

III. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

INTRODUCTION

1. LA PLACE DU SCHÉMA DANS SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

1.1. LA PLACE DU SROS DANS LE PRS

Clé de voûte de la politique de l'ARS, le Projet Régional de Santé (PRS) est un ensemble coordonné qui unifie les différentes démarches agissant en faveur de la santé. Tout en restant un outil de planification évolutif, le PRS constitue un cadre stable puisqu'il est établi pour 5 ans.

Du niveau stratégique au niveau opérationnel, le PRS est constitué :

- du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) ;
- de 3 schémas : Schéma Régional d'Organisation des soins (SROS), Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS), Schéma Régional de Prévention (SRP) ;
- de programmes, qui précisent certaines modalités spécifiques d'application.

Composante essentielle du PRS, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) dresse les orientations pour les 5 ans à venir en matière d'organisation des soins en cohérence avec les priorités du PSRS.

1.2. LES ENJEUX COMMUNS À L'ENSEMBLE DES SCHÉMAS D'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'atteinte des priorités et objectifs du PSRS dans le respect de l'ONDAM

Les propositions portées par le SROS sont guidées par les priorités et objectifs régionaux présentés dans le PSRS (cf. 1.2), par des orientations nationales spécifiques et prennent en compte un contexte financier contraint.

L'enjeu principal du SROS consiste à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population (accès à des soins de qualité, offre de soins graduée sur le territoire, articulation entre les secteurs sanitaires, médico-social et la prévention), avec pour fil conducteur l'accroissement de l'efficacité des modes de prise en charge pour une meilleure qualité de soins dans le respect de l'ONDAM⁽¹⁾.

Le décloisonnement

L'inclusion du SROS dans le PRS implique que ce dernier soit élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

Le décloisonnement est un véritable enjeu qui, au-delà de la trajectoire de soins, s'étend au parcours de santé du patient.

La concertation avec les acteurs du système de santé et la prise en compte du Droit des usagers

La concertation

Afin de répondre aux enjeux d'une démocratie sanitaire forte en région, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), mise en place par la loi HPST, est un organe essentiel de la nouvelle gouvernance du système de santé dans la mesure où :

- elle est le lieu qui rassemble l'expression de la communauté des acteurs en santé ;

(1) Objectif de taux de croissance de l'ONDAM de 2.9 % pour 2011, 2.5 % pour 2012 et 2013.

- elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins de la population en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et améliorer ainsi la qualité du futur projet régional de santé sur une période pluriannuelle.

Les instances de la démocratie sanitaire mises en place par la loi ont été appelées à se prononcer (proposition ou avis) sur ce document. C'est en particulier le cas de la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (instance de la CRSA) et des Conférences de Territoire⁽²⁾.

Au-delà de ces instances prévues par la loi, l'ARS Bretagne a souhaité que les orientations du SROS soient élaborées en s'appuyant sur des Instances Professionnelles de Concertation (IPC) associant des experts et des usagers concernés par chaque volet du SROS.

La prise en compte des droits des usagers

Si la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de faire de l'information de la personne malade le fondement de la relation de confiance entre elle-même et le praticien, la loi HPST renforce la représentation des usagers au sein instances de la démocratie sanitaire de l'ARS et au sein des instances dans les établissements (Commissions d'activité libérales, Conseils de surveillance des établissements, Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge...).

Associés aux problématiques de l'offre de soins de premier recours dans le cadre notamment des IPC, les représentants des usagers concourent également ainsi à la construction de la politique régionale et territoriale de santé.

Par ailleurs, la loi HPST confère aux nouvelles conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à « l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » (art. L 1432-4 CSP).

La promotion d'une approche territoriale

Il convient de rechercher et de favoriser le niveau territorial le plus pertinent pour chaque type d'activités, d'actions, d'organisation.

La prévention des risques sanitaires et l'exigence accrue de qualité des soins

En s'appuyant sur les plans et protocoles nationaux, il s'agit de disposer sur le territoire régional d'un réseau de veille et d'alerte sanitaires réactif, s'appuyant notamment sur des systèmes de surveillance de l'environnement et des risques infectieux performants. Ce réseau permet la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé, visant à limiter l'impact des risques observés.

Par ailleurs, le principe de qualité est un principe fondateur des différents schémas, la qualité des soins et la sécurité des usagers font partie intégrante des missions de base et des obligations des établissements de santé et médico-sociaux. Cela se traduit, notamment, par des politiques d'incitation au respect des normes et référentiels de soins, à la meilleure utilisation du médicament, à la lutte contre la douleur et contre les infections liées aux soins.

Les sujets transversaux à l'ensemble des schémas

Si chaque schéma constitue un document spécifique centré sur des enjeux et des leviers qui lui sont propres, l'ARS Bretagne a souhaité aborder de manière décloisonnée certains sujets nécessitant une coordination en terme de parcours de santé : Handicap ; Périnatalité enfance ; Maladies chroniques ; Santé mentale ; Addiction ; Vieillesse ; santé-précarité.

2. PRÉSENTATION DU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS)

2.1. LE CHAMP DU SROS

Aux termes de l'article R.1434-4 CSP, le schéma régional d'organisation des soins comporte :

- 1°/ Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L. 1434-9. Cette partie est **opposable** aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ;

(2) Article L1434-3 Code de la Santé Publique, Article R1434-1, Article D1432-32, Article L1432-4, Article L1434-17, Art.D. 1432-4., Article D1432-9 ; Article L4031-3 ; Art.R. 4031-2, Article L1432-3, Article R.1434-2, Article R1434-5, Article L1434-12, Art.D. 1432-5 ; Art.D. 1432-10 ; Article R1434-6 ; Art.D. 1432-9 ; Art.R. 4031-2 ; Article R.1434-7 ; Article R.1434-13

- 2°/ Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Le SROS est donc structuré autour d'une partie hospitalière et d'une partie ambulatoire, même si certains sujets transversaux ont été identifiés au sein de celui-ci (ex : articulation ville urgence) ou en lien avec les autres schémas (ex : maladies chroniques).

Cette extension du champ d'application du SROS à l'offre de soins ambulatoire est une innovation majeure de la loi HPST par rapport au SROS 3.

2.1.1 Le volet hospitalier du SROS

Opposable, la partie hospitalière vise à la maîtrise des activités de soins en cohérence avec des objectifs d'accès, de sécurité et de qualité des soins, mais aussi d'efficience. La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prise en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète. Cette partie du SROS, opposable aux établissements, doit comporter les éléments indispensables à la planification et à l'autorisation des activités de soins et équipements/ matériels lourds. Ainsi le SROS se penchera en particulier sur l'ensemble des activités de soins soumises à autorisation. Les missions de service public sont également intégrées, en particulier pour ce qui concerne la Permanence des Soins.

2.1.2 Le volet ambulatoire du SROS

Le volet ambulatoire du SROS a pour objet de déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration **de l'offre de soins de premier et de second recours, intégrant professionnels de santé et structures de « ville ».**

Cependant, les orientations nationales préconisent de procéder par étapes et de commencer par porter une attention particulière aux soins de premier recours, ceux-ci représentant un champ suffisamment large et s'organisant autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours dans le système de santé ;
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

Ces missions, sans être exclusives, sont cependant principalement assurées par les professionnels du premier recours et en priorité les médecins spécialisés en médecine générale, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

L'objectif de ce SROS versant ambulatoire est donc de définir des organisations cibles qui permettent de structurer le premier recours, d'améliorer l'accès aux soins, de maintenir et de développer l'offre de soins sur les territoires qui se trouvent ou seront en difficulté, à court ou moyen terme. Il a vocation à fixer les orientations, les principes, les critères qui permettent d'être opérationnels à court et moyen terme sur les territoires tout en recherchant une cohérence régionale.

Un bilan à 18 mois ou 2 ans pourra être réalisé de cette première version du SROS de façon à la faire évoluer, la compléter, l'élargir à l'offre de soins de second recours par exemple. Il est donc important de souligner que la partie ambulatoire du SROS n'est en aucun cas exclusive de l'ensemble des actions menées en concertation avec les professionnels de santé libéraux. En effet, si l'objectif essentiel du volet ambulatoire du SROS est de structurer sur le plan organisationnel l'offre de soins de premier recours, il n'en demeure pas moins que les orientations régionales de l'ARS déclinées dans les autres schémas (prévention, médico-social et SROS partie hospitalière) ou dans certains des programmes (gestion du risque par exemple) impliquent les professionnels de santé libéraux de la région. Toutes les actions qui seront menées sur l'amélioration et l'efficience de la qualité des soins ou l'optimisation de la trajectoire du patient associeront également les professionnels de santé libéraux.

2.1.3 L'articulation ville-hôpital

Le SROS promeut l'articulation entre offre de soins hospitalière et ambulatoire : l'hospitalisation à domicile, la biologie médicale, les pathologies du vieillissement dont Alzheimer et maladies apparentées, les maladies chroniques, la médecine d'urgence et la permanence des soins. La transversalité du SROS doit permettre d'avoir une offre de soins mieux structurée et des parcours de soins plus cohérents : les modes de prise en charge substitutifs sont à développer et l'articulation entre offre ambulatoire et offre hospitalière recherchée.

Par ailleurs, un point spécifique nécessite d'être consacré à l'articulation entre le SROS partie ambulatoire et la permanence des soins. En effet, le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) précise que le dispositif de la PDS doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS. Il ne relève donc pas du volet ambulatoire du SROS.

Ceci étant, les principes d'organisation de la PDS sont établis dans le respect des objectifs du SROS (article R.6315-6 CSP). Le volet ambulatoire du SROS s'attachera donc, à partir d'éléments de diagnostic, à fixer les principes d'organisation de la PDS et ses articulations avec les structures d'urgences.

2.2. LES PRIORITÉS ET OBJECTIFS DU PSRS QUI GUIDENT LE SROS

Les schémas suivent un fil directeur commun : les priorités et objectifs définis dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Élabore à partir de ces éléments de diagnostic, le PSRS définit 3 priorités de santé de la Région :

- 1) Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- 2) Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ;
- 3) Favoriser l'accès à des soins de qualité.

Si le SROS doit contribuer de manière générale à l'atteinte des priorités et objectifs du PSRS, **il est particulièrement concerné par la priorité 3 du PSRS** « Favoriser l'accès à des soins de qualité ». De manière concertée avec les autres schémas, il devra également **contribuer à un objectif de la priorité 2** : Optimiser la transversalité et la fluidité des parcours.

2.3. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ET ORIENTATIONS DU SCHÉMA

• Diagnostic

Le PSRS s'appuie sur des parties de diagnostics de l'état de santé et de l'offre en santé en Bretagne, **dont les principaux constats sont les suivants** :

- des indicateurs de santé défavorables par rapport au niveau national avec des problématiques bretonnes spécifiques concernant : les comportements à risques, la santé mentale et le suicide ;
- des inégalités en santé à infléchir avec une attention particulière à porter à l'ouest du territoire ;
- un vieillissement démographique impliquant de nouveaux besoins en santé et une adaptation de l'offre en santé, d'autant plus qu'il concerne également les professionnels de santé ;
- une adéquation de l'offre aux besoins en santé à optimiser : des densités ou taux d'équipement moyens globalement satisfaisants mais qui ne masquent pas des tensions infra-régionales ;
- des filières et parcours à fluidifier, des transversalités à améliorer.

Par ailleurs **trois éléments de contexte** sont à prendre en compte :

- une exigence de qualité pour le système de santé ;
- l'efficacité du système de santé est à garantir ;
- un système de veille et de sécurité sanitaires performant.

Parmi ces éléments de contexte, l'efficacité du système, dans un contexte économique contraint constitue une impérieuse nécessité. En complément des constats généraux sur l'état de santé et de l'offre en santé en Bretagne qui ont conduit à la définition des priorités et objectifs du PSRS, plusieurs éléments de diagnostics concernant spécifiquement l'offre de soins doivent servir de base aux propositions formulées dans le cadre de l'élaboration du schéma. Les principaux éléments de diagnostic que l'on peut apporter sur l'offre de soins ambulatoire, qui seront affinés dans le cadre des thématiques prioritaires du schéma, sont les suivants :

- une densité générale des professionnels de santé satisfaisante mais une répartition inégale selon les disciplines et les territoires. Certaines zones sont ainsi identifiées comme « déficitaires » ou sous dotées.
- les données démographiques laissent entrevoir des tensions pour certaines professions à l'horizon 2020.
- les modalités d'accès aux professionnels de santé sont à repenser ou renforcer (en terme de diffusion de l'information, de notion de proximité, de continuité de prise en charge, de prise en compte des aspects socio-économiques).
- l'adaptation des organisations est de plus en plus une nécessité pour diminuer les inégalités d'accès aux soins, renforcer l'attractivité de la médecine générale. Des solutions multiples d'accompagnement se déploient (maisons ou pôles de santé, expérimentation des nouveaux modes de rémunération, groupes qualité...) et la formation des professionnels est un levier pour accompagner l'évolution organisationnelle de médecine générale.
- d'un point de vue financier, avec 3,7 milliards d'euros remboursés par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2009, les dépenses ont augmenté de 12 % depuis 2005. Plus du ¼ des dépenses de soins de ville remboursés sont prises en charge sur le risque maladie. La pharmacie, avec 32 % de la dépense remboursée, est le poste de remboursement le plus important. Des actions seront donc à poursuivre sur le médicament, en raison des enjeux économiques et de santé publique.

- par ailleurs, une enveloppe régionale d'intervention permet d'accompagner différentes orientations de manière pragmatique. C'est le FIQCS, qui a hauteur d'un peu plus de 12 millions d'euros en Bretagne, permet de décliner pour partie des évolutions en termes de coordination et de qualité des soins. Cette enveloppe est quasiment exécutée à 100 % chaque année et est consacrée au financement de près de 95 projets, dont la moitié concerne des réseaux de santé qui consomment près de 10 millions.

Pour l'offre de soins hospitalière, si chaque fiche thématique reprend de manière plus complète un état des lieux territorialisé de la situation, voici, de manière synthétique, les principaux constats issus du PSRS :

- avec 128 établissements de santé en 2010, l'offre de soins hospitalière est d'une grande diversité dans les activités réalisées sur l'ensemble du territoire régional ;
- le taux de recours aux soins hospitaliers est proche de la moyenne française avec cependant une grande hétérogénéité selon les territoires et les disciplines ;
- certains territoires ont des taux de fuite élevée (Territoires de santé 6 et 8), d'autres se révèlent très attractifs (territoire de santé 5). Ce constat varie selon les disciplines ;
- si l'évolution de la démographie médicale est moins préoccupante que sur le territoire national, des tensions démographiques existent sur certaines spécialités ;
- depuis 2006, on observe une amélioration des équilibres budgétaires des établissements. Cependant, il est à noter que si les établissements de référence, à l'exception de Saint-Malo, se trouvent en position favorable et les établissements sous dotation globale sont globalement équilibrés, les deux CHU sont en déficit, les établissements de proximité sont dans des situations variables et les résultats des cliniques privées sont contrastés ;
- avec 3,199 milliards d'euros remboursés par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2009 (hors USLD), les dépenses des établissements de santé ont augmenté de 14,3 % depuis 2005 ;
- face à des défis grandissants (qualité des soins menacée notamment du fait de la démographie médicale, situation financière parfois critique), les établissements travaillent leurs organisations : coopérations, télémedecine, mise en place de réseaux et filières de soins, développement de la démarche qualité, investissement...

2.3.1 Orientations enjeux spécifiques du SROS

• La gradation des soins hospitalière et la territorialisation de l'offre

Dans la continuité du SROS 3 et de la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS 3, doit être organisé dans le cadre des territoires de santé **un dispositif gradué de l'offre de soins hospitalière**, assurant accessibilité et qualité des prises en charges.

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

La gradation des plateaux techniques, telle que définie dans la circulaire doit être étendue à la notion de « gradation des soins hospitaliers ».

Le niveau des soins de proximité correspond désormais au premier recours.

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux :

- 1) **le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins hospitalières** se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité ;
- 2) **le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional »** se distingue par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne les établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie ;
- 3) **le niveau des plateaux techniques de « recours régional »** : il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre à niveau interrégional voire national ;
- 4) **le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional »** voire de référence nationale, correspondant à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifie la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Le principe de la territorialisation et de gradation des soins est d'ores et déjà très largement mis en œuvre en région Bretagne, une majorité des recompositions de l'offre inscrites dans les précédentes générations de SROS (en particulier le SROS 3) étant réalisée ou engagée. De même, au terme du bilan des SROS 2 et 3, la mise en place d'une organisation des soins coordonnés et gradés est largement engagée en matière de périnatalité, ou encore sur les urgences, les pathologies cardio-vasculaires, ou le cancer.

Les projets médicaux de territoires et le nouveau cadre juridique apporté par la loi HPST (CHT, GCS...) devront être l'occasion de formaliser et accompagner une dynamique déjà lancée, sur l'ensemble des plateaux techniques au sens large, embrassant les thématiques de chirurgie, imagerie et biologie médicale, gestion de la permanence des soins, entre autres.

2.3.2 L'évolution de la démographie

Concernant les professionnels de santé, les logiques d'organisation sont en cours de modification sous l'effet des contraintes liées, non seulement à **l'évolution de la démographie médicale**, mais également aux risques de mise en cause de la responsabilité médicale et paramédicale. Ainsi, dans certaines disciplines, les prévisions de démographie médicale laissent apparaître une nécessité d'anticiper la constitution de pôles de compétences territoriaux, afin de pouvoir maintenir une offre de soins de proximité, permise par la mutualisation des compétences médicales et par le développement des coopérations entre professionnels de santé, sur la base de l'article 51 de la loi HPST. L'imagerie médicale, la chirurgie la réanimation, le traitement du cancer et les activités de transfusion sanguine sont autant de disciplines impactées par ces évolutions. Les tensions démographiques concernent également le champ ambulatoire.

Le diagnostic de l'état de santé de la population bretonne conduit à dégager des enjeux d'adaptation de l'offre de soins au **vieillessement démographique** en poursuivant le développement du **décloisonnement** entre sanitaire, médico-social et ambulatoire, par la mise en place de **filières intégrées**.

Selon la projection OMPHALE 2015, la population des 75 ans et plus va s'accroître de 16.5 % d'ici 2015, impactant naturellement la consommation de soins, tant au niveau quantitatif que qualitatif. De ce fait, la réflexion sur la prise en charge des pathologies liées au vieillissement (dont Alzheimer et maladies apparentées), doit s'intégrer au sein d'une réflexion plus globale sur l'évolution des prises en charge de médecine, le développement des alternatives à l'hospitalisation en favorisant le maintien à domicile et l'offre de soins de suite et de réadaptation. L'articulation entre les établissements de santé et les autres acteurs du champ sanitaire, social et médico-social doit se traduire par l'approfondissement des démarches déjà engagées.

La structuration des réseaux de santé doit être confortée au sein de réseaux multi sectoriels, par type de pathologie ou de prise en charge (maladies mentales, maladies chroniques, cancer, risques vasculaires (AVC)) et par des réseaux dits de proximité (soins palliatifs, gériatrie).

La coordination des professionnels de santé hospitaliers et libéraux s'impose dans l'organisation articulée des urgences et de la permanence des soins et sur la prise en charge des patients en aval de soins aigus. À cet effet, les volets SSR, USLD, vieillissement du SROS devront être l'occasion de promouvoir plus que par le passé le développement des alternatives à l'hospitalisation, le rôle des ex-hôpitaux locaux et la question de la médicalisation des établissements de soins de suite.

Par ailleurs, le decloisonnement entre les professionnels soit s'accompagner de la consolidation de filières intégrées de prise en charge (filiales gériatriques notamment), de par la formalisation de conventions, assorties de protocoles et d'obligations réciproques bien définies, permettant ainsi l'évaluation des résultats.

2.3.3 L'organisation hospitalière régionale confortée autour des deux CHU

Cet enjeu concerne principalement l'organisation de l'expertise, de la formation, de la recherche et l'animation des réseaux. Les deux CHU bretons doivent mettre en œuvre une politique dynamique au regard du rôle d'animateur territorial, tant au niveau de leurs activités de proximité que de leurs activités de recours régional.

Par ailleurs et dans le cadre de l'évolution de la démographie médicale, les deux CHU auront un rôle important à jouer dans la formation médicale, le développement du partage de compétences médicales avec les établissements environnants et des coopérations entre professionnels de santé (nouvelles modalités contractuelles issues de la loi HPST (dont article 51)).

Enfin, un des enjeux sera la coopération entre les deux CHU, dans le prolongement de l'accord-cadre de coopération signé le 30 septembre 2009 et formalisant une politique coordonnée et complémentaire dans les domaines relevant de leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Un des exemples concrets de cette coopération a été la mise en place du CREBEN (centre régional breton expert en neuroradiologie).

2.4. LES LIENS AVEC LES PROGRAMMES

Les schémas et les programmes régionaux déclinent les objectifs du PSRS. Les programmes déclinent pour partie les schémas mais n'en sont pas exclusifs. Ainsi, il n'existe pas de programme adossé de manière spécifique au SROS mais les programmes régionaux à élaborer (gestion du risque, télémedecine, PRAPS) prévoient des actions complètement liées à l'organisation des soins.

Le PPRGDR : Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR)

Le décret du 18 mai 2010, en application de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de juillet 2009, a donné mission à l'Agence Régionale de Santé de préparer, arrêter et évaluer un programme pluriannuel de gestion du risque (PPRGDR).

Ce programme, annexé au PRS, est élaboré pour quatre ans et comprend :

- une 1^{re} partie reprenant les programmes nationaux de GDR, qu'il s'agisse de programmes pilotés par les trois régimes d'assurance maladie de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) ou de programmes pilotés par l'ARS avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie ;
- une 2^e partie portant sur les actions régionales de GDR prolongeant les actions nationales ou lui étant complémentaires. Ces actions portent ainsi sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux (art. L.1431.2 CSP).

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année, en fonction des programmes nationaux examinés au sein du conseil national de pilotage, composé de représentants ministériels et des organismes nationaux d'assurance maladie.

Certaines thématiques du SROS sont ainsi concernées par des actions de GDR prévues en 2010 et 2011 :

- insuffisance Rénale Chronique ;
- chirurgie ambulatoire ;
- imagerie médicale ;
- soins de Suite et de Réadaptation ;
- permanence des soins ambulatoire et urgences.

Par ailleurs, bien que n'étant pas ciblés comme des thématiques du SROS, **les 5 thèmes suivants nécessitent pour autant l'implication des acteurs** de santé, hospitaliers, libéraux et/ou médico-sociaux :

- transport ;
- prescriptions médicamenteuses hospitalières délivrées en ville ;
- prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus ;
- qualité de la prescription dans les EHPAD ;
- efficience des EHPAD.

Le Programme régional de télémedecine et des systèmes d'informations partagés (PRTSIP)

La télémedecine est l'un des enjeux majeurs de l'organisation du système de soins pour les années à venir. **Quatre formes de télémedecine coexistent :**

- la télé-expertise : acte médical à distance entre deux médecins (ex : concertations pluridisciplinaires de spécialités en cardiologie) ;
- la téléconsultation des patients ;
- la télésurveillance : interprétation à distance d'indicateurs de suivi d'une maladie chronique ;
- la téléassistance, assistance d'un médecin par un autre professionnel de santé.

Si un lien évident existe entre les enjeux du SROS et le programme télémedecine à venir, certaines thématiques sont particulièrement concernées :

- imagerie ;
- biologie médicale ;
- médecine d'urgence ;
- soins de suite et de réadaptation.

De plus, le développement du Dossier Médical Personnel permettra de concrétiser la volonté de partage d'informations et de coordination entre les acteurs.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

Le PRAPS permet la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PSRS et des schémas sectoriels. À ce titre, il s'appuie largement sur le diagnostic réalisé pour l'élaboration du PSRS et affiné au moment de la rédaction des schémas. Le PRAPS vise à être un des maillons entre l'accès aux droits communs et aux droits spécifiques des populations les plus vulnérables.

Les Programme territoriaux de santé

S'il est possible de caractériser l'état de santé des Bretons de façon générale, les territoires comportent des caractéristiques propres en matière d'état de santé de la population ou d'offre en santé.

De ce fait, les programmes territoriaux doivent permettre, en cohérence avec le PSRS et les schémas, de définir des priorités de santé pour un territoire. Ces priorités devront viser le maximum de transversalité afin de faciliter la prise en charge et l'accompagnement des patients et usagers.

2.5 LES OUTILS ET LEVIERS DU SCHÉMA

Outils et leviers hospitaliers

Plusieurs outils et leviers peuvent être mobilisés par le SROS pour agir sur la démographie médicale et l'organisation des prises en charges :

- la rénovation de la procédure OQOS outil de pilotage du développement des activités hospitalières en intégrant une logique de pertinence des actes ;
- les autorisations (schémas et programmes opposables) ;
- les allocations de ressources ;
- le développement des coopérations via les CHT, le GCS et GCSMS ;
- les outils contractuels avec les offreurs de soins ;
- les Contrats Locaux de Santé ;
- les mesures d'accompagnement des professionnels ;
- les nouvelles modalités d'exercice (coopérations entre professionnels de santé selon l'article 51 de la loi HPST).

Outils et leviers ambulatoires

Plusieurs outils et leviers permettent en Bretagne de mieux structurer l'offre de soins de premier recours.

Le premier réside dans la dynamique créée en Bretagne entre les différents partenaires régionaux compétents pour agir sur l'organisation des soins « de ville » et la dynamique territoriale des professionnels de santé libéraux.

Les forces actuelles de l'ARS s'appuient d'abord sur ses ressources humaines qui ont acquis un savoir faire lors des missions qui étaient imparties aux URCAM : compréhension des enjeux et mise en place d'une cellule régionale d'appui aux promoteurs de projets souhaitant organiser de manière pluridisciplinaire leurs activités. Cette cellule a transféré pour partie ses compétences au comité de sélection des maisons de santé et pôles de santé dont la présidence est assurée conjointement par le Préfet de région et le Directeur général de l'ARS, ce qui renforce la cohérence des financements, tant sur la méthodologie que sur les investissements éventuels. Ce partenariat et cette recherche de cohérence doivent se conforter avec d'autres partenaires, telles que les collectivités territoriales, dont le conseil régional mais également les futures URPS, les conseils de l'ordre et les représentants des internes en médecine générale. Un axe important de ce développement s'inscrit dans les relations et le conventionnement à formaliser avec les facultés de médecine et dans un second temps avec les différents instituts de formation des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes.

Dans le cadre de cette démarche générale, d'autres leviers permettent de soutenir ces évolutions dans l'organisation des soins de premier recours.

III. SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

C'est la possibilité de passer différents types de contrats (CPOM, CAQCS, Conventions...), soit directement avec les promoteurs (pour élaborer un projet de santé, pour expérimenter des nouveaux modes de rémunération, pour réfléchir et améliorer leurs pratiques au quotidien), soit avec les collectivités locales (exemple du contrat local de santé), soit avec les étudiants et internes en médecine générale pour qu'ils s'engagent à s'installer sur des zones qualifiées de fragiles démographiquement (CESP).

A la clef de ces différents contrats peuvent être alloués différents types d'allocations de ressources, notamment sur le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) ou les crédits de prévention et d'éducation à la santé.

Sur le champ de la permanence des soins, les principales évolutions réglementaires permettent aux ARS à la fois de travailler l'organisation avec les professionnels concernés et de rémunérer les forfaits d'astreinte et de régulation, dans le cadre d'une enveloppe régionale dédiée, en ayant la possibilité de moduler le montant de ces forfaits avec une marge de manœuvre sur les critères à retenir.

Enfin, les travaux sur la délégation des tâches vont pouvoir évoluer avec la possibilité désormais d'élaborer des protocoles de coopération entre professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, qui seront proposés à la validation de la HAS après avis de l'ARS. Cette possibilité peut ainsi permettre de recentrer certains métiers sur leurs missions essentielles tout en permettant à d'autres métiers de s'enrichir et de répondre encore mieux qu'aujourd'hui aux besoins des patients.



III. A - OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

1.	PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS	232
2.	DIAGNOSTIC SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE.....	233
	2.1. DIAGNOSTIC GÉNÉRAL PAR PROFESSION DE SANTÉ.....	233
	2.1.1. La médecine générale, l'enjeu principal des cinq prochaines années.....	233
	2.1.2. Les infirmiers ou l'inégalité de répartition.....	234
	2.1.3. Les masseurs-kinésithérapeutes privilégient l'exercice en zone urbaine.....	235
	2.1.4. Une offre significative de chirurgiens dentistes libéraux mais en diminution	235
	2.1.5. Les officines de ville.....	235
	2.2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS	236
	2.2.1. Territoire de santé n° 1 – BREST / MORLAIX / CARHAIX.....	237
	2.2.2. Territoire de santé n° 2 – QUIMPER/ DOUARNENEZ/ PONT L'ABBÉ.....	237
	2.2.3. Territoire de santé n° 3 - LORIENT/ QUIMPERLÉ	238
	2.2.4. Territoire de santé n° 4 - VANNES/ PLOËRMEL/ MALESTROIT.....	238
	2.2.5. Territoire de santé n° 5 - RENNES/ FOUGÈRES/ VITRE/ REDON.....	239
	2.2.6. Territoire de santé n° 6 - ST-MALO/ DINAN	239
	2.2.7. Territoire de santé n° 7 - ST BRIEUC/ GUINGAMP/ LANNION	240
	2.2.8. Territoire de santé n° 8 - PONTIVY/ LOUDÉAC.....	240
3.	SCHEMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (A 5 ANS)	241
	3.1. CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS.....	241
	3.1.1. L'approche territoriale, préalable à toute analyse	241
	a) Les territoires de premier recours pour répondre à la demande et à l'organisation des soins.....	241
	b) Des territoires de contractualisation.....	244
	3.1.2. Les besoins en implantation pour l'exercice des soins	246
	a) La qualification des territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours et les perspectives d'évolution à court ou moyen terme.....	246
	b) Les besoins en implantation en structures d'exercice coordonné.....	249
	c) La détermination des zones « prioritaires »	251
	d) Les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux	253
	3.1.3. Les modalités d'accompagnement des nouveaux modes d'exercice coordonné.....	259
	3.1.4. Les organisations cibles.....	259
	a) Vers une répartition moins dispersée sur le territoire.....	259
	b) Une incitation aux regroupements	260
	c) Vers une évolution des organisations des professionnels de santé: le projet de santé	261
	3.2. FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DE SECOND RECOURS ET LES COOPÉRATIONS AVEC LE PREMIER RECOURS	262

3.3.	AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS AU MEILLEUR COÛT	262
3.3.1.	Développer les organisations au service de la qualité.....	262
a)	Les groupes qualité en médecine générale	262
b)	Les nouveaux modes de rémunération	262
c)	Optimiser les dépenses de santé.....	263
3.4.	FLUIDIFIER LA TRAJECTOIRE DU PATIENT	263
3.4.1.	Renforcer les articulations entre les professionnels de santé exerçant en ambulatoire et les acteurs de santé hospitaliers, médico-sociaux et sociaux	263
3.4.2.	Renforcer l'efficience des réseaux de santé ville/hôpital.....	264
a)	Poursuivre la déclinaison des objectifs individuels opérationnels	264
b)	Conforter la procédure d'évaluation.....	264
c)	Mieux intégrer les réseaux de santé dans une logique territoriale.....	264
3.5.	ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES : UN CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL	265
3.5.1.	Conforter le dispositif de régulation : clef de voûte du système	265
3.5.2.	Améliorer l'organisation de la médecine libérale.....	265
3.5.3.	Rendre le système lisible pour les acteurs, institutionnels et les usagers.....	266
4.	PLAN D'ACTION	266
	CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS	266
	AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS.....	268
	FLUIDIFIER LA TRAJECTOIRE DU PATIENT	268

1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Une des missions de l'Agence Régionale de Santé est d'assurer aux usagers du système de santé un égal accès à des soins de qualité, en contribuant à l'amélioration de l'organisation de ces soins. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires précise ainsi que l'accès aux soins de premier et second recours et la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils s'organisent au niveau territorial conformément au schéma régional d'organisation des soins. Ces soins s'entendent par :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé ou l'accompagnement des patients dans l'observance de leur traitement et de leur prise en charge.

Ils sont essentiellement couverts par l'offre de soins ambulatoire (professions médicales et paramédicales) en incluant les centres de santé et de soins et en collaboration avec les établissements de santé, les structures médico-sociales et sociales.

Le rôle du médecin généraliste se trouve conforté et renforcé avec des missions qui dépassent la prise en charge préventive et curative de ses patients : orientation du patient dans le système de soins et médico-social, coordination des soins, coopération avec les professionnels participant à la prise en charge, synthèse des informations issues de la trajectoire de ses patients, actions de prévention et de dépistage, accueil et formation des stagiaires en médecine

L'évolution des missions dévolues à l'offre de soins ambulatoire mais également la multiplication des intervenants, le refus des jeunes médecins des conditions de travail actuelles, l'évolution de la démographie médicale, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, le développement des droits des usagers, les facilités de déplacement des patients ou encore la nécessité de s'inscrire dans des priorités régionales et des exigences de qualité et de maîtrise des dépenses font que le cadre de l'exercice professionnel a changé. Une évolution indispensable dans les organisations des professions de santé libérales est nécessaire.

La question de la « médecine de ville » reste trop souvent centrée sur les conditions d'implantation géographique alors que l'attractivité de l'exercice libéral tant pour les médecins généralistes que pour les autres professionnels de santé paramédicaux, est de plus en plus liée à l'organisation du travail.

En renforçant les partenariats, c'est en travaillant sur l'évolution des organisations qu'il sera possible de répondre aux enjeux auxquels les professionnels de santé libéraux et l'Agence Régionale de Santé sont confrontés, à savoir :

- conforter l'accès aux soins de premier recours ;
- améliorer la qualité des soins au meilleur coût ;
- poursuivre le décroisement du système de santé.

Le périmètre et les objectifs de ce premier volet ambulatoire du SROS se concentrent sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours telle que définie dans la loi HPST. Élaboré pour 5 ans, un bilan intermédiaire sera réalisé d'ici 18 à 24 mois. **Ce sera l'occasion de le faire évoluer sur certains axes, en intégrant notamment les problématiques relatives à l'offre de soins de second recours plus communément appelée l'offre en spécialités et des programmes régionaux de travail sur des thématiques non ciblées sur le premier recours.**

2. DIAGNOSTIC SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Une adéquation de l'offre aux besoins de santé à optimiser

L'étude de la densité des différentes professions de santé libérales laisse apparaître une situation régionale plus favorable que la situation moyenne française, à l'exception de celle des médecins spécialistes inférieure à la moyenne nationale.

Le potentiel de formation de la région constitue un point fort avec deux centres hospitaliers universitaires hébergeant les facultés de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de nombreux instituts de formation pour les professionnels paramédicaux.

La dynamique des acteurs est par ailleurs à souligner, le plus souvent à la recherche de modes de coopération permettant l'ajustement de l'offre aux besoins ou son adaptation à de nouvelles situations.

Une analyse infra-régionale vient cependant nuancer ce premier constat. La situation de l'offre peut en effet être moins favorable dans certains territoires. Ainsi, la situation de l'offre de soins de premier recours n'est pas la même entre le littoral ou le centre Bretagne. Par ailleurs elle connaît des tensions dans certaines zones définies comme déficitaires ou sensibles. La situation de certaines spécialités en ville peut également faire apparaître à court ou moyen terme un accès plus difficile aux soins lorsque celle-ci n'est pas complémentaire en établissement.

La raréfaction de l'offre de soins dans certains endroits, sans organisation spécifique mise en place, risque d'entraîner une hausse des séjours en milieu hospitalier, beaucoup plus coûteuse pour la collectivité qu'une prise en charge ambulatoire, avec une réponse sans doute surdimensionnée par rapport aux besoins des patients.

2.1 DIAGNOSTIC GÉNÉRAL PAR PROFESSION DE SANTÉ⁽¹⁾

2.1.1 La médecine générale, l'enjeu principal des cinq prochaines années

Avec une densité comparable à la moyenne nationale pour les médecins généralistes libéraux, de l'ordre de 99 praticiens pour 100 000 habitants, la Bretagne se classe au 11^e rang des régions de France métropolitaine les mieux pourvues. Toutefois, alors que la région gagnait en moyenne chaque année une dizaine de médecins généralistes, même si le nombre de médecins généralistes a peu augmenté depuis 2007 (+1 %), on observe en 2011 une stabilisation des effectifs.

Cette tendance n'est peut-être que ponctuelle mais peut aussi trouver plusieurs sources d'explications.

La première est que la nouvelle génération ne s'installe plus systématiquement à la sortie des études, en privilégiant le statut de médecins remplaçants en début de carrière ou une orientation vers l'exercice salarié, jugés moins contraignants.

La seconde explication réside dans le nombre de départs (retraite, cessation d'activité...) qui augmente chaque année, ce qui tend à diminuer le solde positif entre le nombre d'installations et de départs au fil des années.

Aujourd'hui, plus d'1/4 de la profession est âgé de plus de 60 ans, ce qui signifie grossièrement une cessation d'activité de ces professionnels dans les 5 prochaines années. Au-delà du remplacement « un pour un » qui ne semble pas être possible avec les souhaits des nouvelles générations d'exercer leur métier dans des conditions moins contraignantes que leurs aînés, la question la plus urgente à résoudre est le maintien d'une offre en médecine générale sur certains territoires, notamment ruraux, en situation de fragilité. Dans le scénario simpliste présenté précédemment, 800 départs sont à envisager dans les 5 prochaines années pour 500 installations (une centaine par an en moyenne), ce qui laisse présager des difficultés dans les territoires où la part de médecins âgés est élevée et la densité de médecins déjà faible⁽²⁾.

Par ailleurs, la perte de médecins peut avoir une répercussion sur l'installation ou le maintien d'autres professionnels de santé, notamment paramédicaux et pharmaciens, dont le niveau d'activité et donc la viabilité économique, dépend de la présence d'une offre médicale sur le territoire.

Le maintien d'une médecine générale de proximité est donc un enjeu majeur, au risque de renforcer les inégalités spatiales d'accès aux soins par l'augmentation des distances à parcourir.

(1) L'analyse de l'offre de soins disponible sur la région serait plus juste à travers une connaissance du temps de travail effectif de ces professions. Nous ne sommes malheureusement pas en capacité de mesurer cette notion. L'analyse se fera donc en considérant un temps d'exercice équivalent entre chaque professionnel de santé.

(1) Cf. annexe II

En 2005, la Mission Régionale de Santé a procédé au ciblage de 22 zones déficitaires en offre de médecine générale en vue de l'attribution d'aides pour le maintien et/ou l'installation de professionnels de santé sur ces territoires. Dans la continuité de cette démarche, la MRS a défini trois autres types de zones permettant d'affiner la réflexion sur l'organisation de la médecine de ville en région, à savoir :

- les zones fragiles, notion plus large que les zones éligibles évoquées ci-dessus, non déficitaires en 2005 mais qui pouvaient le devenir sur les cinq prochaines années et pour lesquelles une démarche d'accompagnement pour favoriser la présence d'une médecine de proximité était à envisager ;
- les zones où l'installation de médecins généralistes n'était pas à encourager, l'objectif général étant de rétablir un équilibre de l'offre sur l'ensemble de la région ;
- les zones en équilibre démographique qui ne nécessitaient ni accompagnement ni mesure particulière en termes d'installation en raison de leur situation actuelle.

Le bilan, 5 ans après la mise en place de ce ciblage, met en avant le succès relatif de l'avenant 20 de la convention médicale de 2005 sur les 22 zones « déficitaires ». En effet, si le nombre de médecins généralistes libéraux en exercice a progressé de 1 % entre 2007 et 2011 sur la région, cette évolution se porte à + 6,1% dans les zones éligibles⁽³⁾ (ce chiffre est à relativiser au sens où cette évolution correspond à une augmentation en volume de 6 médecins en exercice sur ces territoires). Dans les zones fragiles et en équilibre démographique, si les effectifs n'ont pas augmenté, ils se sont stabilisés (respectivement 0 % et -0,4 %). Les zones à ne pas encourager ont connu, quant à elles, une progression de +1,5 %.

Aujourd'hui, près de 50 % des médecins en exercice dans les zones déficitaires ont adhéré à l'avenant 20.

2.1.2 Les infirmiers où l'inégalité de répartition

7^e région de France métropolitaine avec une densité de 132 infirmiers libéraux, la Bretagne présente une offre tout à fait satisfaisante et bien supérieure à la moyenne française (99 pour 100 000 hab.).

À l'image des autres professions de santé, celle des infirmiers libéraux vieillit également avec 19 % de professionnels de plus de 55 ans en 2011 contre 11 % en 2003. Ce vieillissement n'est pas à craindre pour autant puisque la profession enregistre une augmentation soutenue et constante de ses effectifs, avec un gain d'une centaine d'infirmiers par an.

Ces nouvelles installations ne gommement cependant pas les inégalités de répartition sur la région. Le centre est Bretagne, le sud-ouest et l'est de l'Ille-et-Vilaine concentrent la majorité des cantons faiblement dotés en infirmiers libéraux. Les territoires de santé de Brest, Quimper, Lorient et Vannes affichent ainsi des densités⁽⁴⁾ très élevées (supérieures à 140), alors que le territoire de Rennes présente une densité deux fois moins élevée. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les centres de soins infirmiers constituent, par ailleurs, une offre de soins complémentaire dans la prise en charge des patients et non négligeable compte tenu du nombre de structures implantées sur la région, ce qui tend à atténuer les faibles dotations en infirmiers libéraux dans les zones les plus fragilisées.

La définition en 2009 de zones très sous-dotées⁽⁵⁾ en infirmiers, octroyant une aide pour toute nouvelle installation et de zones sur-dotées, pour lesquelles toute nouvelle installation est conditionnée à la cessation d'activité préalable d'un autre infirmier, est une première étape dans la réduction de ces inégalités.

