du travail*
- *En informant mieux les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes*
- *En s'attachant au cas particuliers des tuteurs, pour lever les difficultés parfois rencontrées*

#### Augmenter les recensements

- *En formant l'ensemble des acteurs du prélèvement (formation initiale et continue), en lien avec l'agence de biomédecine*
- *En formant les autres professionnels de santé impliqués dans les prélèvements, dans le cadre des facultés de médecine, des capacités de médecine d'urgences, dans les instituts de formation en soins infirmiers et les écoles de formation paramédicale*
- *En développant la culture du diagnostic*

#### Recenser les comas graves

- *Possibilité d'effectuer un doppler trans-crânien dans les services de réanimation*
- *Nécessité d'avoir des critères angioscannographiques de mort encéphalique validés par les sociétés savantes de radiologie pour en permettre la reconnaissance par les radiologues dans tous les établissements*
- *Implication des régulateurs des centres 15 pour alerter précocement les coordinations hospitalières*
- *Implication des services de réanimation et des filières neurovasculaire avec les responsables des unités neurovasculaires et les réseaux urgences neurologiques pour que les coordinations soient averties des transferts.*
- *Informatisation des services d'urgences pour informer les coordinations hospitalières en temps réel de tout patient en Glasgow inférieur à 7.*

#### Recenser les donneurs potentiel

- *Proposer un dossier commun de recensement et de suivi des comas graves*
- *Avoir des liens étroits avec les services de réanimation*
- *Une politique d'établissement doit être instaurée dans chaque centre pour un appel précoce des coordinations hospitalières*

#### Améliorer l'efficacité de l'organisation des prélèvements :

- *Des moyens humains et logistiques adaptés*
- *Le développement des réseaux, autour d'un réseau régional des centres préleveurs*
- *La prise en charge des donneurs potentiels : convention entre établissements de soins garantissant le retour du patient non prélevé dans sa structure d'origine dans les 24 heures ; protocoles pour la prise en charge des patients donneurs potentiels dans les structures d'urgence et de réanimation, avec nécessité de la mise en condition par les réanimateurs de l'établissement.*

- Le prélèvement sur site à favoriser, notamment pour les donneurs ne pouvant pas être transférés du fait d'un refus de la famille ou pour motif médical comme une grande instabilité hémodynamique.
- La disponibilité chirurgicale
- La disponibilité des lits de réanimation

#### Développer le prélèvement d'organes à cœur arrêté

Cette activité a débuté à Strasbourg. Une convention est signée entre l'agence de biomédecine et le CHU de Nancy et le CHU de Dijon est en phase préparatoire. L'objectif pour les 5 ans à venir est la mise en place et le développement de ces prélèvements dans tous les CHU de l'Interrégion Est avec un objectif d'une cinquantaine de prélèvements par an.

Un travail est à mener pour prévoir une répartition des greffons entre les centres de greffe ce qui nécessite un déplacement des greffons avec la machine à perfuser.

Les prélèvements d'organes autres que le rein pourront éventuellement être réalisés.

## **8.2 – Les greffes de reins, pancréas, reins/pancréas**

### ***8.2.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est***

La transplantation rénale constitue le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, en terme de qualité de vie, de longueur de survie et sur le plan économique, par rapport à la dialyse. Ces trois arguments et l'augmentation annuelle du nombre de dialysés (environ 4% par an en France) conduisent à favoriser le développement de cette transplantation.

#### *8.2.1.1 L'offre de soins : les sites autorisés*

Chacune des cinq régions de l'Interrégion Est est dotée d'une équipe de transplantation rénale. Cette activité est ancienne (plus de trente ans pour la plupart des régions). Les activités actuelles sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	REINS	PANCREAS	REINS- PANCREAS	ENFANTS
CHU Strasbourg	X	X	X	X
CHU Dijon	X			
CHU Besançon	X			
CHU Reims	X			
CHU Nancy	X	X	X	X

### 8.2.1.2 L'activité

Les évaluations de l'Agence de Biomédecine font apparaître des délais d'attente voisins dans les cinq régions : la médiane de la durée d'attente de greffe après inscription est comprise entre 7 et 10,9 mois en 2006, alors que la médiane nationale est à 16 mois en 2006. Néanmoins ces chiffres ne permettent pas d'exclure des disparités d'accès à la greffe pour certains sous-groupes de patients, comme les patients âgés ou à risques par exemple.

Deux équipes pédiatriques, l'une à Nancy l'autre à Strasbourg, sont adossées aux équipes de transplantation rénale adulte, les besoins étant quantitativement faibles. Dans les trois autres régions, les enfants sont adressés aux équipes de proximité soit dans l'interrégion Est, soit à Lyon ou Paris. Leurs priorités d'accès aux greffons définies par l'Agence de Biomédecine et les effectifs d'insuffisants rénaux limités réduisent les délais d'attente des enfants par rapport aux adultes.

En matière de transplantation pancréatique, deux équipes, Nancy et Strasbourg, ont une expérience médico-chirurgicale supérieure à 10 ans. Dans les autres régions les patients sont essentiellement greffés en dehors de l'interrégion, soit à Paris (Bourgogne, Champagne-Ardennes) soit à Lyon (Bourgogne, Franche-Comté). Le PHRC « GRAGIL » pour les îlots pancréatiques concerne Besançon, Dijon, Nancy et Strasbourg.

Nombre de prélèvements :

<b>Pancréas</b>		<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
prélèvement	nombre	12	16	27
	pmh	1,5	1,9	3,3
greffes	nombre	6	6	1
	pmh	0,7	0,7	0,1
Greffes/prélèvements	%	50,0%	37,5%	3,7%

<b>Rein</b>		<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
prélèvement	nombre	385	376	401
	pmh	47,2	46,1	49,1
greffes	nombre	314	311	310
	pmh	38,5	38,1	38
Greffes/prélèvements	%	81,6%	82,7%	77,3%

Pourcentage de donneurs prélevés d'un pancréas ou d'un rein parmi les donneurs prélevés d'au moins un organe:

		<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Pancréas</b>	nombre	12	16	27
	% des prélèvements totaux	5,9%	7,8%	12,7%
<b>rein</b>	nombre	385	376	401
	% des prélèvements totaux	93,9%	92,2%	94,1%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)		205	204	213

Nombre de greffes :

Rein :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	86	90	92
Lorraine	nombre	106	87	86
Champagne-Ardenne	nombre	39	53	40
Bourgogne	nombre	43	43	51
Franche-Comté	nombre	40	38	41
	nombre	314	311	310
TOTAL	pmh	38,5	38,1	38,0
	nombre	2424	2572	2731
France	pmh	39,4	41,6	44

Pancréas :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	3	2	1
Lorraine	nombre	3	4	0
	nombre	6	6	1
TOTAL	pmh	0,7	0,7	0,1
	nombre	103	92	90
France	pmh	1,7	1,5	1,5

Activité pédiatrique depuis 2002 :

<i>Alsace</i>	<i>Bourgogne</i>	Champagne Ardennes	Franche Comté	<i>Lorraine</i>
7 Strasbourg : 4 en 2004 dont 1 donneur vivant et 2 en 2005 ; 1 en 2003	1 Dijon 2005	-	-	12 Nancy : 3 en 2002, 5 en 2003, 3 en 2004, 1 en 2005

### 8.2.1.3 La couverture des besoins

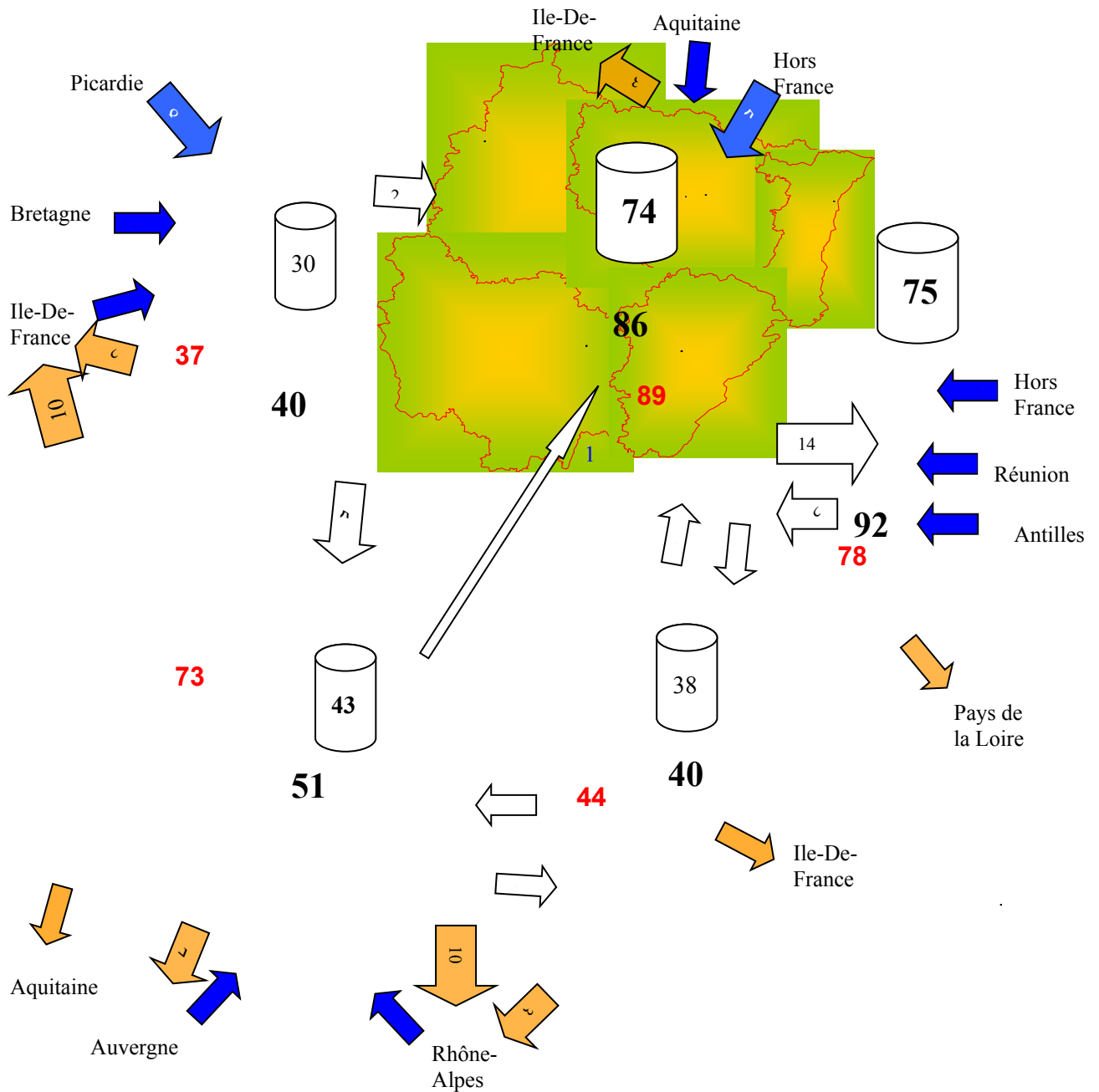
Attente : liste d'attente au 31/12 de chaque année :

Rein :		2004	2005	2006
Alsace	nombre pmh	89 49,9	107 59,6	125 69,3
Lorraine	nombre pmh	147 64,1	149 65	154 67,4
Champagne-Ardenne	nombre pmh	48 35,9	53 39,7	62 46,5
Bourgogne	nombre pmh	95 58,9	85 52,7	72 44,6
Franche-Comté	nombre pmh	70 62,3	64 57	75 66,7
TOTAL	nombre pmh	449 55,1	458 56,1	488 59,8
France	nombre pmh	5678 92,3	5952 96,3	6152 99,2

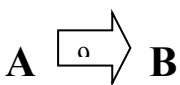
Pancréas		2004	2005	2006
Alsace	nombre	3	2	4
Lorraine	nombre	4	2	2
TOTAL	nombre pmh	7 0,9	4 0,5	6 0,7
France	nombre pmh	178 2,9	169 2,7	169 2,7

Rein :	Nouvelles inscriptions (pmh)		Taux de malades greffés (pmh)		pénurie		Médiane d'attente (mois),	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	malades inscrits entre 2000 et 2005 (par domicile)	Malades inscrits entre 2001 et 2006 (A+P) (par équipe)
Franche-Comté	32.9	48.9	35.6	39.1	2.2	2.6	8.3	7.7
Lorraine	48.5	51.6	41.5	38.9	2.5	3.2	9.4	10.7
Champagne-Ardenne	36	34.5	41.2	27.8	2	2.1	6.9	7
Bourgogne	40.3	48.9	32.8	45.2	3.6	3.2	13.8	8.5
Alsace	51.3	55.5	42.9	43.3	1.7	1.8	8.7	9.8
France	50.2	52.8	40.9	44.0	3.4	3.3	16.2	17.9
Taux total de greffes de rein réalisées par les équipes de la région			41,6	44				

Flux : patients et inscrits au 31/12 : Greffes de rein en 2006



Malades domiciliés et greffés dans la région



Nombre de malades domiciliés dans la région A, greffés dans la région B

15

Nombre de patients domiciliés dans la région greffés

20

Nombre de greffes réalisées dans la région

En 2004, un rapport commun à l'Etablissement Français des Greffes, les Sociétés de Néphrologie, de Transplantation, l'Association Française d'Urologie et le Centre National d'Expertise Hospitalière, d'une part a estimé les besoins à 50 greffes par an et par million d'habitants et d'autre part a proposé des recommandations dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Cette évaluation des besoins correspond aux données épidémiologiques et atteindre cet objectif limiterait l'augmentation des listes d'attente.

Objectifs de greffes par région : taux préconisé de 50 greffes par an et par million d'habitants :

REIN	nb patients greffés 2006	nb greffes à atteindre (50pmh)
Franche-Comté	44	57
Alsace	78	91
Bourgogne	73	81
Champagne-Ardennes	40	67
Lorraine	89	117
Total	324	413

#### 8.2.1.4 Les principales difficultés

##### La pénurie de greffons et lourdeur de la préparation d'une greffe à donneur vivant

Le développement de la transplantation se heurte à la pénurie de greffons, qui tente d'être limitée par le recours aux donneurs vivants et le prélèvement à cœur arrêté. Cette activité progresse dans l'interrégion comme sur le plan national en 2006. Néanmoins, la préparation d'une greffe familiale est lourde et nécessite une démarche médicale rigoureuse (évaluation de la qualité du greffon et des risques pour le donneur) ainsi que le respect de la législation (Comité d'Experts, recueil du consentement auprès du Président du Tribunal de Grande Instance). Cette préparation se déroule en moyenne sur trois mois avec de multiples intervenants.

##### Les moyens humains

Le second obstacle au développement de l'activité est le manque de ressources humaines médicales et paramédicales. L'insuffisance de moyens humains a un effet tant sur le plan quantitatif (indisponibilité temporaire de certaines équipes, retards d'inscriptions sur liste d'attente...) que sur le plan qualitatif (l'augmentation de la durée d'ischémie réduit la survie du greffon, consultations spécialisées plus espacées...). La démographie actuelle des néphrologues dans l'interrégion (cf rapport Nivet 2002, données REIN) montre une faible adéquation avec les besoins de la population. L'augmentation de la cohorte des transplantés rénaux est d'environ 1000 par an en France soit en valeur absolue plus de 30000 en 2010 et plus de 4000 dans l'interrégion. De plus cette cohorte vieillit et le nombre de co-morbidités croît régulièrement, ce qui alourdit la prise en charge. Cette évolution retentit sur les différents acteurs de la prise en charge : médecins, infirmiers, secrétaires, psychologues, assistantes-sociales, diététiciennes, technicien d'études cliniques...

## 8.2.2 – Les objectifs du SIOS Est

### 8.2.2.1 Augmenter l'offre

#### Développer les prélèvements à cœur arrêté/ donneur vivant

##### Adapter es moyens humains et matériels

Afin de prendre en compte les données de la démographie médicale et des besoins de santé, plusieurs voies doivent être développées :

- Le suivi alterné des transplantés en réseaux avec les néphrologues qui prennent en charge les patients en dialyse et les médecins généralistes, l'équipe de transplantation demeurant le centre de référence. Ce travail en réseau doit être amélioré et structuré, notamment dans le cadre du réseau REIN. Des indicateurs d'évaluation du fonctionnement devront être définis.
- Favoriser l'identification précoce des patients potentiellement transplantables dans un but d'équité d'accès à la greffe entre les centres hospitaliers, centres de dialyse privés et les CHU.
- Déléguer les tâches non strictement médicales aux infirmières coordinatrices de transplantation
- Optimiser et structurer la logistique des transports d'organes au sein de la région en privilégiant la réduction d'ischémie, sans négliger pour autant les coûts

### 8.2.2.2 Améliorer l'efficacité

#### L'information et inscription précoce sur les listes

Le remplacement du rein malade par un rein fonctionnel doit être évoqué rapidement car plus la greffe est réalisée tôt, meilleurs sont les résultats. L'information doit être faite dès le dépistage et le suivi de la néphropathie afin de développer la greffe préemptive.

Ce traitement représente la solution fonctionnelle idéale.

Il convient de tendre à ce que tous les patients insuffisants rénaux chroniques n'ayant pas de contre-indications à la greffe soient inscrits en liste d'attente.

#### La prise en compte particulière des problématiques liés aux receveurs de reins âgés et de sujets diabétiques

#### S'appuyer sur le réseau REIN

## 8.3 – Les greffes de foie

### 8.3.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est

#### 8.3.1.1 L'offre de soins : les sites autorisés

La greffe hépatique se pratique aux CHU de Besançon et de Strasbourg.