Entre le mois d'avril 2009, date de l'entrée en vigueur des mesures relatives au zonage et le 1^{er} janvier 2011, les zones très sous-dotées ont vu leurs effectifs d'infirmiers libéraux augmenter de 4,8 % (contre 4,3 % en moyenne sur la région) contre une baisse de - 7,2 % dans les zones sur-dotées. Les zones très dotées ont connu une légère augmentation (+2,2 %) alors que les zones sous-dotées ont vu leurs effectifs progresser de +9,4 %.

La régulation à l'installation des infirmiers, plus d'un an et demi après son entrée en vigueur, montre d'ores et déjà des résultats encourageants même s'ils sont à mettre en perspective avec le nombre élevé d'infirmiers libéraux en Bretagne qui peut également expliquer la difficulté d'une installation dans les zones les mieux pourvues au risque d'un exercice avec une rentabilité économique incertaine.

(3) cf. annexe II

(4) Pondérée

(5) Cf. annexe II

La forte présence d'infirmiers libéraux sur la région peut être un levier dans les zones rurales où la densité médicale est une source de tension. Au-delà de la recherche de nouveaux professionnels médicaux, l'évolution des pratiques et/ ou du périmètre d'activité des infirmiers libéraux, dans le cadre d'une démarche coopérative des différents acteurs de santé, peut non seulement permettre de retrouver du temps médical mais également promouvoir le métier d'infirmier s'il est recentré sur l'exercice clinique. Cette coopération ne sera possible que si l'on considère dans le même temps, le nécessaire besoin de développer l'offre d'aide aux soignants dans les zones rurales assumées le plus souvent par les infirmiers libéraux.

2.1.3 Les masseurs-kinésithérapeutes privilégient l'exercice en zone urbaine

Au 1^{er} janvier 2011, la Bretagne comptait 2 737 masseurs kinésithérapeutes pour une densité de 88 professionnels pour 100 000 habitants, soit supérieure de 8 points à la moyenne nationale.

La Bretagne reste une région attractive pour cette profession de santé. En 4 ans, l'effectif de masseurs kinésithérapeutes a augmenté de plus de 11 %, ce qui classe la Bretagne au 8^{ème} rang des 22 régions françaises les mieux pourvues en masseurs kinésithérapeutes⁽⁶⁾.

Cette profession est, par ailleurs, relativement jeune avec un taux de professionnels âgés de 55 ans et plus de 19 % (contre 21 % sur la France métropolitaine) ce qui ne présage pas de problème de démographie pour cette profession à court ou moyen terme.

La répartition des masseurs kinésithérapeutes présente des disparités sur le territoire, avec une forte concentration de professionnels autour des pôles urbains et sur la zone côtière (densité de 109 dans les pôles urbains pour 67 dans l'espace rural) et une faible concentration de kinés principalement dans le Centre-Est Bretagne et le nord-est de l'Ille-et-Vilaine. Le territoire de santé n° 8 (Pontivy, Loudéac) et dans une moindre mesure, les territoires n° 6 (St-Malo, Dinan) et 7 (St-Brieuc, Guingamp, Lannion) affichent les plus faibles densités en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Cette inégale répartition est cependant à relativiser puisqu'une partie des professionnels dans les zones urbaines exerce au sein d'établissements privés.

2.1.4 Une offre significative de chirurgiens dentistes libéraux mais en diminution

La Bretagne compte en 2011, 1 868 chirurgiens dentistes libéraux, pour une densité de 60 professionnels pour 100 000 habitants. La région se classe comme la 10^e région de France métropolitaine la mieux pourvue, avec une densité supérieure de 5 points par rapport à la moyenne nationale. À l'image de la profession sur la France métropolitaine, le nombre de chirurgiens dentistes diminue en Bretagne depuis 2007 (-2,8 % en 4 ans). La part des dentistes bretons âgés de 60 ans et plus est de l'ordre de 17 %, soit équivalente au taux national.

La répartition infrarégionale de cette profession est similaire à celle des masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes libéraux avec une forte concentration de professionnels dans les agglomérations urbaines (81 pour 100 000 hab. dans les pôles urbains) et sur le littoral et une densité deux fois plus faible dans les zones rurales (43 pour 100 000 hab.), notamment dans le centre Ouest-Bretagne, dans le département des Côtes d'Armor, autour de Guingamp et dans le Finistère Nord, autour de Morlaix.

Le territoire n° 8 (Pontivy-Loudéac) et dans une moindre mesure les territoires n° 6 (Saint-Malo/Dinan) et n° 7 (Saint-Brieuc/Guingamp/Lannion), présente de faible dotation en dentistes libéraux.

Les centres de soins dentaires⁽⁷⁾ présentent également une offre alternative à l'offre libérale mais leur implantation exclusive dans les zones urbaines n'atténue pas le manque de professionnels dans les territoires ruraux.

2.1.5 Les officines de ville

Avec 1 156 officines de ville au 1^{er} janvier 2011, la Bretagne affiche une densité de 36 pharmacies pour 100 000 habitants, soit une de moins que sur la France métropolitaine. Depuis 2007, le nombre d'officines de ville a diminué de 1,1 %, soit une perte de 14 structures. La densité de pharmacies varie de 31 dans le territoire de santé n° 5 (Rennes, Fougères, Vitry, Redon) à 40 dans le territoire n° 3 (Lorient, Quimperlé).

Le fait que l'implantation des officines soit réglementée explique la moindre dispersion des densités entre les territoires comparativement aux autres professions de santé de premier recours.

(6) Cf. annexe II

(7) Cf. annexe II

III. A. OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

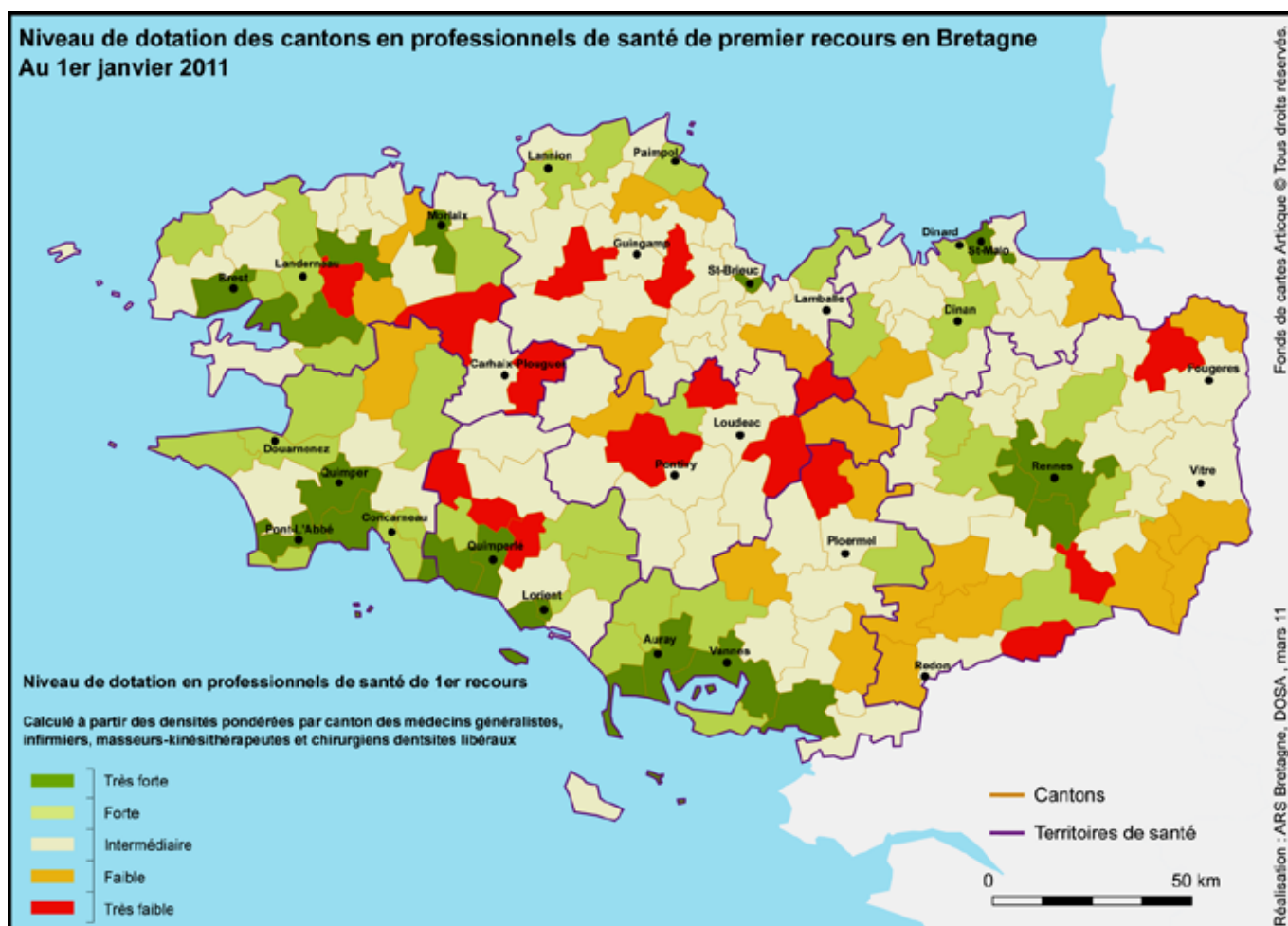
Le nombre d'officines de ville n'a pas varié depuis 2007 sur les territoires n°4, 5 et 7, alors que les autres territoires de santé ont tous enregistré la perte d'une ou plusieurs pharmacies, avec un maximum de 5 officines pour le territoire de santé n° 1.

Cette profession reste cependant très dépendante de la présence sur son territoire d'une offre de soins médicale qui lui garantit une viabilité économique. Les problèmes de démographie médicale ont donc un fort enjeu sur le maintien de l'offre en officine de ville tant on constate que le patient se rend majoritairement à la pharmacie la plus proche de son médecin prescripteur pour se voir délivrer ses médicaments. Au 1^{er} janvier 2011, 15 officines de ville sont implantées dans des communes bretonnes ne bénéficiant pas de la présence d'une offre médicale.

La nécessaire réorganisation de l'offre de soins de premier recours devra donc tenir compte de l'offre en officines de ville présente sur un territoire au risque, sous peine, en raison d'une concentration des professionnels prescripteurs en un lieu unique, de mettre en danger l'avenir de plusieurs d'entre elles.

2.2 DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Au-delà du diagnostic de l'offre de soins par profession, il est nécessaire de s'y intéresser dans sa globalité mais à un niveau géographique plus fin pour visualiser la fragilité de l'offre de soins de premier recours sur la région. La carte ci-dessous présente ainsi le niveau de dotation des cantons bretons en professionnels de santé de premier recours en considérant l'ensemble des densités pour les professions libérales suivantes : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes. Les territoires représentés par un fond vert bénéficient d'un niveau de dotation en professionnels de santé de premier recours élevée alors que les territoires représentés par un fond rouge/orangé sont faiblement dotés. Bien que le critère de densité ne constitue pas un indicateur suffisant pour juger de la fragilité de la réponse en soins offerte à la population, tant les niveaux d'activité et d'organisations des professionnels peuvent être hétérogènes d'un territoire à un autre, il constitue cependant un premier niveau d'analyse intéressant pour comparer l'offre de soins disponible sur la région. Pour rendre cet indicateur un peu plus pertinent, l'ARS s'est appuyée sur le calcul d'une densité pondérée sur l'âge des populations pour chaque profession de santé. En effet, les besoins en soins varient en fonction des âges de la vie et la structuration par âge de la population d'un territoire conditionne le besoin en professionnels de santé de premier recours.



Ces premiers éléments permettent de mettre en avant les constats dressés précédemment pour certaines professions à savoir une concentration des cantons fortement dotés en professionnels de santé de premier recours dans les pôles urbains et la zone côtière et les cantons faiblement dotés dans les zones rurales.

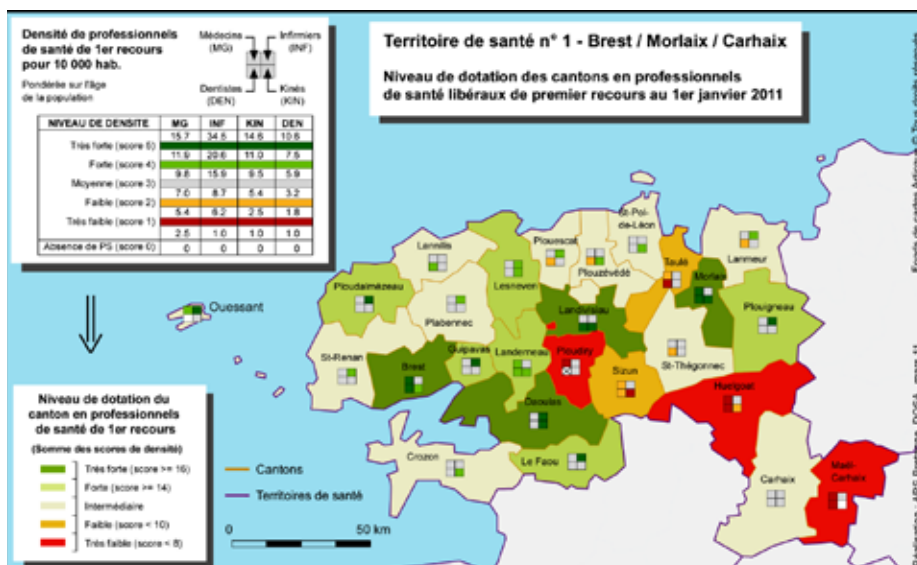
Cette forte ou faible dotation n'est cependant pas uniforme selon les professions pour un même territoire et il convient donc de les analyser plus finement afin de dresser un diagnostic plus à même de nous orienter pour le schéma organisationnel que nous souhaitons mettre en place sur les cinq prochaines années. Une analyse intégrant notamment les centres de santé (infirmiers, médicaux et dentaires) et les SSIAD s'avère nécessaire.

2.2.1 Territoire de santé n° 1 – BREST / MORLAIX / CARHAIX

Avec des densités proches de la moyenne régionale pour les médecins généralistes et dentistes libéraux et bien supérieures pour les infirmiers et les masseurs-kinés., le territoire de santé n° 1 se trouve relativement bien pourvu en professionnels de santé de premier recours.

Une attention particulière sera portée sur l'évolution des effectifs pour ces professions dans les prochaines années car si l'augmentation du nombre d'infirmiers est supérieure à la moyenne régionale depuis 2007, renforcée par une dotation en SSIAD élevée, l'évolution des effectifs pour les autres professions de santé de premier recours se situe en-dessous de la moyenne régionale.

Il existe par ailleurs, une hétérogénéité de dotation en professionnels de santé de premier recours sur le territoire. Certains cantons ruraux au sud et à l'est du territoire (autour de Carhaix) présentent des niveaux de dotations faibles, avec des perspectives de forts départs à la retraite dans les cinq ans à venir ce qui témoigne d'un niveau de fragilité très élevé.



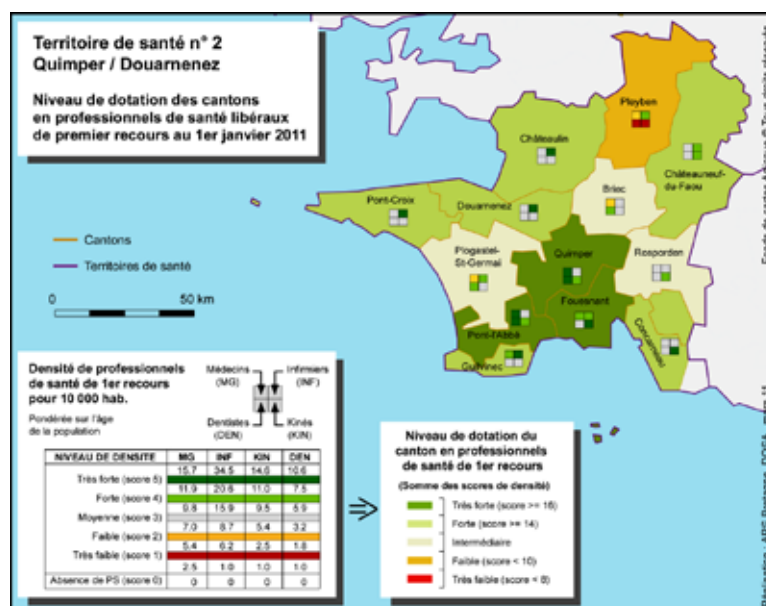
2.2.2 Territoire de santé n° 2 – QUIMPER/ DOUARNENEZ/ PONT L'ABBÉ

Hormis pour les chirurgiens dentistes, profession pour laquelle la densité sur le territoire est proche de la moyenne régionale, le niveau de densité en médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes est supérieur à la moyenne régionale.

Néanmoins, l'évolution des effectifs de ces professions depuis 2007 présente une tendance moins favorable que la région sur ce territoire, avec une baisse significative des effectifs en médecine générale et chirurgiens dentistes comparée à la moyenne régionale.

Par ailleurs, la répartition par âge présente un vieillissement de ces professionnels de santé comparativement à l'ensemble de la région.

La répartition par canton ne met pas en évidence de tension majeure sur l'offre de soins de premier recours, à l'exception du canton de Châteauneuf du Faou pour lequel l'offre en médecine générale mais aussi et surtout en masseurs-kinésithérapeutes et dentistes libéraux est relativement faible.

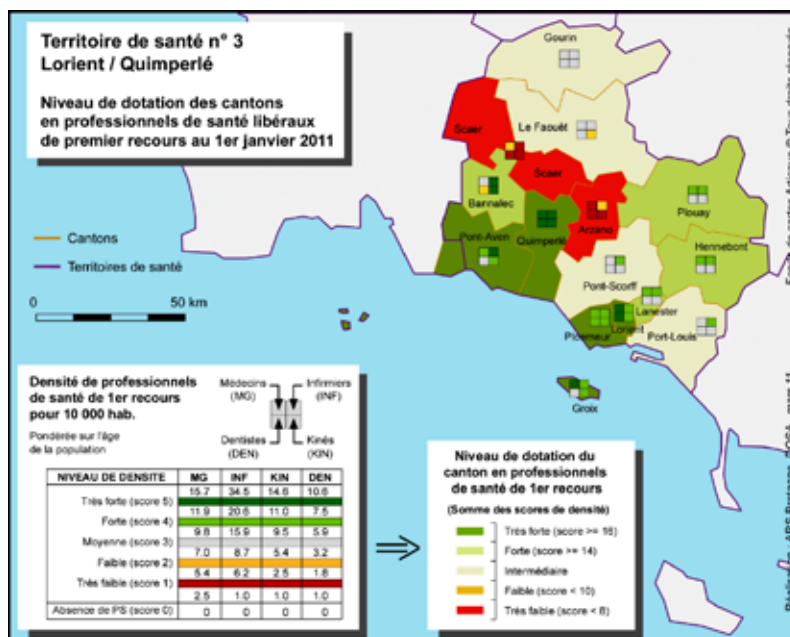


2.2.3 Territoire de santé n° 3 - LORIENT/ QUIMPERLÉ

Le territoire n° 3 bénéficie d'une dotation élevée de professionnels de santé de premier recours avec une densité très élevée d'infirmiers libéraux, élevée de médecins généralistes et sensiblement supérieure à la moyenne régionale pour les chirurgiens dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Par contre, le territoire se caractérise par une baisse du nombre de médecins généralistes (-1,7 %) depuis 2007, ainsi que par une augmentation plus contenue du nombre d'infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la moyenne régionale. La profession des chirurgiens-dentistes enregistre également une baisse de ses effectifs mais de manière moins prononcée que sur l'ensemble de la région.

Les professions des infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux présentent par ailleurs un taux plus élevé de professionnels de plus de 55 ans comparativement à la moyenne régionale, contrairement à la profession des chirurgiens dentistes.



En terme de répartition, les cantons situés à l'arrière des zones côtières, à savoir Scaër et Arzano, présentent une dotation très faible de professionnels de santé de premier recours, à l'opposé des cantons situés sur la côte et à l'est du territoire.

2.2.4 Territoire de santé n° 4 - VANNES/ PLOËRMEL/ MALESTROIT

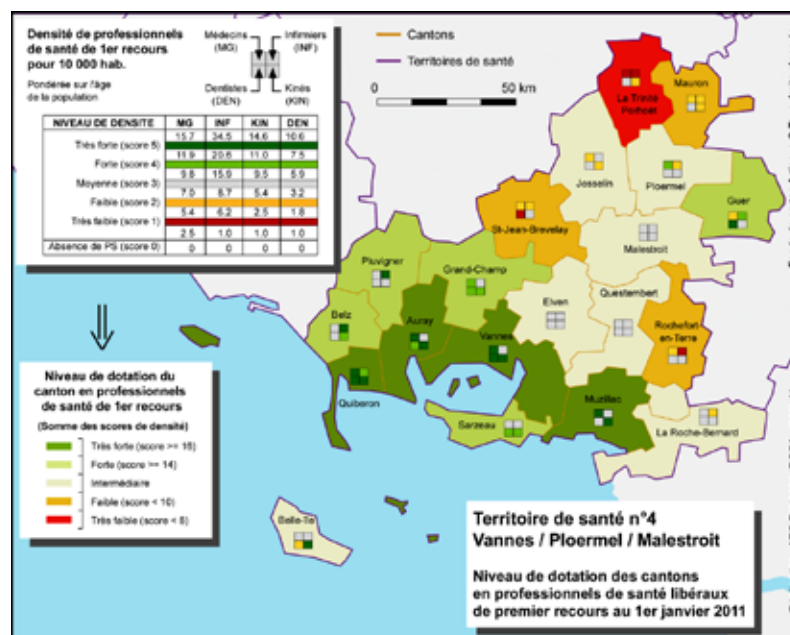
Le territoire de santé n° 4 est l'un des territoires les mieux pourvus avec des densités élevées pour chaque profession de santé de premier recours.

Les indicateurs de répartition par âge sont également plus favorables pour les médecins généralistes et dentistes libéraux sur ce territoire.

L'évolution des effectifs depuis 2007 démontre l'attractivité du territoire, avec des évolutions supérieures à la moyenne régionale, toutes professions confondues.

Cependant, la carte du niveau de dotation des cantons sur le territoire montre une grande disparité des professionnels entre le nord et le sud. Ainsi, la zone côtière bénéficie d'une dotation très élevée en professionnels de santé de premier recours, autour du golfe du Morbihan ainsi que sur la couronne péri-urbaine de Vannes et Auray.

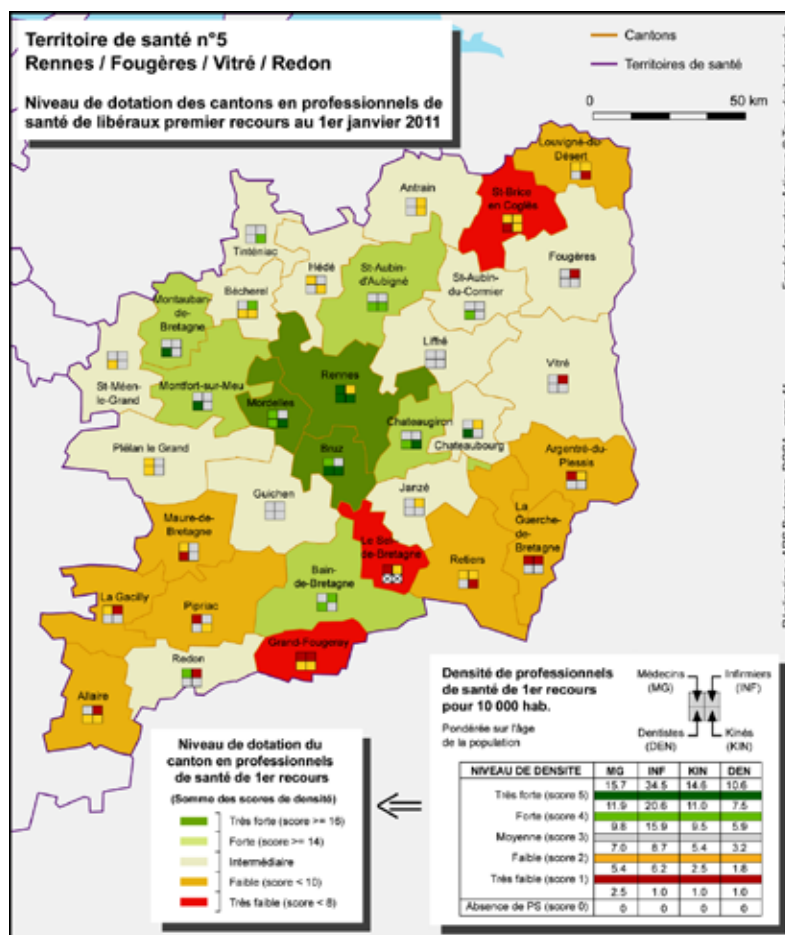
A contrario, les cantons ruraux les plus reculés présentent une fragilité de l'offre de soins de premier recours avec de surcroît, une part élevée de professionnels âgés.



2.2.5 Territoire de santé n° 5 - RENNES/ FOUGÈRES/ VITRE/ REDON

Le territoire n° 5 se caractérise par une offre en infirmiers libéraux la plus faible de la région, comparable pour les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes et la plus élevée pour les dentistes libéraux.

L'évolution des effectifs depuis 2007 est positive et supérieure à la moyenne régionale pour toutes ces professions de santé et la répartition par âge montre un taux de professionnels âgés plus faible que sur le reste de la région. Ces chiffres plutôt satisfaisants s'expliquent principalement par la présence et l'attractivité de Rennes et sa métropole, qui concentrent la majorité des professionnels. Pour autant, les cantons situés aux extrémités du territoire présentent une fragilité en offre de soins de premier recours avec une part de professionnels âgés plus importante au regard de l'ensemble du territoire ou de la région.



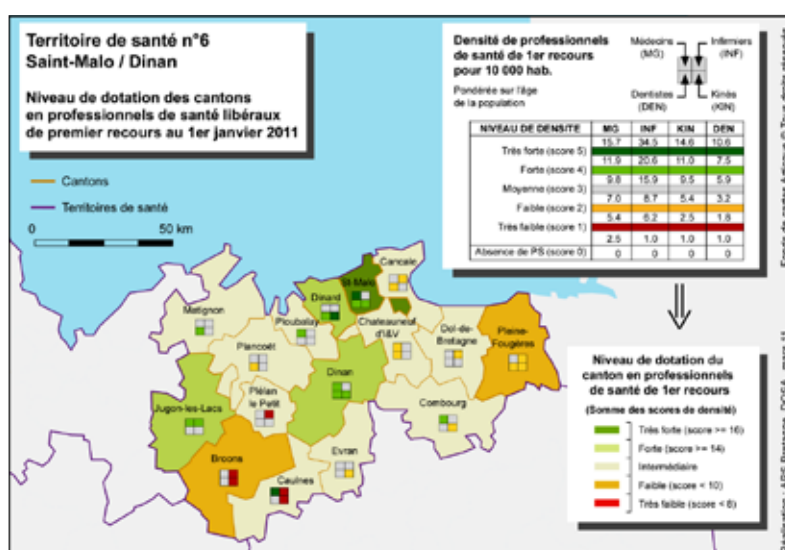
2.2.6 Territoire de santé n° 6 - ST-MALO/ DINAN

Territoire de santé le mieux pourvu en médecins généralistes, il présente cependant des densités sensiblement inférieures à la moyenne régionale pour les autres professions.

L'évolution des effectifs depuis 4 ans démontre l'attractivité du territoire pour toutes les professions de santé et plus particulièrement pour les médecins généralistes et les chirurgiens dentistes libéraux.

La répartition par âge reste proche de la tendance régionale pour ces professions de santé, à l'exception des médecins généralistes libéraux, dont la part des 60 ans et plus représente plus de 28 % des effectifs.

Le niveau de dotation par canton présente une offre satisfaisante sur les pôles urbains du territoire, alors que des situations de fragilité existent sur les cantons de Broons et Pleine-Fougères.

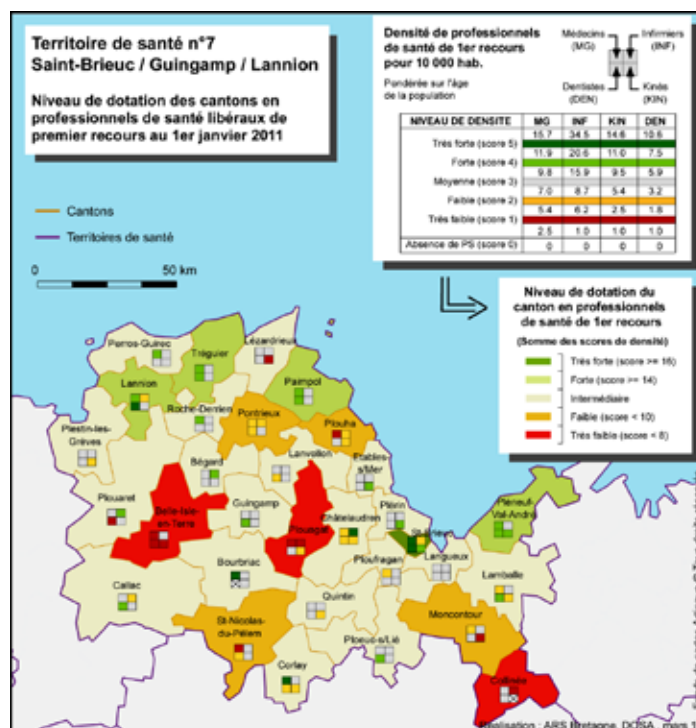


2.2.7 Territoire de santé n° 7 - ST-BRIEUC/ GUINGAMP/ LANNION

Avec des densités inférieures à la moyenne régionale pour toutes les professions de santé, le territoire de santé n° 7 apparaît comme un territoire fragilisé en offre de soins de premier recours et peu attractif au regard des évolutions du nombre de professionnels de santé sur les quatre dernières années.

Les indicateurs d'âge pour les médecins et infirmiers sont proches de la moyenne régionale mais plus élevés pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes libéraux.

La répartition des professionnels sur le territoire présente les mêmes constats que ceux énumérés précédemment à savoir une forte dotation des cantons urbains et à l'opposé des situations de fragilité dans certains cantons ruraux.



2.2.8 Territoire de santé n° 8 - PONTIVY/ LOUDÉAC

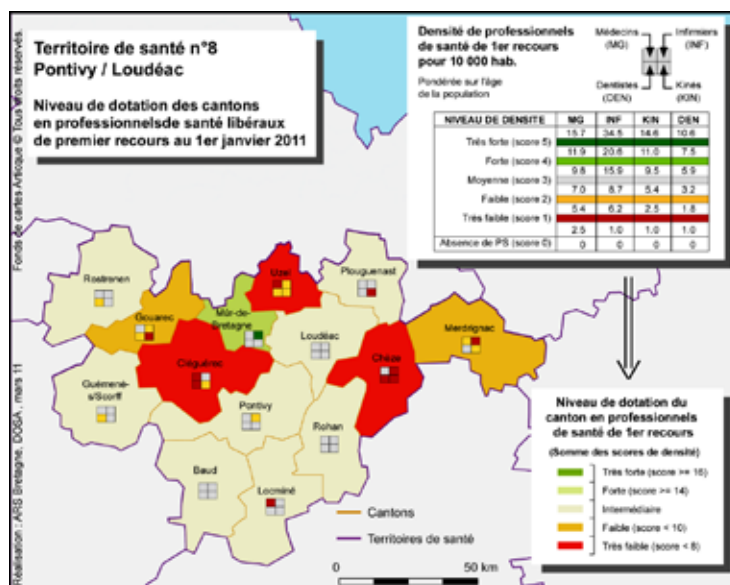
Le territoire de santé n° 8 est sans conteste le territoire le plus fragile en offre de soins de premier recours.

Mise à part pour les infirmiers, le territoire affiche les densités les plus faibles en professionnels de santé et largement inférieures aux autres territoires de santé.

L'évolution des effectifs montre également une faible attractivité du territoire sur ces quatre dernières années.

Mais, le point le plus inquiétant reste la répartition par âge avec un taux de médecins âgés de plus de 60 ans de l'ordre de 41 % et de 25 % pour les chirurgiens-dentistes.

La répartition des professionnels de santé sur les cantons du territoire met uniquement en évidence le canton de Mûr de Bretagne comme relativement bien doté en professionnels de santé de premier recours. À l'inverse, cinq cantons ruraux, autour de Pontivy et Loudéac affichent des situations de fragilité en offre de soins.



3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

Selon l'article 118 de la Loi HPST du 21 juillet 2009, « le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre » (article L1434-1 du code de la santé publique). Le projet régional de santé est, entre autre, constitué d'un schéma régional de mise en œuvre d'organisation des soins (L1434-2).

L'objet de ce schéma est « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique » (L1434-7). Son rôle est notamment de :

- préciser les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins et les coopérations entre les offreurs de soins ;
- indiquer par territoire de santé les besoins en implantations pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux ; des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé ;
- déterminer, selon les dispositions prévues par arrêté ministériel, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

3.1 CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

3.1.1 L'approche territoriale, préalable à toute analyse

a) Les territoires de premier recours pour répondre à la demande et à l'organisation des soins

L'organisation de la prise en charge de proximité (dépendance des personnes âgées, organisation du premier recours, actions de prévention ou de promotion de la santé) doit faire l'objet d'un maillage fin, permettant la mise en œuvre des actions. Les espaces de proximité doivent constituer de véritables « territoires de projet » et non être conçus comme des sous-unités des territoires de santé.

Pour la mise en œuvre de la politique territoriale de l'ARS et dans le cadre de l'élaboration du schéma de l'organisation des soins sur son volet ambulatoire, il convient de définir de nouveaux territoires⁽⁹⁾ pour répondre à la demande et à l'organisation des soins de premier recours. Ces territoires de premier recours sont conçus comme des territoires d'actions et de dynamiques locales, mais également comme des territoires d'analyse pour décider des lieux géographiques à accompagner en priorité. La définition de ces territoires doit ainsi considérer un niveau géographique affiné, pour que l'analyse de l'offre de soins de premier recours se base sur un découpage géographique pertinent, permettant d'identifier les besoins en implantations pour les soins de premier recours et favoriser ainsi l'installation des professionnels de santé et l'émergence des pôles et maisons de santé.

Par ailleurs, ces territoires doivent être construits en tenant compte de la nécessaire convergence d'une politique d'organisation des soins avec les autres politiques d'aménagement du territoire et donc être fondés sur la notion d'accessibilité et non simplement sur la présence de l'offre de soins.

Le médecin généraliste, pivot des soins de 1^{er} recours

La nécessité d'une approche globale de la prise en charge est réaffirmée ; la coordination territoriale des soins est donc organisée autour du patient. Le rôle du médecin généraliste est ainsi renforcé en tant qu'acteur de première ligne de cette nouvelle organisation. Il constitue la principale porte d'entrée dans le système de soins, garant d'une coordination optimale des soins apportés à ses patients.

Ainsi, la **zone de recours au médecin généraliste**⁽¹⁰⁾ se présente comme le premier maillage territorial pertinent pour caractériser le comportement des populations pour l'accès aux soins.

Des territoires construits sur une logique d'aménagement du territoire

Dans un souci d'aboutir à la définition de territoires de premier recours cohérents, la démarche consiste à bâtir des territoires structurant pour l'offre de soins de premier recours. Or, la structuration de l'espace est également conditionnée à l'offre de services de proximité en général qui, même s'ils ne sont pas les seuls facteurs, favorisent l'installation de nouveaux professionnels de santé.

(9) Plusieurs territoires concernant le secteur ambulatoire existent aujourd'hui, selon qu'ils soient utiles à la définition d'une meilleure répartition de l'offre de soins, à l'émergence de nouvelles organisations et modalités de travail ou à la mise en œuvre de projets spécifiques à caractère préventif ou destinés à améliorer la qualité des soins. Cependant, aucun de ces découpages ne satisfait complètement aux critères de territoire de proximité, correspondant à une réalité de vie des populations et permettant d'organiser l'offre de soins de premier recours.

(10) Cf. Annexe III

III. A. OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

La construction des territoires de premier recours s'articule ainsi autour de **communes « pôles »**⁽¹¹⁾ proposant une large gamme de services de proximité, en tenant compte de la présence :

- des professionnels de santé de premier recours exerçant à titre libéral (médecin généraliste, pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute et dentiste) ainsi que l'existence d'une offre d'hébergement pour personnes âgées ou d'un hôpital local ;
- d'équipements scolaires ;
- des services alimentaires ;
- des équipements en services généraux ;
- d'autres équipements multiservices.

Le territoire de premier recours se définit comme le regroupement de zones de recours au médecin généraliste autour de la commune « pôle » la plus proche, présentant une offre de service de proximité suffisante.

Le scénario retenu consiste à définir un découpage régional s'affranchissant de toutes limites existantes, que ce soit celles des territoires de santé ou des départements pour respecter au plus près les comportements des populations sur l'accès aux soins et aux services.

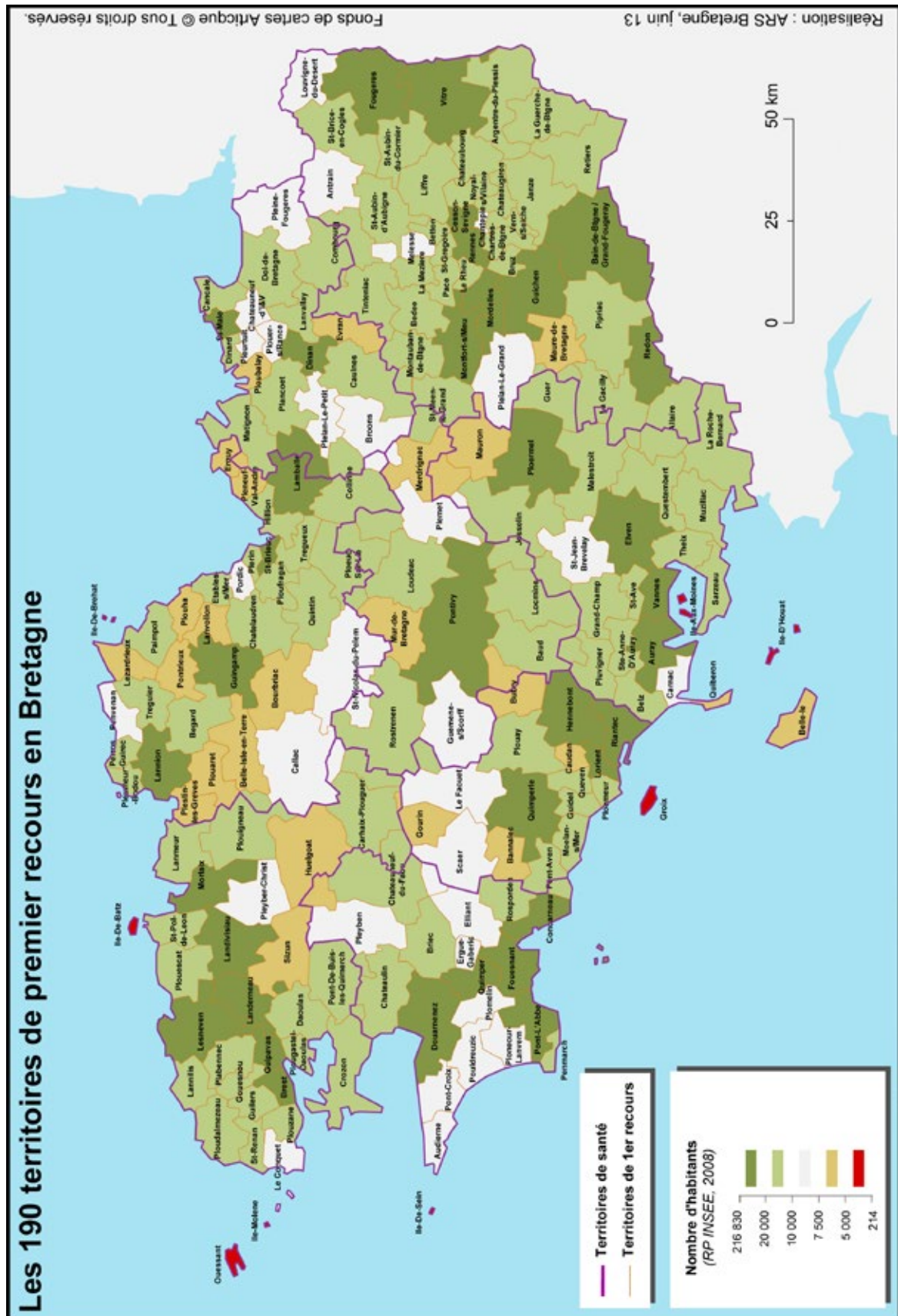
Une condition supplémentaire a été de faire reposer ce zonage sur un territoire dont la population est supérieure à 5 000 habitants. En effet, il convient de garantir aux professionnels de santé, qu'ils soient en exercice isolé ou organisés en cabinet de groupe, pôles de santé, maisons de santé pluridisciplinaires ou en centres de santé, un bassin de population suffisant permettant de préserver leur viabilité économique. En outre, déterminer des zones inférieures à ce seuil, accroîtrait le risque d'isolement des praticiens concernés, dont on sait qu'il constitue l'un des freins à leur installation dans les zones les plus fragiles.

Cette méthodologie a permis ainsi de retenir **190 territoires de premier recours** sur la région Bretagne (cf. carte 1), concertés avec les représentants des professionnels de santé. Des territoires démographiquement cohérents et lisibles pour les acteurs sont ainsi créés pour répondre à la demande et à l'organisation des soins de premier recours en région. Ils serviront à l'analyse affinée de l'offre de soins existante et permettront de déterminer les zones sur lesquelles le niveau de dotation pour les professions de premier recours n'est pas suffisant et où les efforts devront être prioritairement concentrés.

(11) Cf. Annexe III

En région Bretagne, le SROS Ambulatoire définit 190 territoires de premier recours.