#### 8.3.1.2 L'activité

Nombre de prélèvements		2004	2005	2006
prélèvement	nombre	142	147	142
	pmh	17,4	18	17,4
greffes	nombre	108	130	106
	pmh	13,2	15,9	13
Greffes/prélèvements %		76,1%	88,4%	74,6%

Pourcentage de donneurs prélevés d'un foie parmi les donneurs prélevés d'au moins un organe :

	2004	2005	2006
Nombre de foies prélevés	142	147	142
% des prélèvements totaux	69,3%	72,1%	66,7%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)	205	204	213

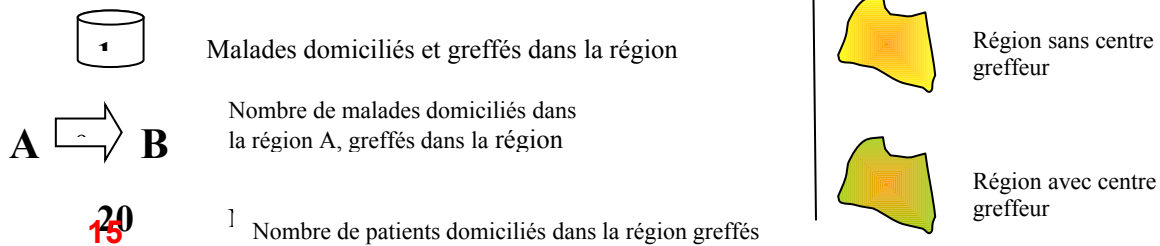
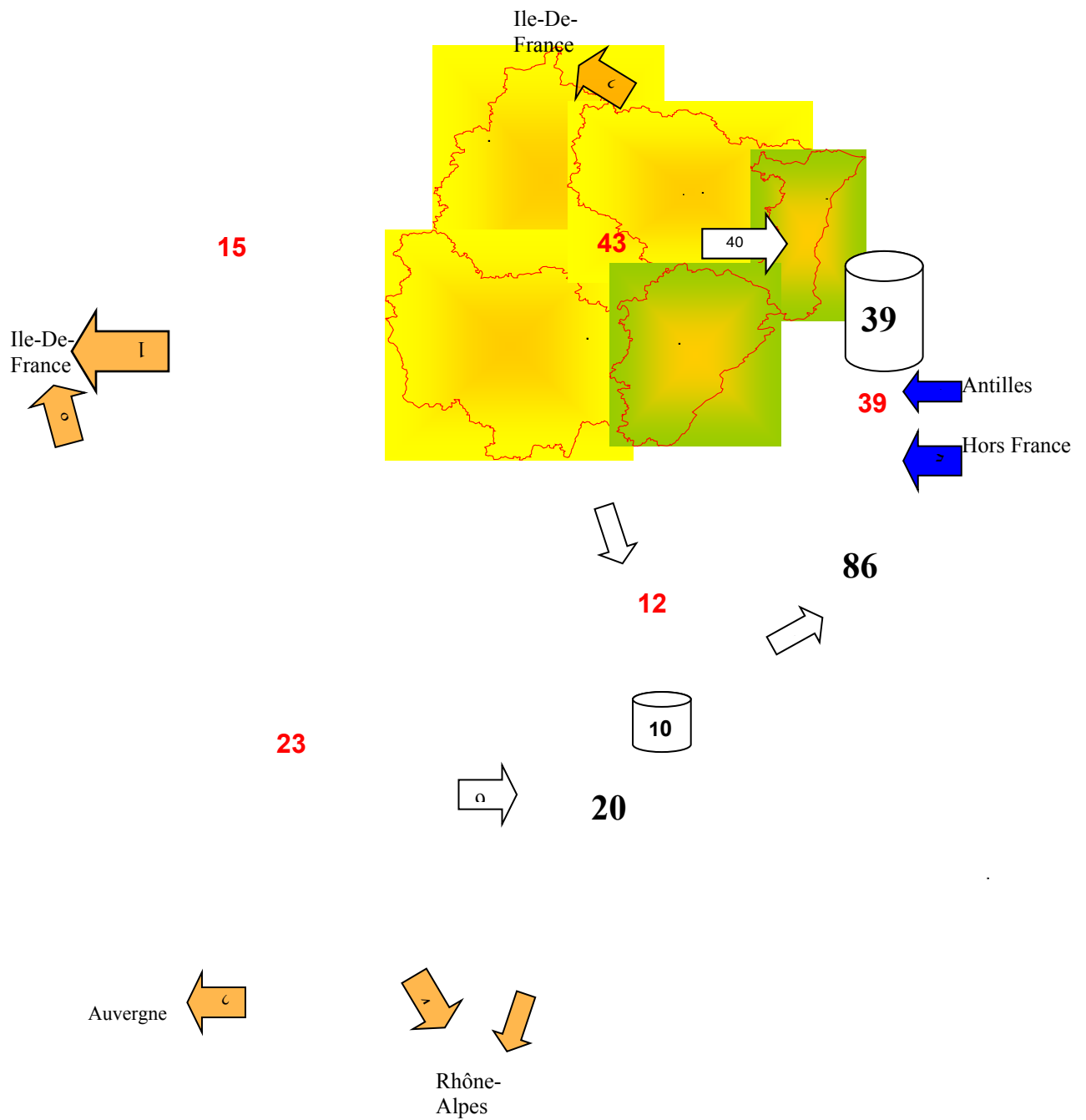
Nombre de greffes :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	80	100	86
Franche-Comté	nombre	28	30	20
	nombre	108	130	106
TOTAL	pmh	13,2	15,9	13,0
	nombre	931	1024	1037
France	pmh	15,1	16,6	16,7

### 8.3.1.3 La couverture des besoins

Foie :	Nouvelles inscriptions (pmh)		Taux de malades greffés (pmh)		pénurie		Médiane d'attente (mois),	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	malades inscrits entre 2000 et 2005 (par domiciliation du patient)	Malades inscrits entre 2001 et 2006 (A+P) (par équipe)
Franche-Comté	20.5	16.0	17.8	10.7	1.3	1	5.2	5
Lorraine	19.6	22.7	18.3	18.8	1.7	2.9	1.8	
Champagne-Ardenne	12	17.3	9	12.0	1.2	1.5	4.7	
Bourgogne	18.6	21.7	18	14.2	2.3	1.7	5	
Alsace	26.2	26.1	27.9	21.6	1.5	1.2	2.1	2
France	19.1	21.3	16.1	16.7	1.6	1.6	3.7	3.7
Taux total de greffes de foie réalisées par les équipes de la région			15,9	13,0				

Liste d'attente au 31/12 :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	26	25	23
Franche-Comté	nombre	12	9	20
	nombre	38	34	43
TOTAL	pmh	4,7	4,2	5,3
	nombre	474	486	538
France	pmh	7,7	7,9	8,7

- Flux : Greffes de foie en 2006 : flux de patients



#### 8.3.1.4 Les principales difficultés

Diminution du nombre de greffons disponibles pour l'interrégion.

Taux d'inscription et d'accès à la greffe inférieur pour les patients champardennais et fuite vers l'Île de France.

### **8.3.2 – Les objectifs du SIOS Est**

Sous l'égide de l'agence de biomédecine, une étude complémentaire sera conduite dans l'année suivant la publication du SIOS est afin de déterminer l'opportunité ou non d'implanter une troisième unité de greffes de foie dans l'Interrégion Est.

Cette question a fait l'objet de multiples débats dans le cadre du groupe projet SIOS Est, sans toutefois être tranchée par les professionnels. Si l'implantation d'une troisième unité semble se justifier au regard de la prise en charge des besoins de la région Champagne-Ardenne et de la région Bourgogne, elle risquerait cependant d'entraîner une diminution de l'activité de l'unité de Strasbourg.

C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de conduire une étude approfondie sur le sujet. En particulier, en état des lieux de l'accès à la greffe hépatique en Champagne-Ardenne et en Bourgogne devra être réalisé compte tenu de l'observance de taux d'accès à la greffe largement inférieurs à ceux constatés au niveau national.

## 8.4 – Les greffes de cœur, poumons, cœur/poumons

### 8.4.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est

#### 8.4.1.1 L'offre de soins : les sites autorisés

##### Activité adultes :

- cœur : Strasbourg, Dijon, Nancy
- poumons et cœur/poumons : Strasbourg, Nancy

##### Activité pédiatrique :

- cœur : Strasbourg, Dijon, Nancy
- cœur/poumon : Nancy

#### 8.4.1.2 L'activité

Les chiffres

Nombre de prélèvements :		2004	2005	2006
prélèvement	nombre	47	51	54
	pmh	5,7	6,2	6,6
greffes	nombre	35	42	29
	pmh	4,3	5,1	3,6
Greffes/prélèvements	%	74,5%	82,4%	53,7%

Pourcentage de donneurs prélevés d'un cœur parmi les donneurs prélevés d'au moins un organe :

	2004	2005	2006
nombre	47	51	54
% des prélèvements totaux	22,9%	25,0%	25,4%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)	205	204	213

Nombre de greffes :		2004	2005	2006
Alsace		9	15	8
Lorraine		18	21	18
Bourgogne		8	6	3
TOTAL	nombre	35	42	29
	pmh	4,3	5,1	3,6
France	nombre	317	339	358
	pmh	5,2	5,5	5,8

Activité pédiatrique depuis 2002 :