(carte modifiée)



b) Des territoires de contractualisation

Si les territoires de premier recours démontrent tout leur intérêt comme territoire d'analyse et d'organisation de l'offre de soins de premier recours, ils ne peuvent constituer des niveaux de territoires pertinents, utiles à la concertation et à l'expression démocratique, pour favoriser l'appropriation des politiques régionales en matière de santé et la mise en œuvre de projets sur les territoires concernés.

La définition de territoires de contractualisation, comme un niveau géographique plus étendu pour définir une stratégie d'organisation ou de réorganisation de l'offre de soins ambulatoire, semble également nécessaire afin de concentrer les aides institutionnelles et celles des collectivités territoriales. Ce niveau de territoire intermédiaire doit permettre, d'une part, une vue globale des politiques d'aménagement du territoire, sur les stratégies de développement et, d'autre part, pouvoir fédérer les politiques locales pour concentrer les moyens humains et financiers sur la déclinaison de la politique régionale en terme d'organisation des soins de premier recours.

L'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) constitue, en ce sens, une échelle territoriale pertinente. Cette structure administrative regroupe des communes ayant choisi de développer un certain nombre de compétences en commun, comme les transports, l'aménagement du territoire ou la gestion de l'environnement.

Par ailleurs, la politique engagée les années passées sur la problématique de l'organisation des soins de premier recours a conduit les partenaires institutionnels bretons à collaborer avec les Pays.

Cette entité repose en effet sur une cohésion géographique, économique, sociale ou culturelle et constitue une échelle pertinente comme espace de coopération entre des collectivités prêtes à travailler ensemble sur le développement de leur territoire. Cette coopération permet de mener une action commune dans des domaines d'intervention privilégiés : le développement économique, la solidarité, les services publics, l'environnement et la qualité de vie.

Ces territoires de contractualisation (EPCI ou Pays) devront ainsi permettre d'articuler les différentes offres en santé, transversales à l'ambulatoire, le médico-social et l'hospitalier, pouvant faire l'objet d'une contractualisation via le contrat local de santé, nouvel outil issu de la loi HPST.

En région Bretagne, le SROS ambulatoire retient l'établissement public de coopération intercommunale et le Pays comme territoires de contractualisation privilégiée pour la mise en place d'une nouvelle politique d'organisation des soins ambulatoires.

[illegible]

Source des données : Préfecture de la région Bretagne

3.1.2. LES BESOINS EN IMPLANTATION POUR L'EXERCICE DES SOINS

Le schéma régional d'organisation des soins dans son volet ambulatoire a pour objectif de déterminer, selon les dispositions prévues par arrêté ministériel, les zones pour la mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Ces zones dites « prioritaires » bénéficieront d'aides spécifiques encadrées par les textes réglementaires et se substitueront au zonage défini par la MRS¹² en 2005.

Outre ce zonage limité à la couverture d'un nombre maximal d'habitants, l'Agence Régionale de Santé Bretagne souhaite se doter d'une marge de manœuvre supplémentaire pour anticiper les difficultés de certains territoires et les accompagner, soit par un soutien méthodologique et financier sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR), soit par des aides émanant des collectivités territoriales et des préfetures, dans le cadre d'un partenariat organisé.

Dans cet objectif, il apparaît nécessaire de qualifier, au préalable, les territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours, en tenant compte des perspectives d'évolution de l'offre, afin d'identifier les besoins en implantations de nouveaux modes d'exercice coordonné et ainsi procéder au ciblage des territoires à accompagner prioritairement.

3.1.2.1 *La qualification des territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours et les perspectives d'évolution à court ou moyen terme*

Afin de cibler les territoires à accompagner prioritairement en terme de structuration de l'offre de soins de premier recours, l'analyse de l'offre de soins est une première étape incontournable afin de faire émerger les territoires sur lesquels des tensions existent ou sont envisagées à court ou moyen terme.

A l'échelle des territoires de premier recours, la qualification des territoires s'est basée sur l'appréciation du niveau actuel de l'offre de soins de premier recours et la prise en compte de son évolution sur les prochaines années.

Cette analyse s'est essentiellement centrée sur l'offre de soins en médecine générale et s'explique, d'une part, par le rôle de pivot du médecin, acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et garant de la coordination des soins, et d'autre part, par les tensions démographiques perceptibles pour cette profession dans les cinq prochaines années.

L'intervention des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de la population a toutefois été prise en compte, en raison de la nécessité de leur accessibilité courante par la population, notamment la plus âgée.

Pour définir le niveau actuel de dotation en offre de soins de premier de recours, six indicateurs¹³ ont été retenus :

- **la densité de médecins généralistes (en équivalent temps plein) pour 100 000 habitants, pondérée sur l'âge des populations ;**
- **la part des médecins généralistes** (en ETP) réalisant une forte activité sur le territoire ;
- le niveau de dotation des territoires en infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux¹⁴ ;
- **le nombre brut de médecins en exercice** (conditionné à des critères de densité et d'âge des médecins généralistes en exercice).

Des indicateurs prospectifs ont également été pris en compte sur l'âge des médecins pour mesurer les perspectives d'évolution de l'offre de soins sur les territoires de premier recours et anticiper les départs programmés dans les cinq prochaines années :

- **la part des médecins généralistes** (en ETP) **de 60 ans et plus**, pour mesurer l'impact réel d'une dégradation potentielle de l'offre de soins à court terme et les répercussions sur les médecins en exercice,
- **la part des médecins généralistes âgés d'au moins 55 ans et de moins de 60 ans** exprimant une dégradation potentielle de l'offre de soins à moyen terme (les départs en retraite anticipés, la diminution éventuelle d'activité, ...)

L'analyse¹⁵ de ces critères a permis de qualifier les territoires de premier recours selon quatre niveaux :

- **les territoires sans difficultés**, que ce soit sur l'offre de soins actuelle ou dans les cinq à dix années à venir ; il est important de préciser que l'absence de difficulté ne témoigne pas pour autant d'une sur-dotation du territoire en professionnels de santé de premier recours ;
- **les territoires présentant peu de difficultés**, où l'offre de soins est jugée satisfaisante actuellement, et dont les perspectives de départs dans les prochaines années ne devraient pas engendrer de tension majeure sur l'offre ;

- **les territoires à surveiller**, qui affichent une dotation en offre de soins satisfaisante aujourd'hui mais dont les perspectives de départs à moyen terme incitent à une certaine vigilance,
- **les territoires fragiles**, où l'offre de soins actuelle ne permet pas de répondre convenablement aux besoins de la population, et dont les perspectives démographiques à court ou moyen terme laissent présager une dégradation de l'offre de soins sur le territoire.

En région Bretagne, le SROS Ambulatoire qualifie les territoires selon leur dotation en offre de soins de premier recours en quatre niveaux :

- 34 territoires de premier recours sans difficultés ;
- 48 territoires de premier recours présentant peu de difficultés à court ou moyen terme ;
- 36 territoires à surveiller ;
- 72 territoires en situation de fragilité.

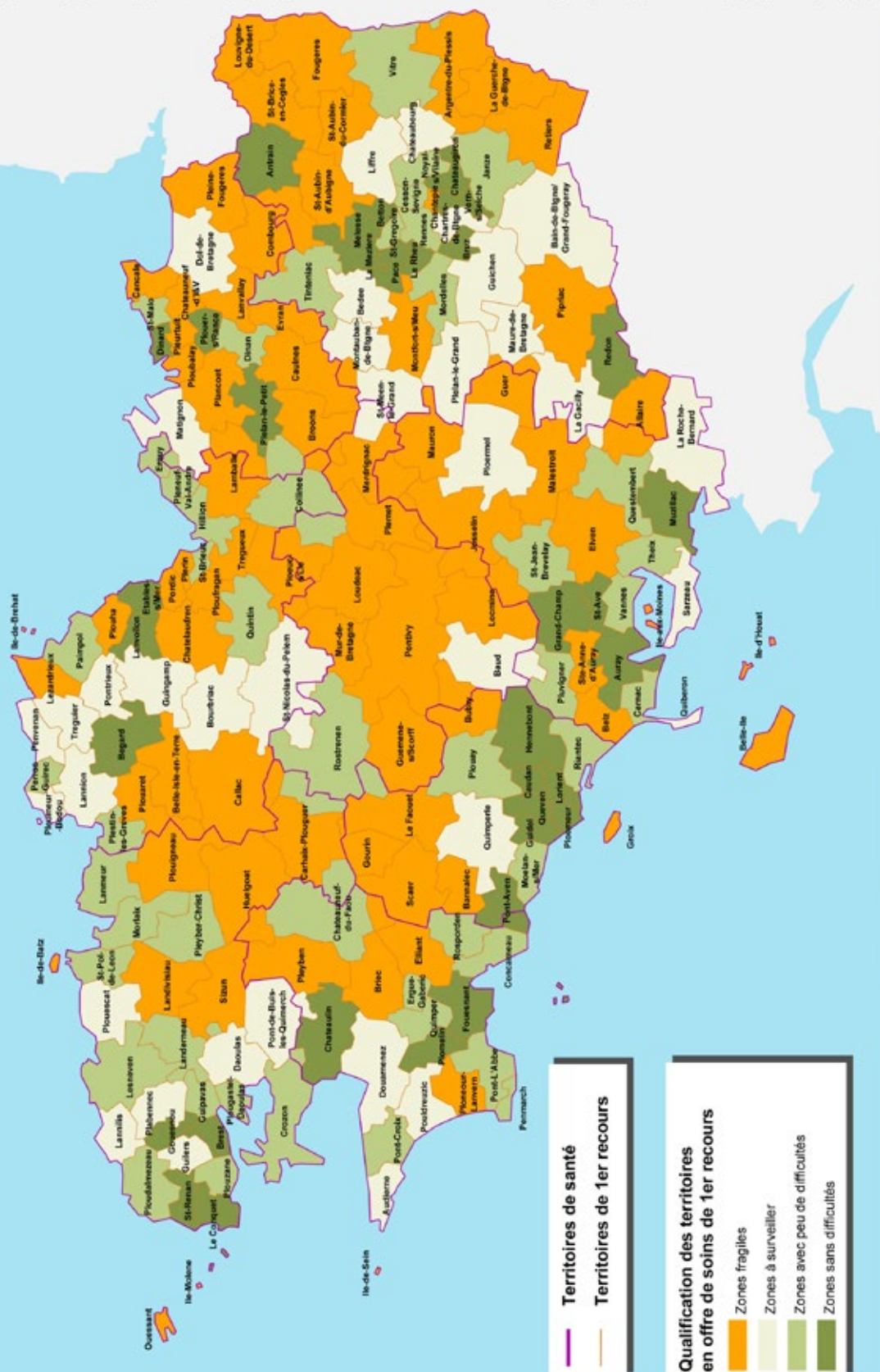
(12) La Mission Régionale de Santé, créé par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et constituée entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Les Agences Régionales de Santé se sont substituées aux MRS.

(13) Une description des indicateurs retenus est disponible en annexe IV.

(14) Cf. chap.III.1.2.4 Les zonages infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes

(15) Cf. Annexe IV - La qualification des territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours et les perspectives d'évolution à court ou moyen terme.

Qualification sur l'offre de soins de premier recours en Bretagne SROS Ambulatoire - Décembre 2013



3.1.2.2 Les besoins en implantation en structures d'exercice coordonné (carte modifiée)

L'un des objectifs du schéma régional d'organisation des soins dans son volet ambulatoire est d'indiquer les besoins en implantation pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé.

Soumise à la concertation et partagée par les représentants des professionnels de santé et des usagers, la définition des niveaux de fragilité des territoires ne peut cependant pas être le seul critère de détermination des lieux géographiques d'implantation des structures d'exercice coordonné qui doit tenir également compte de la capacité des acteurs de terrain à se structurer et se mobiliser pour répondre à ces besoins d'implantations prioritaires.

Cette concertation a permis de faire émerger **des orientations sur les enjeux du développement de nouveaux modes d'exercice coordonné**, à prendre en compte dans la définition des lieux d'implantation et le ciblage des zones prioritaires, à savoir :

- prioriser le développement des structures d'exercice coordonné sur des territoires démographiquement fragiles à court ou moyen terme, tout en accompagnant les démarches des professionnels sur les territoires où une certaine vigilance est requise ;
- privilégier l'émergence de ces structures sur des territoires où une dynamique portée par les professionnels existe ou est envisageable ;
- favoriser leur implantation sur des communes offrant une large gamme de services de proximité, facteurs qui peuvent concourir à de nouvelles installations ;
- axer leur développement sur des territoires bénéficiant encore d'une offre de soins pluri-professionnelle, tout en veillant à ne pas désorganiser les exercices et les coopérations en place.

Sur la base de ces orientations, le ciblage des points géographiques, témoignant de besoins en implantation de nouvelles organisations pour les professionnels de santé de premier recours, répond à différentes logiques :

- **les zones rurales ou péri-urbaines**, pour lesquelles le faible nombre de professionnels de santé en exercice et les perspectives de départs à court terme justifient de mettre en place de nouvelles organisations susceptibles d'attirer de nouveaux professionnels de santé. La présence de structures médico-sociales pour personnes âgées ou handicapées, d'hôpitaux locaux peuvent constituer des éléments déterminants pour ces nouvelles organisations ;
- **les pôles urbains de dimension moyenne**, qui bien que bénéficiant d'un nombre plus important de professionnels de santé de premier et de second recours, peuvent également être concernés par une fragilité de l'offre de soins à court ou moyen terme par les départs programmés et l'insuffisance ou l'absence d'offre de soins sur leur couronne périurbaine. Les nouvelles organisations développées sur ces territoires devront être coordonnées avec les autres offreurs de soins et plus particulièrement les centres hospitaliers, en tissant des coopérations entre la ville et l'hôpital ;
- **les zones urbaines sensibles** et au-delà les quartiers identifiés en difficulté qui entrent dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), sur lesquelles les difficultés d'accès aux soins résultent de la précarité des populations, de dimensions socio-culturelles et où de nouvelles installations peuvent être freinées par les ressentis des professionnels sur des aspects sécuritaires ou de viabilité économique ;
- **les îles**, dont la situation géographique particulière appelle à une organisation des soins spécifique.

Le choix des lieux d'implantation prioritaires s'est porté sur les zones fragiles (et à surveiller pour les anciennes zones prioritaires), où les problèmes de démographie des professionnels de santé de premier recours risquent de poser d'importantes difficultés en cas d'absence de nouvelles installations et sur lesquelles des dynamiques de terrain existent et nécessitent d'être accompagnées, mais également sur les quartiers urbains ciblés dans le cadre des CUCS.

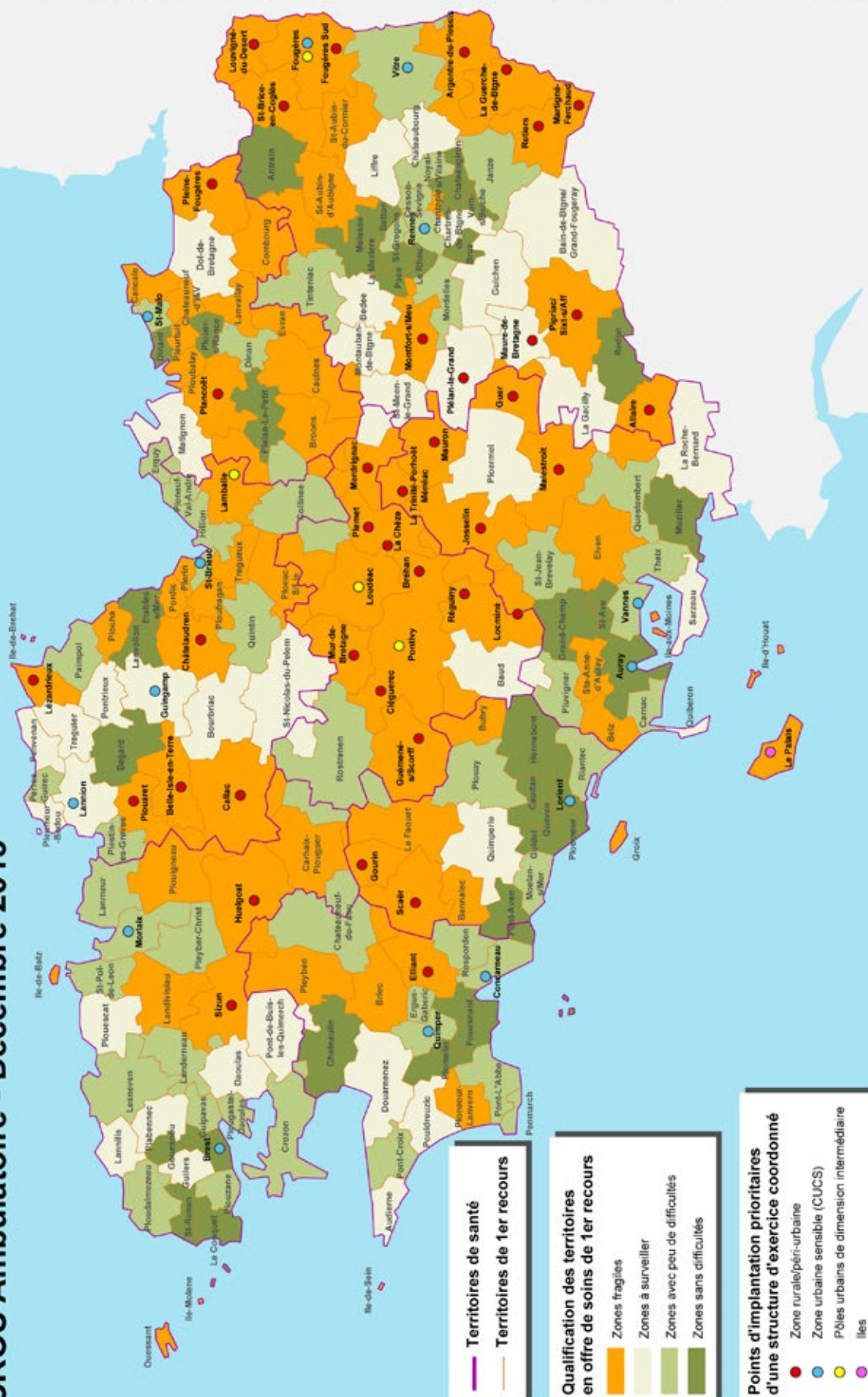
Ces points d'implantation prioritaires n'excluront pas pour autant un accompagnement des projets pluri-professionnels qui ne s'inscriraient pas sur ces lieux géographiques. Cependant, ils devront, pour être soutenus, répondre aux orientations prises par l'ensemble des acteurs régionaux.

En région Bretagne, le SROS Ambulatoire retient comme besoins en implantation prioritaires pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé :

- 38 points d'implantation en zone rurale/périurbaine ;
- 4 points d'implantation dans les pôles urbains de dimension moyenne ;
- 44 points d'implantation sur les quartiers identifiés en difficulté, définis dans le cadre des 14 contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) signés en Bretagne ;
- 1 point d'implantation sur une île bretonne (Belle-Ile).

Les lieux géographiques d'implantation sont précisés en annexe V.

Schéma cible des points d'implantation prioritaires des structures d'exercice coordonné en Bretagne SROS Ambulatoire - Décembre 2013



Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés.

Réalisation : ARS Bretagne, décembre 13

3.1.2.3 La détermination des zones « prioritaires » (prévues à l'article L. 1434-7 du code de la Santé publique) (carte modifiée)

Pour renforcer le développement des modes d'exercice coordonné sur certains lieux géographiques, un ciblage de zones dites « prioritaires » est demandé sur le plan réglementaire (prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique) afin de concentrer les différentes aides pour répondre aux besoins d'implantation pour l'exercice des soins. Ce ciblage se base sur une approche pluri-professionnelle pour identifier les territoires qui pourront bénéficier d'aides spécifiques¹⁶ destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé.

Les zones prioritaires définies dans le cadre de ce schéma coexisteront par ailleurs avec d'autres dispositifs réglementaires ou conventionnels¹⁷, existants ou à venir, comme la définition de zones « sous dotées » pour les infirmiers, qui ont permis de faire un pas vers la régulation de l'offre.

Appréhendé d'un point de vue plus qualitatif, le ciblage des zones prioritaires est basé, d'une part, sur les niveaux de dotation des territoires en offre de soins de premier recours ainsi que sur les besoins en implantations prioritaires identifiés précédemment, ainsi que sur une approche plus pragmatique, issue de la concertation que l'Agence Régionale de Santé a menée avec les représentants des professionnels de santé et des usagers¹⁸, pour que ce ciblage soit en adéquation avec des dynamiques de terrain à encourager et développer.

Sur la base de ces principes, le ciblage des zones « prioritaires », conditionné par l'arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique qui limite le nombre de zones à un taux de couverture maximal de population fixé à 5,57% pour la Bretagne (176 865 habitants au recensement INSEE 2009), s'est porté prioritairement sur les territoires ruraux qui présentent les risques les plus importants de désertification médicale ou de fortes tensions sur l'offre de soins à court ou moyen terme selon la méthodologie décrite en annexe .

Tous situés en zone rurale, les territoires ciblés comme prioritaires bénéficient encore de la présence d'une équipe pluri-professionnelle. L'objectif est d'y développer des organisations cibles²⁰ propres à chacun de ces territoires selon l'offre de soins en présence, en recherchant la coopération avec les structures hospitalières et médico-sociales pour personnes âgées et handicapées quand elles existent, pour permettre de structurer le premier recours, d'améliorer l'accès et la qualité des soins, de maintenir, voire d'attirer des professionnels de santé.

En région Bretagne, le SROS Ambulatoire cible 21 territoires de premier recours en zones prioritaires (prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique) pour une population de 173 128 habitants (5,45% de la population régionale au recensement INSEE 2009) :

- | | | |
|-----------------------|----------------------|-------------------|
| • Bannalec | • Elliant | • Malestroit |
| • Belle-Ile | • Guémené-sur-Scorff | • Merdrignac |
| • Belle-Isle-En-Terre | • Huelgoat | • Mur-De-Bretagne |
| • Broons | • Ile d'Houat | • Pleine-Fougères |
| • Bubry | • Le Faouët | • Plémet |
| • Callac | • Locminé | • Pleyben |
| • Caulnes | • Louvigné-du-Désert | • Scaër |

(16) Cf. chap.III.1.2.4 et chap.III.1.3

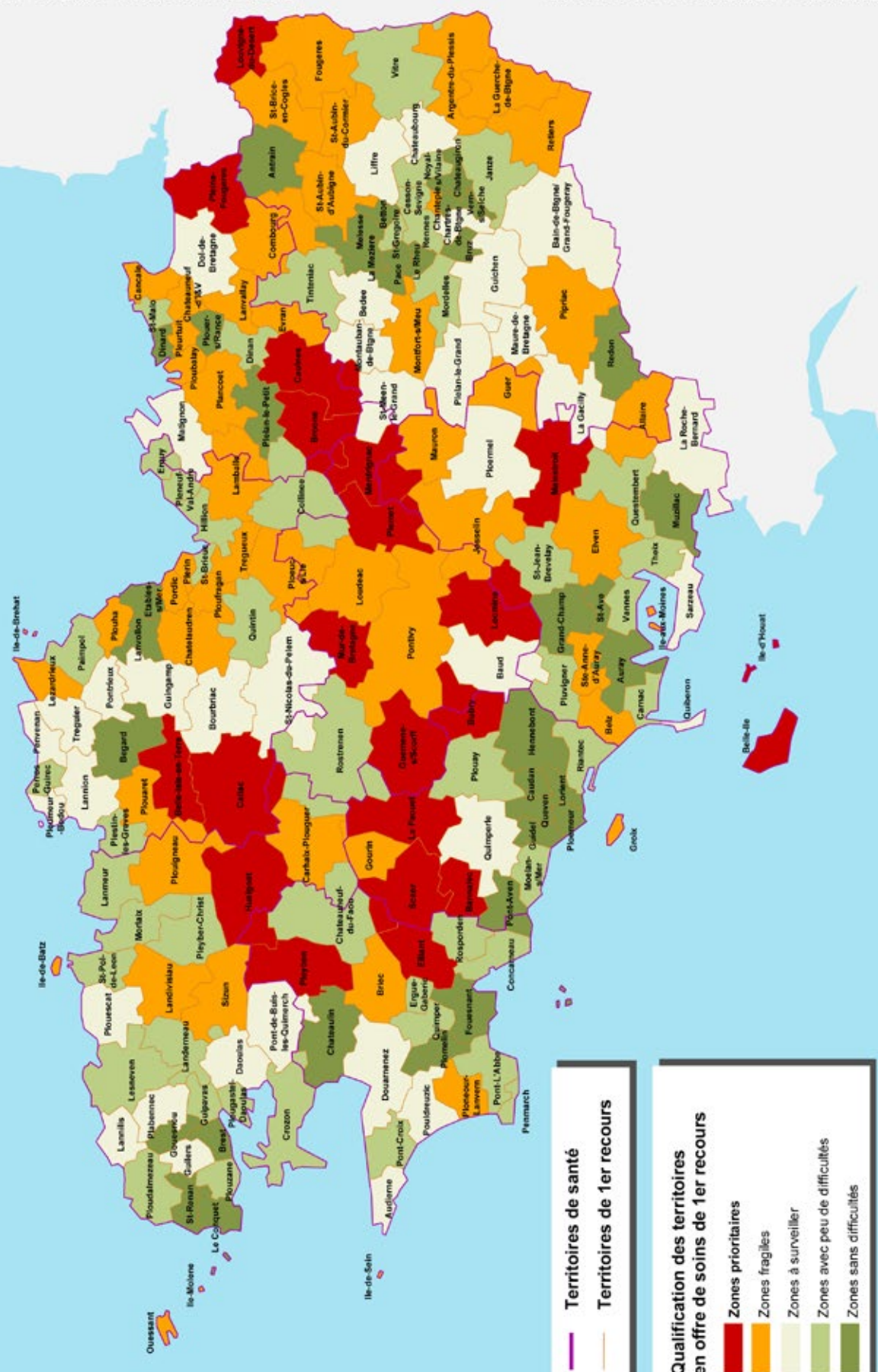
(17) Cf. chap.III.1.2.4

(18) Au sein du groupe thématique régional « Organisation territoriale des soins de 1er et 2nd recours » composé des représentants des professionnels de santé (URPS, Conseil régional de l'Ordre, PDSA, internes), des fédérations (fédérations hospitalières, des maisons de santé, des réseaux de santé, des centres de santé, ...), des collectivités territoriales (conseil régional), de l'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) et des usagers.

(19) Cf. Annexe VI

(20) Cf. chap.III.1.4

Les zones prioritaires sur l'offre de soins de premier recours en Bretagne SROS Ambulatoire - Décembre 2013



3.1.2.4 Les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux

Les médecins libéraux

Pour favoriser l'installation et une meilleure répartition des médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs d'aides ont été mis en place, dont certains sont liés à des critères de zonages définis dans le volet ambulatoire du SROS⁽²¹⁾. Les principales aides⁽²²⁾ à destination des médecins généralistes sont :

- **Les aides des collectivités territoriales** ou leurs groupements :
 - à l'installation ou au maintien des professionnels⁽²³⁾ ou centres de santé (frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux, de logement, versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire
 - aux étudiants en médecine (indemnités de déplacement, indemnités d'études et de projet professionnel, indemnités de logement)
- **Les exonérations d'impôts** sur le revenu pour l'activité réalisée dans le cadre de la **permanence des soins ambulatoires**.
- Les **aides définies dans le cadre de la nouvelle convention médicale**⁽²⁴⁾ par :
 - l'**option Démographie** destinée aux médecins libéraux conventionnés s'engageant à exercer sur une zone prioritaire⁽²⁵⁾ en contrepartie d'un forfait annuel comme aide à l'investissement⁽²⁶⁾ et d'une rémunération complémentaire annuelle comme aide à l'activité⁽²⁷⁾ ;
 - l'**option Santé Solidarité Territoriale**, destinée aux médecins conventionnés, dont l'objectif est d'inciter les médecins exerçant en zone fortement dotée à donner du temps dans les zones prioritaires (au moins 28 jours par an) en contrepartie d'une rémunération complémentaire calculée sur l'activité réalisée sur le territoire prioritaire.
- Une **dérogation au parcours de soins** pour les médecins nouvellement installés en libéral ou dans un centre de santé nouvellement agréé sur une zone prioritaire (pas de pénalités financières pour les patients pendant les 5 premières années).
- Le **contrat d'engagement de service public (CESP)**, à destination des étudiants en médecine, de la 2^{ème} année des études médicales à la dernière année d'internat. La finalité de ce contrat est de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et de les engager à exercer leurs fonctions dans des zones fragiles où la continuité des soins est menacée en contrepartie d'une aide financière apportée lors de leur cursus universitaire.
- Le **dispositif du praticien territorial de médecine générale (PTMG)** qui a pour objet de favoriser l'installation des jeunes médecins et de faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles. La finalité de ce contrat est de garantir aux médecins généralistes non installés ou installés depuis moins d'un an en cabinet libéral un niveau de rémunération minimum (versé également en cas d'absence pour maladie ou maternité).

D'un point de vue réglementaire, ces deux derniers dispositifs (CESP « médecin » et PTMG) s'appliquent dans les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins en application du dernier alinéa de l'article R. 1434-4 du code de la santé publique ou dans les zones déterminées dans les mêmes schémas régionaux en application du cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du même code.

En région Bretagne, les lieux d'exercice identifiés pour ces deux dispositifs sont les suivants :

- Les zones ciblées comme « prioritaires » et les zones qualifiées de « fragiles » et « à surveiller » dans le présent schéma ;
- Les zones urbaines sensibles telles que définies par le décret modifié n°96-1156 du 26 décembre 1996 fixant la liste des zones urbaines sensibles
- Les zones de revitalisation rurale définies par arrêté du 10 juillet 2013 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale

Contrairement aux médecins généralistes libéraux, les autres professions de santé libérales bénéficient d'aides conventionnelles qui se basent sur des zonages propres à chacune de ces professions.

(21) Cf. chap. III.1.2.3

(22) En vigueur au 31 décembre 2012

(23) Cette aide peut-être accordée à tout professionnel de santé installé ou souhaitant s'installer dans une zone prioritaire

(24) Cf. Convention médicale disponible sous <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024584580>

(25) Le médecin justifie d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée et être installé dans la dite zone ou à proximité immédiate (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine).

(26) 5000 € pour l'exercice en groupe et 2500 € pour l'exercice en pôle de santé.

(27) 10% de l'activité, plafonnée à 20 000 € pour l'exercice en groupe et 5% de l'activité, plafonnée à 10 000 € pour l'exercice en pôle de santé.

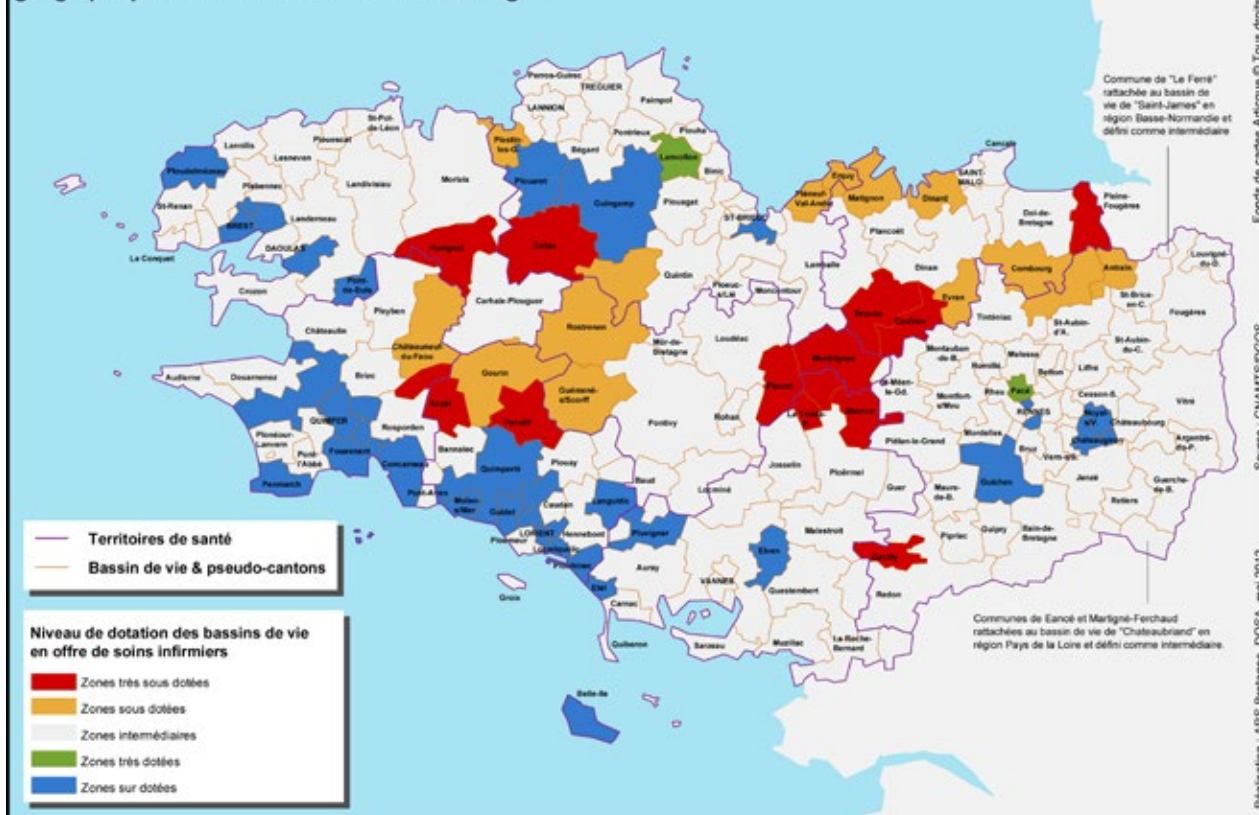
(28) Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux

(29) Les parties signataires de l'avenant n°3 ont réaffirmé leur volonté de continuer à soumettre au même principe de régulation démographique les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), mais également que le développement des centres de soins infirmiers (CSI) et de l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) soit mené en cohérence avec le dispositif de régulation des infirmières libérales.

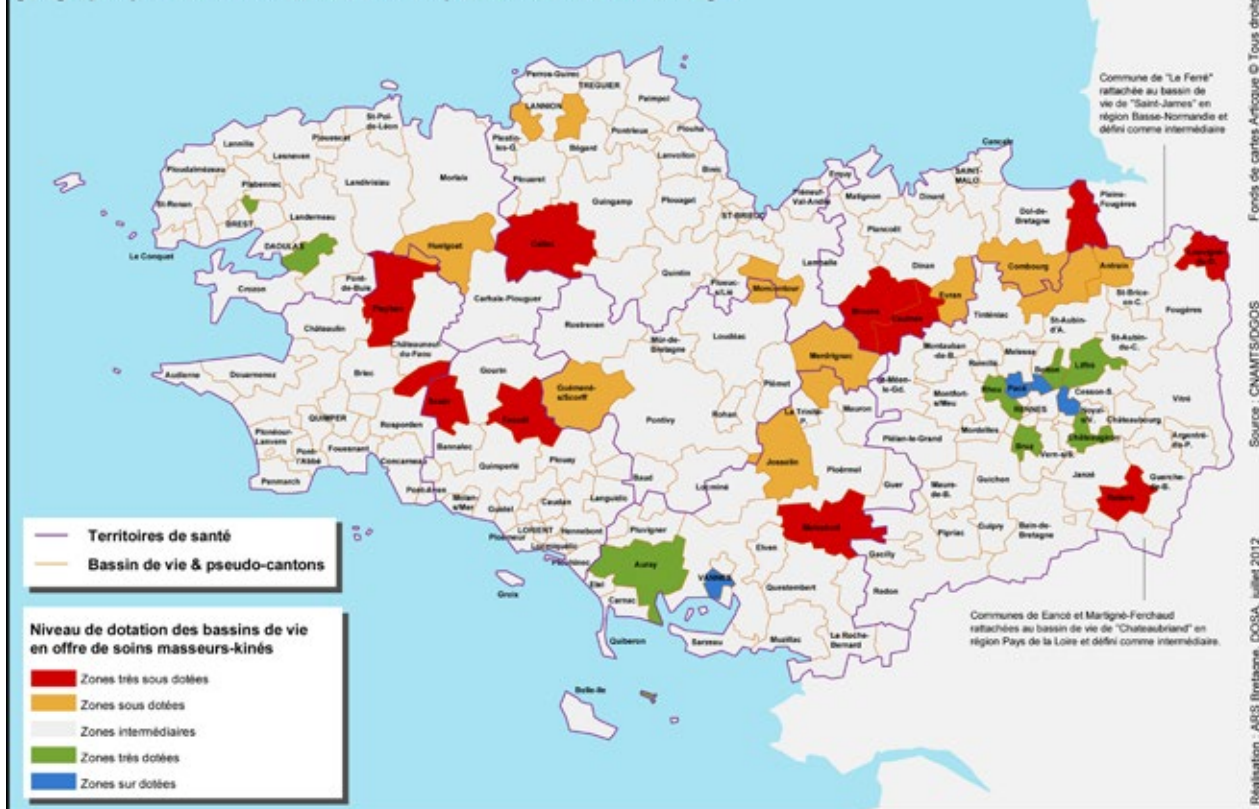
(30) Arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

(31) Les représentants des infirmiers libéraux (URPS et conseil régional de l'ordre), des centres de soins infirmiers, des services de soins infirmiers à domicile et de l'hospitalisation à domicile ;

Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux en Bretagne



Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Bretagne



Les infirmiers libéraux

L'avenant n°3 à la convention nationale des infirmiers libéraux, arrêté²⁸ le 25 novembre 2011, définit les principes et les modalités d'accompagnement de la régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers.

En Bretagne, ce dispositif est mis en place sur la base du zonage présenté ci-après qui classe les territoires en cinq niveaux de dotation et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, à savoir :

- des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice des infirmiers libéraux dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » ;
- une régulation de l'accès au conventionnement²⁹ des infirmiers libéraux dans les zones « sur-dotées »,
- un exercice libéral conventionné soumis à aucune condition particulière dans les autres zones.

La méthodologie³⁰ utilisée pour réaliser ce ciblage a été établie au niveau national. Elle repose sur une unité géographique en bassins de vie et « pseudo-cantons » et sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins. Une marge de manœuvre limitée a été laissée à l'appréciation de chaque agence régionale de santé afin de pouvoir tenir compte des particularités de chaque région dans le ciblage de ces zones. En Bretagne, préalablement à la phase de concertation réglementaire nécessaire à la publication de ce zonage, la cartographie nationale a été soumise pour avis aux représentants régionaux de la profession³¹ et de l'assurance maladie.

En Bretagne, le zonage infirmier classe les territoires³² de la manière suivante :

- 12 zones « très sous-dotées » ;
- 12 zones « sous-dotées » ;
- 112 zones « intermédiaires » ;
- 2 zones « très dotées » ;
- 33 zones « sur-dotées ».

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

L'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, arrêté³³ le 10 janvier 2012, définit les principes et les modalités d'accompagnement de la régulation démographique de l'offre globale de soins de masse-kinésithérapie.

En Bretagne, ce dispositif est mis en place sur la base du zonage présenté ci-avant qui classe les territoires en cinq niveaux de dotation et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, à savoir :

- des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les zones « sous-dotées » et « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » ;
- une régulation de l'accès au conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les zones « sur-dotées » (avec des mesures transitoires pour les diplômés entre 2012 et 2014).
- un exercice libéral conventionné soumis à aucune condition particulière dans les autres zones.

La méthodologie³⁴ utilisée pour réaliser ce ciblage a été établie au niveau national. Elle repose sur une unité géographique en bassins de vie et « pseudo-cantons » et sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins. Une marge de manœuvre limitée a été laissée à l'appréciation de chaque agence régionale de santé afin de pouvoir tenir compte des particularités de chaque région dans le ciblage de ces zones. En Bretagne, préalablement à la phase de concertation réglementaire nécessaire à la publication de ce zonage, la cartographie nationale a été soumise pour avis aux représentants régionaux de la profession³⁵ et de l'assurance maladie.

En Bretagne, le zonage masseur-kinésithérapeute classe les territoires³⁶ de la manière suivante :

- 10 zones « très sous-dotées » ;
- 9 zones « sous-dotées » ;
- 140 zones « intermédiaires » ;
- 8 zones « très dotées » ;
- 4 zones « sur-dotées ».