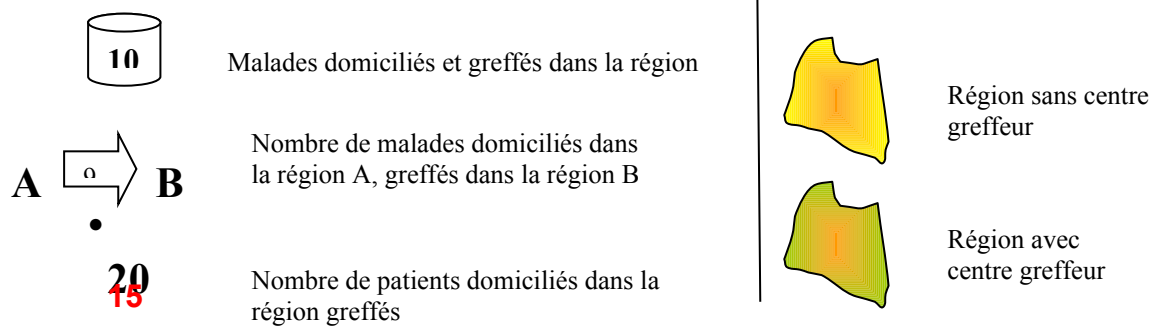
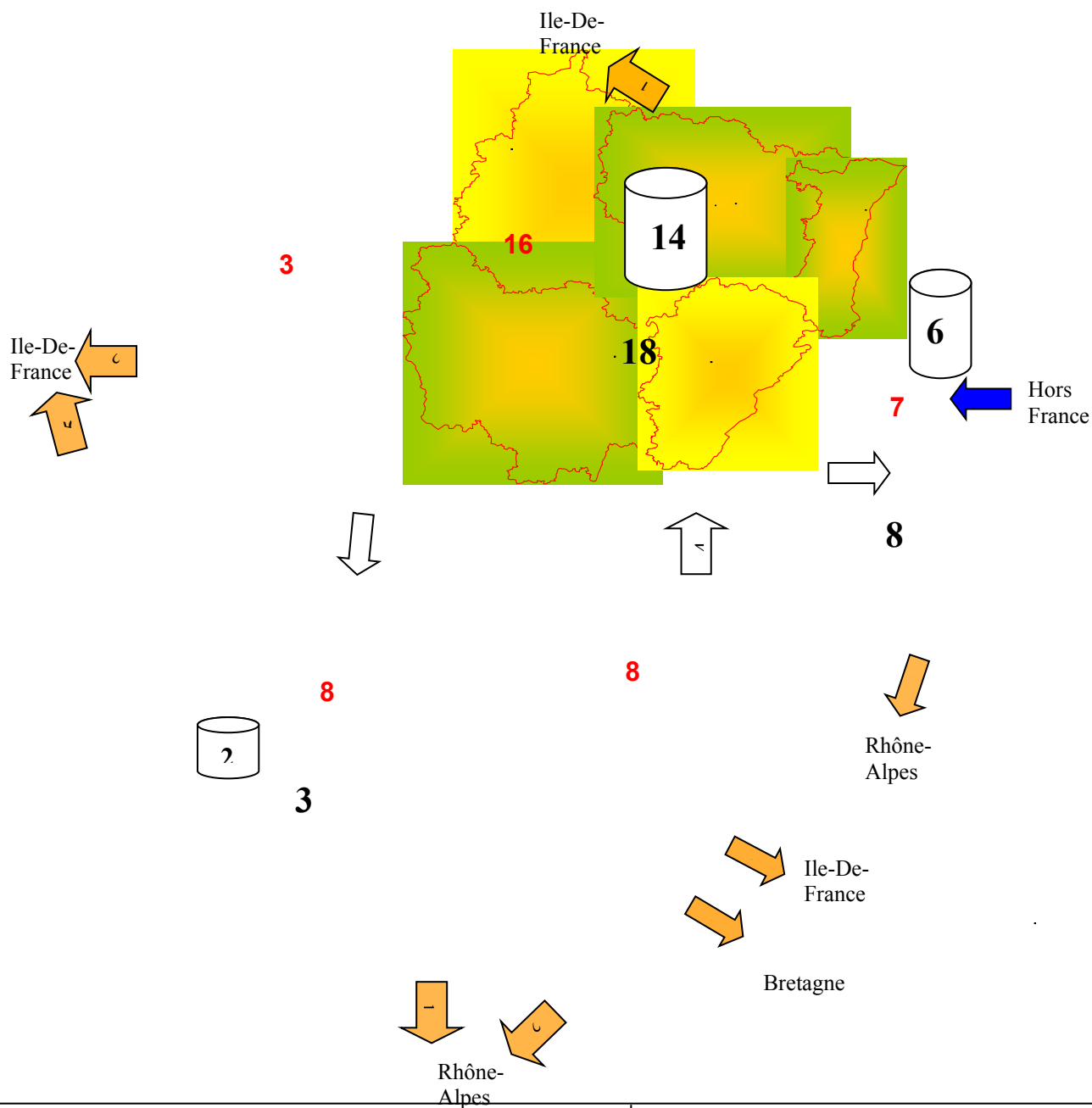
Alsace	Bourgogne	Champagne Ardennes	Franche Comté	Lorraine
1 Strasbourg 2003	1 Dijon 2005	-	-	1 Nancy 2003

### 8.4.1.3 La couverture des besoins

Liste d'attente au 31/12:	2004	2005	2006
Alsace	6	4	5
Lorraine	19	13	21
Bourgogne	2	1	4
TOTAL	27	18	30
	3,3	2,2	3,7
	272	304	253
France	4,4	5	4,1
			3,3
			3,9

Coeur	Nouvelles inscriptions (pmh)		Taux de malades greffés (pmh)		pénurie		Médiane d'attente (mois),	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	malades inscrits entre 2000 et 2005 (par domiciliation du patient)	Malades inscrits entre 2001 et 2006 (A+P) (par équipe)
Franche-Comté	6.2	10.7	5.3	7.1	1.9	6	9.9	
Lorraine	13.5	10.1	10	7.0	4.8	3.8	3.4	4.3
Champagne-Ardenne	6	4.5	3.7	2.3	2.1	1.8	4.3	
Bourgogne	11.2	7.4	8.7	5.0	3.6	2	4.6	4.5
Alsace	7.8	3.9	6.7	3.9	2	0.8	2.1	1.9
France	7.1	7.3	5.5	5.8	2.1	2	4.5	4.1
Taux total de greffes de coeur réalisées par les équipes de la région			5,1	3,6				

# Flux : Greffes de coeur en 2006 : flux de patients



## Poumons

Nombre de greffes :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	5	14	9
Lorraine	nombre	1	0	0
TOTAL	nombre	6	14	9
	pmh	0,7	1,7	1,1
France	nombre	145	184	182
	pmh	2,4	3	2,9

La greffe est réalisée au CHU de Strasbourg (centre de référence dans l'Interrégion).

Nombre de prélèvements :		2004	2005	2006
prélèvement	nombre	25	30	26
	pmh	3	3,6	3,2
greffes	nombre	6	14	9
	pmh	0,7	1,7	1,1
Greffes/prélèvements	%	24,0%	46,7%	34,6%

Pourcentage de donneurs prélevés d'un poumon parmi les donneurs prélevés d'au moins un organe :

		2004	2005	2006
poumons	nombre	25	30	26
	% des prélèvements totaux	12,2%	14,7%	12,2%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)		205	204	213

La médiane d'attente des patients greffés par l'équipe strasbourgeoise est de l'ordre de 4 mois.

Liste d'attente au 31/12 :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	16	5	10
TOTAL	nombre	16	5	10
	pmh	2,0	0,6	1,2
France	nombre	146	91	131
	pmh	2,4	1,5	2,1

Domicile des patients	Nouvelles inscriptions (pmh)		Taux de malades greffés (pmh)		pénurie	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006

Franche-Comté	1.8	4.4	2.7	2.7	2	3
Lorraine	1.3	6.1	2.2	3.5	1.4	5.3
Champagne-Ardenne	3	5.3	2.2	3.8	1.2	
Bourgogne	3.7	9.3	4.3	6.2	10	5.3
Alsace	5	5.5	6.7	4.4	2.4	3.3
<b>France</b>	<b>2.8</b>	<b>4.1</b>	<b>2.9</b>	<b>2.9</b>	<b>1.7</b>	<b>1.9</b>
Taux total de greffes de poumon réalisées par les équipes de la région			1,7	1,1		

### **Cœur-Poumons**

Nombre de prélèvements		2004	2005	2006
prélèvement	nombre	4	5	4
	pmh	0,5	0,6	0,5
greffes	nombre	2	2	0
	pmh	0,2	0,2	0
Greffes/prélèvements	%	50,0%	40,0%	0%

Pourcentage de donneurs prélevés cœur/poumons parmi les donneurs prélevés d'au moins un organe :

		2004	2005	2006
C/P	nombre	4	5	4
	% des prélèvements totaux	2,0%	2,5%	1,9%
Total des sujets prélevés d'un ou plusieurs organe(s)		205	204	213
Nombre de greffes :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	1	2	0
Lorraine	nombre	1	0	0
TOTAL	nombre	2	2	0
	pmh	0,2	0,2	0,0
France	nombre	22	21	22
	pmh	0,4	0,3	0,4
Attente au 31/12 :		2004	2005	2006
Alsace	nombre	1	1	1
Lorraine	nombre	3	4	4
TOTAL	nombre	4	5	5
	pmh	0,5	0,6	0,6
France	nombre	37	29	33
	pmh	2,4	1,5	2,1

#### *8.4.1.4 Les principales difficultés*

##### Pour la greffe cardiaque

En matière de transplantation cardiaque, le nombre de greffons ne semble pas limitant :

- *listes d'attente* :

60% des greffes sont réalisées en urgence, le plus souvent chez des patients sous assistance circulatoire mécanique ou hospitalisés sous assistance pharmacologique traduisant la gravité de l'évolution et l'impossibilité de les greffer plus tôt induisant un surcoût important.

- *suivi des greffés* :

L'appel à ces compétences reconnues doit pouvoir être effectuée 24 h/24 afin d'assurer la meilleure prise en charge en particulier en cas de complications graves.

- *Relations avec les équipes de coordination de prélèvements :*

Cette relation avec les équipes de greffe cardiaque doit être renforcée.

- *Relations avec les équipes de mort cérébrale dans les CHU*

Ces relations sont variables d'un CHU à l'autre. Elles méritent d'être formalisées. Une relation contractuelle entre le référent médical et les équipes de transplantation, en particulier cardiaque, devrait être initiée afin d'optimiser la prise en charge des donneurs en particulier les donneurs marginaux dont l'évaluation et la prise en charge restent très difficiles, avec des conséquences majeures : soit greffer un mauvais cœur avec pour conséquence l'échec de la greffe, soit ne pas prélever un cœur qui aurait été très utile.

- *Prélèvements à distance.*

Les prélèvements à distance sont devenus quasiment la règle du fait des modifications de règles de priorité.

## **8.4.2 – Les objectifs du SIOS Est**

### *8.4.2.1 Pour la greffe du coeur*

#### Qualité des greffons :

- Disposer de praticiens confirmés pour la réalisation des échographies et l'avis cardiologique.

- Diminuer le temps entre l'appel de l'équipe de greffe et la réalisation des examens pour éviter les réévaluations des performances cardiaques.

#### Inscription sur liste d'attente :

Formaliser les réunions entre les cardiologues et les équipes de greffe concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

#### Réalisation de la greffe :

La mise en place d'une astreinte greffe pour les médecins référents dans les équipes de transplantation mérite d'être étudiée.

### *8.4.2.2 Pour la greffe de poumons*

Spécialiser un site comme centre de référence de la greffe pulmonaire pour l'ensemble de l'Interrégion Est.

## **8.5 – Les greffes de cellules hématopoïétiques**

## 8.5.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est

### 8.5.1.1 L'offre de soins : les sites autorisés

3 centres de greffes de cellules souches hématopoïétiques allogéniques existent dans l'Interrégion Est et assurent les activités de greffe adultes et pédiatriques dans chacun des sites en respect de la circulaire DHOS / 0/04 N°2007-68 :

- Besançon (Franche-Comté & Bourgogne) 15 lits d'isolements (adultes et enfants) dans un secteur spécifique mais non exclusivement dédié + hôpital de jour commun
- Strasbourg (Alsace), 4 lits dédiés adultes et 2 lits dédiés enfants + 8 lits d'isolement adultes communs + 5 lits d'hôpital de jour adulte dédiés et 2 lits d'hôpital de jour enfants
- Nancy (Lorraine) 11 lits dédiés adultes et enfants + 5 lits d'hôpital de jour adultes et enfants

### 8.5.1.2 L'activité

#### Evolution de l'activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse, du sang périphérique, ou du sang placentaire par équipe

	Nombre d'allogreffes					Nombre de patients				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Besançon Hôpital Jean Minjoz	34	29	32	38	45	34	29	32	38	44
Nancy Hôpital d'Enfants	35	38	43	45	41	34	35	40	41	41
Strasbourg Hôpital de Hautepierre :										
• Service de Pédiatrie	5	7	9	14	10	5	7	9	14	10
• Service d'Onco-Hématologie	25	25	28	38	41	24	23	27	36	38

	Taux de malades greffés allogreffe apparentée (pmh) en 2005	Taux de malades greffés allogreffe non apparentée (pmh) en 2005	Taux d'autogreffes réalisées en 2005 (pmh)
Franche-Comté	13.3	8	37.4
Lorraine	11.3	7	38.4
Champagne-Ardenne	8.2	6.7	45
Bourgogne	7.4	9.9	44.6
Alsace	13.4	5.6	55.2
France	10.9	8	50.5

**Activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse, du sang périphérique, ou du sang placentaire par équipe et par origine des cellules injectées, en 2005**

	Moelle osseuse		Sang périphérique		Sang placentaire		Total
	Apparentée	Non apparentée	Apparentée	Non apparentée	Apparentée	Non apparentée	
Besançon Hôpital Jean Minjoz	12	8	10	5	0	3	38
Nancy Hôpital d'Enfants	14	7	10	7	0	7	45
Strasbourg Hôpital de Hautepierre :							
• Service de Pédiatrie	1	2	3	7	1	0	14
• Service d'Onco-Hématologie	3	1	26	8	0	0	38

**Activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse, du sang périphérique, ou du sang placentaire par équipe et par origine des cellules injectées, en 2006**

Interrégion	Moelle osseuse		Sang périphérique		Sang placentaire		Total
	Apparentée	Non apparentée	Apparentée	Non apparentée	Apparentée	Non apparentée	
Besançon Hôpital Jean Minjoz	13	9	9	7	0	7	45
Nancy Hôpital d'Enfants	11	7	7	9	0	7	41
Strasbourg Hôpital de Hautepierre :							
• Service de Pédiatrie	2	0	4	3	1	0	10
• Service d'Onco-Hématologie	2	0	25	12	0	2	41

8.5.13 La couverture des besoins

	Nouvelles inscriptions allogreffe non apparentée (pmh)	Taux de malades greffés allogreffe non apparentée (pmh) en 2005
Franche-Comté	35,6	8

Lorraine	17	7
Champagne-Ardenne		6.7
Bourgogne		9.9
Alsace	17.8	5.6
France	18.8	8

**Flux :**

Pour l'allogreffe : 2005

	Malades domiciliés hors région (%) (entrées)	Malades greffés hors région (%) (sorties)
Franche-Comté	44.7	12.5
Lorraine	8.1	10.5
Champagne-Ardenne		100
Bourgogne		100
Alsace	21.6	9.4

Les patients bourguignons (adultes et enfants) sont greffés à Besançon avec un taux d'accès à la greffe en Bourgogne supérieur à la moyenne nationale. Les patients champardennais adultes (20 greffes annuelles) sont greffés hors de l'interrégion pour 80% d'entre eux (Ile de France), les 20% restant sont répartis entre les 3 centres interrégionaux, les enfants sont pris en charge dans l'interrégion.

Jusqu'en 2005 l'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques connaissait une augmentation régulière qui a été absorbée par les centres existants. En 2006 une augmentation de 30% de l'activité a été notée à Strasbourg et Besançon :

- Strasbourg : 51 greffes (41 adultes + 10 enfants)
- Nancy : 43 greffes (27 adultes + 16 enfants)
- Besançon : 45 greffes (38 adultes + 7 enfants)

Les activités de prélèvement de cellules souches hématopoïétiques pour les donneurs volontaires non familiaux sont assurées dans les 5 centres de l'interrégion au sein des unités de thérapie cellulaire.

*8.5.14 Les principales difficultés*

Les facteurs limitant sont essentiellement dans les 3 centres. Les capacités d'accueil en hospitalisation et en ambulatoire au regard de l'activité.

Il existe aussi des difficultés d'accès aux appareillages d'irradiation corporelle totale qui limitent ponctuellement les possibilités de réalisation de certains conditionnements et compliquent l'organisation des plannings au sein de structures déjà surchargées.

Il y a pour les 3 centres des déficits en termes de soins de support spécifiques aux patients greffés (psychologue, kinésithérapeute par exemple).

### **8.5.2 – Les objectifs du SIOS Est**

#### Activité prévisionnelle

L'activité de greffe est homogène sur les 3 centres actifs et l'augmentation prévisionnelle des besoins nécessite d'envisager un accès à la greffe à 60 patients/an/centre dans les 4 années à venir soit 180 patients/an vs 142 actuellement au sein de l'inter région.

Cette augmentation d'activité est due à un élargissement des indications avec la possibilité de greffe de patients plus âgés (modalités de greffes à conditionnements atténués) et surtout à l'accès facilité à de nouvelles sources de greffons (augmentation des fichiers de donneurs non apparentés, sangs de cordons, donneurs haplo-identiques).