(32) Cf. Annexe VIII – Résultat du zonage infirmier

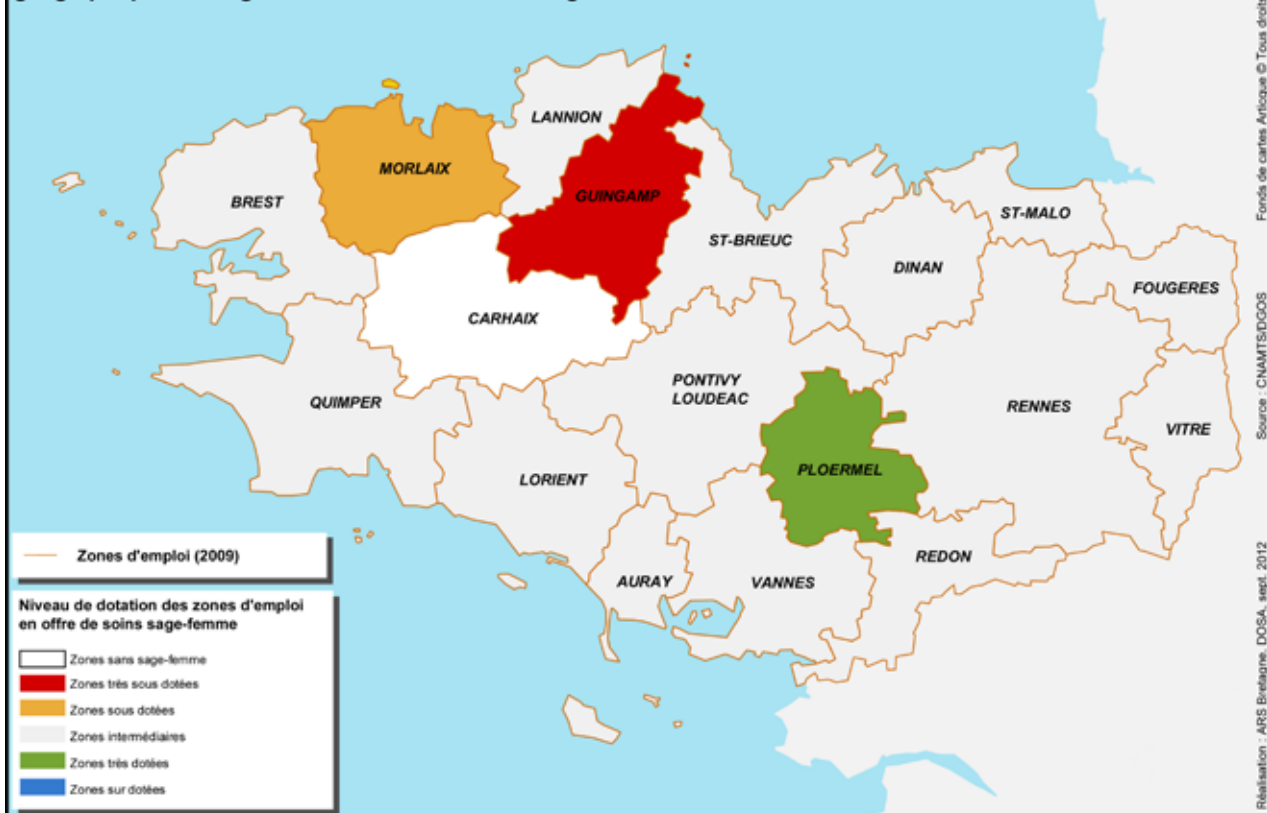
(33) Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

(34) Arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

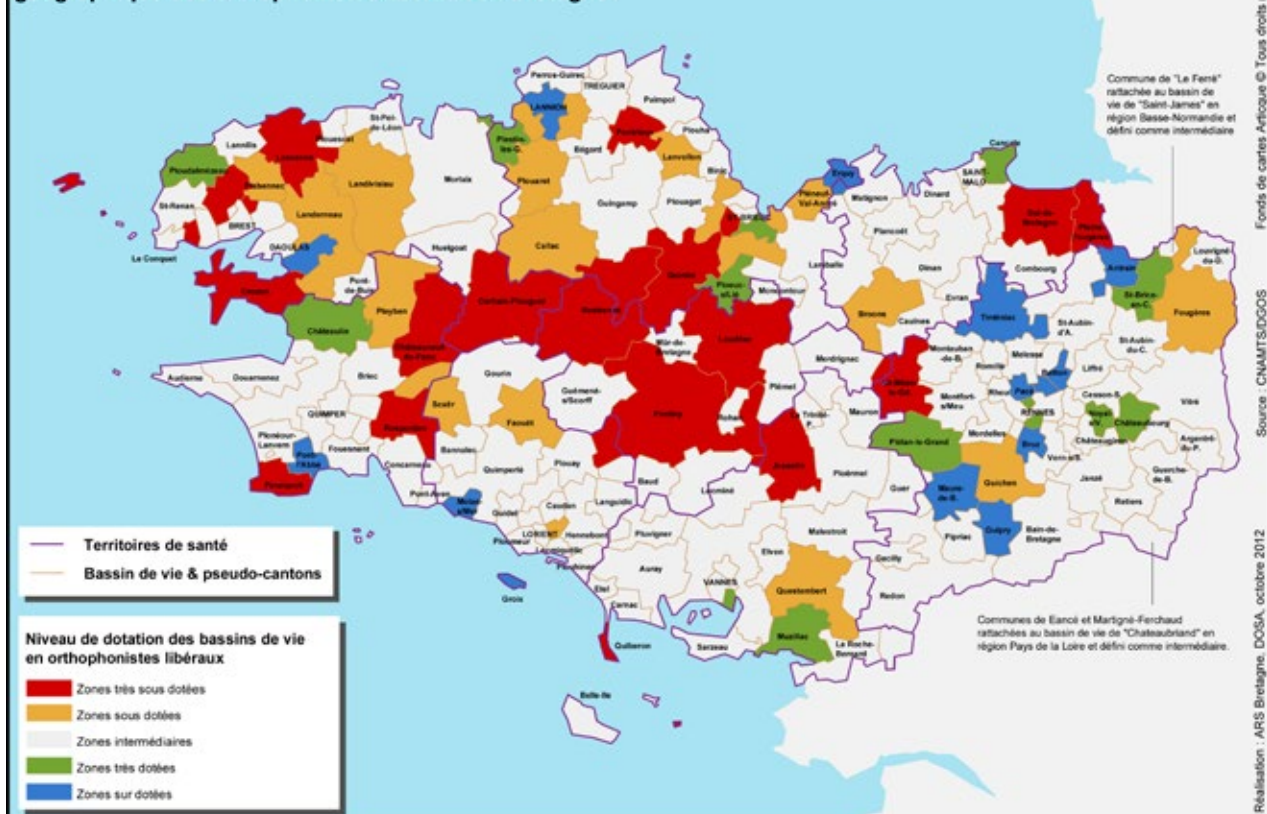
(35) Les représentants des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (URPS et conseil régional de l'ordre)

(36) Cf. Annexe VIII – Résultat du zonage masseur-kinésithérapeute

Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales en Bretagne



Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des orthophonistes libéraux en Bretagne



Les sages-femmes

L'avenant n°1 à la convention nationale des sages femmes libérales, arrêté³⁷ le 12 mars 2012, définit les principes et les modalités d'accompagnement de la régulation démographique de l'offre de soins en sages-femmes.

En Bretagne, ce dispositif est mis en place sur la base du zonage présenté **ci-avant** qui classe les territoires en sept niveaux de dotation et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, à savoir :

- des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice des sages-femmes libérales dans les zones « sans sages femmes », à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, les zones « très sous dotées » et « sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif sage-femme » ;
- une régulation de l'accès au conventionnement des sages-femmes libérales dans les zones « sur-dotées » ;
- un exercice libéral conventionné soumis à aucune condition particulière dans les autres zones.

La méthodologie³⁸ utilisée pour réaliser ce ciblage a été établie au niveau national. Elle repose sur une unité géographique en zones d'emploi et sur l'analyse de la densité des sages-femmes. Une marge de manœuvre limitée a été laissée à l'appréciation de chaque agence régionale de santé afin de pouvoir tenir compte des particularités de chaque région dans le ciblage de ces zones. En Bretagne, préalablement à la phase de concertation réglementaire nécessaire à la publication de ce zonage, la cartographie nationale a été soumise pour avis aux représentants régionaux de la profession³⁹ et de l'assurance maladie.

En Bretagne, le zonage sage-femme classe les territoires⁴⁰ de la manière suivante :

- aucune zone au profil « sans sage-femme » comptant moins de 350 naissances domiciliées;
- 1 zone au profil « sans sage-femme » ;
- 1 zone au profil « très sous-doté » ;
- 1 zone au profil « sous-doté » ;
- 14 zones au profil « intermédiaire » ;
- 1 zone au profil « très doté » ;
- aucune zone au profil « sur-doté ».

Les orthophonistes

L'avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes libéraux, arrêté⁴¹ le 4 mai 2012, définit les principes et les modalités d'accompagnement de la régulation démographique de l'offre de soins en orthophonistes.

En Bretagne, ce dispositif est mis en place sur la base du zonage présenté ci-avant qui classe les territoires en cinq niveaux de dotation et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, à savoir :

- des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif orthophoniste »
- un exercice libéral conventionné soumis à aucune condition particulière dans les autres zones.

La méthodologie⁴² utilisée pour réaliser ce ciblage a été établie au niveau national. Elle repose sur une unité géographique en bassins de vie et « pseudo-cantons » et sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins. Une marge de manœuvre limitée a été laissée à l'appréciation de chaque agence régionale de santé afin de pouvoir tenir compte des particularités de chaque région dans le ciblage de ces zones. En Bretagne, préalablement à la phase de concertation réglementaire nécessaire à la publication de ce zonage, la cartographie nationale a été soumise pour avis aux représentants régionaux de la profession⁴³ et de l'assurance maladie.

(37) Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales

(38) Arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

(39) L'URPS Sages-femmes

(40) Cf. Annexe VIII – Résultat du zonage sage-femme

(41) Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de l'avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes

(42) Arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

(43) L'URPS Orthophonistes

En Bretagne, le zonage orthophoniste classe les territoires⁴⁴ de la manière suivante :

- 19 zones « très sous-dotées »
- 17 zones « sous-dotées »
- 108 zones « intermédiaires »
- 13 zones « très dotées »
- 14 zones « sur-dotées ».

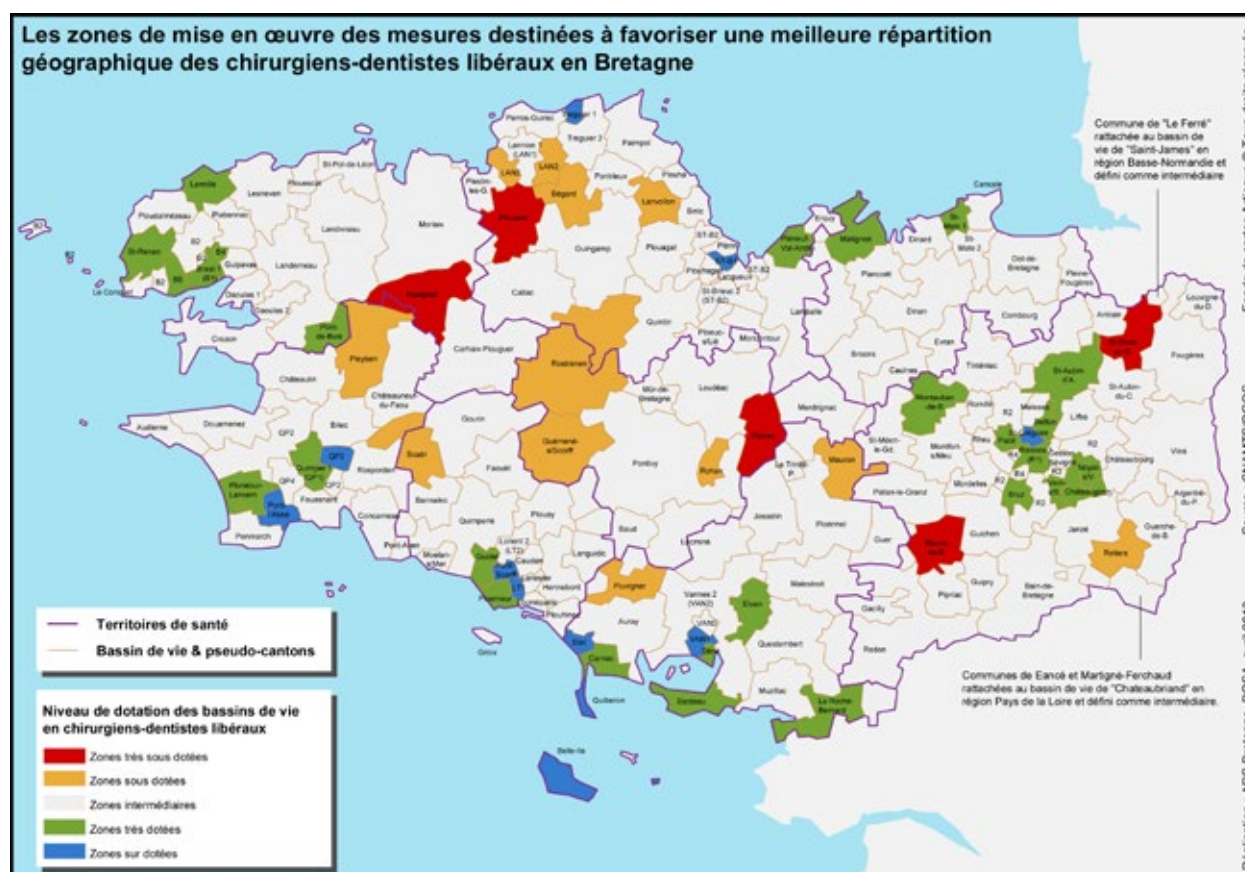
Les chirurgiens-dentistes

L'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, publié⁴⁵ le 31 juillet 2012, définit les principes et les modalités d'accompagnement de la régulation démographique de l'offre de soins dentaires.

En Bretagne, ce dispositif est mis en place sur la base du zonage présenté ci-après qui classe les territoires en cinq niveaux de dotation et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, à savoir :

- des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif chirurgical-dentiste »
- un exercice libéral conventionné soumis à aucune condition particulière dans les autres zones.

La méthodologie⁴⁶ utilisée pour réaliser ce ciblage a été établie au niveau national. Elle repose sur une unité géographique en bassins de vie et « pseudo-cantons » et sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins. Une marge de manœuvre limitée a été laissée à l'appréciation de chaque agence régionale de santé afin de pouvoir tenir compte des particularités de chaque région dans le ciblage de ces zones. En Bretagne, préalablement à la phase de concertation réglementaire nécessaire à la publication de ce zonage, la cartographie nationale a été soumise pour avis aux représentants régionaux de la profession⁴⁷ et de l'assurance maladie.



(44) Cf. Annexe VIII - Résultat du zonage orthophonistes

(45) Avis relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012

(46) Arrêté modifié du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

(47) Les représentants des chirurgiens dentistes (URPS et conseil régional de l'ordre) et des centres de santé dentaires

« Par ailleurs, à l'image de ce qui est proposé aux étudiants en médecine générale, un contrat d'engagement de service public (CESP) est proposé aux étudiants en odontologie à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ou ultérieurement au cours de ces études. La finalité de ce contrat est d'engager ces étudiants à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut en contrepartie d'une allocation mensuelle apportée lors de leur cursus universitaire pour une durée égale à celle durant laquelle ils auront perçu cette allocation. D'un point de vue réglementaire, ce dispositif s'applique dans les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins en application du dernier alinéa de l'article R. 1434-4 du code de la santé publique ou dans les zones déterminées dans les mêmes schémas régionaux en application du cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du même code.

En région Bretagne, les lieux d'exercice identifiés pour ce dispositif correspondent aux zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » du zonage chirurgien-dentiste. »

En Bretagne, le zonage chirurgien-dentiste classe les territoires⁴⁸ de la manière suivante :

- 5 zones « très sous-dotées »
- 11 zones « sous-dotées »
- 117 zones « intermédiaires »
- 27 zones « très dotées »
- 11 zones « sur-dotées ».

3.1.3. Les modalités d'accompagnement des nouveaux modes d'exercice coordonné

Pour encourager l'émergence des structures d'exercice coordonné dans les zones démographiquement sensibles (zones fragiles ou à surveiller) et les zones urbaines sensibles, levier pour maintenir ou attirer de nouveaux professionnels de santé, et anticiper sur les difficultés des territoires, plusieurs dispositifs peuvent concourir à l'atteinte de ces objectifs :

- le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), pour apporter un accompagnement méthodologique et financier sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de santé pluri-professionnel coordonné, des études préalables sur l'ingénierie (conseils en matière fiscale ou juridique) ou pour participer aux frais de fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique, ...);
- les aides des collectivités territoriales ou leurs groupements⁴⁹, qui peuvent intervenir en complément des aides apportées par le FIR ;
- les crédits Etat, à travers le programme visant à financer la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire national pour la période 2010-2013. Deux enveloppes spécifiques, La Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DETR) et le Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT) régionalisé, permettront de participer au financement des projets immobiliers des maisons de santé pluridisciplinaires ou à la mise en place des systèmes d'information pour les projets répondant aux conditions d'éligibilité⁵⁰.

3.1.4. Les organisations cibles

Les besoins en implantation de structures d'exercice coordonné ont été définis précédemment ainsi que les modalités d'accompagnement et les aides s'y afférents pour faire émerger ces nouvelles structures. Pour autant, le débat reste trop souvent centré sur les lieux d'implantation géographique alors que l'attractivité de l'exercice libéral, tant pour les médecins généralistes que pour les autres professionnels de santé, apparaît de plus en plus liée à l'organisation du travail et aux modes de coopérations.

Ce schéma a pour volonté de présenter les besoins en implantation mais également les organisations cibles à développer prioritairement sur le territoire, notamment dans les zones les plus fragilisées, qui permettront de structurer l'offre de soins de premier recours afin d'améliorer l'accès aux soins et de favoriser le maintien et/ou l'installation des professionnels de santé.

3.1.4.1 Vers une répartition moins dispersée sur le territoire

Le nombre de professionnels de santé libéraux en Bretagne est en constante augmentation chaque année. Pourtant, une certaine inégalité de répartition existe aujourd'hui, si l'on oppose le centre Bretagne et la côte littorale ou les centres urbains et certaines zones plus rurales.

La recherche d'une implantation homogène sur les communes bretonnes ne peut plus être un objectif. Pour rendre son attractivité à l'exercice libéral, les questions des modes de coopération et des conditions de vie doivent inciter à des implantations moins dispersées et recentrées sur des cabinets accueillant plusieurs professionnels, installés prioritairement dans des communes offrant une large gamme de services de proximité, facteurs majeurs d'incitation pour de nouvelles installations et donc d'amélioration de la répartition des professionnels sur le territoire.

(48) Cf. Annexe VIII – Résultat du zonage chirurgiens-dentistes

(49) Communes, communautés de communes, conseil régional notamment

(50) Conditions d'éligibilité : Le projet doit être conforme au cahier des charges national des MSP, s'inscrire dans une zone fragile identifiée par le SROS volet ambulatoire et avoir reçu un avis favorable du comité de sélection régional co-présidé par le Préfet de région et le DGARS.

Le regroupement des professionnels ne doit cependant pas s'affranchir :

- de garantir une proximité de l'offre pour les populations, que la réorganisation de la profession sur des exercices plus centrés pourrait mettre à mal. L'idée d'un temps d'accès maximal aux professions de santé de premier recours et plus particulièrement au médecin généraliste, est une condition préalable incontournable avant toute démarche de réorganisation sur les territoires. La mise en œuvre d'un cabinet secondaire, par exemple, peut être envisagée dans des zones de pénurie identifiée ou bien des zones pour lesquelles la population reste insuffisante pour permettre de rentabiliser un cabinet ;
- de tenir compte des professionnels déjà en exercice, pour ne pas bouleverser les exercices et les coopérations en place. Il serait préjudiciable pour un pharmacien, par exemple, de voir le médecin quitter sa commune dans le cadre d'un regroupement de professionnels de santé sans lui proposer un accompagnement ou une alternative à ce changement.

Les nouvelles implantations des professionnels de santé, notamment des maisons de santé, devront être cohérentes avec l'approche plus globale d'aménagement du territoire. Ainsi, toute création d'une maison de santé devra, au préalable, être précédée d'une étude d'opportunité⁽⁵¹⁾ pour permettre :

- de justifier le besoin d'une telle structure sur le secteur considéré,
- de s'assurer de la cohérence du projet avec les projets d'aménagement du territoire et les projets médicaux de territoire ;
- de prendre en compte éventuellement l'existence de zones de revitalisation rurale, pôles d'excellence rurale, zones urbaines sensibles... ;
- de s'assurer de la capacité des promoteurs à entraîner l'adhésion d'un nombre significatif de professionnels exerçant sur la zone.

3.1.4.2 Une incitation aux regroupements

L'isolement et le cloisonnement entre professionnels de santé, notamment en zone rurale, compromettent les possibilités d'installation de nouveaux professionnels de santé et constituent un risque de départ des professionnels en place. Les aspirations des professionnels se tournent désormais vers des modalités d'exercice plus coopératives en favorisant leur installation sur des structures pluri-professionnelles. Les prises en charge coordonnées, notamment des maladies chroniques, le développement d'actions de prévention supposent une relation interprofessionnelle organisée et structurée, ce qui peut être facilité au sein d'un regroupement pluri-professionnel.

Le développement de modes d'exercice coordonné, même s'il n'est pas l'unique modèle à mettre en œuvre pour recomposer le paysage de l'offre de santé de proximité, est donc à promouvoir et peut revêtir plusieurs formes.

Les coopérations peuvent ainsi se formaliser par un regroupement physique, idéalement dans des structures pluri-professionnelles communément nommées « maisons de santé », qui présentent l'avantage d'être clairement identifiable par la population. Ces organisations visent le regroupement de professionnels de santé, principalement de premier recours (au sens de la loi : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), mais aussi d'autres professionnels de santé médicaux ou paramédicaux (podologues, diététiciens, ergothérapeutes, sage-femme, psychologue...) dont la plus-value dans la qualité de la prise en charge des patients est indéniable.

Ces coopérations peuvent également se structurer sous la forme de pôle de santé, c'est-à-dire par une mise en relation des différents professionnels d'un même territoire (professionnels de santé de premier recours, mais aussi de second recours, et, le cas échéant, d'autres acteurs ou structures de santé du territoire...), chacun conservant son lieu d'exercice, dans le cadre d'un réseau local structuré sur des éléments partagés, tels que les dossiers médicaux, le secrétariat, le système d'information, les réunions de concertations pluri-professionnelles...

En maison de santé ou en pôle de santé, la diversification des acteurs et leur coopération présentent un atout supplémentaire dans l'amélioration de la qualité de la réponse apportée aux demandes de soins de la population et faciliteront le développement de certaines activités telles que la prévention ou l'accompagnement et accompagnement et accompagnement et éducation thérapeutique du patient.

Le développement des maisons ou pôles de santé a pour objectifs convergents de :

- renforcer l'attractivité d'un exercice professionnel en zone rurale ou périurbaine déficitaire ;
- développer des modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé et contribuer ainsi à rompre leur isolement et à limiter la charge de leurs contraintes ;
- permettre l'innovation dans les modes de prises en charge à des fins de meilleure efficacité du système de soins.

Pour ce faire, le projet de regroupement sera basé sur un « noyau dur » de professionnels de santé, la structure comprenant au minimum deux médecins généralistes et des professionnels de santé paramédicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute...).

(51) Maisons de santé pluridisciplinaires – Conditions d'éligibilité à des soutiens financiers – CNAMTS/DGOS/DAS/DCES & DEP

Par ailleurs et quelle que soit leur forme, la création ou l'aménagement d'une maison ou d'un pôle de santé regroupant plusieurs professionnels de santé, doit se bâtir préalablement sur **un projet de santé, partagé et porté par les professionnels engagés, élément déterminant et incontournable pour sa pérennité**. La démarche d'accompagnement des pôles et maisons de santé se fait avec chacun des professionnels du territoire concerné.

3.1.4.3 Vers une évolution des organisations des professionnels de santé : le projet de santé

Il apparaît que sans projet collectif entre les différents professionnels de santé, le regroupement physique ne suffit pas pour pérenniser ou développer une offre et assurer une amélioration de la qualité des prises en charge de la population.

Que le regroupement soit physique ou pas, il nécessite d'être sous-tendu par **un projet de santé**, qui apparaît comme le point d'ancrage pour encourager toute réorganisation de l'offre de soins, bien plus que ne peut l'être celui d'un projet immobilier qui ne devrait jamais être mis en premier plan. Il permet de définir les coopérations que les professionnels de santé concernés voudront mettre en place pour répondre aux problématiques liées à leur exercice et aux besoins de la population de leur territoire (optimisation du temps médical, gestion facilitée des relations avec les patients, coordination des prises en charge...).

Seules les structures pluri-professionnelles qui auront élaboré un projet de santé pourront bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien financier de l'Agence Régionale de Santé dont la finalité est :

- d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins ;
- de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches ; l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social ;
- de développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinés...), ouverte sur ce nouveau mode d'exercice.

Le projet de santé doit donc répondre à deux problématiques :

- **l'organisation professionnelle** par le management de la structure, l'organisation de la pluri-professionnalité, la mise en œuvre du dispositif d'information, le développement professionnel continu, la démarche qualité et l'accueil d'étudiants / la recherche ;
- **L'organisation de la prise en charge des patients à travers** l'accès et la continuité des soins, la coopération et la coordination avec les acteurs externes, l'amélioration de la qualité de la prise en charge par la mise en œuvre de pratiques protocolées définissant, dans le respect des recommandations de bonne pratique et des règles déontologiques, le rôle de chaque professionnel de santé dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

Pour sa mise en œuvre, le projet de santé cible, dans un premier temps, 2 ou 3 axes principaux de prise en charge, priorisés sur les indicateurs de morbidité ou de mortalité défavorables sur le secteur concerné, sur lesquels les professionnels s'investiront tels que :

- **les activités associées à la prise en charge des patients** : éducation thérapeutique dans le cadre d'une maladie chronique, maintien à domicile des patients âgés ou dépendants (anticipation des sorties d'hospitalisation...), la dénutrition, la participation aux campagnes vaccinales ou de dépistage des cancers, prise en charge de la dépression... ;
- **les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou soins particuliers...**

L'articulation avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire devra être recherchée pour favoriser la mise en place de nouvelles coopérations, comme les réseaux de santé thématiques existants, les acteurs sociaux dans le maintien à domicile des personnes âgées, les hôpitaux locaux ou les établissements médico-sociaux.

Le projet de santé est élaboré et validé par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure et a valeur d'engagement sur les modes de coopération à mettre en place. Tout projet de santé peut être amené à évoluer en fonction de l'évolution de la structure, elle-même dépendante des besoins et de l'offre de soins du territoire.

Outre les aspects culturels et de comportements, l'évolution des organisations suppose aussi des modifications sur le plan juridique pour créer de véritables entreprises locales de santé. Ces évolutions sont en cours avec la création récente des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA⁽⁵²⁾) dont l'objet est la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

(52) Loi Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

3.2 FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DE SECOND RECOURS ET LES COOPÉRATIONS AVEC LE PREMIER RECOURS

Le volet ambulatoire du SROS s'est attaché, dans un premier temps et sur orientation nationale à traiter les problématiques du premier recours (notamment par la définition des zones souffrant d'un déficit en offre de soins et des organisations cibles à développer sur ces territoires).

Pour autant, l'offre de soins de second recours nécessite également d'être investie, pour certaines spécialités médicales, au regard des problématiques de démographie, et donc d'accès aux soins et des nécessaires coopérations ou complémentarités à développer avec les acteurs du premier recours.

Différentes problématiques peuvent être identifiées selon le type d'approche retenu, que ce soit du point de vue :

- de la coopération entre les spécialités médicales en accès direct⁽⁵²⁻¹⁾ (qui participent au 1^{er} recours mais également au 2^e recours en cas d'avis spécialisé) et les offreurs de soins du 1^{er} recours (notamment les spécialistes en médecine générale) pour faciliter le positionnement des différents acteurs dans la prise en charge des pathologies complexes et permettre ainsi d'éviter des hospitalisations inutiles.
- de l'accessibilité aux spécialités médicales les plus sollicitées par le 1^{er} recours que sont la cardiologie, la gastro-entérologie, la rhumatologie, l'oto-rhino-laryngologie et la dermatologie⁽⁵²⁻²⁾.

Pour ces spécialités médicales se pose la question de leur accessibilité sur les territoires de 1^{er} recours, par la fragilité ou l'absence d'une offre libérale ou hospitalière, et de réfléchir, selon les distances d'accès, à la possibilité d'organiser des consultations avancées ou de développer la télémedecine dans les maisons, pôles de santé ou encore les hôpitaux de proximité.

- des spécialités médicales affichant des indicateurs statistiques défavorables (fortes disparités de répartition sur la région, taux élevé de professionnels de santé âgés, problématique d'accès à l'offre de soins...).

Si un investissement sur l'ensemble de ces champs présente un intérêt certain, la diversité des spécialités médicales concernées nécessite de prioriser nos actions. Au regard des problématiques d'accès aux soins connues sur la région et le nécessaire renforcement des coopérations avec les acteurs de soins de 1^{er} recours, les offres de soins en ophtalmologie et en cardiologie ressortent comme des spécialités médicales à privilégier. D'autres spécialités pourront ultérieurement être prises en compte. De même, une réflexion complémentaire sur les spécialités mises en œuvre à l'hôpital pourra être envisagée.

Un travail d'analyse de l'offre de soins pour l'ophtalmologie et la cardiologie a ainsi été réalisé (cf. Programme Professions de santé) afin de répondre aux enjeux d'une meilleure répartition de l'offre de soins sur la région. Le ciblage des territoires les moins dotés pour ces deux professions de santé doit ainsi permettre de proposer des mesures individuelles d'incitation à l'installation :

- le contrat d'engagement de service public ;
- le futur contrat de praticien en médecine ambulatoire qui concernera notamment les médecins spécialistes ;
- le futur contrat de praticien isolé à activité fluctuante.

En complément de la mise en place de ces différents dispositifs, la définition, dans une démarche concertée, d'une stratégie d'organisation des soins sous une approche parcours apparaît essentiel. Afin d'améliorer l'accessibilité de la population à l'offre de soins de 2nd recours et ainsi lutter contre les zones de rupture dans les parcours de santé, plusieurs champs d'actions devront être précisés dans les mois à venir. Plusieurs pistes sont d'ores et déjà ciblées, telles que :

- le renforcement des coopérations entre l'offre de 1^{er} et de 2nd recours par le développement de consultations avancées de médecins spécialistes sur les territoires les plus fragiles, l'appui de l'offre ambulatoire par les structures hospitalières (décret en attente pour l'opérationnalité de cette disposition), la mise en place de protocoles de coopérations entre professionnels de santé visant les transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients...
- le déploiement des nouveaux dispositifs de coordination (coordinations territoriales d'appui et/ou plates-formes territoriales d'appui aux professionnels de santé) permettant d'organiser l'offre de soins selon les différents échelons territoriaux (territoires de 1^{er} recours, de projet et de santé) et concourir ainsi à la structuration des parcours de santé pour améliorer la prise en charge des patients.

(52-1) La pédiatrie, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie et la psychiatrie (pour les 16-25 ans).

(52-2) DREES - Dossiers solidarité santé n°11 – « Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions » - 2009

3.3 AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS AU MEILLEUR COÛT

3.3.1 Développer les organisations au service de la qualité

L'amélioration de la qualité des soins, une des priorités transversales à l'ensemble des volets des schémas du Projet Régional de Santé, l'amélioration des pratiques, la confrontation des points de vue repose notamment sur une organisation collective du travail. Différents dispositifs concernant les professionnels de santé libéraux ont été expérimentés en Bretagne ou sont encore en cours, tels les groupes qualité ou les nouveaux modes de rémunération. Ils démontrent leur capacité à créer une autre dynamique de travail et ainsi apporter une amélioration de la qualité de l'exercice pour le professionnel et de la prise en charge pour le patient.

a) Les groupes qualité en médecine générale

Les groupes qualité sont un nouveau mode d'organisation professionnelle qui répond aux besoins des médecins généralistes libéraux, désireux d'améliorer la qualité et l'efficacité de leur pratique tout en rompant leur isolement. Ce groupe d'échange de pratiques novateur se base sur un engagement collectif de l'amélioration de la pratique professionnelle à travers des réunions mensuelles des médecins généralistes d'une même zone géographique.

Cette démarche donne aux médecins des moyens pour analyser plus facilement, dans leur pratique quotidienne, les décisions qu'ils prennent, identifier la nature des obstacles à l'application d'une recommandation, en tenant compte des dimensions à la fois humaine (la relation médecin-malade, les caractéristiques individuelles du patient), scientifique et technique (les données actualisées de la science...) et/ou économique et financière (les ressources disponibles, la réglementation, les plateaux techniques accessibles...).

Le groupe qualité offre un mode d'organisation qui permet au médecin généraliste de confronter sa pratique à celle de ses confrères autour de thèmes travaillés avec la Haute Autorité de Santé et l'Assurance Maladie tels que la prise en charge des patients diabétiques, des patients asthmatiques, la prise en charge de la dépression, la polymédication chez la personne âgée, ou l'efficacité des prescriptions médicamenteuses.

L'Agence Régionale de Santé finance actuellement le fonctionnement de 35 groupes qualité en Bretagne à raison d'une dizaine de professionnels par groupe. L'objectif est de poursuivre leur accompagnement, à travers le développement de nouvelles thématiques dans le domaine de la prévention ou la prise en charge de maladies chroniques et de voir dans quelle mesure cette démarche novatrice peut s'inscrire dans les modalités de mise en œuvre du développement professionnel continu.

b) Les nouveaux modes de rémunération

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, organisée sur huit sites en Bretagne, s'inscrit également dans cet axe d'organiser et de coordonner les soins pour notamment en améliorer leur qualité.

Dispositif expérimental mis en place par la LFSS⁽⁵³⁾ 2008, la Bretagne a fait partie des 6 régions expérimentatrices de ce dispositif étendu à l'ensemble du territoire depuis 2010. Son objectif est de tester sur des modes d'exercice coordonné (maisons de santé, pôles de santé ou réseaux de santé) présentant un mode d'organisation et un projet de santé correspondant à un cahier des charges national, des modes de rémunération alternatifs ou complémentaires au paiement à l'acte et voir dans quelle mesure ils favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours.

Le dispositif présente quatre modules, dont deux sont opérationnels actuellement :

- un 1^{er} module « forfait pour les missions coordonnées modulé à la performance » qui concerne la tarification à l'acte ainsi qu'un forfait versé à la structure couvrant les missions coordonnées évaluées sur la base d'indicateurs :
 - de qualité (ex : dépistage des cancers, prévention de la grippe saisonnière, lutte contre l'hypertension, prise en charge des patients diabétiques, prévention obésité),
 - de coordination des soins (ex : continuité des soins, partage d'information, organisation des pratiques)
 - d'efficacité (taux de prescription d'antibiotiques, d'antihypertenseurs, diminution du recours à l'hospitalisation, bon usage des transports sanitaires).

(53) LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

Choisis par la structure ;

- un 2^e module « nouveaux services aux patients » qui concerne le paiement forfaitaire pour rémunérer des programmes d'accompagnement et accompagnement et accompagnement et accompagnement et éducation thérapeutique du patient (ETP) en médecine de ville ;
- un 3^e module « coopération entre professionnels » qui sera finalisé en 2011. Le principe de cette coopération consiste en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation de l'intervention auprès des patients ;
- un 4^e module : « forfait à la pathologie », non encore mis en œuvre.

Ces sites vont prochainement faire l'objet d'une évaluation au terme de leur première année de fonctionnement et leur accompagnement sera poursuivi sur toute la durée de l'expérimentation. L'objectif est de voir par la suite dans quelle mesure ce dispositif expérimental notamment en ce qui concerne la fonction de coordination, peut être étendu à d'autres structures d'exercice coordonné.

3.3.2 Optimiser les dépenses de santé

L'idée est d'investir pour améliorer la qualité des soins de façon à mieux redistribuer les moyens. Éviter les gaspillages et rémunérer mieux les professionnels de santé au regard d'une atteinte de résultats qualitatifs, c'est l'enjeu des contrats d'amélioration des pratiques que l'ARS est amenée à passer avec les professions de santé. Des projets sont déjà en place dans cet esprit, comme les groupes qualité ou les sites expérimentaux sur les nouveaux modes de rémunération. De manière individuelle et non collective, la nouvelle convention médicale constitue également un nouveau dispositif de rémunération des médecins conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Un des enjeux essentiels porte sur le médicament, qui représente plus d'un tiers des dépenses de ville et dont les enjeux de santé publique ne sont plus à démontrer. L'amélioration des prescriptions hospitalières délivrées en ville fait partie de cet enjeu, dont un des leviers là encore est de travailler sur les organisations internes aux établissements et leur articulation avec la ville. L'élaboration du programme régional sur la politique du médicament prendra en compte ces enjeux économiques et de santé publique. Les actions inscrites au sein du programme régional de gestion du risque, en partenariat avec l'assurance maladie, annexé au présent PRS, portent également ce double enjeu.

3.4 FLUIDIFIER LA TRAJECTOIRE DU PATIENT

La recherche du décloisonnement du système de santé est permanente et implique nécessairement les professions de santé ambulatoires lorsqu'il s'agit de favoriser la fluidité de la trajectoire du patient entre la prévention et les soins de premier recours, l'offre spécialisée en établissements hospitaliers et l'offre médico-sociale. Les réseaux de santé ont été créés pour cette fonction spécifique de coordination de la prise en charge du patient dans le système de santé et demandent à être soutenus dans leurs efforts.

Les réseaux de santé constituent l'un des outils mis en place pour favoriser la coordination entre la ville et l'hôpital, en complément de divers dispositifs développés sur d'autres axes du Projet Régional de Santé.

3.4.1 Renforcer les articulations entre les professionnels de santé exerçant en ambulatoire et les acteurs de santé hospitaliers, médico-sociaux et sociaux

La recherche d'un travail plus collectif et coopératif entre professionnels de santé de premier recours constitue un axe prioritaire dans le schéma d'organisation des soins que l'Agence Régionale de Santé souhaite mettre en place dans son volet ambulatoire et s'inscrit dans un objectif plus global d'une prise en charge des patients transversaux de qualité. L'atteinte de cet objectif passe par un nécessaire décloisonnement entre les secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social qu'il est nécessaire de mettre en perspective dans les différentes actions qui pourront être menées avec les offreurs de soins.

À titre d'exemple, une meilleure articulation entre les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé libéraux est à rechercher pour améliorer la trajectoire et donc la prise en charge du patient âgé dans le système de soins. Les ex-hôpitaux locaux peuvent à ce titre jouer notamment un rôle essentiel de coordination pour favoriser leur coopération.

Les coopérations entre les professionnels exerçant dans les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux sont également à promouvoir, notamment par une meilleure prise en charge des patients en pré ou post-hospitalisation. La visibilité des offreurs de soins pourrait, par exemple, faciliter l'hospitalisation des patients dans les services adéquats et éviter l'engorgement par un passage dans les services d'urgence. Ce premier niveau de coopération pourrait se formaliser par des projets de territoires visant une meilleure articulation entre les offreurs de soins.

Enfin, le renforcement de l'articulation entre les acteurs de santé peut aussi se traduire par un partage de protocoles de prise en charge. À titre d'exemple, dans le champ de la prévention, le partage de protocoles de détection des addictions avec les professionnels de santé de premier recours et le médecin généraliste en particulier, permettrait d'identifier la prise en charge la plus adaptée au besoin du patient, de l'orienter idéalement dans le système de soins afin d'améliorer la qualité de sa prise en charge.

3.4.2 Renforcer l'efficacité des réseaux de santé ville/hôpital

a) Poursuivre la déclinaison des objectifs individuels opérationnels

Le maillage territorial établi par les réseaux et la variété des compétences déployées doivent leur permettre de contribuer positivement à l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé.

L'ARS veillera à préciser les objectifs opérationnels de chaque réseau afin d'orienter les projets des promoteurs et de faciliter la mesure des résultats. Ce travail d'affinement des objectifs s'accompagnera d'une mise en cohérence des budgets et d'une orientation du financement de certaines activités vers les crédits hospitaliers ou de prévention, eu égard à la mise en œuvre par exemple de programmes d'éducation thérapeutique.

b) Conforter la procédure d'évaluation

Aujourd'hui basée sur un dispositif régional d'auto-évaluation élaboré avec les réseaux, cette procédure demande à être mise en adéquation avec les critères de suivi annuel établis dans le cadre des instructions nationales de 2008 et permettre de mieux cerner encore l'apport des réseaux à la qualité de la prise en charge des patients. L'évolution de cette procédure se fera en concertation avec les représentants des réseaux pour une meilleure compréhension et appropriation, ce qui passe nécessairement par un accompagnement renforcé dans la démarche d'évaluation, à la fois par l'apport de compétences externes et la mobilisation accrue des référents de l'ARS.

Le recentrage sur les dispositifs efficaces pourra conduire à mettre un terme aux réseaux qui n'ont pas démontré de plus value de leur action sur l'état de santé de leurs adhérents, ou ceux dont l'impact sera considéré comme trop faible au regard de la population couverte et des professionnels intégrés.

Une médicalisation des indicateurs des évaluations et une mutualisation de celles-ci avec les autres réseaux sont à mettre en place. Ceci doit aboutir à la réalisation d'un tableau de bord régional de ces indicateurs.

L'efficacité des financements alloués aux réseaux passera également par une amélioration des compétences managériales des coordinateurs de réseaux.

c) Mieux intégrer les réseaux de santé dans une logique territoriale

Les 37 réseaux de santé bretons ont apporté une dynamique en faveur de la coopération et donné accès à une prise en charge plus globale des patients mais leur approche thématique des besoins a pu conduire à une nouvelle forme d'éparpillement de la prise en charge.

L'ARS Bretagne reconnaît l'atout que constituent les réseaux dans le parcours des patients et pour les coopérations entre acteurs.

Elle souhaite ainsi, dans le cadre des orientations nationales, accompagner l'évolution de ces organisations afin d'intégrer les réseaux existants dans la vision territoriale de l'ARS. Les attitudes de concurrence seront découragées. L'organisation d'une concertation territoriale sur les pistes de mutualisation/partage de moyens/regroupements entre réseaux et avec les autres acteurs de santé permettra également de limiter les redondances parfois constatées.

Dans cette logique, une attention particulière sera apportée au développement de réseaux de santé qui contribuent à la coordination de proximité ville-hôpital pour le patient. C'est notamment le cas en matière de soins palliatifs en application du plan national 2008-2012 et en matière de prise en charge des personnes âgées fragiles conformément à la vocation transversale sanitaire et médico-sociale de l'ARS.

III. A. OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Il est souhaité d'aboutir à l'identification de deux à trois dispositifs d'appui à la coordination par territoire de santé. A terme, la Bretagne pourrait être ainsi couverte par une vingtaine de réseaux polyvalents.