### Les moyens prévus :

En ce qui concerne les structures la situation varie d'un centre à l'autre:

- Nancy : augmentation prévue de la capacité d'accueil en hospitalisation de + 6 lits (2008) puis à plus long terme (2009) déménagement et restructuration complète sur un autre site (Brabois adulte sur le même étage que le service d'hématologie adulte dans le cadre du pôle d'hématologie) avec élargissement de la capacité d'accueil de l'unité de greffe enfants+adultes (18-20 lits) et de l'hôpital de jour. Aucune solution à court terme n'est envisageable pour les 4 années à venir pour l'activité d'hôpital de jour.
- Besançon : restructuration complète prévue à moyen terme (2010) dans le cadre de la restructuration du site Minjoz avec prévision d'augmentation de la capacité d'hospitalisation de 5 à 10 lits et création d'un secteur spécifique de prise en charge ambulatoire et de greffe pédiatrique. Aucune solution à court terme n'est envisageable avec importantes difficultés de fonctionnement pour les 4 années à venir. Possibilité de collaboration renforcée avec le CHU de Dijon dans la prise en charge des hémopathies malignes.
- Strasbourg : restructuration complète prévue à long terme en prévoyant une augmentation des capacités d'hospitalisation complète dédiées et une rénovation du secteur de prise en charge ambulatoire.

Dans ce contexte, les orientations concernent :

- Des solutions alternatives ou complémentaires à l'hospitalisation pourrait avoir un grand intérêt, maisons des parents ou accompagnants mais aussi hôtel des patients (structure existant à Dijon) permettant une simplification de la prise en charge ambulatoire sur plusieurs jours pour les patients les plus éloignés.
- La création d'un centre de soins post-aigus ou soins de suite commun pour les allogreffés de l'interrégion est une piste intéressante dont la réalisation pratique apparaît complexe (choix du lieu, compétence des équipes médicales et paramédicales) mais qui mérite d'être étudiée dans le cadre de l'interrégion.
- Le suivi des patients greffés est actuellement assuré par chaque centre greffeur ; tous les centres saisissent leurs données dans les logiciels nationaux et européens (Promise®) et internationaux IBMTR. Cette tâche, majoritairement assurée par les médecins greffeurs, pourrait être plus largement déléguée.
- Les 3 plateformes de thérapie cellulaires associés aux centres greffeurs permettent d'offrir aux donneurs et aux patients les moyens techniques nécessaires. Les plateformes de Besançon et Nancy offrent aussi un plateau technique de recherche et développement dans le domaine de la thérapie cellulaire qui devrait bénéficier à toute l'interrégion en collaboration avec le cancéro-pôle Grand-Est.
- Pour faire face aux besoins futurs, des restructurations sont à prévoir à moyen terme pour augmenter les capacités d'accueil en hospitalisation et en ambulatoire, sans création d'un nouveau centre.
- La période transitoire nécessitera des reploiements d'autres activités des services d'hématologie pour dégager des moyens.

## **8.6 – Les thématiques transversales**

### **8.6.1 – L'évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population de l'interrégion Est**

#### Les moyens

L'objectif d'augmentation du nombre de greffes, et ce faisant du recensement et des prélèvements puis du suivi, suppose des moyens humains et matériels adaptés.

Sans occulter les manques pouvant exister, une recherche de l'efficacité des organisations, le développement d'outils de communication et de partage de l'information, la formalisation de procédures, la création de réseaux et le renforcement des complémentarités au sein de l'interrégion sont des pistes à mettre en œuvre.

#### La recherche d'équité dans l'accès à la greffe

On observe des disparités importantes dans les taux de greffes entre les différentes régions. Elles reflètent non seulement une éventuelle différence dans l'incidence des pathologies indicatrices de greffes, mais également une hétérogénéité dans la pratique des prescripteurs de greffes. L'objectif est d'offrir un accès à la greffe homogène au sein de l'interrégion en prenant comme valeur cible le taux d'accès le plus élevé parmi les régions de l'Est pour chaque transplantation d'organe.

#### L'amélioration de la qualité des greffons

En terme de démarche qualité, le vieillissement des donneurs accroît la nécessité de partage d'informations entre les équipes de prélèvement et de greffe, la nécessité de chirurgiens « seniors » et la réduction de la durée d'ischémie.

La réduction de la durée d'ischémie représente un paramètre corrélé à la survie du greffon, qui résulte de toutes les étapes du prélèvement et de la greffe (disponibilité des blocs opératoires, des équipes chirurgicales et anesthésiques, durée du cross-match et de l'acheminement des greffons) et qui demande à la fois une organisation de fond et une adaptation à chaque situation.

### **8.6.2 – Les objectifs du SIOS Est**

L'ensemble des objectifs du SIOS est visé à améliorer l'accès à la greffe de tous les patients de l'Interrégion Est.

#### *8.6.2.1 L'organisation de la greffe*

##### Les équipes de coordination

Mise en place de coordinations pour les greffes, notamment pour l'organisation des déplacements, à l'exemple de ce qui se fait actuellement à Strasbourg. Les équipes de coordination de greffe sont nécessaires et très importantes, comme l'indique le décret du 21 août 2007.

##### Les transports

La greffe ne doit pas rester soumise aux aléas de la disponibilité d'un transporteur (avionneur notamment).

Il convient de professionnaliser cette démarche.

A l'image de ce qui est fait en matière de politique d'achat, avec les centrales d'achat, une action et une négociation concertée commune aux 5 régions pourrait y contribuer.

Une étude sur la possibilité et l'opportunité de disposer dans l'Est d'un hélicoptère dédié pourrait être envisagée.

#### *8.6.2.2 Les coopérations et complémentarités au sein de l'interrégion Est*

##### Formalisation des réseaux existants et mise en place de réseaux :

- Pour les prélèvements

- Pour les bilans pré-greffe : création de réseaux pour favoriser la communication entre les différents acteurs du bilan pré-greffe

- Pour le suivi des greffés :

Avec des établissements assurant le suivi des greffés par convention avec le centre greffeur, organiser les consultations des greffés entre les médecins généralistes, les spécialistes d'organe du centre greffeur, et ceux de l'établissement ou de la zone géographique d'origine du patient.

Il est pour cela nécessaire de disposer d'un dossier médical commun.

##### La recherche:

➤ Constitution de sérothèques, tissuthèques, de bases de données communes, suivi de cohortes... afin d'améliorer les connaissances sur les facteurs conditionnant l'efficacité de la greffe, sur les traitements associés à la greffe...

1) Les outils à développer : télémédecine, dossier médical partagé, visioconférences...

2) Mise en place de formations communes

3) Politique concertée de communication

4) Harmonisation au sein de l'inter région : des prescriptions et des indications communes

Les pratiques d'inscription et de suivi des patients greffés doivent être harmonisées.

L'élaboration de procédures communes doit être généralisée pour :

➤ La prise en charge d'un donneur potentiel

➤ La prise en charge d'une défaillance d'organe : indications et contre-indications à la greffe, organisation du bilan pré greffe, inscription sur liste d'attente...

➤ Le suivi d'un patient greffé

#### *8.6.2.3 L'accès de l'enfant à la greffe*

Sous l'égide de l'agence de la biomédecine, une étude approfondie devra être menée sur l'accès de l'enfant à la greffe, dans l'objectif de définir précisément les conditions de délivrance des autorisations en matière de greffe d'enfants et les limites de prise en charge.

#### *8.6.2.4 Le suivi et l'évaluation*

Poursuivre la création de registres de défaillance d'organe, notamment à l'instar du registre « REIN » (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie) afin d'appréhender au mieux les besoins de la population pour chaque organe

L'évaluation sera mise en œuvre par le comité de suivi et de mise en œuvre du SIOS Est.

## ANNEXE TECHNIQUE

### ACTES DE NEUROCHIRURGIE FONCTIONNELLE

AAFA004	Hémisphérectomie fonctionnelle, par crâniotomie
AAFA007	Excision d'une zone épileptogène par crâniotomie
AAGA900	Ablation d'électrode corticale par crâniotomie
AAGB001	Ablation d'électrode intracérébrale, par voie transcutanée
AAKA001	Changement d'un générateur sous cutané de stimulation cérébrale
AALA002	Implantation d'électrode subdurale pour enregistrement électrocorticographique, par crâniotomie
AALA004	Implantation sous cutanée d'un générateur de stimulation cérébrale
AALA900	Implantation d'électrode de stimulation corticale cérébrale à visée thérapeutique, par craniotomie
AALB001	Implantation d'électrode de stimulation intracérébrale à visée thérapeutique, par voie stéréotaxique
AALB002	Implantation d'électrode intracérébrale pour enregistrement électrocorticographique par crâniotomie
AANB001	Destruction d'une cible intracérébrale à visée fonctionnelle par voie stéréotaxique
AAPA900	Déconnexion d'une zone épileptogène, par craniotomie
AEGA001	Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par abord direct
AEGB001	Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par voie transcutanée
AELA001	Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par abord direct
AELA002	Implantation sous-cutanée d'un générateur de stimulation de la moelle épinière
AELB001	Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique par voie transcutanée, avec implantation sous-cutanée d'un générateur de stimulation neurologique
AELB002	Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par voie transcutanée
AENA001	Destruction sélective de la corne postérieure de la moelle épinière ou de la jonction radicellospinale par abord postérieur
AEPA002	Myélotomie, commissurotomie ou cordotomie spinale par abord postérieur
AEPB001	Cordotomie spinale par voie transcutanée
AHPA025	Radicotomie spinale, par abord postérieur
AZGA001	Ablation d'un générateur sous-cutané de stimulation du système nerveux central
AZMP002	Réglage secondaire ou reprogrammation transcutané d'un générateur sous cutané
ABGA003 :	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter intracrânien
QZKA001 :	Changement d'une pompe sous-cutanée à infusion continue sans changement du cathéter péri-dural (épidural) ou intrathécal spinal