Ces services prendront les formes suivantes :

- évaluation globale, sanitaire et médico-sociale des besoins des patients en situation complexe, en intégrant la dimension psychologique de l'accompagnement ;
- proposition, planification et participation au suivi du patient ;
- information sur l'offre de prise en charge disponible sur le territoire couvert et actions de communication nécessaire à la bonne identification du service par les acteurs de santé, en premier lieu par les médecins traitants.

Ces plates formes devront constituer un interlocuteur privilégié des organisations collectives et pluri professionnelles mises en place par les professionnels de premier recours. Elles devront fonctionner en étroite coordination avec les services hospitaliers, en particulier lorsqu'ils organisent les sorties des patients ou lorsqu'ils interviennent à domicile (HAD), et les services médico-sociaux.

Chaque réseau doit être en mesure d'assurer l'accompagnement effectif de plusieurs centaines de patients par an.

L'ARS veillera à la cohérence de l'articulation des réseaux avec d'autres dispositifs de coordination (MAIA, équipes mobiles hospitalières, pôles de coordination de l'éducation thérapeutique du patient...),

La prolongation et le financement des dispositifs experts fournis par les réseaux spécifiques seront organisés par l'ARS en fonction de la qualité du service apporté. Le type de financement adapté sera identifié. En toute hypothèse, la recherche de mutualisation concernera également les réseaux spécifiques.

L'approche sera progressive et priorisée en fonction du degré de maturité des projets. Les travaux s'appuieront notamment sur les éléments fournis par les enquêtes menées par l'ARS auprès de professionnels de 1er recours et des autres acteurs du système de santé.

3.5 ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES : UN CAHIER DES CHARGES REGIONAL

La permanence des soins, définie par la Loi HPST comme une mission de service public assurée par les médecins dans le cadre de leur activité libérale en collaboration avec les établissements de santé doit offrir à tous les patients, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux, une réponse adaptée à une demande de soins urgents ne nécessitant pas de moyens lourds d'intervention.

Le dispositif en place en Bretagne est à consolider en vue d'assurer une prise en charge de qualité des soins non programmés de la population, notamment en termes d'accessibilité et de délais d'intervention sur l'ensemble des territoires de permanence.

L'enjeu est double :

- rendre le dispositif efficace, l'objectif étant l'égal accès aux soins pour tous à tout moment et en tout point du territoire
- rendre le dispositif également efficient, à un coût acceptable pour la société.

Cette démarche est à conduire dans le dialogue et en coordination avec tous les acteurs : professions libérales, services hospitaliers, transporteurs, régulateurs des appels téléphoniques.

L'organisation du dispositif de la permanence des soins en Bretagne et de la rémunération de celle-ci sera ainsi formalisée dans le cahier des charges régional qui fera l'objet d'une déclinaison par territoire. Les orientations stratégiques qui en découleront respecteront le schéma cible suivant et s'articuleront avec les dispositifs du volet médecine d'urgence/PDSES (en établissement de santé) du SROS volet hospitalier.

3.5.1 Conforter le dispositif de régulation : Clef de voûte du système

La régulation médicale des appels permet de garantir à la population une écoute médicale permanente afin de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels et de permettre si besoin l'accès immédiat aux soins. L'optimisation de l'articulation de la permanence des soins avec les urgences hospitalières doit permettre une bonne complémentarité entre les deux champs d'intervention : la permanence des soins ambulatoire et les urgences hospitalières. Pour ce faire, l'existence d'une plateforme de régulation commune dans les mêmes locaux est à privilégier.

Le développement de la pratique du conseil médical téléphonique et la prescription téléphonique en liaison avec les pharmacies de garde – selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé est également à promouvoir.

3.5.2 Améliorer l'organisation de la médecine libérale

L'activité de permanence de soins fait partie intégrante des missions des médecins libéraux et son organisation doit répondre à des principes qui conditionnent l'efficacité de l'ensemble du dispositif. Celui-ci doit reposer sur une sectorisation de garde en adéquation avec les territoires de premier recours et par conséquent avec les territoires de santé. Les perspectives de la démographie médicale, essentiellement en matière de répartition sur le territoire et notamment en zone rurale, l'objectif d'une meilleure allocation des moyens disponibles aux besoins de la population et le souci d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, incitent à un regroupement du nombre des secteurs de garde. Au sein de ces secteurs, il s'agira de déterminer des points fixes de consultation, bien identifiés, en privilégiant leur adossement à des structures de soins existantes. Ceux-ci offriront la possibilité d'un accès rapide à un plateau technique d'imagerie ou de biologie, donnant la possibilité au médecin assurant la permanence des soins, de prendre une décision médicale sans solliciter le service d'urgence.

La notion d'accessibilité pour des soins ambulatoires, qui permet de déterminer les zones géographiques de permanence de soins doit être appréciée, plus en terme de contrainte de déplacement pour le patient et le médecin, qu'en terme de temps de réponse, le besoin de soins ne devant pas relever de l'urgence vitale. Une réflexion sur l'organisation des transports des patients vers un lieu de consultation pourrait ainsi être intégrée à la stratégie d'organisation de la permanence des soins.

L'organisation de la permanence de soins au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, personnes handicapées est également à renforcer en associant tous les acteurs, en conformité notamment avec le cahier des charges des conventions tripartites des EHPAD. Celui-ci précise ainsi que le médecin coordonnateur doit s'assurer de l'existence d'une réponse aux besoins médicaux, notamment la nuit et week-end.

3.5.3 Rendre le système lisible pour les acteurs, institutionnels et les usagers

La lisibilité de l'organisation de la permanence des soins passe par un système d'information fiable et accessible et également par une communication vers les usagers. L'enjeu d'un système d'information fiable et accessible sur l'activité de soins non programmés est double pour les acteurs et les institutionnels : disposer des données utiles à l'orientation du patient et évaluer les organisations mises en place.

L'élaboration de ce système doit se coupler d'une communication vers les usagers sur la bonne utilisation du système de soins pour arriver à un fonctionnement optimal, à la fois en terme d'organisation, d'utilisation et d'évaluation. Il conviendra ainsi notamment de développer une communication axée sur la distinction entre services d'urgences et permanence des soins et sur le rôle de la régulation.

4. PLAN D'ACTION

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Sources	Liens
Conforter l'accès aux soins de premier recours	Mise en place d'une plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS)	Développement du site Internet , à destination des professionnels de santé installés ou étudiants, qui poursuit plusieurs objectifs : - Informer les professionnels de santé en formation initiale sur les conditions et les différentes formes d'exercice en libéral, - Simplifier les démarches administratives liées à l'installation et faciliter le parcours du professionnel dans ses démarches par l'identification de ses interlocuteurs - Favoriser le développement des exercices regroupés des professionnels, en présentant les modalités d'accompagnement proposées par la cellule d'appui régionale pour leur développement	Indicateur 1 : Nombre de consultations sur les contenus régionaux de la PAPS Indicateur 2 : Taux de mise à jour des pages régionales durant les 6 derniers mois	Site Internet de la PAPS	
		Mise en place des instances de gouvernance de la PAPS pour : - Définir le contenu régional de la plate-forme, - Veiller à la bonne articulation entre les acteurs au sein de la région, - Stabiliser les modes de fonctionnement en routine de la plate-forme. 2 types d'instances sont à mettre en place : - une instance large de validation, qui réunit une à deux fois par an les différents partenaires régionaux pour décider des orientations stratégiques de la plate-forme, partager l'état d'avancement et définir les prochaines étapes (ARS, les Ordres professionnels, les URPS, les organismes d'Assurance Maladie, les facultés de médecine, le conseil régional, des représentants des étudiants...), - une instance opérationnelle, qui réunit les acteurs opérationnels les plus impliqués et mobilisés dans les services à destination des professionnels de santé de terrain, chargée de mettre en œuvre les orientations définies par l'instance de validation.	Indicateur 3 : Nombre de réunions des instances régionales de la PAPS dans l'année	Convocation aux réunions	

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Sources	Liens
Conforter l'accès aux soins de premier recours	Etablir un diagnostic territorialisé de l'offre de soins sur les territoires de premier recours	Analyser par territoire de premier recours l'offre de soins et les besoins en soins de la population comme un outil d'aide à la décision pour une stratégie d'organisation ou de réorganisation de l'offre de soins ambulatoire. Ce diagnostic devra également informer sur la notion d'accessibilité aux soins, mettre en avant les organisations professionnelles existantes et s'attacher à présenter dans sa transversalité l'offre de soins, qu'elle soit libérale, hospitalière ou médico-sociale. Partager ce diagnostic avec l'ensemble des acteurs, institutionnels et professionnels de santé, à travers : - la plate-forme d'appui et son site internet, - la rencontre des professionnels de santé ou les élus sur le terrain - la diffusion de publications spécifiques	Indicateur 4 : Date de diffusion du diagnostic annuel de l'offre de soins sur le site internet de la PAPS	Site Internet de la PAPS	
	Poursuivre l'accompagnement des projets, notamment dans les zones définies comme prioritaires	Poursuivre l'accompagnement des projets d'exercice regroupé, émergeant du terrain ou à faire émerger, notamment dans les zones prioritaires. Cet accompagnement se formalise en 5 étapes et met l'accent sur le projet de santé : - Étape n° 1 : Contact initial pour identifier la mobilisation des professionnels de santé - Étape n° 2 : Si mobilisation satisfaisante, rencontre avec les porteurs de projet - Étape n° 3 : Réunion ARS (binôme médico-administratif) avec porteurs de projet, élus, Conseil Régional, URPS professionnels et accompagnement terrain pour avancer sur le caractère collectif et pluri professionnel du site - Étape n° 4 : Financement d'un accompagnement par des consultants pour la rédaction du projet de santé - Étape n° 5 (éventuelle) : Sélection par le comité de sélection régional co-présidé Préfet/DGARS sur des critères liés au lieu d'implantation, au projet de santé, à la motivation des professionnels de santé et à l'appui des élus Développer le programme national visant à financer le développement des maisons de santé en milieu rural (2010-2013), sous condition que le projet soit conforme au cahier des charges national des maisons de santé élaboré par le ministère de la Santé. Pour les études préalables, l'ingénierie et le fonctionnement, l'ARS pourra apporter un financement, plafonné à 10 000 euros par projet en Bretagne, sur le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Le financement de l'investissement pourra être réalisé par le biais de la dotation globale d'équipement, de la dotation de développement rural ou du fonds national d'aménagement et de développement du territoire sous la responsabilité des préfets. L'Etat pourra prendre en charge jusqu'à 25 % du coût du projet voire 35 % dans les territoires prioritaires identifiés par le schéma régional d'organisation des soins ou dans les zones de revitalisation rurale. Pour la mise en œuvre, un comité de sélection régional associant l'ARS et les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux, les représentants des maires et les représentants des professionnels de santé a été mis en place fin 2010. Ce comité a pour mission de sélectionner les projets qui bénéficieront d'un financement de l'Etat pour l'investissement.	Indicateur 5 : Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) Indicateur 6 : Nombre de structures d'exercice coordonné accompagnées par l'ARS durant l'année Indicateur 7 : Part des structures d'exercice coordonné accompagnées par l'ARS durant l'année en zones prioritaires Indicateur 8 : Nombre de structures d'exercice coordonné ayant obtenu d'autres modes de financement Indicateur 9 : Part des structures d'exercice coordonné ayant obtenu d'autres modes de financement en zones prioritaires Indicateur 10 : Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale Indicateur 11 : Nombre de professionnels libéraux de 1^{er} recours (médecins, infirmiers, dentistes et masseurs kinésithérapeutes) installés dans les zones prioritaires d'installations. Indicateur 12 : Nombre de départs de médecins généralistes libéraux du territoire de 1^{er} recours Indicateur 13 : Nombre d'arrivées de médecins généralistes libéraux dans le territoire de 1^{er} recours Indicateur 14 : Nombre de structures d'exercice coordonné bénéficiant de la présence d'un maître de stage Indicateur 15 : Part des structures d'exercice coordonné bénéficiant de la présence d'un maître de stage Indicateur 16 : Part des structures d'exercice coordonné avec maître de stage ayant accueilli au moins un stagiaire dans l'année	Liste DOSA – Ambulatoire Bilan annuel financement FIQCS Bilan annuel financement FIQCS+ Décision ARS Comité de sélection Comité de sélection DGOS FNPS – ARS DSEP Statistiques FNPS – ARS DSEP Statistiques FNPS – ARS DSEP Statistiques Liste des universités + liste DOSA structures Liste des universités + liste DOSA structures Enquêtes structures d'exercice coordonné	

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Sources	Liens
Conforter l'accès aux soins de premier recours	Poursuivre l'accompagnement des projets, notamment dans les zones définies comme prioritaires	Développer le contrat d'engagement de service public, créé par la loi HPST, dispositif visant à consolider l'offre de soins sur les territoires les plus dépourvus. Ce contrat prévoit, pour les étudiants en médecine, une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème} année des études médicales jusqu'à l'obtention du diplôme ou pour les internes en médecine à tous les stades du 3^{ème} cycle. En contrepartie, ils s'engageront à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation. L'enjeu des contrats d'engagement de service public est de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et d'anticiper le grand nombre de départs en retraite de praticiens dans les 10 ans à venir mais aussi mieux répartir les flux de diplômés en médecine.	Indicateur 17 : Nombre de projets des étudiants/Nbre de contrats potentiels proposés par l'ARS Indicateur 18 : Nombre de médecins installés en zones déficitaires en ambulatoire ayant signé un CESP	Contrats CESP	
	Développement des coopérations avec les organismes de formation	Promouvoir le développement de coopérations avec les organismes de formation afin de : - communiquer et valoriser l'exercice en libéral en présentant notamment les nouvelles conditions et formes d'exercice sur la région, - présenter les aides, les bourses disponibles pour favoriser l'installation des professionnels en libéral, ou de nouvelles dispositions plus spécifiques telles que le contrat d'engagement de service public, - Développer les stages en ambulatoire dans les cursus de formation, en établissant un lien avec les professionnels en exercice pour l'accueil de stagiaires. Cette coopération pourra se formaliser par la création de groupes de travail entre l'ARS et les organismes de formation et par des interventions dans les organismes de formation.	Indicateur 19 : Nombre de conventions signées entre l'ARS et les organismes de formation Indicateur 20 : Nombre d'interventions de l'ARS dans les organismes de formation ayant une convention avec l'ARS	Conventions Convocations	
Améliorer la qualité des soins	Poursuivre l'accompagnement de la démarche groupes qualité	Mise en place des nouvelles instances régionales de pilotage du projet formalisé par une convention quadripartite entre l'ARS, l'Assurance Maladie, l'URPS Médecins et APIMED, l'association qui gère le projet groupes qualité. Maintenir ou développer le nombre de groupes qualité en fonctionnement sur la région (35 actuellement). Développer les contenus régionaux du site internet afin de faciliter les échanges entre les instances et les professionnels de terrain. Développer de nouveaux thèmes sur l'amélioration de la qualité des prises en charge traités par les groupes sur la qualité des soins (élaboration de dossiers documentaires et définition d'indicateurs d'évaluation de l'amélioration des pratiques).	Indicateur 21 : Pourcentage de « Groupes Qualité » s'étant réunis au moins 7 fois durant la saison (septembre à juin) Indicateur 22 : Nombre de « Groupe Qualité » Indicateur 23 : Signature d'une convention quadripartite « Groupe Qualité » (ARS, AM, URPS, APIMED)	Convention quadripartite Groupes qualité	
	Accompagner et évaluer les sites expérimentaux sur les nouveaux modes de rémunération	Développer le module 3 du dispositif et les coopérations interprofessionnelles, dont le principe consiste en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation de l'intervention auprès des patients. Conduire l'évaluation des sites selon la grille d'analyse de l'IRDES. Tirer les enseignements de l'évaluation pour pérenniser le dispositif. Accompagner les sites dans leur adoption du statut SISA (fin 2011).	Indicateur 24 : Nombre de sites expérimentaux sur les nouveaux modes de rémunérations	Bilan annuel financement FIQCS Feuille d'émargement des groupes qualité	
Fluidifier la trajectoire du patient	Renforcer l'efficacité des réseaux de santé ville/hôpital	Réalisation de nouveaux supports d'évaluation comme outil de pilotage des réseaux de santé. Faire évoluer les réseaux de santé vers des coordinations d'appui territorial (selon les orientations nationales à venir).	Indicateur 25 : Part des réseaux financés dans l'année ayant été évalués au cours des 3 dernières années	Rapports d'évaluation des réseaux	

III. B – L’OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

INTRODUCTION

LA GRADATION DES SOINS

Dans la continuité du SROS 3 et de la circulaire du 5 mars 2004 relative à l’élaboration du SROS 3, doit être organisé dans le cadre des territoires de santé un **dispositif gradué de l’offre de soins hospitalière**, assurant accessibilité et qualité des prises en charges.

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

La gradation des plateaux techniques, telle que définie dans la circulaire du 24 février 2011 (guide méthodologique) doit être étendue à la notion de « gradation des soins hospitaliers ».

- Le niveau des soins de proximité correspond au premier recours.
- La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux :
- **Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins hospitalières** se structure autour d’une offre ville-hôpital de proximité.
- **Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional »**, se distingue par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne les établissements pivots avec un accès 24/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d’imagerie (scanner et IRM) et de biologie.
- Le découpage territorial retenu au sein de la région Bretagne s’y prête, avec une organisation de l’offre de soins, retenue depuis plusieurs SROS, basée sur deux CHU et six centres de référence, sur lesquels s’appuient les centres de proximité.
- **Le niveau des plateaux techniques de « recours régional »** : il assure l’ensemble de l’offre des activités hautement spécialisées à l’exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l’offre à niveau interrégional voire national.
- **Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional »** voire de référence nationale, correspondant à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet d’optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Le principe de la territorialisation et de gradation des soins est d’ores et déjà très largement mis en œuvre en région Bretagne, une majorité des recompositions de l’offre inscrites dans les précédentes générations de SROS (en particulier le SROS 3) étant réalisée ou engagée. De même, au terme du bilan des SROS 2 et 3, la mise en place d’une organisation des soins coordonnés et gradés est largement engagée en matière de périnatalité, ou encore sur les Urgences, les pathologies cardio-vasculaires, ou le cancer.

Les projets médicaux de territoires et le nouveau cadre juridique apporté par la loi HPST (CHT, GCS...) devront être l’occasion de formaliser et d’accompagner une dynamique déjà lancée, sur l’ensemble des plateaux techniques au sens large, embrassant les thématiques de chirurgie, imagerie et biologie médicale, gestion de la permanence des soins, entre autres.

Par ailleurs, l’élaboration de projets médicaux de territoire devra se faire en parallèle de la constitution d’équipes médicales communes de territoire, afin de mutualiser les ressources médicales, en particulier sur des disciplines telles que la gynécologie-obstétrique, la chirurgie, l’anesthésie-réanimation, la pédiatrie, ou la médecine d’urgence. Ainsi, ces équipes devront permettre de maintenir une offre spécialisée dans les centres de proximité pouvant être soumis à un déficit d’attractivité, par le biais de création de postes partagés notamment.

1. MÉDECINE

1.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE

Ce volet propose un cadre général à l'organisation de la médecine en région Bretagne. Certaines prises en charge médicales spécifiques font l'objet de propositions et de recommandations dans les différents volets du schéma régional (Prise en charge des AVC, Soins palliatifs, HAD, Filières gériatriques, Médecins d'urgences...). L'objectif est donc de proposer une clarification des missions des divers acteurs et des organisations cohérentes, en lien avec la médecine de ville, pour assurer la qualité, la fluidité et la continuité de la prise en charge à toutes les phases de la maladie.

L'autorisation pour exercer l'activité médecine recouvre des situations d'offre de soins très hétérogènes entre établissements de santé depuis l'accès ponctuel à un plateau technique pour acte interventionnel précis à l'offre complète d'un CHU intégrant urgences, hospitalisation complète polyvalente et filières de spécialités médicales.

Dans l'attente de publication d'un décret concernant cette activité, le présent SROS étudie l'organisation générale de l'offre de médecine à partir du parcours de soins du patient. En effet, cette activité se situe à une « plaque tournante » de l'accès aux soins et se trouve en conséquence à l'interface avec de nombreuses thématiques du SROS 4.

L'activité de médecine couvre le champ de différentes missions dévolues aux établissements de santé :

- **Une mission d'accueil**, soit par les services d'Urgences, soit par un accès direct en hospitalisation programmée.
L'objectif est de pouvoir **réguler les flux et renforcer l'admission** directe en hospitalisation programmée, que ce soit en hospitalisation complète ou ambulatoire. Cette mission nécessite une fonction logistique renforcée mettant en liaison la capacité en hospitalisation, ambulatoire et complète, avec l'accès au plateau technique et aux consultations avancées. La création d'unité de post accueil des urgences est recommandée.
- **Développer les alternatives à l'hospitalisation** : place de l'HAD, de la télésurveillance, des ex-hôpitaux locaux, éléments et structures qui peuvent contribuer :
 - à réguler les flux et éviter des passages aux urgences, en particulier pour les personnes âgées ou dépendantes, en amont (Accueil),
 - faciliter l'égalité d'accès au plateau technique (BILAN, télé imagerie),
 - assurer la continuité de la prise en charge en écourtant une hospitalisation complète, en aval du processus (Sortie).
- **Une mission de bilan** : qui correspond à l'étape classique de l'hospitalisation « diagnostic et traitement de 1er recours ». Pour cette mission, les lits d'hospitalisation complète ou ambulatoire **doivent être adossés (sur site ou par convention) à un plateau technique et à des consultations spécialisées**.
Le développement de la télémedecine (télédiagnostic, télésurveillance) a à ce niveau également tout son sens, rapprochant la technicité des sites de proximité.
- **Une mission d'orientation** : le patient doit être orienté au plus tôt, au vu du 1er bilan, vers la structure adaptée à son besoin de soins. Les filières par population et/ou pathologie doivent être clairement identifiées, quel que soit le point d'entrée du patient.
L'objectif recherché est la graduation de l'offre, qui, organisée en filières sur la région doit permettre une égalité de traitement pour tous, quel que soit son lieu de domicile et doit renforcer l'efficacité du dispositif. Le maillage des territoires en filières de soins et les partenariats/coopérations /recompositions doivent répondre à ces objectifs et favoriser l'accès à des soins de qualité, priorité régionale du PSRS. Cette exigence de qualité des soins et de lisibilité du système de santé, en termes de trajectoire du patient ou d'organisation, constitue également une préoccupation forte des usagers.
- **Une mission de préparation de la sortie** : la médecine est confrontée, plus que d'autres activités, au contexte médico-social du patient et prend en charge, en lien avec les partenaires des secteurs médico-social et ambulatoire, la préparation du retour au domicile (individuel ou institutionnel).
La préparation de la sortie au domicile est essentielle pour éviter des rentrées par les urgences et/ou une dégradation accélérée de l'état de santé du patient à son domicile. La continuité des soins doit être assurée en partenariat entre les secteurs ambulatoire, médico-social et sanitaire. L'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement constitue une priorité régionale du PSRS.

1.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

1.2.1 Les données épidémiologiques et d'activité

Des indicateurs de santé régionaux défavorables par rapport au niveau national : malgré une amélioration ces dernières années, la situation régionale reste, au regard de la situation nationale, défavorable. Elle enregistre une surmortalité dont les principales causes sont cancers et maladies de l'appareil circulatoire. Les comportements à risque participent également à une surmortalité régionale. Les actions de prévention et d'éducation thérapeutiques doivent être renforcées.

Des inégalités en santé au sein de la région à infléchir : ces indicateurs de mortalité sont plus marqués pour les hommes et plus marqués dans les territoires finistériens.

Un vieillissement démographique de la population impliquant de nouveaux besoins en santé et une adaptation de l'offre : la région se caractérise à la fois par un dynamisme démographique résultant principalement de l'excédent migratoire et par un vieillissement de la population plus important que dans d'autres régions. Ainsi, à l'horizon 2015, on observerait une augmentation de 13 % des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4). L'augmentation de la part des 60 ans et plus induit une sollicitation de l'offre de 1er recours certainement plus fréquente. Selon les projections démographiques à l'horizon 2040 réalisées par l'INSEE : la population bretonne des plus de 60 ans sera de 33 % en 2040 et était de 23 % en 2007, soit une augmentation de 76 % de cette population.

La situation de la démographie médicale, notamment en terme de densité des médecins spécialistes exerçant en établissement sanitaire, est inférieure en Bretagne à la moyenne française, 70 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 88 en France métropolitaine (Source SNIR Bretagne 2010 / France). Cette situation implique de renforcer les modes de coopération entre professionnels de santé et entre établissements. Le regroupement de plateaux techniques est un axe permettant de contenir cette évolution démographique à risque.

Le croisement de deux sources, l'atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins (situation au 01/01/2010) et du dossier SIGMED (extraction en octobre 2010 des postes médicaux en établissements de santé publics) montre les éléments suivants, par spécialités correspondant aux groupes de planification principaux étudiés en taux de recours et activité PMSI :

- **Concernant la médecine générale,** l'offre est principalement libérale, 4 132 médecins dont 7 % exercent en hôpital public.
- **Concernant la médecine interne,** on dénombre 96 médecins en Bretagne dont 25 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/4 ont plus de 55 ans. La densité globale est forte dans le département 29, moyenne dans les 3 autres départements bretons.
- **Concernant la cardiologie,** on dénombre 252 cardiologues en Bretagne dont 43 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 29 % ont plus de 55 ans. La densité globale est faible dans le département 22, moyenne dans les 3 autres départements bretons.
- **Concernant la Pneumologie :** 138 pneumologues en Bretagne dont 52 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/3 a plus de 55 ans. La densité globale est forte dans les départements 22 et 29, moyenne dans les 2 autres départements bretons.
- **Concernant l'Hépatogastroentérologie :** 161 gastroentérologues en Bretagne dont 41 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/5 a plus de 55 ans. La densité globale est forte dans les départements 35 et 29, faible dans les 2 autres départements bretons.
- **Concernant la neurologie :** 79 neurologues en Bretagne dont 69 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/4 a plus de 55 ans. La densité globale est forte dans le département 35, moyenne dans le 29 et faible dans les 2 autres départements bretons.
- **Concernant la rhumatologie :** 123 rhumatologues en Bretagne dont 16 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/3 a plus de 55 ans. La densité globale est forte dans les départements 35 et 29 et faibles dans les 2 autres départements bretons.
- **Concernant l'endocrinologie :** 51 endocrinologues en Bretagne dont 2/3 exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 1/5 a plus de 55 ans. La densité globale est faible dans tous les départements bretons.
- **Concernant la pédiatrie :** 270 pédiatres en Bretagne dont 60 % exercent en hôpital public. Parmi ces derniers, 28 % ont plus de 55 ans. La densité globale est forte dans les départements 35 et 29 et faibles dans les 2 autres départements bretons.
- **Enfin, concernant la gériatrie :** les sources sont très divergentes et devront être validées : 47 médecins gériatres recensés dans la base nationale du conseil de l'ordre et 96 gériatres exerçant en hôpital public. Par contre, c'est une spécialité dont l'essor est récent car 15 % seulement ont plus de 55 ans.

On observe ainsi que les ressources médicales des spécialités regroupant les principaux motifs d'hospitalisation complète en médecine (cardiologie, pneumologie, neurologie, hépato gastroentérologie) et la pédiatrie sont pour moitié (de 41 % à 69 %) concentrées sur l'offre de service public. Font exception, la médecine interne et la rhumatologie.

On observe également des disparités de densité globale entre les départements : les départements disposant des CHU ont également la meilleure densité globale. Le département 22 présente la plus faible densité pour les spécialités citées, exception faite en pneumologie. Par contre, dans les TS 7 et 8 (si on accepte une approximation au département 22), la ressource médicale est très majoritairement basée dans le service public. Ceci contribue à motiver un taux de recours à l'hospitalisation élevé dans ces territoires. (Cf. ci-après)

La démographie médicale des hôpitaux publics (dont le rôle est majoré dans certains TS) montre qu'1/3 des effectifs ont plus de 55 ans dans les spécialités courantes telles que cardiologie, pneumologie, rhumatologie et pédiatrie.

1.2.2 L'analyse des taux de recours en médecine sur l'année 2009 montre les éléments suivants :

- **En hospitalisation complète** (HC) et partielle, le taux de recours standardisé (sur l'âge et le sexe) régional est superposable à la médiane nationale des taux de recours standardisés des territoires de santé et inférieur au taux de recours national.
- **En HC**, le taux de recours ajusté (sur l'état de santé) régional est inférieur à la médiane nationale des taux de recours ajustés des territoires de santé.

Concernant l'hospitalisation pour activités interventionnelles, le taux de recours standardisé régional est inférieur à la médiane nationale des taux de recours standardisés des territoires de santé et inférieur au taux de recours national.

Que ce soit en HC, HDJ ou techniques interventionnelles, le TS 5 est toujours le moins requérant, exprimé en taux standardisé ou ajusté.

Les TS 6, 7 et 8 sont les plus requérants en HC, exprimés en taux standardisé ou ajusté.

Les TS 1 et 7 sont les plus requérants en HDJ, exprimés en taux standardisé ou ajusté.

Ce différentiel entre territoires de santé peut, pour partie, être lié au mode d'habitat, urbain (TS 5) et rural (6, 7 et 8) lui-même en lien avec une raréfaction de l'offre ambulatoire en milieu rural qui majore d'autant le recours aux établissements de santé.

Concernant les flux de patients, la région présente, en 2009, un solde global des flux fuite / attractivité hors région positif en HC (+ 1 %) et négatif en hospitalisation partielle (- 0.9 %)

Au sein de la région, les TS où sont implantés les CHU ont une attractivité supérieure aux fuites, plus franche pour Rennes du fait de sa situation géographique.

Les mouvements sur le TS 8 sont importants avec un taux de fuite supérieur à 30 %.

1.2.3 Le bilan organisationnel du SROS 3

- **Une offre de soins variée et répartie de façon satisfaisante (voir carte).**
- **Une mission d'accueil fortement marquée par l'activité des urgences, avec une part importante d'hospitalisation en provenance des Urgences**

Le pourcentage de passages aux urgences suivis d'hospitalisation est supérieur en Bretagne à la moyenne nationale (29.6 % en Bretagne contre 21.3 % au niveau national en 2010).

Parmi la population hospitalisée, le taux de séjours faisant suite à un passage aux urgences est variable entre établissements, selon l'environnement socio démographique, l'offre de soins de proximité du secteur desservi et l'orientation de l'activité de l'établissement. Ainsi, 4 profils d'établissements se dessinent :

- L'hôpital public de proximité : il atteint 80 % et plus d'hospitalisation en provenance des Urgences, en lien avec une part de personnes âgées de plus de 75 ans élevée (de 42 % à 56 %). La part des niveaux de sévérité 3 et 4 est également élevée (certains de ces établissements ont une activité gériatrique prépondérante). La situation de la ressource médicale ambulatoire dans ces communes et de la permanence des soins peut influencer les flux et taux de recours à l'hospitalisation.
- L'hôpital public dit de référence : de 64 à 75 % d'hospitalisation en provenance des urgences, avec un gradient nord/ sud et une part des personnes âgées de plus de 75 ans autour de 33 %.
- Les CHU, de 51 à 58 % d'hospitalisation en provenance des Urgences, avec une part des personnes âgées de plus de 75 entre 25 % et 29 % et des niveaux de sévérité 3 et 4 de l'ordre de 12 %.
- Les établissements de santé privés présentent les taux les plus bas d'hospitalisation en provenance des Urgences (36 % à 47 %) avec une part des personnes âgées de plus de 75 ans (de 23 % à 33 %) mais la part des niveaux de sévérité 3 et 4 est moindre (2 % à 7,7 %).

• **Le développement des alternatives à l'hospitalisation**

Le SROS 3 faisait état de la faiblesse des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation ambulatoire, HAD...), comme une des causes du manque de fluidité de la filière médicale en Bretagne.

On constate depuis la mise en place du précédent schéma une organisation qui tend à développer les capacités **d'hospitalisation partielle**, en hospitalisation de jour voire en hospitalisation de semaine. Les organisations divergent selon la taille des établissements, les établissements de grosse taille ayant tendance à identifier des hôpitaux de jour par spécialité. À l'inverse, dans les structures de taille plus modeste, les capacités d'hospitalisation à temps partiel sont mutualisées entre les différentes disciplines médicales de l'établissement, voire médico-chirurgicales.

Le recours à l'HAD doit pouvoir se développer en alternative à une hospitalisation complète, en raisonnant en filière avec les établissements de santé, le maillage ambulatoire et les réseaux existants.

Les consultations avancées doivent être développées, notamment sur les établissements de proximité. La densité régionale de médecins spécialistes est inférieure à la moyenne nationale, malgré un taux plus élevé dans les deux centres universitaires. On observe une mutualisation des compétences entre établissements désormais sous une direction commune mais également entre établissements voisins. Les médecins libéraux participent à ces consultations avancées. Cela permet de maintenir une offre diversifiée aux populations des petites agglomérations et d'éviter le recours direct vers l'établissement de taille supérieure, en hospitalisation.

- **Une organisation en filière entre établissements encore trop variable, à développer dans le cadre de la gradation des soins**

Concernant la filière pédiatrique, l'activité est assurée majoritairement par le secteur public, par l'établissement dit de référence sur le territoire. S'y associent certains établissements de proximité. Seuls les huit établissements de référence et deux centres hospitaliers sur les TS n° 5 et 7 ont une activité supérieure à 450 séjours. 16 établissements accueillent des enfants de moins de 3 ans. Certains de ces établissements ont une activité de moins de 100 séjours par an, sur les enfants de moins de 3 ans.

Concernant les filières de spécialité médicales courantes ne faisant pas l'objet d'un volet SROS (pneumologie, cardiologie, hépato gastroentérologie, neurologie, endocrinologie, rhumatologie et pédiatrie), l'accessibilité à l'offre, se traduisant au minimum par l'existence de consultations spécialisées sur site et accès à un plateau technique (sur site ou par voie de convention) est satisfaisante. Chaque établissement de référence par territoire offre tous les éléments de ces principales filières de spécialité relevant de l'autorisation de médecine. Certaines cliniques sur les TS n°1, 2 et 4 y contribuent

pleinement, d'autres établissements de proximité également.

L'offre est plus centrée sur le secteur public en pneumologie, diabétologie-endocrinologie, neurologie et rhumatologie.

Elle s'étend, grâce au plateau technique mis à disposition, vers le secteur privé principalement en cardiologie et hépato - gastro - entérologie.

Concernant les techniques interventionnelles, les endoscopies digestives sont assurées dans la quasi-totalité (41) des établissements de référence et de proximité (ex HL exclus) publics et privés. L'activité, exprimée en séjours, est en augmentation entre 2008 et 2009 de 6 % (en HDJ) pour les endoscopies digestives. Les endoscopies bronchiques et ORL représentent des volumes plus faibles.

Dans le cadre des réflexions relatives aux filières, l'articulation entre les services de médecine et SSR des établissements sanitaires et les anciens hôpitaux locaux doit être questionnée

En effet, ces établissements n'exercent pas la mission d'accueil dévolue aux services d'urgence et la continuité des soins est assurée par le seul médecin traitant. Ils constituent une offre de service de proximité, alliant autorisations de médecine, SSR et USLD, complétée par une offre de places en EHPAD dans le secteur médico-social. Ils accueillent, le plus souvent de façon programmée des patients souvent âgés venant de leur domicile, les liens et la complémentarité entre ces établissements de 1^{ère} proximité et les établissements de référence doit être renforcé.

On observe également depuis le SROS 3, une adaptation des implantations et les capacités en médecine qui ont diminué au profit de la capacité en SSR : ainsi en 2004, avant le SROS 3, on dénombrait 22 HL et 332 lits de médecine, en 2010, 19 HL pour 307 lits et 18 ex HL en 2012 pour 296 lits suite à un projet de regroupement sur le TS 5, prévu en janvier 2012. On observe ainsi un rééquilibrage de la cartographie de la région.

• Une insuffisance de l'hospitalisation programmée

Rappelons que le taux des hospitalisations en provenance des urgences reste élevé dans les établissements publics de proximité et de référence. On constate par ailleurs des périodes de tension sur les capacités en médecine, particulièrement en période hivernale. Tout établissement doté d'un service d'urgence doit mettre en place une organisation aux fins de répondre à une demande d'hospitalisation non programmée (hospitalisation complète) et à une demande d'hospitalisation programmée (HC ou HDJ).

Les organisations en place varient suivant la typologie de l'établissement (CHU, référent, proximité) et doivent permettre l'optimisation de la première orientation du patient dès la décision d'admission et une marge d'adaptation en capacité aux pics saisonniers de fréquentation.

L'hospitalisation programmée est organisée de façon variable en HDJ, polyvalent ou de spécialité et en HC. Cette organisation dépend de la typologie de l'établissement et des ressources médicales disponibles en spécialités. Rappelons que les unités d'hospitalisation de jour doivent être individualisées. Concernant les hospitalisations non programmées, on peut constater la mise en place depuis le SROS 3 de lits regroupés destinés à la gestion du post-urgence. Qu'elle soit individualisée au sein d'une unité post-urgence ou identifiée dans les capacités de médecine polyvalente de l'établissement, cette gestion des lits doit permettre de fluidifier le fonctionnement de la filière médecine au sein de l'établissement, sans altérer ses capacités d'hospitalisation programmée et absorber les périodes de tensions sur les capacités, notamment pendant les périodes épidémiques hivernales. Certaines admissions en service de spécialité peuvent se faire directement depuis le service d'urgence. La participation des médecins spécialistes en médecine interne est jugée très contributive à cette étape clé du post urgence.

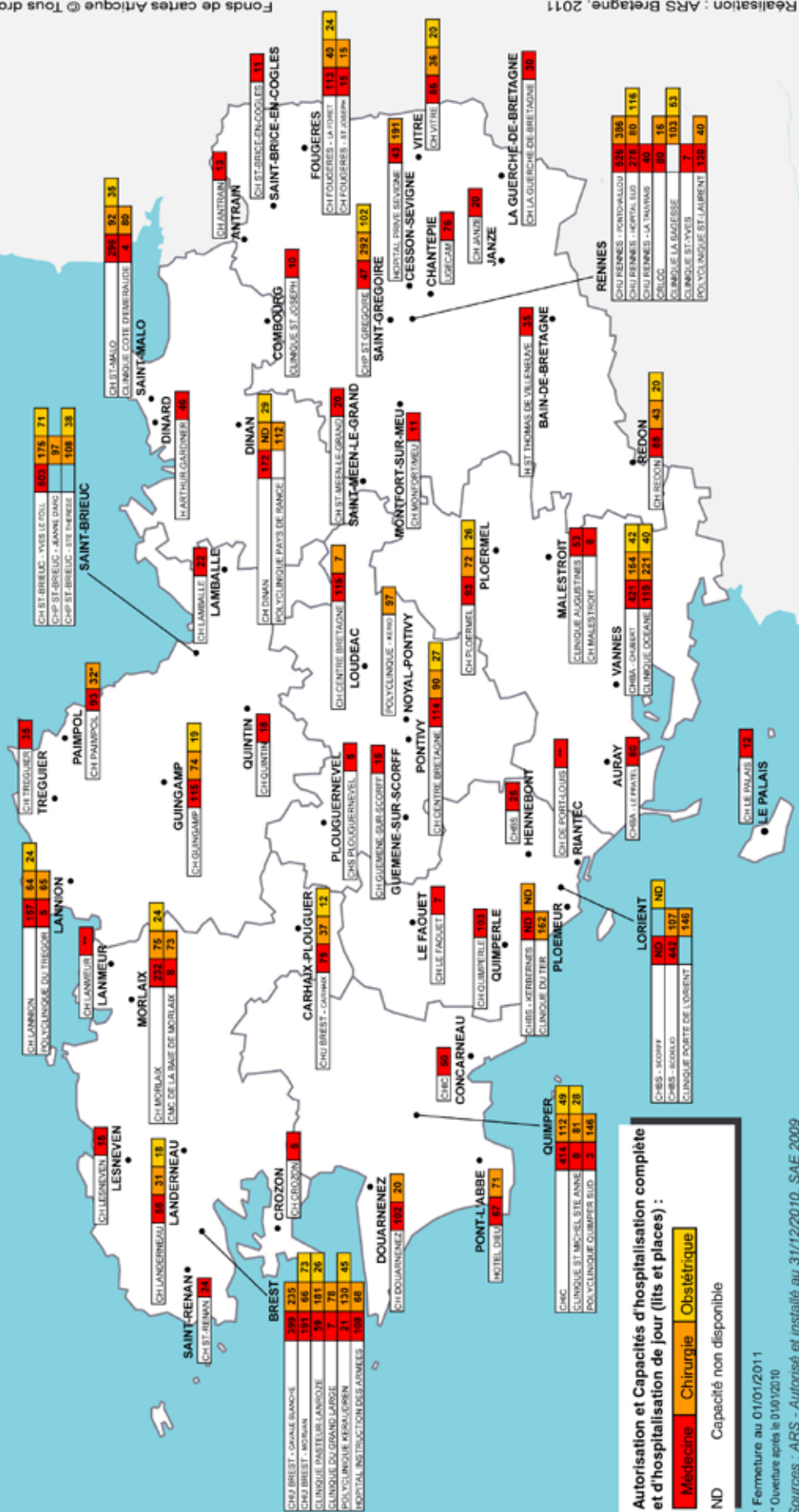
• Les tensions sur les capacités résultent également des difficultés d'aval des services de médecine.

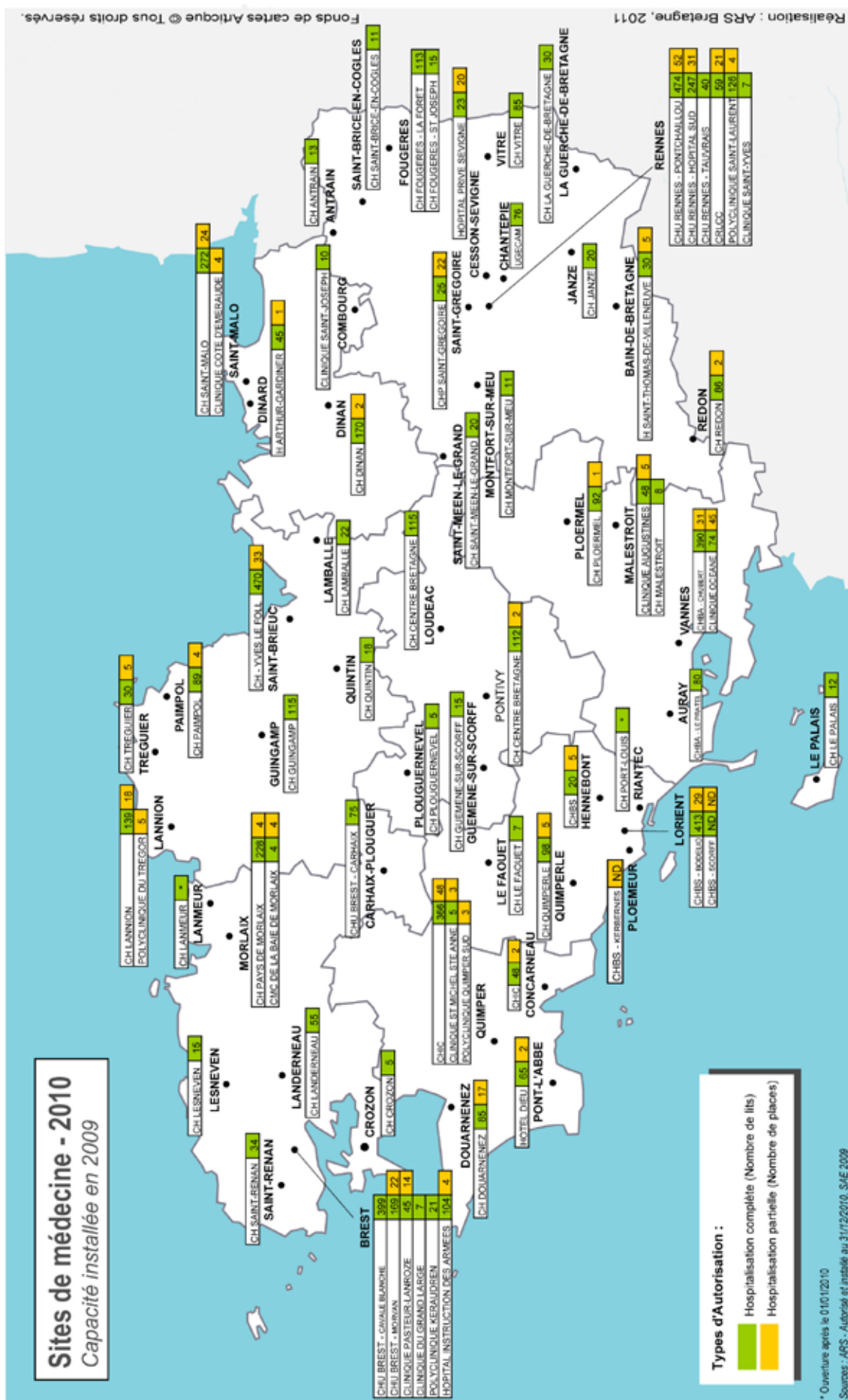
La gestion des sorties des patients est impactée par la situation sociale des patients, d'autant plus si l'admission dans l'établissement se fait par le biais des Urgences.

Ainsi, en aval d'une hospitalisation complète :

- L'HAD apporte une aide ponctuelle (fréquent mode d'entrée pour l'HAD en Bretagne) mais cette alternative souffre d'un manque de réactivité en aval de l'hospitalisation traditionnelle et nécessite une anticipation,
- 4,2 % des patients hospitalisés en MCO ont été orientés en SSR (données PMSI 2007),
- Les ex HL, adossés à la fois sur le secteur médico-social (EHPAD) et sanitaire, contribuent au lien entre domicile (dont domicile institutionnel) et l'hôpital de proximité. Ils contribuent à l'aval par leur capacité en SSR et USLD.

Structures hospitalières MCO - 2010 Capacité installée en 2009





* Ouverture après le 01/01/2010

Sources : ARS - Autorité et installé au 31/12/2010, SAE 2009

1.3 LE SCHÉMA CIBLE À 5 ANS

1.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Consolider le maillage territorial gradué...

Dans la continuité du SROS 3, l'organisation de la médecine en établissement de santé se met en place, à partir et en complément d'une prise en charge ambulatoire par les généralistes et les spécialistes, selon 3 niveaux de structures :

- **Les sites d'expertise** (les 2 CHU) ont un rôle spécifique pour la région, de recours, d'expertise et de formation sur l'ensemble des spécialités médicales. L'ensemble des spécialités médicales est représenté y compris la prise en charge des pathologies rares, complexes ou orphelines. Par ailleurs, les centres de recours doivent aussi, de part leur mission de proximité sur leur territoire de santé, pouvoir proposer une offre de médecine polyvalente.
- **Les centres de référence** remplissent des missions de proximité et doivent également pouvoir répondre à l'ensemble des besoins médicaux d'un territoire de santé. À ce titre, ils assurent une prise en charge globale avec un accès à l'ensemble des spécialités médicales et disposent d'un plateau technique adéquat. Ils jouent un rôle de coordination avec les centres de proximité, en assurant, par le moyen de consultations spécialisées avancées, un accès à la médecine spécialisée en proximité.
- **Les centres de proximité** assurent une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins. L'organisation s'appuie sur une ou plusieurs unités de médecine polyvalente et selon les établissements, une ou plusieurs unités de médecine spécialisée. Les centres de proximité doivent également, en lien avec les structures de leur territoire de santé, assurer un rôle de coordination de la filière gériatrique et à ce titre, pouvoir proposer une hospitalisation de court séjour gériatrique afin de permettre une prise en charge du patient au plus près de son domicile.

Enfin, l'organisation de consultations avancées (voir supra) doit permettre de disposer d'une offre de médecine de spécialité pour orienter les patients vers les centres de références si nécessaire.

- **Les ex-hôpitaux locaux** assurent :
 - un rôle de premier niveau dans la prise en charge tant sur le plan sanitaire (médecine, SSR) que médico-social (EHPAD), au service le plus souvent d'une population âgée ;
 - le lien avec les professionnels de santé libéraux afin, d'une part de mieux articuler médecine de ville et hôpital et, d'autre part, de favoriser l'installation de nouveaux médecins en s'appuyant sur l'hôpital local pour la création de maisons de santé, voire de cabinets libéraux.

b)...Grâce à la mutualisation des compétences :

Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale, il convient d'encourager la **constitution d'équipes de territoire**, permettant des recrutements partagés sur les centres de références/recours et de proximité, afin d'assurer l'ensemble de la gradation des prises en charges.

Ainsi, de même, que des recrutements de médecins spécialistes partagés entre centres de référence et de proximité permettent le maintien d'une offre spécialisée sur le territoire, la constitution d'équipes médicales partagées entre centre de proximité et ex-hôpitaux locaux, pourrait garantir le maintien d'une couverture médicale suffisante.

Par ailleurs, les réflexions relatives aux projets médicaux de territoire doivent être le cadre de la réflexion sur la mutualisation des ressources humaines et médicales en particulier.

Concernant la gouvernance des ex-hôpitaux locaux, sur 19 établissements, 13 établissements sont engagés, ou en cours de réflexion sur la constitution d'une direction commune, soit 68 % des structures relevant du statut d'ex-HL.

La direction commune est, pour la moitié, organisée avec un centre hospitalier de proximité (6 sur 12).

c) Médecine pédiatrique :

Les recommandations de 2008 du volet « prise en charge des enfants et des adolescents » du SROS 3 sont toujours d'actualité.

1.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

a) Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

L'HAD fait l'objet d'un volet spécifique du SROS 4.

Au-delà du fait de favoriser les hospitalisations à temps partiel, de jour ou de semaine, l'objectif principal doit être de pouvoir faciliter le maintien à domicile pour retarder le recours à l'hospitalisation.

Les établissements devront favoriser les partenariats avec les services de maintien et d'aide à domicile, notamment par l'intermédiaire de leur service social.

Les patients dépendants doivent pouvoir bénéficier d'une évaluation des potentiels de retour à domicile ou d'orientation auprès de structures médico-sociales plus adaptées. À ce titre, le bon fonctionnement des filières gériatriques, qui font l'objet d'un volet spécifique du SROS devra être recherché, de même qu'une meilleure articulation avec les professionnels de santé libéraux.

b) Améliorer le circuit du patient en fluidifiant les flux entre secteur sanitaire, secteur ambulatoire et secteur médico-social

Le principe des admissions programmées et directes doit être réaffirmé et encouragé :

- par une limitation des passages aux Urgences (lien avec le volet spécifique du SROS 4)
- par une organisation privilégiant l'accès direct aux soins de médecine gériatrique (volets spécifiques du SROS 4)
- par l'organisation de contacts entre médecins traitants et médecins hospitaliers

De même, la garantie d'un potentiel d'accueil en médecine polyvalente et gériatrique devra permettre d'assurer la prise en charge médicale d'une population vieillissante et de maintenir des activités de médecine spécialisée sur les plages d'hospitalisation programmée.

Ainsi, les coopérations entre établissements de proximité et de référence/recours doivent permettre de disposer de l'ensemble des possibilités de prise en charge sur un territoire de santé.

Renforcer les filières de prise en charge pour une meilleure adéquation des séjours.

L'organisation d'unités de médecine polyvalente et de médecine gériatrique au sein des centres de proximité doit pouvoir garantir la bonne orientation du patient.

1.4 PLAN D'ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Sources	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins				
Consolider le maillage territorial gradué...	Organiser l'hospitalisation programmée : - organiser en unités bien différenciées les deux modes d'hospitalisation en HDJ et hospitalisation traditionnelle, - moduler l'organisation des services de spécialités en fonction des besoins et ressources. Les mutualisations sont possibles, d'autant que les pathologies chroniques et les poly pathologies montent en charge. L'accès à la compétence en gériatrie doit être priorisé.			
	Développer la mutualisation des compétences en encourageant le temps médical partagé au sein des territoires et la participation des libéraux aux consultations avancées.	Nombre de postes partagés en médecine spécialisée en secteur public hospitalier		
	Les partenariats et coopérations doivent tous être formalisés pour les grandes filières faisant l'objet d'une thématique SROS hospitalière définissant précisément les implantations (cancérologie, cardiologie interventionnelle, USNV, traitement de l'IRC).	Nombre d'hôpitaux de proximité ayant formalisé leur protocole d'adressage des urgences coronariennes Nombre d'hôpitaux de proximité ayant formalisé leur protocole d'adressage des urgences AVC		Lien AVC, Cardiologie interventionnelle, IRC, cancer
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience				
Développer l'hospitalisation programmée	Assurer la continuité médicale des soins : Tout établissement de santé détenteur de l'autorisation de médecine doit prendre toutes mesures propres à assurer la continuité médicale des soins des patients dont il a la charge sur place ou par voie d'astreinte. Renforcer le lien ambulatoire/ hospitalisation par une ligne directe par service, aux horaires de journée : téléphone portable détenu par le médecin qui répond à ses confrères. Cela nécessite une communication et la diffusion des numéros aux PS, voire aux établissements médico-sociaux. Ces organisations existent, leur évaluation a montré leur efficacité et mérite d'être encouragées et diffusées. Ce lien entre médecins « ville / hôpital » permet également une mission de conseil	- Part des établissements avec au moins une ligne de permanence téléphonique (aux heures ouvrables 9h-18h, 5j/7) accessible aux professionnels libéraux, ayant une autorisation de médecine (hors ex-HL) - Part de l'hospitalisation de jour dans l'activité de médecine (HJ/HJ+HC)		Lien HAD Lien ambulatoire
Améliorer le circuit du patient en fluidifiant la filière médicale par la régulation des admissions et l'anticipation des sorties.	Associer, à titre expérimental, quand le contexte le permet, les médecins libéraux ou les maisons médicales de garde au filtre des urgences, en lien avec les orientations de la PDSA.	- valeur du 75 e centile de la durée des séjours de médecine - Evolution de la DMS de médecine - Taux de ré hospitalisation en médecine à 30 jours		
	Disposer d'une Unité Médicale de Post Accueil ou de médecine polyvalente dans tout établissement en aval des services d'urgence dans les établissements qui disposent de plusieurs spécialités médicales : - L'UMPA a vocation à accueillir les patients venant directement des services d'urgences (lesquels incluent les lits UHCD), patients relevant d'une hospitalisation complète et non orientés d'emblée vers un service de spécialité. - La participation de médecin spécialisé en médecine interne au sein des UMPA est recommandée que l'UMPA soit partie intégrante du service de médecine interne ou non. - Une articulation active entre les soignants exerçant dans ces unités et les soignants exerçant dans les unités de soins continus, médecine interne et spécialités, est indispensable.	- Part des séjours qualifiés médecine en hospitalisation complète après passage aux Urgences - Part des séjours qualifiés médecine en hospitalisation complète pour les plus de 75 ans après passage aux urgences		Lien Médecine d'urgences et PDSSES

Objectifs	Actions	Indicateurs	Sources	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins				
	Renforcer les liens entre les ex-hôpitaux locaux et les établissements de proximité avec service d'urgence et établir un cahier des charges régional du service réciproque. Une étude transversale sur sites doit être menée pour mieux connaître l'activité médicale dans ces établissements et leur place dans l'organisation des soins Favoriser l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) dans chaque service d'urgence/ celle-ci permet de trouver dans les 48 heures une orientation adaptée de la PA qui séjourne transitoirement en UHTCD. En amont, promouvoir les démarches d'éducation et de prévention à la santé, pour lutter, entre autre, contre le seuil de consultation tardif de certains patients Renforcer le rôle clé du service social Organiser les interventions du service social au plus près du début de la prise en charge hospitalière Il est nécessaire de mettre en place un dispositif de signalement des situations à risque dans les services pour anticiper les modalités de sortie.			Lien pathologies du vieillissement et USLD Lien Maladies chroniques

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

2.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Au sein du PRS, la thématique « Médecine d'Urgence » est destinée à organiser l'offre et à améliorer la qualité des prestations et services en santé inclus dans son domaine. Elle est de plus associée aux thématiques transversales que sont la permanence des soins en établissement de santé et l'articulation entre la ville et les urgences, retenues comme enjeux de transversalité et d'articulation du SROS. Ainsi, le point d'articulation entre la PDSA et la PDSES se situe dans les structures de médecine d'urgence qui assurent la coordination entre ville et hôpital, d'une part en amont des services de médecine d'urgence pour organiser l'entrée des patients dans le système de soins et d'autre part, en aval pour l'orientation des patients une fois qu'ils sont entrés dans le système de soins et que leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé et notamment l'accès à un plateau technique.

2.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

Le dispositif régional actuel en matière de médecine d'urgence, permanence des soins hospitalière et articulation entre la ville et les urgences résulte notamment de la déclinaison du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010 révisé en 2009 sur son volet médecine d'urgence.

L'article R 6123-1 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 dispose que l'activité de soins de médecine d'urgence est autorisée selon trois modalités :

- la régulation des appels adressés au SAMU ;
- la prise en charge des patients par la SMUR ou la SMUR pédiatrique ;
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

2.2.1 Les données d'activité

En Bretagne, le dispositif régional s'articule autour de :

- 4 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) départementaux avec au sein des centres 15 une régulation libérale et hospitalière ;
- 29 structures de médecine d'urgence dont une avec une antenne saisonnière ;
- 24 structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) ;
- les médecins libéraux participant à la permanence des soins ambulatoire dont 19 maisons médicales de garde et 6 associations « SOS Médecins » ;
- les établissements de santé assurant la PDSES ;
- les transports sanitaires et les SDIS.

La médecine d'urgence regroupe à travers l'activité des SAMU, des SMUR, des services d'urgences, des Sapeurs Pompiers et de la médecine de ville, **trois types de motifs de recours : les urgences vitales, les urgences diagnostiques et thérapeutiques et les urgences ressenties** (voir carte).

• L'augmentation du nombre de passages aux urgences

En 2009, l'équivalent d'un quart de la population bretonne a accédé à une des 29 structures de médecine d'urgence du territoire. Ce nombre est en augmentation constante et voit une progression régionale de 8.2 % entre 2007 et 2009. Celle-ci est contrastée, le territoire n° 5 (Rennes -Fougères-Redon-Vitré) voyant le nombre de passages augmenter de 21 % alors que la fréquentation pour les autres territoires est inférieure à la moyenne. À noter que les passages par les services des urgences bretons sur l'année sont les plus nombreux durant les mois de juillet et août.

En moyenne, 30,6 % de ces passages ont abouti à une hospitalisation en 2009 (29.6 % en 2010) avec également des écarts compris entre 23.8 % sur le territoire n° 4 (Vannes-Ploërmel) et 37,8 % sur le territoire n° 8 (Pontivy-Loudéac). À noter qu'en 2010, le taux national était de 21.3 %.

• Le nombre d'appels au SAMU en augmentation

Le nombre d'appel au SAMU a progressé de façon significative entre 2007 et 2009 de 19,6 % au niveau régional, ce qui se traduit également par une augmentation de 7,7 % du nombre de dossiers traités en régulation. On retrouve ainsi l'impact du maillage ambulatoire qui tend à se raréfier à partir de 20 heures, ce qui a pour conséquence de déporter les appels sur les structures d'urgence.

Les appels sont significativement plus nombreux dans le SAMU finistérien (près de 400 000 appels en 2009, pour une population de 848 000 habitants), y compris par rapport au SAMU 35 qui couvre 965 500 habitants. En termes d'évolution du nombre des appels entre 2007 et 2009, c'est le SAMU 35 qui arrive en tête (+30 %).

Concernant l'activité des Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR), l'évolution du nombre de sorties sur la région Bretagne est de +2,7 % entre 2007 et 2009. On remarque une diminution importante du nombre de sorties sur le département des Côtes d'Armor (-15 %). À l'inverse, les départs du Finistère (+11,5 %) et de l'Ille-et-Vilaine (+7,5 %) sont en forte augmentation.

L'articulation avec les transports

L'organisation des transports d'urgence repose sur l'articulation entre les 4 services départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS), les transports hélicoptérés et les sorties des véhicules du SAMU.

Les sorties des véhicules du SDIS sont en augmentation entre 2007 et 2009, à la fois pour les secours à la personne (+11 %), et pour les accidents routiers (+9 %). Concernant les transports hélicoptérés, ils ont progressé de 16,3 % entre 2007 et 2009, avec une augmentation particulièrement marquée sur les TS n° 1 et 2.

2.2.2 Le bilan organisationnel du SROS 3

• Des réalisations et des progrès

Pour les urgences vitales, le territoire breton est couvert de manière satisfaisante même si quelques zones notamment rurales et/ou côtières sont en zone blanche de SMUR et nécessitent une réflexion en matière d'implantation des structures, d'organisation et de mutualisation des moyens d'intervention. D'autre part, le mouvement de concentration des plateaux techniques renforce le besoin d'une organisation efficace des transports sanitaires terrestres et hélicoptérés.

Pour les urgences ressenties, il s'agit plutôt d'une nécessité de pouvoir accéder à une offre de consultations de proximité combinant mobilisation de la médecine libérale et organisation adaptée des structures d'urgences. À ce titre, l'articulation entre les structures d'urgences et l'offre de soins ambulatoire devra faire l'objet d'une attention particulière (lien volet spécifique du SROS), par exemple avec les implantations des maisons médicales de garde.

Des efforts sont réalisés en matière d'orientation et de régulation en amont ou au niveau des urgences : centre de régulation unique départemental au niveau des établissements sièges de SAMU dans chaque département de la région, régulation mixte libérale et hospitalière, infirmiers d'accueil et d'orientation.

De même, dans le souci d'améliorer l'organisation des filières de soins pour l'orientation des patients, **l'installation d'Unité d'Hospitalisation de très courte durée**, d'infirmiers d'accueil et d'orientation s'est fortement développée depuis le SROS 3. En parallèle, l'accueil des populations spécifiques (personnes âgées, enfants et adolescents, troubles psychiatriques) est organisé par la présence au sein des structures d'urgences de professionnels dédiés à ces prises en charge.

Du point de vue de **la coordination des acteurs**, la mise en place du Réseau Régional « Bretagne Urgences » (RRU) est effective depuis le 25 novembre 2008 avec la mise en place des 8 comités permanents des urgences au sein des territoires.

Le système d'information se renforce : l'interopérabilité des SAMU est en cours (mesure 16 du plan national Urgences) tandis que les travaux de mise en place d'un observatoire régional des urgences et d'un répertoire opérationnel des ressources (mesure 15 du plan national urgences) sont lancés : les résumés de Passages aux urgences (RPU) se déploient (plus de 60 % des données collectées quotidiennement).

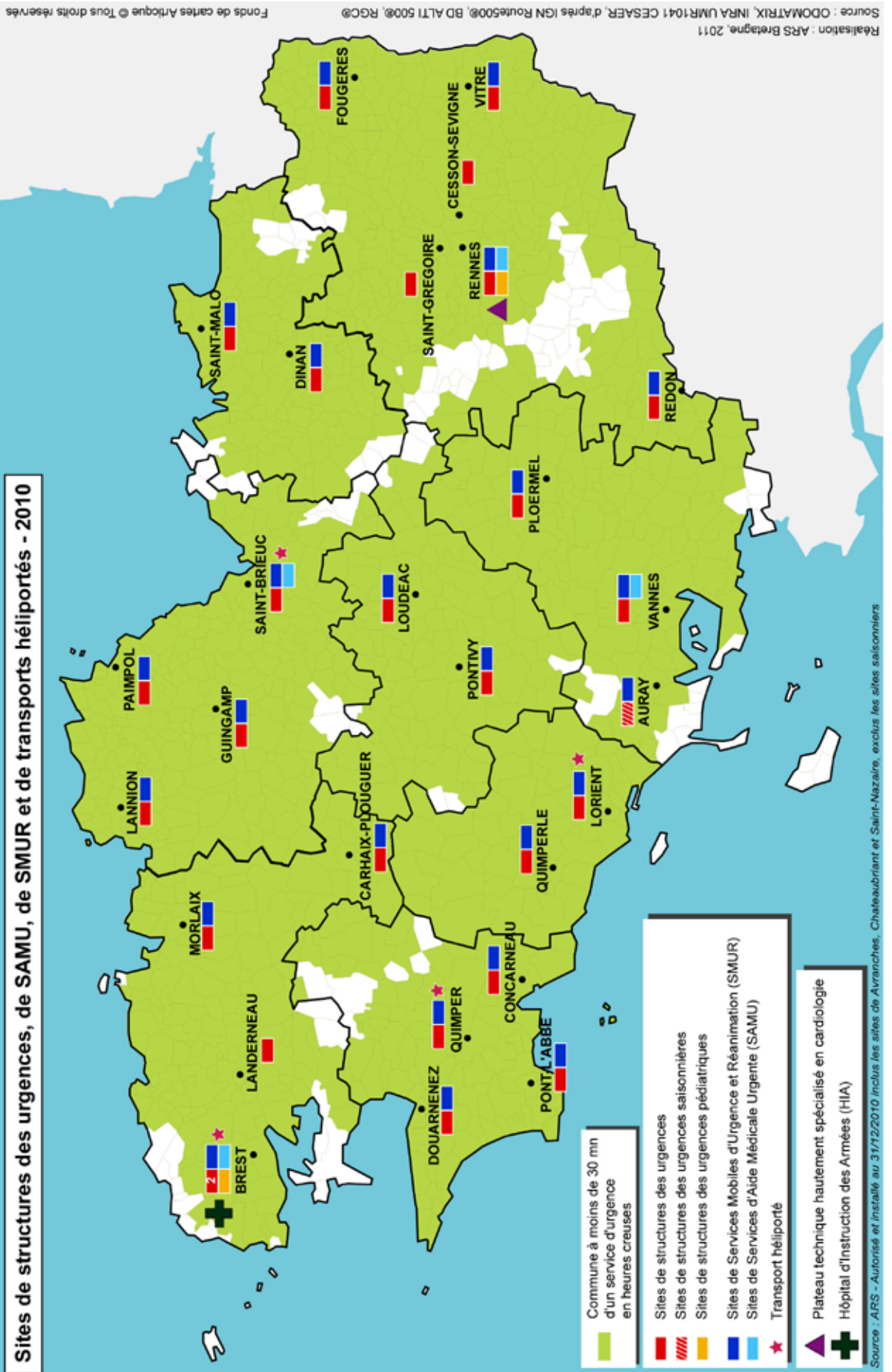
Enfin, des référentiels permettent de définir l'intervention des différents acteurs dans le domaine de l'aide médicale urgente, des urgences pré hospitalières et du secours à personne (référentiels fixés par arrêtés du 24 avril 2009 et du 5 mai 2009). Des conventions bipartites, SAMU/SDIS d'une part et SAMU/TSP d'autre part, sont en cours de re-négociation au regard de ces référentiels et devront être mises en cohérence par un protocole tripartite, élaboré sous l'autorité des préfets de département et du directeur général de l'ARS.

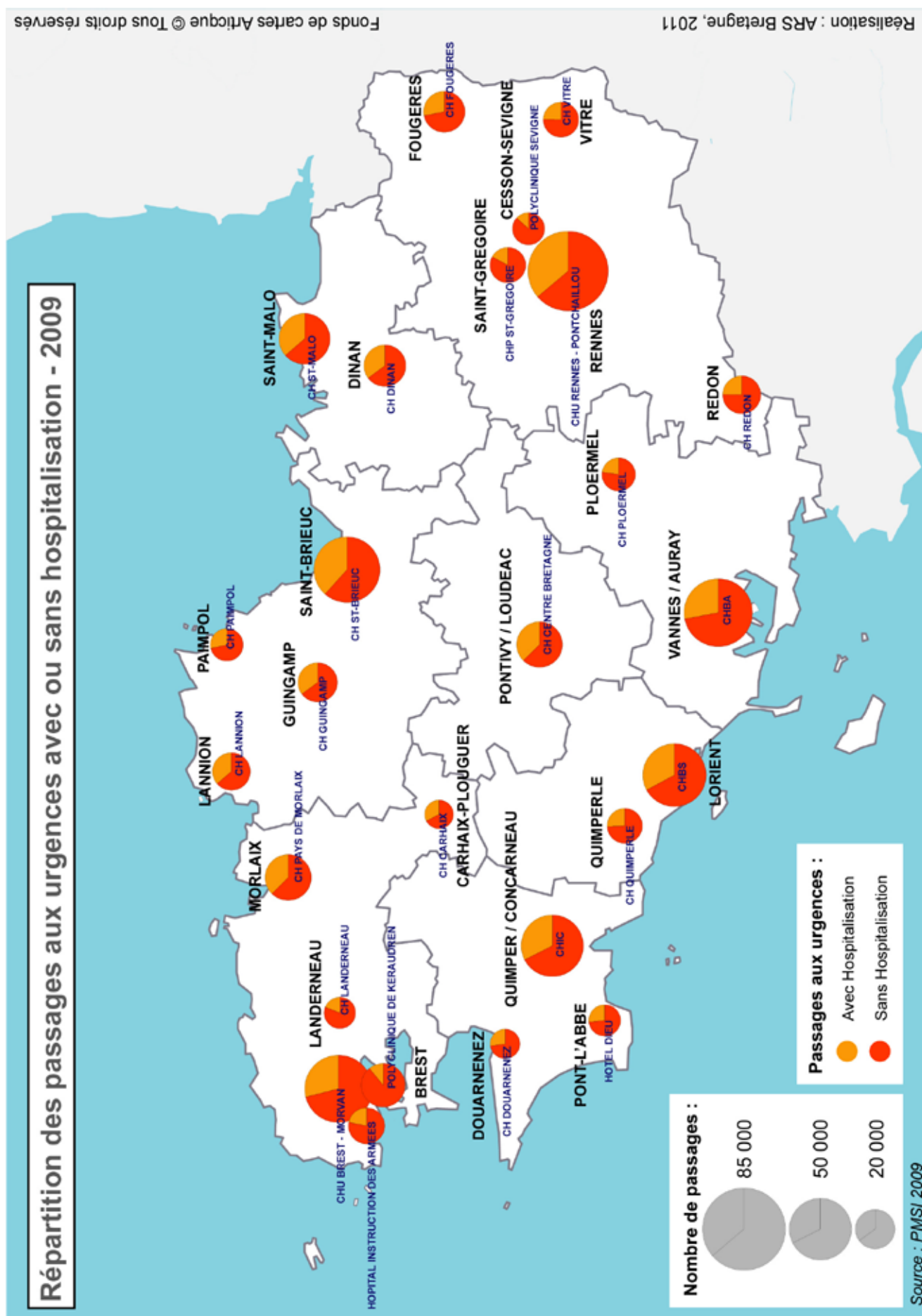
• Des difficultés récurrentes

Malgré les efforts sur l'orientation en amont, les axes de progrès demeurent importants :

- **l'engorgement des structures d'urgences reste non résolu**, l'évolution du nombre de passages aux urgences entre 2007 et 2009 : + 8, 2 % ; taux d'hospitalisation en 2009 suite à un passage aux urgences : 30, 6 % ;
- **l'organisation des services d'urgences et la coordination des urgences avec la permanence des soins ambulatoire, notamment au travers de la régulation et de l'orientation des patients restent perfectibles ;**
- **les systèmes d'information des SAMU présentent toujours des limites** fonctionnelles et techniques qui rendent difficiles l'analyse de leur activité par défaut de référentiel commun performant d'une part et l'interconnexion de leurs équipements téléphoniques et informatiques et l'interopérabilité de leurs outils informatiques d'autre part.

Les transports sanitaires doivent être organisés pour tenir compte des restructurations hospitalières.





2.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE (À 5 ANS)

2.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins :

- **Faire de la régulation médicale le pivot du système pour les demandes concernant la médecine d'urgence ou la médecine libérale**

L'accès aux soins, en urgence, comprend l'accès à des soins de proximité et l'accès à des soins délivrés dans le cadre de filières de soins spécialisés. Les objectifs sont les suivants :

- assurer l'accès aux soins, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents (notamment les urgences vitales), par un maillage pertinent du territoire, en prenant en compte les structures de médecine d'urgence, les SMUR et les antennes de SMUR. Cet objectif doit être conduit en veillant à l'articulation entre la ville et les établissements sièges des services d'urgence en mettant en place une organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences ;
- optimiser également l'organisation de la PDS pour l'ensemble des activités de soins qui la requiert permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infra régional ou régional selon les disciplines concernées en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés ;
- développer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence (réseau des urgences) pour optimiser l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en urgence, c'est-à-dire à partir de l'appel au centre 15 ou de la porte d'entrée que constitue la structure des urgences, vers les plateaux techniques, vers les services d'hospitalisation et vers les structures médico-sociales le cas échéant. Cet objectif doit également être conduit en veillant à l'articulation entre la ville et les urgences ;
- garantir le rôle des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) au sein des SAMU centres 15 comme pivot de la régulation médicale pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire par un numéro d'appel national et unique (n° 15) y compris pour la PDS.

- **Coordonner les prises en charge entre la PDS et les établissements de santé**

Concernant la permanence des soins ambulatoire, le décret d'application du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins précise que celle-ci est organisée sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence, les horaires étant inchangés (le soir de 20 heures à 8 heures, le samedi à partir de midi, les dimanches et jours fériés).

Les CODAMUPS TS définis par le décret d'application du 13 juillet 2010 ont été installés en région Bretagne fin 2010 et constituent la première étape de la mise en œuvre du nouveau cadre de la permanence des soins. La redéfinition à venir des territoires de permanence s'inscrira dans le cadre de l'élaboration du cahier des charges régional qui précisera l'organisation sur le territoire qui intégrera les modalités de collaboration avec les établissements de santé.

Des mesures particulières sont ainsi à envisager d'une part dans le cadre des zones non couvertes par les SMUR (intervention de médecins correspondants de SAMU) et d'autre part dans les zones non couvertes par les médecins généralistes sur les périodes de la PDS (intervention des services d'urgence).

Assurer un maillage territorial cohérent entre les structures d'urgence, les ex-hôpitaux locaux et les maisons médicales de gardes (MMG).

- **Organiser l'orientation des patients vers les structures sanitaires disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires.**

Promouvoir les conventions entre établissements et mettre en place des filières de prise en charge en urgence en particulier vers les plateaux techniques adéquats notamment lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé (ex : psychiatrie, enfants et adolescents, personnes âgées, AVC et infarctus du myocarde).

Cet objectif doit être conduit en veillant d'une part à l'articulation entre la ville et les urgences et d'autre part à la PDS en élaborant notamment un schéma cible de la PDS.

• **Elaborer un schéma cible de la PDSES au sein de chaque territoire**

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h00 le plus souvent et jusqu'à 8h00 du matin), le week-end (le samedi après-midi et 8h00-20h00 le dimanche) et les jours fériés. Par opposition, la continuité des soins concerne les patients déjà hospitalisés.

La PDSES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-QQN.

Un état des lieux régional de la permanence des soins hospitalière a été réalisé en 2008 et 2009 au titre de l'allocation des crédits MIG. Par ailleurs, l'enquête nationale 2011 et le benchmark des blocs opératoires 2011 confortent l'analyse régionale et territoriale nécessaire à la réalisation du schéma cible.

• **Développer la coordination et la continuité des soins en aval de la prise en charge hospitalière :**

- initier des expérimentations pour anticiper et organiser les sorties de l'hôpital en lien avec les médecins traitants et professionnels du secteur médico-social ;
- développer les modalités de suivi des patients ayant fait appel à la régulation, en urgence et/ou dans le cadre de la PDSA ;
- anticiper le retour vers la ville ;
- développer les liens avec les structures d'HAD.

• **S'assurer de la coordination avec les transporteurs sanitaires et les services d'incendie et de secours pour un exercice 24h/24**

2.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

• **Améliorer la qualité de la prise en charge :**

- organiser le maillage des services d'urgences, en vue de garantir la meilleure accessibilité aux soins en fonction : du nombre d'habitants pouvant être pris en charge, de la surface pouvant être couverte, de l'activité des services et des plateaux techniques et des caractéristiques sociales de la population prise en charge. Cet objectif doit être conduit en veillant à l'articulation entre la ville et les urgences ;
- s'assurer de la cohérence du SROS et du schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR), afin d'éviter les doublons et en application de la circulaire du 31 décembre 2007 ;
- s'assurer de la pertinence médicale des passages aux urgences (sur la base des résumés de passage aux urgences RPU) ;
- améliorer l'organisation des services d'urgence pour réduire le temps moyen d'attente aux Urgences, en particulier pour les personnes âgées et augmenter le nombre de passages de moins de 4 heures aux urgences. Cet objectif doit être conduit en optimisant les liens ville urgences en veillant à la PDSES, mais aussi les prises en charge en ambulatoire et en médico-social ;
- réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation ;
- mettre en place des équipes médicales communes de territoire pour les structures d'urgence (par exemple par la constitution de fédérations médicales inter-hospitalières ou de groupements de coopération sanitaire) en vue de renforcer les équipes médicales (démographie médicale, faible activité, faible attractivité) lorsque la proximité géographique le permet.

• **Assurer dans le cadre de la modernisation des SAMU l'opérationnalité et l'interopérabilité des systèmes d'information :**

- mettre en place une organisation et un système d'informations permettant l'échange et le partage entre les SAMU et avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge des urgences ;
- contribuer au développement du répertoire opérationnel des ressources (ROR), permettant d'assurer l'orientation effective des patients dans le cadre du réseau des urgences. Le ROR doit tenir compte de l'organisation de la PDSES. Développer des outils et procédures permettant de connaître la disponibilité opérationnelle en lits (par exemple, dispositif de connexion des services avec la régulation SAMU).

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Faire de la régulation médicale le pivot du système pour les demandes concernant la médecine d'urgence ou la médecine libérale	Conforter la qualité de la réception et du traitement des appels CRAA/SAMU - s'assurer de la bonne articulation entre les SAMU - Intégrer la gradation des soins - sécuriser les parcours de soins non programmés - mettre en place des correspondants du SAMU sur les territoires qui le justifient (en conformité avec les textes en vigueur)	Effectivité de la production d'un bilan annuel du réseau régional des Urgences et de l'observatoire régional des Urgences	Programme télémedecine
Coordonner les prises en charge entre la PDSA et les établissements de santé	- Mettre en cohérence le maillage des services d'urgences et des Maisons Médicales de Garde (MMG) - Protocoliser les relations entre les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence et les MMG - Protocoliser la prise en charge des personnes prises en charge en HAD ou en EHPAD - Elaborer des fiches de liaison entre les médecins prenant en charge les patients en HAD/EHPAD et les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence - Mettre en place un système d'informations facilitant le passage et le transfert d'informations - Inciter les médecins coordonnateurs à participer à la PDSA	Taux de couverture de 20 h à 0 h Taux de couverture de 0 h à 8 h Taux de couverture les samedis de 12 h à 20 h Taux de couverture les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h assurés par la médecine générale Part des MMG ayant signé un protocole avec un service d'urgences Part des EHPAD ayant signé un protocole avec un service d'urgences Part des structures d'HAD ayant signé au moins un protocole avec au moins un établissement ayant un service d'urgences (concernant les entrées directes après hospitalisation)	Schéma ambulatoire Fiche pathologies du vieillissement Fiche Médecine Fiche HAD
Organiser l'orientation des patients vers les structures sanitaires disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires	Développer les conventions entre établissements pour les filières de prise en charge en urgence (AVC, Personnes âgées, enfants et adolescents, psychiatrie...)	Existence d'un ROR (répertoire opérationnel des ressources)	Lien fiche AVC, cardiologie interventionnelle, santé mentale, pathologies du vieillissement
Elaborer un schéma cible de la PDSES au sein de chaque territoire	Mise en place du schéma cible au sein des territoires	Nombre de coopérations formalisées entre établissements d'un même territoire pour la PDSES	
Développer la coordination et la continuité des soins en aval de la prise en charge hospitalière	Développer les sorties anticipées en lien avec l'ambulatoire et le médico-social		SROMS
S'assurer de la coordination avec les transporteurs sanitaires et les services d'incendie et de secours pour un exercice 24h/24	- Finaliser les conventions bipartites et protocoles tripartites sur la base des référentiels nationaux (SAMU/SDIS - SAMU/transporteurs privés) - Mettre en application le référentiel d'engagement des SMUR, VSAV et ISP (infirmier sapeur-pompier) - Rendre cohérent le volet urgence du SROS 4 avec les SDACR (schéma départemental d'analyse et de couverture des risques)		
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Améliorer la qualité de la prise en charge	Organiser le maillage des services d'urgence sur les territoires, afin de garantir le maintien de l'accès aux soins	Nombre de postes partagés en médecine d'urgence en secteur public hospitalier Effectivité de la production d'un bilan annuel du réseau régional des Urgences et de l'observatoire régional des Urgences	
	Améliorer l'organisation des services d'urgence pour réduire les temps d'attente	Temps moyen de passage aux Urgences Temps moyen de passage aux Urgences pour les patients hospitalisés	
	Assurer l'informatisation exhaustive des services d'urgence et leur capacité à transmettre les résumés de passage aux urgences vers l'observatoire régional des urgences	Taux d'informatisation des passages aux Urgences	
	S'assurer de la pertinence médicale des passages aux Urgences	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la permanence des soins	
Assurer dans le cadre de la modernisation des SAMU l'opérationnalité et l'interopérabilité des systèmes d'information	Organiser une gouvernance commune des 4 SAMU	Effectivité de l'existence du ROR (répertoire opérationnel des Urgences) effectivité de la mise à jour annuelle du ROR	Programme télémedecine

3. CHIRURGIE - CHIRURGIE AMBULATOIRE

3.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Le thème chirurgie couvre la chirurgie, dont la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est une « alternative à l'hospitalisation permettant de mettre en œuvre dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre son domicile le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire... » (art.R 6121-4 du CSP)

Sont exclues de cette thématique :

- les activités relevant du SIOS (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffes d'organes, prise en charge des brûlés) ;
- les endoscopies même si nécessité de recours à l'anesthésie (cf. thématique médecine) ;
- les prestations « soins externes » ;
- les activités interventionnelles.

Deux disciplines chirurgicales font l'objet d'un traitement à part :

- la chirurgie cancérologique (cf. liste des établissements autorisés en juillet 2009) reprise dans le volet thématique de cancérologie ;
- la chirurgie esthétique, activité hors SROS, mais dont les aspects qualité et sécurité des soins et la délivrance des autorisations relèvent de la compétence de l'ARS.

Le SROS 4 doit répondre aux objectifs nationaux ci-après :

- l'harmonisation des taux de recours aux soins de la population ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire qui est une priorité nationale et qui constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. (Cf. CPOM ARS/Etat).

3.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

• Les données d'activité (2009)

L'activité chirurgicale est en augmentation de 6,5 % en 2009 par rapport à 2008 avec une stabilité du volume total en hospitalisation complète et une augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire.

> Les établissements du secteur privé (ex OQN) assurent 53,4 % de l'activité chirurgicale totale.

- 5 établissements ont un volume d'activité 2009 en chirurgie inférieur à 1 500 séjours annuels (situés dans les TS N° 1, 2, 5, 6, 7),
- 3 établissements ont un volume compris entre 1 500 et 2 500 séjours annuels (situés dans les TS N° 1 et 5),
- 6 établissements ont un volume d'activité en chirurgie en baisse de plus de - 2 % en 2009 par rapport à 2008 (situés dans les territoires n° 2, 4, 5, 7),
- 7 établissements ont une évolution de volume d'activité comprise entre -2 % et +2 %,
- Les autres établissements ont une évolution d'activité > + 2 %.