## ANNEXE TECHNIQUE

### ACTES DE NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Code	Libellé de l'acte (CCAM V10)
EAAF001	Dilatation intraluminale de branche de la carotide interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF002	Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne intracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF004	Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne intracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF900	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF901	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF902	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF903	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EACF001	Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EACF002	Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en dehors d'une phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EANF002	Fibrinolyse in situ suprasélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée
EASF001	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en dehors d'une phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF002	Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien afférent à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée
EASF003	Occlusion intraluminale de plusieurs vaisseaux intracrâniens afférents à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée
EASF004	Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée
EASF005	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique multipédiculaire, par voies artérielle et veineuse transcutanées
EASF006	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée
EASF007	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF008	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en dehors d'une phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF009	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voies artérielle et veineuse transcutanées
EASF010	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF011	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en dehors d'une phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF012	Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien, par voie vasculaire transcutanée
EASF013	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en phase aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée

EASF014	Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée
EASF015	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale crânioencéphalique multipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée
ENSF002	Embolisation de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par voie vasculaire transcutanée
ENSF003	Embolisation de malformation artérioveineuse durale spinale, par voie vasculaire transcutanée
EBAF013	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF014	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBLF002	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée
EBLF003	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée
ENNH001	Sclérose d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique
ENSF001	Embolisation d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par voie vasculaire transcutanée
FCNB001	Sclérose de lymphangiome cervical ou cervicofacial, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique
EBNH001	Sclérose d'une malformation vasculaire cervicale et/ou faciale, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique
EBSF001	Occlusion d'une fistule artérioveineuse directe cervicale ou crânienne, par voie vasculaire transcutanée
EBSF003	Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée
EBSF004	Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée
EBSH001	Occlusion d'une malformation vasculaire cervicale et/ou faciale, par injection transcutanée intralésionnelle de colle avec guidage radiologique
FCNB001	Sclérose de lymphangiome cervical ou cervicofacial, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique

## ANNEXE TECHNIQUE

### ACTES DE TRAITEMENT DES GRANDS BRULES

PCPA004	Fasciomyotomie pour décompression de loge d'un membre, par abord direct
QAEA002	Grefe cutanée pour brûlure de l'extrémité céphalique, sur moins de 1% de la surface corporelle
QAEA008	Grefe cutanée pour brûlure de l'extrémité céphalique, sur 4% à 5% de la surface corporelle
QAEA010	Grefe cutanée pour brûlure de l'extrémité céphalique, sur 1% à 2% de la surface corporelle
QAEA011	Grefe cutanée pour brûlure de l'extrémité céphalique, sur 2% à 3% de la surface corporelle
QAEA012	Grefe cutanée pour brûlure de l'extrémité céphalique, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle
QAEA015	Microgreffes de peau totale sur 1 à 5 cicatrices du visage
QAFa001	Prélèvement d'autogrefe cutanée sur le cuir chevelu, pour brûlure
QAFa002	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 1% à 2% de la surface corporelle
QAFa004	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 2% à 3% de la surface corporelle
QAFa006	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur moins de 1% de la surface corporelle
QAFa007	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle
QAFa010	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle
QAJA001	Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains
QAJA005	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe
QAJA006	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe
QAJA007	Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains
QAJA008	Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main
QAJA010	Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique
QAJA011	Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main
QAJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe
QAJA013	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe
QAJA014	Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique
QCEA001	Grefe cutanée pour brûlure des deux mains, sur 2,5% à 3,75% de la surface corporelle
QCEA002	Grefe cutanée pour brûlure des deux mains, sur moins de 1,25% de la surface corporelle
QCEA003	Grefe cutanée pour brûlure des deux mains, sur plus de 3,75% de la surface corporelle
QCEA004	Grefe cutanée pour brûlure des deux mains, sur 1,25% à 2,5% de la surface corporelle
QCEA005	Grefe cutanée pour brûlure d'une main, sur moins de 1,25% de la surface corporelle
QCEA006	Grefe cutanée pour brûlure d'une main, sur plus de 1,25% de la surface corporelle
QCFA001	Excision de brûlure des 2 mains, sur moins de 1,25% de la surface corporelle
QCFA002	Excision de brûlure d'une main, sur moins de 1,25% de la surface corporelle
QCFA003	Excision de brûlure d'une main, sur plus de 1,25% de la surface corporelle
QCFA004	Excision de brûlure des 2 mains, sur 2,5% à 3,75% de la surface corporelle
QCFA005	Excision de brûlure des 2 mains, sur plus de 3,75% de la surface corporelle
QCFA006	Excision de brûlure des 2 mains, sur 1,25% à 2,5% de la surface corporelle
QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main
QCJA002	Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur les 2 mains
QCJA003	Pansement chirurgical initial de brûlure sur 1 main
QCJA004	Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur 1 main
QCJA005	Pansement chirurgical initial de brûlure sur les 2 mains
QZEA001	Grefe cutanée en sandwich, sur plus de 20% de la surface corporelle
QZEA002	Grefe cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 15% à 17,5% de la surface corporelle
QZEA006	Autogrefe de peau totale sur plusieurs localisations

QZEA010	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 20% de la surface corporelle
QZEA011	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle
QZEA012	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 12,5% à 15% de la surface corporelle
QZEA013	Grefte cutanée en sandwich, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle
QZEA014	Grefte cutanée en sandwich, sur 12,5% à 15% de la surface corporelle
QZEA017	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle
QZEA021	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 2,5% de la surface corporelle
QZEA022	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 20% à 30% de la surface corporelle
QZEA023	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur moins de 10% de la surface corporelle
QZEA025	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 17,5% à 20% de la surface corporelle
QZEA030	Grefte cutanée en sandwich, sur 17,5% à 20% de la surface corporelle
QZEA031	Autogrefte de peau totale sur une localisation de surface inférieure à 10 cm <sup>2</sup>
QZEA037	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 2,5% à 5% de la surface corporelle
QZEA040	Grefte cutanée en sandwich, sur 15% à 17,5% de la surface corporelle
QZEA041	Grefte cutanée pour brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle
QZEA042	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 10% à 20% de la surface corporelle
QZEA043	Grefte cutanée en sandwich, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle
QZFA002	Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe
QZFA004	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm <sup>2</sup> à 10 cm <sup>2</sup>
QZFA006	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 2,5% à 5% de la surface corporelle
QZFA008	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm <sup>2</sup> , par technique chimiochirurgicale [technique de Mohs]
QZFA011	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10 cm <sup>2</sup> à 50 cm <sup>2</sup>
QZFA012	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle
QZFA016	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle
QZFA017	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle
QZFA018	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 12,5% à 15% de la surface corporelle
QZFA019	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 2,5% de la surface corporelle
QZFA025	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 17,5% à 20% de la surface corporelle
QZFA029	Exérèse totale de l'appareil unguéal
QZFA034	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 15% à 17,5% de la surface corporelle
QZFA035	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 50 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup>
QZFA037	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 20% de la surface corporelle

	corporelle
QZGA008	Ablation d'un dispositif d'expansion de la peau ou d'un implant souscutané définitif
QZJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main
QZJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face
QZJA003	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle
QZJA004	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle
QZJA005	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle
QZJA007	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle
QZJA008	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 30% à 60% de la surface corporelle
QZJA010	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle
QZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main
QZJA013	Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale
QZJA014	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 60% de la surface corporelle
QZJA015	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face
QZJA017	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face
QZJA018	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 60% de la surface corporelle
QZJA019	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 30% à 60% de la surface corporelle
QZJA020	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle
QZJA023	Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale
QZJP001	Séance de détersion mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur moins de 30 cm <sup>2</sup> , sous anesthésie générale ou locorégionale
QZMA001	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"], en dehors de l'extrémité céphalique
QZMA005	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fasciocutané ou ostéocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot
QZPA001	Escarrotomie de décharge sur 2 sites
QZPA002	Escarrotomie de décharge sur 1 site
QZPA003	Escarrotomie de décharge sur 6 sites
QZPA007	Escarrotomie de décharge sur 4 sites
QZPA008	Autonomisation d'un lambeau



**ANNEXE AU**

**SCHEMA INTERREGIONAL D'ORGANISATION**

**SANITAIRE DE L'INTERREGION EST POUR LA PERIODE**

**2008/2013**

# SOMMAIRE

Préambule p 3

## **1<sup>ère</sup> PARTIE LE TERRITOIRE DE SANTE DE L'INTERREGION EST**

## **2<sup>ème</sup> PARTIE LES OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS PAR ACTIVITE DE SOINS**

CHAPITRE 1 La chirurgie cardiaque p 9

CHAPITRE 2 La neurochirurgie p 10

CHAPITRE 3 Les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie p 11

CHAPITRE 4 Le traitement des grands brûlés p 12

CHAPITRE 5 Les greffes d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques p 13

# PREAMBULE

Conformément à l'article L 6121-2 du code de la santé publique, l'annexe au SIOS Est, établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu des objectifs du SIOS, précise :

- Les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour le territoire de santé de l'Interrégion Est, pour chacune des cinq activités de soins soumises à SIOS
- Les créations, suppressions d'activités de soins, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs

Concernant la chirurgie cardiaque, l'annexe au SIOS Est comporte des objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations de sites de chirurgie cardiaque dans le territoire de santé de l'Interrégion Est et précise si l'activité de ces sites concerne les adultes ou les enfants.