> Le taux global de chirurgie ambulatoire est de 35.3 % et est réalisé aux 2/3 par les établissements ex-OQN et au 1/3 par les établissements ex-DG (données ATIH 2009). Ce taux reste inférieur au taux global national.

> Le taux de recours régional 2009 aux soins chirurgicaux, bien qu'en augmentation par rapport à 2008, reste globalement inférieur à la moyenne nationale (763 / 10 000 hab v/ 796) (données ATIH).

Pour les 20 gestes identifiés « gestes marqueurs » par la Société française de chirurgie, le taux de recours est légèrement supérieur à la moyenne nationale et en nette augmentation. Standardisé au sexe et à l'âge, il est de 286 / 10 000 habitants en 2009 (v/ 278 en France), alors qu'il était de 274 en 2008 (v/ 282 en France) (données PMSI ARS Bretagne).

Il varie d'un territoire à l'autre ; il est particulièrement important dans le territoire 8 (310 / 10 000 hab) et à un moindre degré dans le territoire 6 (297) alors qu'il est faible dans les territoires 2 et 5 (respectivement 268 et 283).

Ce taux masque par ailleurs d'importantes disparités en fonction des actes ; ainsi, le recours à :

- l'amygdalectomie est de 5.4 / 10 000 hab. dans le TS n° 2 pour 13.6 dans le TS n° 6
- la chirurgie des varices est de 22.1 / 10 000 hab. dans le TS n° 2 pour 42.3 dans le TS n° 1
- l'angioplastie coronarienne est de 12.8/ 10 000 hab dans le TS n° 2 pour 21.3 dans le TS n° 3
- l'appendicectomie est de 12 / 10 000 hab. dans le TS n° 1 pour 30.1 dans le TS n° 8

Ce taux ne semble pas lié à l'offre puisque l'on constate que les territoires de santé ayant une offre importante sont les moins consommateurs.

Les gestes marqueurs pour lesquels le taux de recours est inférieur au taux national sont les suivants : Anévrisme aorte abdominale, Angioplasties coronaires, Canal carpien (chirurgie du), Cholécystectomies, Hystérectomies, Ligamentoplasties du genou, Pontages coronaires, Prothèses totales de genou, Résection adénome prostatique, Prothèse de hanche pour traumatisme.

Les gestes marqueurs pour lesquels le taux de recours 2009 est supérieur au taux national sont les suivants : Amygdalectomies, Appendicectomies, Cataracte, Pancréatectomies, Remplacement de la valve aortique, Thyroïdectomies, chirurgie des varices, Prothèse de hanche pour arthrose.

Une évolution inquiétante de la démographie des professionnels de santé de la chirurgie et de l'anesthésie

Certaines spécialités sont particulièrement concernées.

Par ailleurs, les spécialistes sont inégalement répartis dans les territoires de santé et les établissements, avec un éparpillement des compétences rares, un taux de praticiens non-statutaires élevé ne permettant pas la stabilité des équipes médicales (insuffisance de spécialisation pour certains actes, attractivité faible de certains sites en raison d'un volume d'activité insuffisant, turn-over élevé, difficultés d'assurer la permanence des soins).

Des indicateurs de performance encore hétérogènes et défavorables aux établissements dont l'activité est la plus faible

La démarche de benchmark des blocs opératoires réalisée en 2008 montrait, pour les 80 % des établissements participant, les éléments suivants :

- 6 sites géographiques privés avaient un taux d'occupation optimal de leur bloc
- 15 sites (soit 43 %) maîtrisaient leurs coûts et leurs taux d'occupation mais n'occupaient pas pleinement leurs salles
- 14 sites géographiques (40 %) avaient un taux d'occupation faible de leur bloc lié soit à une pratique sur plusieurs sites ouverts et/ou une activité faible.

La démarche, réitérée sur mai 2011, permettra de mesurer l'évolution organisationnelle des blocs opératoires de la région Bretagne.

Par ailleurs, les indicateurs fournis par l'application Hospidag, diffusée depuis avril 2011, laissent apparaître des disparités importantes entre les établissements. Ces disparités concernent les dimensionnements capacitaires des unités de chirurgie, les indices de performance/DMS, les taux d'utilisation des salles de blocs opératoires et la productivité des professionnels au bloc opératoire (ICR produits).

• Le développement de la chirurgie ambulatoire à poursuivre

Malgré des politiques incitatives menées depuis une dizaine d'années, tant au niveau national que régional (actions de maîtrise médicalisée, incitations tarifaires, mise sous accord préalable de certaines prestations d'hospitalisation complète, priorité du SROS III), ce mode de prise en charge reste encore très insuffisant. Si on note une nette augmentation du taux de pratique depuis 2006, conformément aux objectifs du SROS 3, les résultats sont encore à améliorer.

Les enjeux sont multiples : organisationnels, qualitatifs, stratégiques, financiers.

Tous les établissements pratiquant la chirurgie en Bretagne ont une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), sauf un.

> En 2009, 35.3 % des séjours chirurgicaux ont été réalisés en chirurgie ambulatoire, tous séjours chirurgicaux confondus, proche du taux français de 36.2 % (25.5 % des séjours chirurgicaux des établissements publics et ESPIC et 43 % des séjours chirurgicaux des établissements privés – source ATIH).

> Les 41 UCA représentent 780 places (1/30 dans le public et ESPIC et 2/03 dans le privé) ; la capacité moyenne est de 19 places (11 dans le public et ESPIC ; 29 dans le privé). Le turn-over est de 0,54 séjour/jour ouvrable/place (cible ANAP = 1 à 1,5) ce qui témoigne d'une large marge de progression à capacités identiques.

> 22% des séjours sont déclarés réalisés hors unité de chirurgie ambulatoire et un établissement n'a pas d'UCA, alors que la législation a prévu depuis 1992 l'obligation d'une unité individualisée et que les circulaires de 2006 et 2010 ont rappelé les règles de facturation. La meilleure qualité de prise en charge dans une unité spécifiquement organisée est rappelée.

> Pour les 17 gestes marqueurs, qui représentent un peu plus du tiers de l'ensemble de l'activité chirurgicale (38.6 %, soit 97 114 séjours HC + CA), le taux de pratique reste inférieur de 3 points à la moyenne nationale, malgré une augmentation de 20 points en 2 ans. Il était en 2009 de 71.5 % en Bretagne (France 74.6 %), 72.3 % pour les établissements privés et 69.8 % pour les établissements publics et Espic. Malgré un fort rattrapage des établissements publics, l'activité sur ces gestes reste largement prédominante dans le secteur privé qui assure 2/3 de l'activité pour 1/3 dans le public (pour mémoire, elle était de 4/5 - 1/5 en 2001). Certains établissements restent très en retrait.

- Le taux 2009 de chirurgie ambulatoire est supérieur au niveau national pour 4 des 17 gestes marqueurs (chirurgie des bourses, cure chirurgicale de varices, chirurgie du strabisme, cure de hernies inguinales), inférieur au niveau national pour 2 actes (chirurgie du cristallin, Dupuytren), proche pour les autres actes.
- Les taux de pratique en secteur public sont supérieurs aux taux de pratique en secteur privé pour 3 actes (chirurgie des bourses ; chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP ; coelioscopie gynécologique), ils sont proches pour 5 actes (adénoïdectomies, chirurgie du cristallin, chirurgie du sein/ tumorectomies hors cancers, kystes synoviaux et extractions dentaires) ; les taux du privé sont supérieurs à ceux du public pour les autres actes.
- On note une très grande variation de pratique d'un geste marqueur à l'autre et d'un établissement à l'autre (exemple : de la chirurgie des hernies inguinales, dont le taux varie de 0 à 70.5 %, ou de la chirurgie d'utérus/vulve/vagin/AMP, dont le taux varie de 53 à 96 %). Le GM 10 (chirurgie du cristallin) représente à lui seul plus d'1/3 des séjours.

En fonction des taux globaux de pratique, on peut identifier 5 groupes :

- Actes ayant atteint un taux quasi maximal de pratique, supérieur ou égal à 85 % en 2009 : Adénoïdectomies ; Chirurgie des kystes synoviaux ; Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
 - Actes à forte activité, supérieure ou égale à 75 % : Chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et AMP ; Chirurgie des ligaments et tendons de la main ; Chirurgie du canal carpien
 - Actes en forte augmentation (> 15 % entre 2006 et 2009) : Arthroscopies du genou ; Chirurgie des varices ; Chirurgie du cristallin ; Cures de hernies inguinales
 - Actes de progression moyenne (+ 8 à 15 % entre 2006 et 2009) : Extractions dentaires ; Chirurgie des bourses, du strabisme
 - Actes à faible augmentation ou d'augmentation insuffisante : Chirurgies du Dupuytren, du sein, anale ; Coelioscopie gynécologique.
- L'évolution 2006-2009 et les taux sont très inégaux selon les établissements puisque 15 établissements ont un taux d'évolution négatif entre 2006 et 2009 alors que 7 ont une augmentation supérieure à + 50%.
 - Les taux de pratique sont nettement plus faibles chez les plus de 75 ans (les recommandations de la SFAR ont été adaptées fin 2009).
 - En 2008, une dizaine d'établissements, à taux de pratique particulièrement faible, a été mise sous accord préalable pour 5 gestes marqueurs ; l'effet en a été très variable : pour certains, forte augmentation 2009, confirmée en 2010 ; pour d'autres, augmentation en 2009, suivie d'une baisse en 2010 ; effet « starter » pour établissements à taux de pratique très faible initialement ; voire pas d'effet.

> À partir d'une liste d'actes (codes CCAM fournis par professionnels de santé), une étude des séjours réalisés a montré une pratique quasi-inexistante de l'ambulatoire pour ces gestes hors gestes marqueurs, relatifs à la chirurgie orthopédique (genou, épaule, pied), la chirurgie viscérale (cholécystectomie, cure d'événtration, curage ganglionnaire sous coelioscopie), la chirurgie urologique (urétéroscopies, ablation de calculs uretères, tumeurs uretère), la chirurgie gynécologique (hystérectomie par voie vaginale), la chirurgie vasculaire (dilatation artérielle endoluminale), la chirurgie ORL (thyroïdectomie, parathyroïdectomie) alors que certains praticiens pratiquent de façon courante dans d'autres régions ce mode de prise en charge, malgré l'absence de consensus actuel. La faible activité identifiée pour certains de ces gestes dans la région repose sur un petit nombre de professionnels, qui concentrent la plus grande partie des séjours réalisés.

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3

• Une réorganisation des plateaux techniques chirurgicaux selon le principe de gradation des soins

Le SROS 3 avait retenu le principe du regroupement des plateaux techniques en graduant l'offre de soins en trois niveaux, afin de concentrer les compétences spécialisées et pluridisciplinaires en nombre suffisant, d'assurer un volume minimal d'activité garantissant l'expérience de l'équipe et l'optimisation des ressources, le tout, au sein d'un environnement spécialisé.

Sur la période du SROS 2006-2010 et conformément aux orientations du schéma, plusieurs sites chirurgicaux ont fermé, dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soins. Le nombre de plateaux chirurgicaux est passé de 63 en 1999 à 43 au 01/01/2013 (pour 39 établissements) répartis sur 16 sites privés, 5 ex-PSPH, 22 sites publics.

Cependant, malgré de nombreuses réorganisations depuis 10 ans, l'offre chirurgicale demeure inégalement répartie selon les territoires de santé : en effet, le taux d'équipement régional est de 1,4 plateau chirurgical pour 100 000 habitants et varie de 0,82 dans le TS 4 à 1,85 dans le TS 1.

L'Hôpital inter-armées (HIA) de Brest est désormais inclus dans l'offre de soins.

À ce jour, il existe 1 site de référence public par territoire de santé.

La restructuration des établissements privés s'est poursuivie.

Tous les établissements ayant une structure d'urgence ont une activité chirurgicale, sauf 2 sites, adossés par convention à un établissement référent (TS n° 3 et TS n° 7).

• Une couverture régionale des besoins globalement satisfaisante, avec peu de fuites hors région, compensées par l'attractivité de la région. En 2009, le taux de fuite s'élevait à 4.46 % et le taux d'attractivité à 3.6 %, soit un différentiel de 0,86 %.

• La persistance d'importantes disparités intra-régionales avec des flux variables d'un territoire à l'autre

L'un des objectifs du SROS 3 était de réduire les fuites des territoires 6 et 8. Cet objectif n'a pas été atteint et malgré les efforts déployés pour maintenir une offre sur le territoire 8 en particulier, les patients continuent de se faire opérer pour plus de 40 % d'entre eux dans d'autres territoires de santé. Or les actes majoritairement réalisés pour ces patients sont des actes classiques.

Les taux de fuite en chirurgie en 2009 sont également importants pour les territoires 6 (32,4 %) et 4 (25,3 %).

Les fuites des patients des territoires 1, 2, 3, 6, 7 et 8 sont en priorité intra-régionales tandis que les fuites du territoire 4 sont pour la moitié d'entre elles extra-régionales ; 2/3 des fuites du territoire 5 ont lieu en extra-régional (établissement de recours).

Le TS 5 a un taux d'attractivité de 25,3 %, le TS 8 a un taux d'attractivité de 16 %.

Ces tendances sont moins nettes pour la chirurgie ambulatoire : le taux de fuite du TS 8 est de 36,4 % et celui du TS 6 est de 24,1 %.

• La mise en place progressive d'une organisation en filières

Des coopérations se mettent en place dans tous les territoires de santé de façon inégale. Elles nécessiteront une évaluation quantitative et qualitative en lien avec les maternités fragiles, de niveau 1 et avec les services de réanimation.

• Une organisation de la prise en charge ambulatoire à améliorer

• Des spécificités liées à des actes ou des populations

- La chirurgie cancérologique a fait l'objet d'autorisations délivrées en juillet 2009, qui ont permis un regroupement de certaines activités. La chirurgie des cancers rares reste cependant dispersée entre de nombreux établissements réalisant chacun très peu d'actes.

- La chirurgie/anesthésie pédiatrique présente un risque majoré d'arrêt cardiaque et de complications anesthésiques chez les enfants de moins d'un an (enquête INSERM/SFAR) ; ceci avait amené à l'élaboration de principes d'organisation et de recommandations dans le volet précédent du SROS. Tous n'ont pas été menés à terme, en particulier la constitution d'un réseau régional en chirurgie et anesthésie pédiatriques.

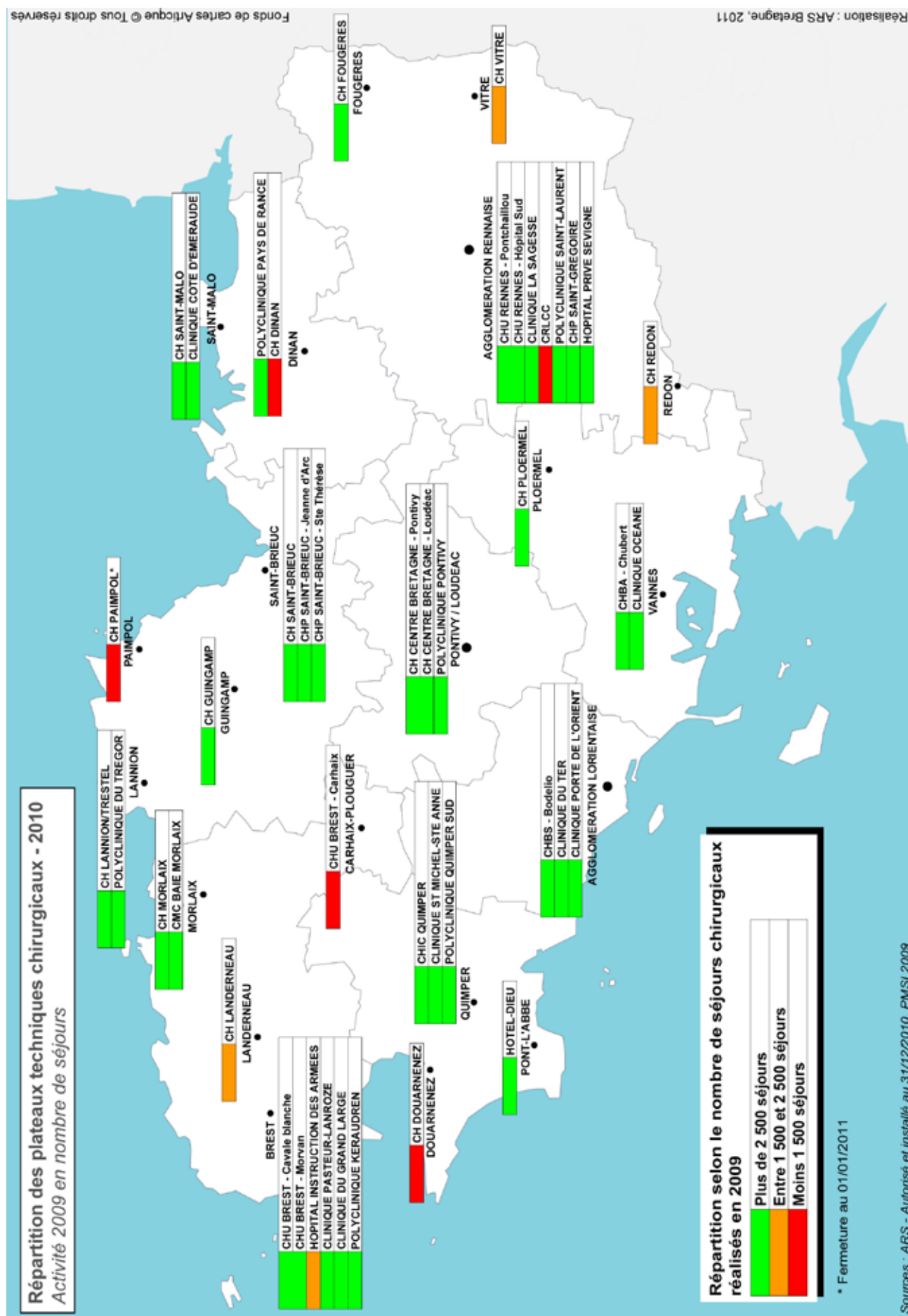
- Par ailleurs, non évoquées dans le SROS 3, certaines spécificités devront faire l'objet d'une attention particulière :

- La chirurgie de l'obésité, en forte expansion, est désormais réalisée dans une vingtaine d'établissements différents. L'identification d'un centre spécialisé a été faite et l'organisation d'une filière régionale de prise en charge devra être menée, en lien avec l'amont et l'aval.

- Les besoins de prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie sont insuffisamment pris en compte et l'accès aux soins des personnes âgées et handicapées devra être facilité.

- La chirurgie de la rétine est encore insuffisamment couverte dans la région ; le taux de fuite vers les Pays de Loire reste important. L'identification d'un ou de 2 centres spécialisés régionaux sera à étudier.

- La prise en charge des plaies chroniques devra être organisée dans chaque territoire de santé.



3.3 LE SCHÉMA CIBLE (À 5 ANS)

La chirurgie ambulatoire doit devenir le mode de prise en charge préférentiel pour les patients.

3.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Distinguer trois niveaux de soins et encourager la constitution d'équipes médicales de territoires pour garantir l'égal accès aux soins de la population

Les 3 niveaux de soins sont :

- chirurgie de proximité ;
- chirurgie de recours, organisée au niveau territorial ;
- chirurgie hyperspécialisée (niveau régional ou interrégional).

À l'échelle du territoire de santé, le regroupement de professionnels permettra de garantir la compétence de l'équipe chirurgicale, la permanence des soins, un environnement sécurisé, un volume d'activité suffisant, tout en tenant compte des perspectives de démographie médicale.

La constitution d'équipes médicales de territoire par l'intermédiaire de postes partagés, dans le cadre d'une organisation de soins graduée, pourra être le moyen de renforcer l'attractivité des établissements de proximité. Ainsi et par exemple, dans le cadre des nouvelles autorisations de cancérologie et dans le respect des seuils d'activité fixés par l'INCA, les postes partagés permettront aux chirurgiens de poursuivre une activité de chirurgie carcinologique sur les sites opératoires autorisés et de maintenir une offre chirurgicale de proximité.

b) Orienter les plateaux techniques de proximité vers une activité programmée

Les sites chirurgicaux de faible activité et les centres de référence doivent coopérer.

Le maintien d'un site chirurgical sera conditionné entre autres par :

- une masse critique d'activité ;
- la stabilité de l'équipe anesthésique et chirurgicale et l'intégration dans une équipe territoriale pour les établissements publics ;
- une organisation interne structurée et efficiente, notamment de l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- des indicateurs de qualité et de performance satisfaisants, en particulier taux d'utilisation / occupation des lits de chirurgie, indice de performance de la durée moyenne de séjour, taux d'occupation des salles de bloc, indice de coût relatif par salle d'intervention chirurgicale, situation financière.

Pour les sites fragiles, l'avenir des maternités sera à lier à celui des plateaux techniques chirurgicaux.

Une réflexion sur la poursuite des gestes rares en chirurgie majeure dans des établissements à faible activité sera à conduire : chirurgie du rachis, des cancers rares, interventions majeures sur le thorax, chirurgie digestive majeure, chirurgie ORL majeure, chirurgie urologique.

c) Veiller à la prise en charge des urgences et à la permanence des soins territoriale

Le bon fonctionnement de la prise en charge des urgences chirurgicales s'appuie sur le réseau régional des urgences.

La permanence de soins chirurgicale doit s'organiser par territoire.

L'évolution de la PDSES (permanence des soins dans les établissements de santé), aura pour conséquence la fermeture de certains blocs la nuit avec la nécessité d'une réorganisation des transports garantissant la sécurité sanitaire, ainsi que le lien avec la gradation des plateaux techniques.

d) Identifier un ou des sites pour des prises en charge spécifiques et formaliser certaines filières de soins

- prise en charge lourde en stomatologie et odontologie, notamment pour les personnes handicapées : 1 site par territoire de santé ;
- chirurgie de la rétine : 1 à 2 centres spécialisés ;
- chirurgie de l'obésité : 1 centre régional spécialisé dans la prise en charge médico-chirurgicale, en lien avec un centre de référence SSR et les divers acteurs de la prise en charge médico-chirurgicale ;
- chirurgie pédiatrique : la qualité des prises en charge chirurgicales doit être renforcée par la constitution d'un réseau régional de chirurgie pédiatrique et le regroupement de la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein de centres spécialisés. Un cahier des charges est prévu pour caractériser les missions de ces centres ainsi qu'une charte constitutive du réseau ;
- plaies chroniques : 1 centre par TS à envisager ;
- chirurgie ambulatoire : identification d'un centre régional de formation pour pratiques inégalement développées, et de centre(s) de référence par type d'actes pour développer des pratiques quasi-inexistantes.

e) Veiller à garantir l'accès à une prise en charge en secteur 1 au niveau de chaque territoire de santé (objectif à inscrire dans le projet médical de territoire).

3.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

a) Développer la chirurgie ambulatoire

Augmenter la part de la chirurgie ambulatoire au sein de l'activité chirurgicale :

- en élargissant ce mode de prise en charge à l'ensemble de l'activité de chirurgie et des patients éligibles ;
- en soutenant la chirurgie ambulatoire innovante ;
- en développant l'activité dans les CHU et les CH de référence.

Garantir la qualité, la sécurité et l'efficience des soins :

- en améliorant la pratique au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique ;
- en inscrivant la chirurgie ambulatoire dans les parcours et filières de soins, notamment pour les enfants et les personnes âgées ;
- en évaluant les pratiques par la mise en place d'indicateurs de qualité ;
- en favorisant l'évaluation de la satisfaction des patients.

Promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès du public, des professionnels des établissements, des médecins traitants et des IDE libéraux, en développant le lien ville-hôpital et accompagner les établissements.

b) Améliorer l'efficience en s'appuyant sur les outils de benchmark

c) Prévoir et accompagner les évolutions de la démographie médicale :

Une réflexion devra être menée sur la gestion des internes en formation (estimer les besoins à venir, être volontariste sur les choix d'orientation des internes de spécialités chirurgicales et ARE), sur le post-internat (assistants spécialistes, cliniciens) et encourager la signature de contrats d'engagement de service public.

d) Améliorer la prise en charge de la douleur et la lutte contre les infections nosocomiales

L'application des référentiels sera suivie par des indicateurs qualité dont score ICALIN, ICSHA, SURVISO et taux d'utilisation des EVA.

La traçabilité de l'évaluation et du traitement de la douleur sera prise en compte dans les soins chirurgicaux et dans la préparation de la sortie du patient de l'établissement de santé.

e) Améliorer le parcours de soins du patient :

- Améliorer le lien ville/hôpital ;
- Assurer l'articulation avec la prévention et le secteur médico-social.

Les particularités et liens entre les établissements de santé et les structures d'hébergement médico-social doivent être repérés pour préparer en amont les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ces structures.

3.4 PLAN D'ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Distinguer 3 niveaux de soins et encourager la constitution d'équipes médicales de territoire pour garantir l'égal accès des soins à la population	Identification des sites en fonction des activités de proximité, de recours et d'expertise Suivi annuel de l'évolution de l'activité chirurgicale par établissement et par territoire de santé Constitution d'équipes médicales de territoire permettant de les stabiliser et de diminuer le recours à l'intérim Soutien des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en priorité pour les sites éloignés, y compris en ayant recours à la télémedecine	- Nombre de séjours en chirurgie (champ IPA) - Taux de recours standardisé (sexe et âge) à la chirurgie pour 10 000 habitants - Part des CDI en anesthésie - Part des CDI en chirurgie orthopédique - Part des CDI en chirurgie viscérale Nombre de postes partagés de chirurgiens orthopédistes dans le secteur hospitalier public Nombre de postes partagés d'anesthésistes dans le secteur hospitalier public Nombre de postes partagés de chirurgiens viscéraux dans le secteur hospitalier public	
Orienter les plateaux techniques de proximité vers une activité programmée	Réorganisation des sites de chirurgie fragiles au regard de 4 critères (dont une activité inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux) dans le cadre des projets médicaux de territoire. Par exception, étudier le maintien d'une chirurgie gynécologique sur les sites des maternités.	- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1 500 séjours chirurgicaux annuels	
Veiller à la prise en charge des urgences et à la permanence des soins territoriale	Prise en compte des résultats de l'analyse des fiches de dysfonctionnement réalisée dans le cadre du réseau régional des urgences (RRU)		Fiche Urgences et PDSES
Identifier un ou des sites pour des prises en charge spécifiques et formaliser certaines filières de soins	- Mise en place d'une organisation permettant les prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie : reconnaissance d'un site par territoire de santé Elaboration d'un cahier des charges pour la reconnaissance d'un à deux centres régionaux de chirurgie de la rétine Identification d'un centre régional spécialisé pour la chirurgie de l'obésité sur la base du cahier des charges national, en lien avec la prise en charge médicale et SSR Elaboration d'un cahier des charges pour les centres de chirurgie pédiatrique spécialisée et d'une charte constitutive du réseau	- file active des patients par site (consultations, séjours chirurgicaux) - Taux de fuite hors région pour la chirurgie de la rétine - Effectivité de la Charte constitutive du réseau de chirurgie pédiatrique	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficience des soins			
	Développer la pratique au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique - amélioration de l'organisation des UCA suite aux résultats de l'enquête ARS d'avril 2011 : identification des points à améliorer (courrier DGARS 26/08/2011) - suppression de la chirurgie ambulatoire foraine : communication sur les règles de codage en UM11 (courrier DGARS 26/08/2011) Mieux inscrire la chirurgie ambulatoire dans les parcours et les filières de soins (notamment pour les enfants et les personnes âgées) - information du médecin traitant en amont et en aval - prise en charge de la douleur, des nausées et vomissements - remise aux patients de consignes de sorties spécifiques à chaque geste et d'un numéro d'appel en cas d'urgence - appel ou passage d'une IDE, ou visite du MT à J+1, - organisation du chemin clinique du patient - généralisation de la messagerie sécurisée en lien avec le GCS réseau Télésanté Bretagne - action spécifique à destination des EHPAD et des établissements pour personnes handicapées (sensibilisation, préparation de l'hospitalisation, préparation de la sortie) Evaluer les pratiques, la qualité et la sécurité des prises en charges - mise en place d'un tableau de bord à partir d'indicateurs qualité communs - suivi annuel des indicateurs - incitation aux analyses de pratiques professionnelles Favoriser l'évaluation de la satisfaction des patients - questionnaire spécifique Favoriser l'évaluation de la satisfaction des patients - questionnaire spécifique	- Part des séjours en C de 0 jour hors UCA (UM 11) sur le nombre total de séjours en C de 0 jour - Part des UCA utilisant un dossier de liaison - Part des médecins généralistes utilisant une messagerie sécurisée - Part de la chirurgie ambulatoire chez les plus de 75 ans - Part de la chirurgie ambulatoire chez les moins de 15 ans - Part des établissements ayant mis en place la liste minimale des indicateurs de qualité en chirurgie ambulatoire - Part des établissements ayant mis en place des analyses de pratiques professionnelles	
Améliorer la prise en charge de la douleur et la lutte contre les infections nosocomiales	- suivi de s indicateurs qualité - traçabilité de l'évaluation et du traitement de la douleur		
Améliorer le parcours de soins du patient	- Renforcement du lien ville hôpital - Articulation avec la prévention et le médico social		
Améliorer l'efficience en s'appuyant sur les outils de benchmark	Suivi des indicateurs de mesure de la performance (Benchmark des blocs, Hospidiag)	- Part des établissements dont le ratio ICR de chirurgie par salle d'intervention chirurgicale est supérieur à la médiane nationale de l'année - Taux de ré hospitalisation en chirurgie	
Prévoir et accompagner les évolutions de la démographie médicale	- Estimation des besoins - Adaptation du nombre des internes en formation en fonction des départs prévisibles à la retraite et aux spécificités des spécialités (en chirurgie, en anesthésie) - encouragement à la signature de contrats d'engagement de service public	- Part des praticiens anesthésistes ayant de plus de 55 ans - Part des praticiens chirurgiens orthopédistes ayant plus de 55 ans - Part des chirurgiens viscéraux ayant plus de 55 ans	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Développer et promouvoir la chirurgie ambulatoire et accompagner les établissements			
Développer la chirurgie ambulatoire : Augmenter la part de la chirurgie ambulatoire au sein de l'activité chirurgicale	Etendre ce mode de prise en charge à l'ensemble de l'activité de chirurgie et des patients éligibles : - Suivi de l'activité sur les 17 puis 38 gestes marqueurs et de l'activité globale - courriers de sensibilisation aux établissements - poursuite et suivi de la MSAP Soutenir la chirurgie ambulatoire innovante - identification d'un centre régional de formation pour la cure de hernie inguinale (appel à projets) - identification d'un centre par type d'actes pour le développement de pratiques quasi inexistantes en ambulatoire (appel à projets) - développement de centre(s) de CA exclusive Développer l'activité, particulièrement dans les CHU et les CH de référence - fixation d'objectifs spécifiques (CPOM) - intéressement au développement de la chirurgie ambulatoire (appel à projets)	- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire pour les 17 puis 38 gestes marqueurs - Nombre de séjours en chirurgie avec acte classant - Taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire - Evolution du taux de pratique pour les établissements sous MSAP - taux de pratique en ambulatoire pour chaque geste listé dans les appels à projets	
Promouvoir la chirurgie ambulatoire	- auprès du public : * publication d'articles dans la presse écrite * participation à des émissions de radio * information des usagers via le CISS Bretagne - auprès des professionnels des établissements : * formation initiale et continue des chirurgiens et des professionnels de santé (Université, FMC) * organisation par l'ARS d'une journée régionale annuelle * mise en place du site Extranet de l'ARS - auprès des médecins traitants et des IDE libéraux : * formations spécifiques, notamment à la prise en charge de la douleur * proposition d'intégration du thème de la chirurgie ambulatoire dans les groupes qualité * expérimentation avec l'URPS - organisation du bloc (benchmark) - action ANAP	- Taux d'atteinte des objectifs spécifiques cibles à la chirurgie ambulatoire pour chaque établissement chirurgical - Part des établissements ayant signé un CPOM intégrant les objectifs nationaux et régionaux de chirurgie ambulatoire - suivi des appels à projets	
Accompagner les établissements			
Identifier un professionnel de santé en appui de l'ARS pour une aide à la mise en œuvre opérationnelle			
Améliorer l'articulation avec la prévention			
Développer des actions de prévention	Développer le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale		Schéma régional de prévention (prévention sélective)

4. PÉRINATALITÉ

4.1. GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

4.1.1 Périmètre de la thématique : principes et objectifs

La périnatalité recouvre les activités autour de la grossesse et de la naissance et plus particulièrement :

- Les activités de gynécologie obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale ;
- Les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de diagnostic prénatal (DPN) ;
- Les activités relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

La démarche actuelle se situe pour les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie dans la continuité de l'application des décrets du 9 octobre 1998 et de la mise en œuvre des différents plans périnatalité. L'évaluation du dernier plan 2005-2007 : « humaniser, proximité, sécurité, qualité » vient d'être publiée.

La démarche relative aux activités IVG fait suite à l'application de la loi du 4 juillet 2001 et au programme d'inspection (2009-2010) des établissements pratiquant cette activité. Les liens existants entre l'activité d'IVG et l'activité de contraception, dont la responsabilité de l'organisation incombe aux Conseils généraux, justifient une mise en cohérence des politiques de l'ARS et des Conseils généraux sur ce champ spécifique de la périnatalité.

La démarche vis-à-vis de l'AMP et du DPN s'inscrit dans les suites de la loi du 6 août 2004 et du régime des autorisations qui en a découlé.

4.1.2 Diagnostic régional et territorialisé

Les données épidémiologiques et d'activité

Le nombre de naissances continue d'augmenter régulièrement dans la région.

Ainsi, on peut constater une augmentation de +2.6 % en 8 ans et plus particulièrement dans les départements d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan. Les projections à 10 ans établies selon l'hypothèse d'une fécondité maintenue à son niveau de 2007 sont en faveur d'une augmentation de la natalité dans le territoire 5, d'une stabilité dans les territoires 1, 2 et 4 et d'une diminution dans les autres territoires (cf. synthèse des données INSEE).

Des indicateurs de morbidité et de mortalité favorables.

Ils s'élèvent à 1.9 p 1000 pour la mortalité néonatale, à 9.9 p 1000 pour la mortalité périnatale (Insee 2007) et placent la région Bretagne en position favorable vis-à-vis des autres régions.

Un taux de prématurité (< à 37 semaines d'aménorrhée) observé en maternité en 2009 à 6.3 % des naissances vivantes (Source : réseaux de santé - 6.6 en 2008) qui situe également la région Bretagne parmi les régions à faible taux de prématurité. Ce taux a tendance à augmenter, comme dans les autres régions (5,5 p 100 – enquête périnatale 2003) en sachant que les causes de la prématurité sont diverses.

Le nombre d'accouchements (37 284 en 2009) continue d'augmenter pour l'ensemble de la région (+ 2.2 % sur une période de 8 ans) avec une stabilité des accouchements réalisés en niveau 3 (27 %) et une augmentation de la part d'activité réalisée dans les établissements publics (75 %). La durée de séjour au sein des établissements pour les accouchements par voie basse s'établit en moyenne dans la région à 4.7 jours et à 7.7 jours pour les césariennes, avec des pratiques variables de la gestion des durées de séjour et des conditions de sorties. Les sorties réellement précoces (répondants aux définitions HAS) sont rares. Les sorties anticipées se développent dans des contextes (selon qu'il s'agit d'offrir une alternative aux femmes ou qu'il existe une contrainte de place) et des modes d'organisation très différents (hétérogénéité dans l'implication des professionnels de santé libéraux (PSL), le recours à l'HAD et aux centres ou maisons périnataux).

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3

La prise en charge de la grossesse est satisfaisante avec un bon repérage des grossesses à risque et une bonne orientation vers les différents niveaux de maternité en fonction du niveau de risques materno - fœtale et entre professionnels.

25 lieux de naissance en 2010 en diminution sensible depuis 12 ans (43 sites en 1998, 32 en 2002), qui se répartissent selon la typologie, les caractéristiques d'activité et géographiques suivantes :

- 10 maternités de niveau 1, dont une réalise moins de 300 accouchements, 8 réalisent entre 600 et 1 000 accouchements, 1 réalise 1 200 accouchements,
- 11 maternités de niveau 2A ou B dont 6 réalisent entre 800 et 1 500 accouchements,
- 4 maternités de niveau 3 réalisant entre 1 900 et 4 000 accouchements.

Parmi les 10 maternités réalisant moins de 1 000 accouchements :

- 4 sont situées moins de 30 minutes d'un site de niveau 3 ou 2B,
- 2 autres se trouvent à 30 minutes d'un site de catégorie 2A.

L'orientation des femmes enceintes en fonction du niveau de risque fœto-maternel s'est améliorée, ainsi, près de 90 % des nouveau-nés de moins de 33 semaines d'aménorrhée (SA) naissent dans des maternités de niveau 3 ou 2B.

Les pratiques évoluent et font l'objet de diverses actions d'évaluations menées par les réseaux de périnatalité (revue de morbi-mortalité, mise en place de tableau de bord, suivi d'indicateurs...). Parmi les indicateurs surveillés, signalons :

- Un taux de césarienne de 20 % en niveau 3, 18.5 % en niveau 2 et 16.5 % en niveau 1,
- Un taux d'extraction instrumentale de 12.5 % sur l'ensemble des maternités,
- Un taux de déclenchement de 19 % sur l'ensemble des maternités,
- Une analgésie péridurale réalisée dans 81 % des accouchements voie basse (60 % en 2004).

Les transferts périnataux s'organisent de façon satisfaisante dans la région sauf en Ile-et-Vilaine.

Les services de réanimation néonatale et de néonatalogie répondent aux besoins sauf en Ile-et-Vilaine où le service de niveau 3 est saturé, amenant à transférer les mères et les nouveau-nés vers d'autres établissements de santé.

Les problèmes de démographie des professionnels de santé sont plus en lien avec des choix de mode d'exercice qu'avec une réelle diminution des effectifs (le nombre absolu des praticiens [gynécologues-obstétriciens et pédiatres] continue d'augmenter dans la région) avec les conséquences suivantes :

- des lieux de naissance qui ne disposent pas des compétences requises en pédiatrie (en nombre et/ou en disponibilité suffisante) pour assurer en urgence, ou « dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité exigés par la réglementation », la réanimation des nouveau-nés (la plupart des niveaux 1 et une partie des niveaux 2A) ;
- une réanimation des nouveau-nés en salle de naissance qui, dans ces lieux, repose sur les sages femmes et sur les anesthésistes réanimateurs ;
- une fragilisation des équipes d'anesthésie, avec, dans plusieurs de ces mêmes sites, le recours fréquent à des intérimaires et la difficulté croissante, (en terme de formation adéquate et de responsabilité) soulignée par cette profession, à assurer la prise en charge de la réanimation des nouveau-nés ;
- un défaut d'attractivité des maternités réalisant moins de 1 000 à 1 500 accouchements pour les gynécologues obstétriciens.

L'implication des professionnels de santé libéraux et des services de la Protection maternelle et infantile (PMI) dans la prise en charge des grossesses et du post partum doit tenir compte des perspectives démographiques et des inégalités territoriales dans la répartition de ces professions (médecins libéraux, sages femmes libérales), voir du domaine d'activité qui leur est assigné, différent d'un département à l'autre, pour les professionnels de PMI.

Un programme de suivi des nouveau-nés vulnérables se met en place progressivement dans le cadre d'une réflexion commune aux 4 réseaux périnataux, avec des modalités d'application différentes.

Des actions de formations, d'échange et d'évaluation des pratiques, de définition des liens fonctionnels entre structures de différents niveaux, portés par 4 réseaux périnataux départementaux. Ces réseaux ont acquis leur légitimité et sont devenus un partenaire incontournable dans l'organisation des relations entre les différents acteurs de la périnatalité et dans la garantie de l'amélioration de la qualité des pratiques. Une dynamique de formation et d'amélioration dans la qualité des pratiques dont témoignent l'adhésion et l'engagement des établissements dans le programme NIDCAP.

4.1.3 Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité (à 5 ans)

a) Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Dans la continuité des orientations du SROS 3, l'objectif du SROS 4 est de consolider les sites de maternité maillant le territoire breton à fin 2010 et permettant un accès à l'offre de soins répondant au critère d'accessibilité de 45 mn de trajet.

L'offre graduée se traduit par une répartition des niveaux de maternité sur l'ensemble des territoires de santé :

- 10 maternités de niveau 1 assurant la prise en charge proximité, avec les centres périnataux de proximité ;
- 11 maternités de niveau 2 assurant la prise en charge de recours ;
- 4 maternités de niveau 3 assurant un niveau de prise en charge de référence régionale.

Le SROS 4 devra s'attacher à consolider les sites de maternités disposant d'une activité inférieure à 1 000 accouchements, en particulier pour les sites se situant à plus de 45 minutes d'un site de référence. L'activité des établissements effectuant moins de 1 000 accouchements par an et se situant dans la même agglomération qu'une maternité de niveau 3 ou 2B, devra faire l'objet d'une évaluation au cours du SROS 4 et de la mise en place de partenariats et d'une mutualisation des moyens, humains en particulier.

Par ailleurs, une évaluation du nombre d'accouchements sans complication réalisés en maternités de niveaux 2 et 3 sera réalisée.

Garantir le fonctionnement des maternités dans le cadre des réorganisations des plateaux techniques sur la région...

Le maillage territorial des sites de maternité posera la question de l'articulation du fonctionnement de ces sites dans le cadre des réorganisations des autres activités de soins au niveau régional.

Ainsi, le maintien d'une maternité de niveau 1 devra s'articuler, sur site, avec la présence d'une offre de soins chirurgicale, afin d'assurer la couverture chirurgicale de la maternité par un chirurgien viscéral, en particulier dans les cas où la compétence chirurgicale n'est pas détenue par le gynécologue-obstétricien.

De même, la couverture anesthésique de la maternité suppose la présence d'une équipe d'anesthésie. Ces impératifs de couverture devront être traités dans le cadre des réflexions territoriales sur l'organisation de la permanence des soins.