Concernant la neurochirurgie, l'annexe au SIOS Est précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations et leur répartition au sein du territoire de santé de l'Interrégion Est. Pour chaque implantation, les objectifs mentionnent l'étendue des activités de soins de neurochirurgie (neurochirurgie pédiatrique, neurochirurgie fonctionnelle, radiochirurgie en conditions stéréotaxiques).

Concernant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, l'annexe au SIOS Est précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations et en volumes d'actes selon la nomenclature de référence de la CCAM (conférer la méthodologie de calcul des volumes d'activité mentionnée dans le SIOS Est) dans le territoire de santé de l'Interrégion Est. Ces objectifs dépendent directement des objectifs quantifiés en neurochirurgie dont l'implantation sur le même site conditionne l'autorisation de pratiquer les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Concernant le traitement des grands brûlés, l'annexe au SIOS Est précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations de sites de traitement des grands brûlés dans le territoire de santé de l'Interrégion Est et indique si l'activité de ces sites concerne les adultes ou les enfants.

Concernant les greffes et les greffes de cellules hématopoïétiques, l'annexe au SIOS Est comporte des objectifs quantifiés de l'offre de soins en nombre d'implantations d'unités de greffe par type d'organe et d'unités d'autogreffe et d'allogreffe de cellules hématopoïétiques dans le territoire de santé de l'Interrégion Est et précise si l'activité de ces unités concerne les adultes, les enfants ou les deux à la fois.

Pour l'ensemble des cinq activités de soins mentionnées ci-dessus, en ce qui concerne les éléments relatifs à l'accessibilité et à la permanence des soins, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour favoriser le recours de la population du territoire de santé de l'Interrégion Est aux implantations définies dans le cadre de cette annexe. Il s'agit d'un enjeu fondamental pour favoriser l'existence de l'Interrégion Est au niveau sanitaire et le développement des coopérations et des complémentarités entre les établissements de santé autorisés à pratiquer les activités de soins soumises à SIOS.

# **PREMIERE PARTIE**

## **LE TERRITOIRE DE SANTE : L'INTERREGION EST**

*Le découpage en territoires de santé de l'Interrégion Est a été défini par arrêté ministériel en date du 5 novembre 2007 pour l'ensemble des activités de soins soumises à SIOS.*

## Arrêté du 5 novembre 2007 fixant les limites du territoire de santé pour l'Interrégion Est

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6121-2, L. 6121-3, L. 6121-4 et D. 6121-11;

Vu l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation ;

Vu le décret n° 2006-73 du 24 janvier 2006 relatif aux activités de soins faisant l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2006 fixant les groupes de régions prévus à l'article L. 6121-4 du code de la santé publique,

Arrête :

### **Article 1 :**

L'interrégion Est comporte, pour les activités de soins relevant d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire, un territoire de santé composé des régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine.

### **Article 2 :**

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 novembre 2007.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice de l'hospitalisation

et de l'organisation des soins,

A. Podeur

## Le territoire de santé de l'Interrégion Est retenu dans le cadre du SIOS Est



# **DEUXIEME PARTIE**

## **LES OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS**

# CHAPITRE 1

## LA CHIRURGIE CARDIAQUE

### **1.1. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS**

#### **1.1.2 Implantations :**

- *Nombre de sites de chirurgie cardiaque pour les adultes :*

8 en 2008

7 en 2013

- *Nombre de sites de chirurgie cardiaque pour les enfants :*

2 en 2008

1 en 2013

### **1.2. CRÉATIONS, SUPPRESSIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS, TRANSFORMATIONS, REGROUPEMENTS ET COOPÉRATIONS D'ÉTABLISSEMENTS**

- *Regroupement sur un plateau technique des deux implantations de chirurgie cardiaque adulte du site de Metz (Lorraine), dans le cadre, le cas échéant, d'une coopération formalisée et adaptée, à échéance du SIOS Est*

- *Regroupement sur un site des deux implantations de chirurgie cardiaque pédiatrique de l'Interrégion Est, dans le cadre d'une coopération formalisée et adaptée, à échéance du SIOS Est*

- *Renforcement des collaborations entre les services de chirurgie cardiaque et les sites de cardiologie interventionnelle enfants et adultes de l'Interrégion Est*

- *Développement des coopérations et des complémentarités entre l'ensemble des implantations de chirurgie cardiaque de l'Interrégion Est et promotion de projets interrégionaux pour la mutualisation des équipements techniques et de la recherche*

## CHAPITRE 2

### LA NEUROCHIRURGIE

#### **2.1. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS**

##### **2.1.1. Implantations :**

- *Nombre d'implantations sur l'ensemble du territoire de santé de l'Interrégion Est :*

6 en 2008

6 en 2013

- *Etendue des activités de neurochirurgie des 6 implantations mentionnées :*

. *Neurochirurgie pédiatrique : 3 en 2008 ; 3 en 2013*

. *Neurochirurgie fonctionnelle : 4 en 2008 ; 4 en 2013*

. *Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques : 1 en 2008 ; 1 en 2013*

#### **2.2. CRÉATIONS, SUPPRESSIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS, TRANSFORMATIONS, REGROUPEMENTS ET COOPÉRATIONS D'ÉTABLISSEMENTS**

- *Coopération neurochirurgicale entre les sites de Colmar et Strasbourg à formaliser dans le cadre d'un neuropôle alsacien*

## CHAPITRE 3

# LES ACTIVITES INTERVENTIONNELLE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE

### **3.1. OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS**

#### **3.1.1. Implantations :**

- Nombre d'implantations :

6 en 2008

6 en 2013

#### **3.1.2. Volumes d'activité (en nombre d'actes)**

- 2008 : minimum 1400 / maximum 1 500

- 2013 : minimum 1 500 / maximum 2 000

### **3.2. CRÉATIONS, SUPPRESSIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS, TRANSFORMATIONS, REGROUPEMENTS ET COOPÉRATIONS D'ÉTABLISSEMENTS**

- Les 6 implantations d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie correspondent aux 6 implantations en neurochirurgie

- Coopération en neuroradiologie interventionnelle entre les sites de Colmar et Strasbourg à formaliser dans le cadre d'un neuropôle alsacien

## CHAPITRE 4

### LE TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS

#### **4.1. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS**

##### **4.1.1. Implantations :**

- *Nombre de site de traitement des grands brûlés pour adultes :*

1 en 2008

1 en 2013

- *Nombre de site de traitement des grands brûlés pour enfants :*

1 en 2008

1 en 2013

#### **4.2. CREATIONS, SUPPRESSIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS, TRANSFORMATIONS, REGROUPEMENTS ET COOPÉRATIONS**

##### **D'ÉTABLISSEMENTS**

- *Les deux centres de traitement des grands brûlés adultes et enfants devront élaborer un projet médical commun coordonné dans le cadre d'un pôle interrégional de traitement des grands brûlés*

## CHAPITRE 5

### LES GREFFES D'ORGANES ET LES GREFFES DE CELLULES HEMATOPOIETIQUES

#### 5.1. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS

##### 5.1.1. Implantations par type d'organe :

- cœur :

3 unités adultes et enfants en 2008

1 unité adultes et enfants, 2 unités adultes en 2013

- poumons :

1 unité adultes et enfants en 2008

1 unité adultes et enfants en 2013

- cœur-poumons :

2 unités adultes et enfants en 2008

1 unité adultes et enfants, 1 unité adultes en 2013

- foie :

1 unité adultes, 1 unité adultes et enfants en 2008

2 à 3 unités adultes en 2013 en fonction des résultats de l'étude conduite par l'Agence de la Biomédecine mentionnée dans le paragraphe suivant, dont 1 unité adultes et enfants en 2013

- reins :

3 unités adultes, 2 unités adultes et enfants en 2008

3 unités adultes, 2 unités adultes et enfants en 2013

- pancréas :

2 unités adultes en 2008

2 unités adultes en 2013

- rein-pancréas :

2 unités adultes en 2008

2 unités adultes en 2013

- cellules :

3 unités adultes et enfants en 2008

3 unités adultes et enfants en 2013

- intestin :

0 en 2008

0 en 2013

## **5.2. CREATIONS, SUPPRESSIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS, TRANSFORMATIONS, REGROUPEMENTS ET COOPÉRATIONS D'ÉTABLISSEMENTS**

- Sous l'égide de l'agence de la biomédecine, réalisation d'une étude complémentaire dans l'année qui suit la publication du SIOS Est visant à apprécier l'opportunité ou non d'implanter une troisième unité de greffe de foie (adultes) dans l'Interrégion Est