Par ailleurs, concernant la couverture pédiatrique des maternités, la réflexion est similaire et peut s'appuyer sur le développement des coopérations entre professionnels de santé.

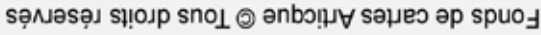
Enfin, la même réflexion devra concerner le recours aux activités de surveillance continue et de réanimation.

... en favorisant le développement des équipes médicales de territoire et des coopérations entre professionnels de santé

La période du SROS 4 devra être celle de l'avancée concernant la constitution des équipes médicales de territoires et des coopérations entre professionnels de santé portée par l'article 51 de la loi HPST de juillet 2010.

Les réflexions engagées sur la réorganisation de la permanence des soins au niveau des territoires et l'évolution de la démographie médicale dans son ensemble, mais plus particulièrement sur les spécialités chirurgicales et anesthésie-réanimation devront amener à repenser l'exercice médical. Ainsi, la constitution d'équipes médicales de territoire, en anesthésie-réanimation et en chirurgie viscérale, est un moyen de sécuriser l'organisation de la permanence des soins, la couverture anesthésique et chirurgicale des maternités et d'augmenter l'attractivité des postes médicaux dans les établissements de proximité, en permettant une plus grande stabilité des équipes et ainsi, une meilleure sécurisation de la prise en charge de parturientes et des nouveau-nés.

Le cadre posé par l'article 51 de la loi HPST sur la coopération entre professionnels de santé pourra permettre de conforter les démarches déjà engagées sur plusieurs territoires relatifs à la formation continue des sages-femmes, puéricultrice, anesthésistes et pédiatres sur les gestes de réanimation néonatale.



b) Garantir la sécurité et la qualité des soins ainsi que l'efficience

Le travail en réseau : une prise en charge adaptée : Il convient d'harmoniser les pratiques des 4 réseaux bretons sur la base de recommandations régionales.

Pour la prise en charge de la grossesse :

Il est souhaitable de favoriser la prise en charge des grossesses à bas risque par les professionnels de santé libéraux (PSL) jusqu'à la fin du 2^{ème} trimestre.

La prise en charge des grossesses à risque doit être mieux coordonnée entre PSL et établissements.

Les dispositifs de prévention et de repérage précoce des vulnérabilités sociales et psychologiques seront renforcés.

Pour le post – partum :

Développer un dispositif organisé de suivi des nouveau-nés vulnérables sur l'ensemble de la région pour tous les enfants répondants aux critères de sélection proposés par l'Inserm, selon des modalités pratiques qui peuvent être différents d'un département à l'autre mais qui répondent à un cahier des charges régional unique (principes d'organisation, charte, modalités de financement, programme de suivi – évaluation...).

Organiser un dispositif pour assurer la continuité des soins du post-partum pour la mère et l'enfant en ambulatoire qui répond à un **cahier des charges régional** unique recouvrant des objectifs en matière de sorties anticipées mais aussi en matière, de promotion de l'allaitement maternel, de développement des projets de soutien à la parentalité et de mise en place des suivis des vulnérabilités médicales, sociales ou psychologiques. Les modalités d'application seront adaptées aux conditions locales (politiques des partenaires, PMI notamment ; réalités démographiques des acteurs, structures et dispositifs de prise en charge existants...)

Ce dispositif s'appuiera sur les expérimentations menées sur plusieurs territoires bretons avec une prise de relais par les professionnels de santé libéraux ou sages-femmes hospitalières, voire une structure d'HAD dans le cas des situations pathologiques complexes.

Un dispositif spécifique sera organisé pour la prise en charge des troubles psychopathologiques sévères sans rupture des liens mère – enfant.

Améliorer le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales pendant la grossesse et assurer leur prise en charge dans le cadre d'une coordination interprofessionnelle.

4.1.4 Plan d'action et indicateurs

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Maintenir l'offre graduée et le maillage territorial existant des sites de maternités	Individualiser les prises en charge au sein des maternités de niveau 2 et 3 avec adéquation entre les modalités de la prise en charge et le niveau de risque fœto-maternel	Part des prématurés de moins de 33 SA nés dans une maternité de niveau 3 ou 2B	
	Améliorer les transferts entre lieux de naissance sur le département 35 en conformité avec les principes d'organisations (ou le schéma cible) pour les transports sanitaires	Part des séjours de nouveau-nés sévères réalisés en maternité de niveau 3	
	Adapter les capacités des services de néonatalogie et de réanimation		
	Développer pour tous les sites de naissances les démarches de labellisation (NIDCAP, IHAB...)	Part des services de maternité labellisés	
Garantir le fonctionnement des maternités de niveau 1	Maintenir le nombre de maternités répondant à un critère d'accessibilité de 45 minutes	Part de la population à plus de 45mn d'une maternité	
Développer les équipes médicales territoriales	Mutualiser les équipes médicales ; GO, chirurgiens viscéraux, anesthésistes pédiatres entre plusieurs sites sur la base d'un projet médical de territoire en périnatalité	Nombre de postes partagés en gynécologie-obstétrique et pédiatrie en secteur public hospitalier	
Harmoniser les pratiques des 4 réseaux bretons sur des principes régionaux,	Développer le champ d'intervention des réseaux périnataux - dans l'organisation des circuits et du parcours - la qualité des prises en charge - la recherche Mise en place d'outils de contractualisation	Effectivité de la mise en place du dispositif régional de contractualisation avec les réseaux	
	Mettre en place au sein des réseaux périnataux un observatoire des dysfonctionnements, des incidents et des accidents sur le modèle de ce qui existe dans d'autres secteurs d'activités permettant d'allier confidentialité des données et amélioration des pratiques (données déjà en partie disponibles)		
Améliorer la prise en charge de la grossesse dans le cadre des réseaux	Développer le rôle des PSL : médecins généralistes (et notamment ceux titulaires d'un DU), sages femmes libérales, gynécologues libéraux, dans le suivi des grossesses à bas risque , par l'utilisation d'outils communs (carnet de maternité, dossier prénatal...), la définition de critères de prise en charge et des modalités de transmission des informations aux maternités à la fin du 3 ^{ème} trimestre. Recenser les médecins généralistes libéraux souhaitant réaliser le suivi des grossesses à bas risque et disposant de la formation nécessaire pour le faire	Nombre de carnets de maternité distribués	
Améliorer le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales pendant la grossesse	Développer les formations à l'entretien prénatal du 1er trimestre auprès des PSL. Proposer l'Entretien Périnatale Précoce (EPP) à l'ensemble des femmes enceintes quel que soit leur lieu de primo consultation.	Nombre d'Entretiens périnataux précoces/le nombre d'accouchements	
	Systématiser les staffs médico psycho sociaux au sein des lieux de naissance et développer les relations avec les autres institutions (PMI, secteur social, CMP...) pour le suivi.	Part des lieux de naissance ayant mis en place les staffs médico-psychosociaux	
Améliorer le suivi des mères et des enfants dans le post partum	Définir le cahier des charges du dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables au bénéfice des prématurés et des nouveau-nés ayant fait l'objet d'une hospitalisation en néonatalogie en précisant : - les missions et le rôle d'une coordination régionale - la place des services de néonatalogie et de pédiatrie, des CAMSP, de la PMI et des professionnels libéraux dans l'organisation opérationnelle du suivi au sein de chaque réseau départemental	Part des départements ayant mis en place un dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables	
	Définir les objectifs d'un projet de suivi des mères et des enfants dans le post partum : - Soutien de la relation mère enfant, prévention des troubles du lien familial, de la dépression post-natale. - accompagnement de l'allaitement maternel. - réduction des durées de séjour en maternité corrélée à la mise en place des relais à domicile - soutien à la parentalité	Durée moyenne de séjour en maternité Part des établissements ayant mis en place un protocole de sortie mère-enfant Part des départements ayant mis en place un dispositif de suivi des nouveaux nés vulnérables	SROS AMBU
	L'ensemble des partenaires des réseaux de périnatalité devront être associés au projet (Sages femmes libérales mais également médecins généralistes et pédiatres, PMI et l'ensemble des dispositifs d'accompagnement au domicile).		
	Développer les capacités d'accueil mère enfant en cas de troubles psychopathologiques		Fiche psy

4.2. AMP - DPN - CDPN

4.2.1 Périmètre de la thématique : principes et objectifs

AMP : Assistance Médicale à la Procréation : toute pratique clinique et biologique permettant la procréation en dehors du processus naturel ;

DPN : Diagnostic prénatal : Détection in utero chez l'embryon ou le fœtus d'une affection d'une particulière gravité ;

DPI : Diagnostic préimplantatoire : détection in vitro chez l'embryon avant réimplantation d'une maladie génétique grave et incurable.

CPDPN : Centre pluri disciplinaire de diagnostic prénatal : il évalue de façon pluridisciplinaire les situations de grossesse présentant une pathologie fœtale pouvant justifier du recours à une interruption médicale de grossesse.

Les décrets du 22 décembre 2006 fixent les règles d'autorisation de l'activité relatives au don de gamètes, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Les activités cliniques et biologiques soumises à autorisation y sont listées. L'autorisation des structures est délivrée par l'ARS. L'agrément des praticiens cliniciens et biologistes est délivré par l'agence de biomédecine.

La part de naissances issues de l'assistance médicale à la procréation, toutes techniques confondues, est de 2,3 % des naissances en Bretagne (France : 2.4 %).

En matière d'assistance médicale à la procréation, il s'agit pour le schéma de :

- favoriser l'accès aux soins dans l'espace sans disperser les moyens et les équipes ;
- favoriser l'accès aux soins dans le temps en raccourcissant les délais de rendez-vous ;
- s'assurer de la qualité des prises en charge et de la mise en œuvre des vigilances sanitaires.

4.2.2 Diagnostic régional et territorialisé

AMP CLINIQUE

En matière d'assistance médicale à la procréation, les activités de clinique et de biologie sont intimement liées, mais tous les laboratoires ne sont pas autorisés pour toutes les activités d'AMP.

Les activités cliniques d'AMP sont les suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'AMP avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme ;
- recueil par ponction de spermatozoïdes ;
- transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'un don ;
- mise en œuvre de l'accueil des embryons.

L'insémination artificielle et la stimulation ovarienne n'entrent pas dans la liste des activités autorisées, mais doivent répondre aux règles de bonnes pratiques. 5 structures clinico-biologiques installées dans 3 villes pratiquent la fécondation in vitro (prélèvement d'ovocyte et prélèvement de spermatozoïdes en vue d'une AMP + transfert d'embryon en vue d'implantation).

AMP BIOLOGIE

L'activité biologique est répartie sur le territoire de façon homogène. Des conventions existent avec les établissements qui pratiquent les activités cliniques AMP. Ces activités consistent en :

- traitement du sperme en vue d'insémination artificielle ;
- activité relative à la FIV avec (ICSA) ou sans micromanipulation (recueil, traitement et conservation du sperme, traitement des ovocytes) ;
- recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue du don (CECOS) ;
- conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux en application de l'article L2141-11 (Traitement stérilisant) ;
- conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

11 structures de biologies pratiquent l'insémination artificielle dont 5 avec micromanipulation intracellulaire (ICSI). Un établissement effectue le prélèvement, le traitement et la conservation des ovocytes en vue d'un don.

DPN et CDPN

Les activités biologiques du DPN sont les suivantes :

- analyse de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- analyse de génétique moléculaire ;
- analyse en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- analyse d'hématologie ;
- analyse d'immunologie ;
- analyse de biochimie y compris les marqueurs sériques maternels.

À noter que dans le cadre du dépistage de la trisomie 21, l'analyse des marqueurs sériques est combinée à une analyse échographique. L'organisation de cette activité fait intervenir les réseaux de périnatalité.

Les enjeux concernant l'organisation de cette activité de DPN seront revus dans le cadre du schéma de biologie et dans le schéma de génétique. La région Bretagne dispose de 3 CPDPN à Rennes, Brest et St-Brieuc. En 2008 environ 1 000 dossiers ont été traités par les 3 centres, dont 420 dans les côtes d'Armor, 348 en Ille et Vilaine et 272 dans le Finistère. 272 interruptions médicales de grossesse (IMG) y ont été autorisées, soit un taux de 39 par million de femmes en âge de procréer.

4.2.3 Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité (à 5 ans)

a) Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Améliorer l'accessibilité à la PMA et au don d'ovocytes

Augmentation du nombre de sites d'AMP à 4 avec création d'un nouveau centre d'AMP à même de répondre aux besoins des secteurs 7 et 8 sous réserve de mettre en œuvre l'ensemble des techniques de PMA (hors dons et conservations), d'associer l'ensemble des acteurs publics et privés dans un cadre juridiquement constitué et d'un niveau d'activité suffisant permettant de garantir la qualité des pratiques et des résultats, Une organisation des centres permettant de réduire les délais d'attente pour l'accès à la **PMA** et notamment pour le don d'ovocytes.

b) Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

Améliorer la qualité des prises en charge

Mise en œuvre dans le cadre d'un dispositif régional issu des 4 réseaux de périnatalité d'une **démarche qualité avec évaluation commune des pratiques et des résultats** des différentes structures.

Un contrôle régulier du fonctionnement de chaque centre (inspections mandatées par l'Agence de la biomédecine (BM) ;

Une organisation des Laboratoires de DPN, à revoir en fonction du schéma de la biologie ;

Maintien des 3 CPDPN.

4.2.4 Plan d'action et indicateurs

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Améliorer l'accessibilité à la PMA et au don d'ovocytes	Ouvrir un 4 ^{ème} site d'AMP (et un 6 ^{ème} centre) dans le secteur 7 sous la forme d'une structure juridique publique-privée ad hoc	Nombre de sites de traitement du sperme Nombre de sites de FIV	
	Adapter le dispositif en prenant en compte les contraintes et les frais engagés par les donneuses	Nombre de dons d'ovocytes	
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Améliorer la qualité des prises en charge	Inspecter les centres AMP en vue de s'assurer de la qualité des pratiques en AMP et de leur conformité aux référentiels.	Part des centres AMP inspectés	
	Instituer une rencontre annuelle des centres avec échange sur les pratiques et les résultats		

4.3. IVG

4.3.1 Diagnostic régional et territorialisé

Un nombre d'IVG légèrement inférieure à la moyenne nationale

Le pic d'activité à plus de 8 000 IVG annuelles en Bretagne pour l'année 2007 est redescendu à 7 220 actes toutes techniques confondues, en 2009 chiffre le plus bas depuis 2000. Avec un taux de recours de 11 à 11.8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, la région Bretagne se situe en dessous du taux moyen de la France métropolitaine (14.7 IVG pour 1 000 en 2007 en métropole), 7 % des IVG concernent des mineures soit 547 actes en 2006 et un taux de recours à l'IVG de 9.8 pour 1 000 femmes mineures (12.5 p. 1 000 en France métropolitaine).

Une accessibilité géographique satisfaisante

27 établissements de santé participent à cette activité en Bretagne, soit les 24 établissements autorisés pour une activité d'obstétrique et 3 établissements n'ayant qu'une activité chirurgicale. 90 % de l'activité est réalisée dans les 19 établissements publics (70 % au niveau national) parmi lesquels 6 ont une activité > 400 actes par an et assurent plus de 60 % des IVG de la région.

L'IVG par voie médicamenteuse en progression, mais encore inférieure à la moyenne nationale, 44 % des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse. Cette technique est en progression régulière depuis 10 ans (30 % en 2001) mais reste un peu moins développée qu'en France métropolitaine (49 %). 5 établissements dont 4 ayant une faible activité ne proposent pas ou peu cette technique. Pour les IVG chirurgicales, le recours à l'anesthésie générale est prédominant et seuls 6 établissements utilisent de manière régulière les anesthésies locales. Globalement les IVG chirurgicales sous anesthésie locale sur la région représentent toutefois 38 % des IVG chirurgicales.

Le délai moyen de prise en charge à partir de la date de la demande est rarement supérieur à 8 jours. Il peut être raccourci en cas de terme avancé. Un faible conventionnement des médecins libéraux pour la réalisation d'IVG par voie médicamenteuse.

Seuls 3 établissements ont pu réellement conventionner avec des médecins libéraux pour la réalisation d'IVG médicamenteuse entièrement assurée en ambulatoire dans le cadre de la médecine de ville. La part des IVG réalisées en médecine de ville (3 %) paraît nettement plus faible que ce qui est observé dans d'autres régions. Pour l'établissement breton qui a le plus développé ces conventionnements, cette activité de médecine de ville représente 10 % de l'activité du centre.

4.3.2 Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité (à 5 ans)

a) Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

La politique territoriale dans le domaine de l'activité d'IVG et de la planification familiale définie entre les établissements de santé, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et le mouvement associatif doit viser à :

- Maintenir l'activité des 27 établissements actuels :

Il faut maintenir l'activité dans tous les sites assurant une activité de gynécologie obstétrique ainsi que dans les établissements à activité obstétricale, qui à l'avenir, pourraient réorienter leurs activités vers une activité chirurgicale exclusive.

- Développement des IVG par voie médicamenteuse : Notamment en médecine libérale et dans les zones où le maintien d'une offre au sein d'un établissement s'avérerait difficile, sachant que la proximité d'un établissement de santé reste nécessaire pour pallier les éventuelles complications.

- Assurer une organisation inter établissements et une orientation rapide des femmes permettant de répondre à des motifs divers (absence de prise en charge des IVG tardive de 12 à 14 SA dans un établissement ou impossibilité de proposer toutes les techniques dans certains centres, ou saturation des planninges ou gestion des congés des opérateurs...).

b) Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

Développer l'information et la communication autour de l'IVG et la contraception permettant d'améliorer l'accès à l'IVG pour tous les publics.

Définir un programme d'actions et d'interventions dans le domaine de l'IVG et de la contraception au sein d'un projet régional d'éducation à la vie sexuelle et affective, associant également les services des Conseils généraux et de promotion de la santé en faveur des élèves, harmoniser les pratiques.

Améliorer la qualité des pratiques :

- développement de l'activité au sein des CPEF et des centres de santé selon les modalités du décret du 6 mai 2009 (conventionnement par le conseil général, IVG médicamenteuse jusqu'à 7 SA, convention avec un établissement de santé) ;
- développement de l'activité complète (IVG médicamenteuse) ou partielle (consultations pré et post IVG) au sein des centres périnataux de proximité, en concertation avec le développement de l'offre en médecine libérale ;
- mise en conformité avec la réglementation : tous les établissements de santé réalisant les IVG doivent tous comporter un centre de planification familiale ou avoir passé une convention avec ces centres afin de :
 - > mieux coordonner les différents temps de consultation pré IVG,
 - > favoriser les interventions des conseillères conjugales.

4.3.3 Plan d'action

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Maintenir l'accessibilité actuelle dans les 27 sites	Inscrire l'activité IVG dans les CPOM des établissements concernés Développer la formation pratique des professionnels de santé à cette activité en intégrant les stages dans les centres d'IVG et les CPEF dans le cursus de formation des internes, des sages femmes et des IDE	Part des ES pratiquant les IVG parmi les ES autorisés à l'activité chirurgicale et obstétricale	
Développer les IVG médicamenteuses en pratique « ambulatoire » de ville	Formations et conventionnement Avec médecins généralistes volontaires et notamment à ceux titulaires d'un DU de spécialités de la santé de la mère et de l'enfant Avec les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) Evaluer le dispositif avec l'ensemble des partenaires	Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé / nombre total d'IVG au niveau régional	
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Permettre la mise à disposition des différentes techniques au sein de tous les centres d'IVG.	Développer, la formation et l'échange des pratiques entre équipes réalisant des IVG (regroupant les centres d'IVG, les CPEF et le mouvement associatif) afin de : - Développer, améliorer et garantir la qualité des réponses assurées le plus souvent en première ligne par les secrétariats - Contractualiser les relations entre CPEF - MFPP et centres d'IVG pour l'orientation rapide des femmes et la promotion des politiques contraceptives - Mieux comprendre les contextes et renforcer les politiques contraceptives auprès des femmes ayant eu plusieurs recours à l'IVG Développer les enquêtes externes auprès des femmes sur l'accès et les conditions de réalisation de cette activité	Part des sites pratiquant les 3 techniques d'IVG (médicamenteuses, instrumentales sous anesthésie générale, instrumentales sous anesthésie locale) Part d'IVG itératives	

5. SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

5.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

La structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation s'appuie sur les décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 parus le 17 avril 2008. Ceux-ci réglementent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins. Ils ont fait l'objet de précisions apportées par la circulaire DHOS n° 2008-305 du 3 octobre 2008.

Il convient tout d'abord de rappeler :

- que le champ des soins de suite et de réadaptation, de par sa position entre les soins de courte durée et le retour à domicile, les unités de soins de longue durée (USLD) ou le secteur médico-social (EHPAD), est un secteur stratégique au rôle clé : participer à « **l'animation des filières de prise en charge** » ;
- que ce secteur connaît un développement continu en raison des besoins de soins croissants liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population ;
- que cette offre de soins est très sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en MCO.

C'est pourquoi les missions, de nature sanitaire mais axées sur le retour du patient vers ses lieux de vie, ont dû être révisées. La réponse au besoin du patient, dans le champ SSR, fait appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge SSR :

- les soins ;
- la rééducation et la réadaptation ;
- la prévention et l'éducation thérapeutique ;
- l'accompagnement à la réinsertion.

L'autorisation de SSR mentionne, le cas échéant, si l'établissement de santé prend en charge des enfants et/ou des adolescents.

Elle précise, par ailleurs, s'il s'agit d'une prise en charge polyvalente et/ou d'une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections cardio-vasculaires ;
- affections respiratoires ;
- affections des systèmes : digestif, métabolique et endocrinien ;
- affections onco-hématologiques ;
- affections des brûlés ;
- affections liées aux conduites addictives ;
- affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

La mise en œuvre de cette réglementation a donné lieu à la délivrance de nouvelles autorisations le 26 juillet 2010 pour l'ensemble des activités de SSR de la région. Les établissements devaient être en conformité pour le 31 juillet 2012 pour les activités préexistantes et au 31 juillet 2014 pour les activités nouvellement créées (dans un délai de 6 mois à compter de la mise en œuvre). S'agissant des volumes d'activité, le remplacement des OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins) par des IPA (Indicateurs de pilotage d'activité) fait l'objet d'une méthode nationale de calcul par la DGOS.

En termes d'impact budgétaire, il convient de souligner que, dans la perspective de la mise en place de la future tarification à l'activité en SSR et par rapport à la délivrance des nouvelles autorisations, un principe général a été retenu : celui de la continuité tarifaire.

En effet, le niveau national conduit ses travaux sur la mise en œuvre progressive d'un nouveau dispositif de financement, reporté à 2016.

5.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

Le diagnostic est opéré, d'une part, par un récapitulatif des autorisations d'activité délivrées en 2010 et, d'autre part, à partir des données d'activité (PMSI 2009) complétées des résultats des visites de conformité réalisées en 2011-2012.

- Les données épidémiologiques

Le développement de l'activité de soins de suite et de réadaptation résulte largement de la progression des maladies chroniques, des événements de santé invalidants et du vieillissement de la population :

- **S'agissant des maladies chroniques**, la Bretagne est particulièrement touchée par les maladies cardio-vasculaires et les pathologies respiratoires ;
- **Les événements de santé invalidants** (ex : accidents de la route, accidents vasculaires cérébraux...) sont également **un facteur de recours aux soins de suite et de réadaptation** pour la prise en charge des personnes pour lesquelles un potentiel de récupération existe ;
- **En ce qui concerne le vieillissement de la population**, l'INSEE prévoit un doublement des personnes âgées de plus de 85 ans d'ici 2050 (5 % de la population bretonne en 2010). Cette évolution démographique va engendrer **un accroissement de la demande de soins**. En effet, le recours à l'hospitalisation augmente avec l'âge. Les soins de suite et de réadaptation doivent accompagner cette évolution démographique en favorisant la transition entre le court séjour et le domicile ou le secteur médico-social.

Il est à rappeler, enfin, que la Bretagne est particulièrement concernée par les maladies de l'appareil circulatoire et les pathologies cancéreuses lesquelles contribuent à solliciter les services de soins de suite et de réadaptation au terme de la phase curative.

Les autorisations données en juillet 2010 concernent 80 établissements :

- Territoire de santé n° 1 : 14
- Territoire de santé n° 2 : 6
- Territoire de santé n° 3 : 10
- Territoire de santé n° 4 : 7
- Territoire de santé n° 5 : 23
- Territoire de santé n° 6 : 7
- Territoire de santé n° 7 : 10
- Territoire de santé n° 8 : 3

et portent sur les diverses modalités de prise en charge.

Les capacités installées au 31 décembre 2012 portent sur près de 6 000 lits et places (source visites de conformité 2012), soit un taux d'équipement de 175 lits/places/100 000 hab (taux national = 168 lits/places /100 000 hab, source STATISS 2009), avec de très importantes disparités selon les TS et selon les spécialités. Ce taux d'équipement est très élevé dans le TS 3, très faible dans les TS 8, 4 et 6 : l'offre régionale en SSR nutritionnels et respiratoires est très faible.

Il reste encore quelques autorisations non mises en œuvre, notamment sur les alternatives.

L'étude du lien entre taux de recours et taux d'équipement confirme que la population sans offre spécialisée a un accès aux soins très inférieur à celui de la population bénéficiant d'une offre de proximité.

D'importantes disparités existent entre les établissements, en termes de plateau technique, de ratios et de qualité de personnels, même à catégorie de SSR identique.

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3

La consommation de soins de suite et de réadaptation de la population bretonne est proche de celle constatée au plan national puisque le taux de recours régional en 2009 standardisé au sexe et à l'âge est de 5 139 journées de SSR pour 10 000 habitants (contre 5 279 pour la moyenne française). Au sein de la région, des disparités existent avec des taux de recours plus importants que la moyenne régionale de la part des populations des territoires de santé n° 1, 2 et 3 alors que celui du TS 8 est particulièrement faible. Les capacités ont permis de réaliser environ 1 575 270 journées en hospitalisation complète (+4,6 % par rapport à 2008) et 152 490 en hospitalisation partielle (+ 10 % par rapport à 2008).

L'activité réalisée est en forte augmentation depuis plusieurs années : 1 821 910 journées en 2012, soit + 15 % en 3 ans. La part de l'hospitalisation partielle reste faible, 10,9 % en 2012. La moitié des journées réalisées l'est pour les personnes de 75 ans et plus, 4,3 % pour les moins de 18 ans.

Les scores moyens de dépendance varient selon les spécialités

La part des séjours post-chirurgicaux varie selon les spécialités :

- < 5 % pour les SSR respiratoires, neurologiques,
- 35 à 40 % pour les SSR polyvalents, cardiovasculaires,
- 44 % pour les SSR locomoteurs.

L'attractivité de la région pour des patients d'autres régions est légèrement supérieure aux fuites hors région constatées (4 % VS/3,3 %).

Sur un plan plus qualitatif, il est important de retenir :

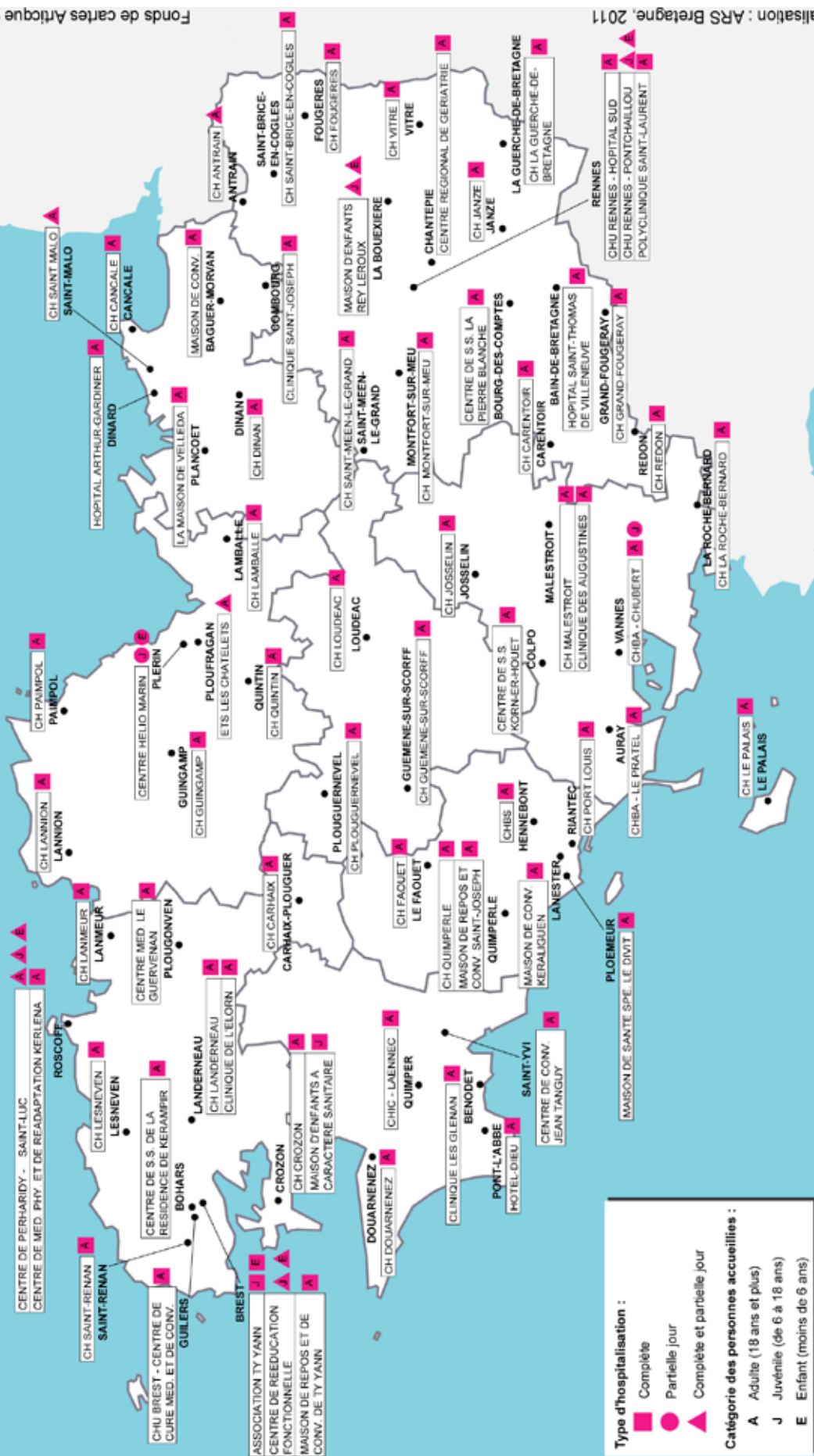
- une graduation des soins effective assurant une répartition par territoire permettant une bonne couverture globale,
- la nécessité de poursuivre la médicalisation pour toutes les structures,
- les difficultés d'aval notamment pour les patients lourdement appareillés ou handicapés.

En termes de diagnostic et de perspectives, des problématiques sont identifiées :

- un **vieillesse démographique** important impliquant une réponse aux besoins en santé et en adaptation de l'offre de santé ;
- **des filières et parcours à fluidifier**, des transversalités à opérer pour favoriser la sortie des patients. Le constat d'insuffisance de places en structures médico-sociales demeure, de même que l'insuffisance des possibilités de la prise en charge à domicile.

Enfin, subsistent les problématiques liées à la prise en charge des patients lourdement handicapés.

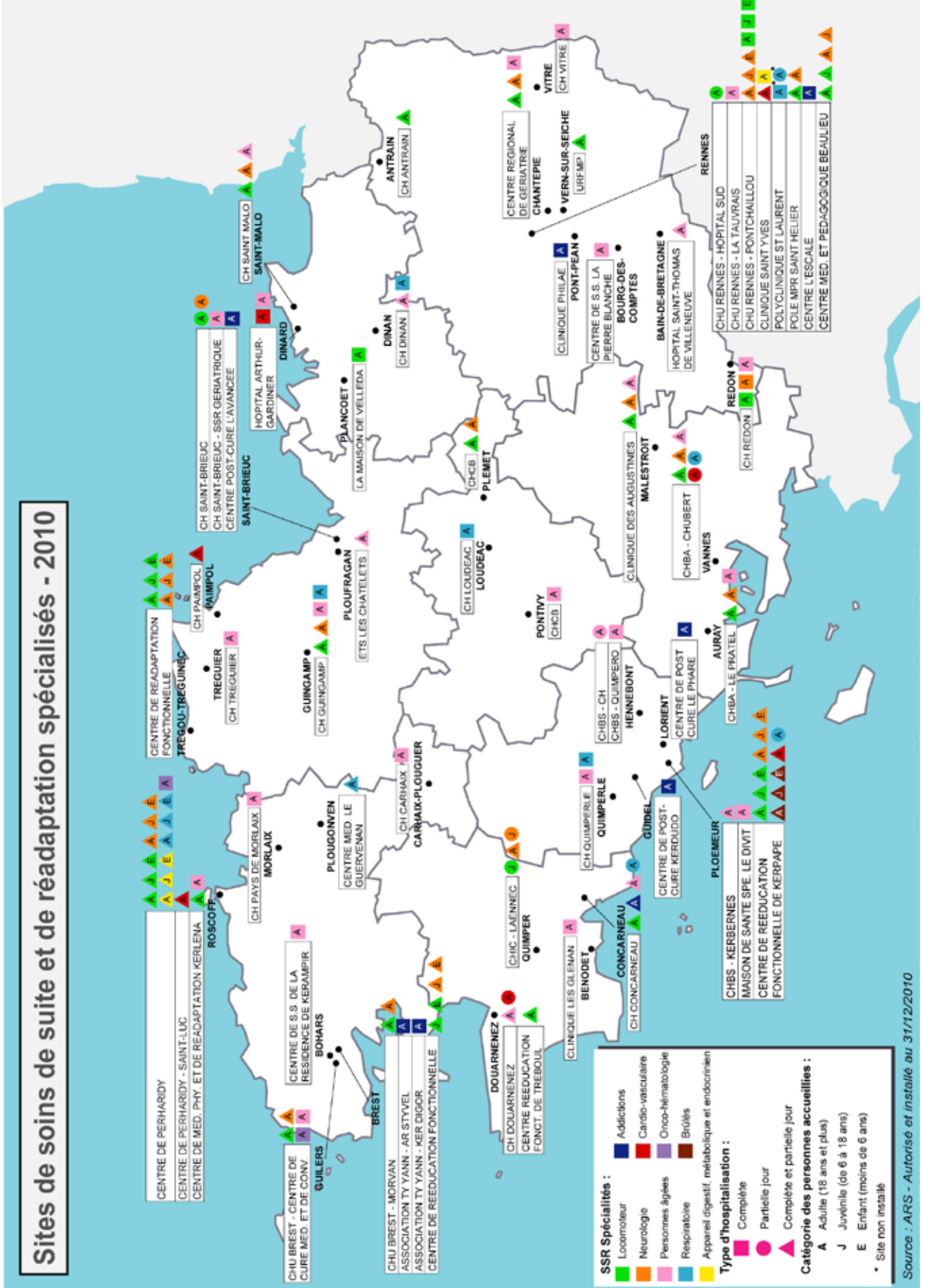
Sites de soins de suite et de réadaptation non spécialisés - 2010



Sites de soins de suite et de réadaptation spécialisés - 2010

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011



5.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

5.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Mettre en œuvre le maillage territorial afin d'améliorer l'accès aux soins

L'offre de soins de SSR est organisée de manière à assurer le maillage de la région et la gradation des soins. Sa structuration est la suivante :

Des SSR de proximité (infra-territorial) comportant :

- une offre de soins suffisante en SSR polyvalents ;
- ainsi que des SSR spécialisés personnes âgées poly-pathologiques dépendantes impliqués dans la filière gériatrique de territoire avec un rôle de recours et d'expertise et pouvant accueillir (ou disposant déjà) (d') une unité cognitivo-comportementale.

Des SSR à vocation territoriale comportant à minima :

- un SSR spécialisé dans les affections de l'appareil locomoteur ;
- un SSR spécialisé dans les affections neurologiques pour couvrir les besoins de chaque territoire. S'agissant de la filière AVC, le principe d'identification pour chaque territoire de santé d'un SSR spécialisé en neurologie et d'un SSR polyvalent participant à la filière et lié au SSR spécialisé par convention, est maintenu.

Des SSR à vocation pluri-territoriale comportant :

- des SSR spécialisés dans les affections cardio-vasculaires : tous les territoires sont (ou seront) couverts ;
- des SSR spécialisés dans les affections respiratoires : un à deux sites d'implantations sont prévus en fonction des territoires de santé ;
- des SSR spécialisés dans les affections liées aux conduites addictives sont implantés sur les territoires de santé 1, 2, 3, 5 et 7. Chacun des quatre départements bretons est donc couvert. Dans le prolongement du précédent SROS, il est rappelé qu'un effort de médicalisation de ces SSR serait nécessaire.

Des SSR à vocation régionale comportant :

- les SSR pour enfants et adolescents : une réflexion est en cours sur l'organisation des SSR pédiatriques des TS 1 et 2 et devra être menée dans les trois autres départements pour améliorer les écarts de recours aux soins.
- deux SSR spécialisés dans la prise en charge des troubles digestifs métaboliques et endocriniens ; deux SSR en onco-hématologie, un SSR spécialisé locomoteur (Rééducation Réadaptation Professionnelle) ; 3 SSR cardio-vasculaires.
- 6 SSR prenant en charge les pathologies neurologiques lourdes dont les lésés cérébraux et les blessés médullaires.
- un maillage interrégional pour la prise en charge des brûlés.

b) Améliorer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins exprimés

Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation :

- en veillant à un maillage : prioriser le développement des structures alternatives à l'hospitalisation complète sur les bassins de population importants (afin de limiter notamment les transports de patients) ;
- en précisant les modalités de prise en charge des traitements de cure ambulatoire (TCA) pour l'ensemble des spécialités.

Améliorer la prise en charge pour les besoins non ou mal couverts :

- pour les filières AVC, cardio-vasculaire et respiratoire : faciliter l'accès en SSR spécialisé grâce à une meilleure information des praticiens hospitaliers et libéraux pour l'adressage des patients et dans le cadre de la structuration des filières (passerelles entre SSR polyvalents et SSR spécialisés) ;
- pour les états végétatifs chroniques (EVC) : promouvoir le regroupement de ces patients dans des petites unités dédiées ;
- pour la prise en charge des blessés médullaires et cérébro lésés ;
- pour les prises en charge gériatriques : améliorer la couverture en personnel soignant des structures spécialisées les moins bien dotées et poursuivre la mise en œuvre du plan Alzheimer (labellisation des unités cognitivo-comportementales) ;

- pour les prises en charges en addictologie : améliorer la médicalisation de ces structures ;
- pour les prises en charge pédiatriques : définir les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale de l'enfant dans la région ;
- pour la prise en charge des plaies chroniques.

5.3.2. Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

a) Améliorer l'orientation des patients tout au long de leur prise en charge :

- développer les admissions directes en SSR afin de limiter le recours aux services d'urgence et de court séjour, en améliorant la communication auprès des médecins de ville ;
- Améliorer le passage du court séjour vers le SSR par la mise en place d'un outil de gestion de l'information uniforme pour l'ensemble de la région ;
- Prévoir, protocoliser et favoriser les sorties du SSR vers l'aval.

b) Développer l'évaluation des prises en charges :

- Les visites de conformité des services SSR ont eu lieu en 2012 et ont permis de vérifier la conformité aux décrets de 2008, suite à la délivrance des nouvelles autorisations en juillet 2010. Les écarts constatés en termes de plateaux techniques et de ratios de personnels affectés devront faire l'objet d'une réflexion régionale.
- la certification des établissements par l'HAS et plus particulièrement les évaluations des pratiques professionnelles, constituent également un outil d'amélioration de la qualité de soins.
- La pertinence des prises en charge devra également être prise en compte.

De manière plus précise et en application de la circulaire du 24 février 2011, il est demandé de conforter la fiabilité des bilans initiaux pour l'entrée du patient en soins de suite et de réadaptation en s'assurant de la précision et de l'exhaustivité des informations qui y sont portées. Ce travail nécessite l'implication du prescripteur de l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation. De la même manière, il convient de garantir la complétude du bilan de sortie du patient.

La prise en charge de la douleur doit être améliorée par la mise en place de consultations pluri-disciplinaires.

c) Améliorer l'efficience en préparant le passage à la T2A

Dans le contexte de la prochaine réforme du financement, les tarifs des établissements sous OQN et les dotations annuelles de financement prendront en compte la lourdeur des prises en charge des patients accueillis.

5.4 PLAN D'ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Réajuster la répartition de l'offre de soins en SSR	Évaluer l'impact de la mise en œuvre des nouvelles autorisations lorsque l'ensemble des visites de conformité aura été réalisé (soit d'ici à la fin 2014).	Taux de conformité suite aux visites de conformité	
	Équilibrer l'offre en SSR (hospitalisation complète et alternative) en Bretagne en priorité pour les territoires de santé pour lesquels les taux de recours sont les plus faibles.	Taux d'équipement en SSR polyvalents Taux d'équipement par spécialité Taux d'équipement adultes/enfants	
Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation (ne pas déplacer les patients vers des structures éloignées)	Développer les hôpitaux de jour pour chaque type de SSR spécialisés par substitution à l'hospitalisation complète. Définir les caractéristiques de la prise en charge en traitement de cure ambulatoire (TCA) pour l'ensemble des spécialités.		
Améliorer la prise en charge pour les besoins non ou mal couverts	Favoriser la prise en charge rééducative précoce pour les patients victimes d'AVC en facilitant l'accès en SSR	Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC	Fiche AVC
	Améliorer l'adressage des patients vers les SSR cardio-vasculaire et respiratoire	Evolution de la file active des patients pris en charge en SSR cardio-vasculaire Evolution de la file active des patients pris en charge en SSR respiratoire	
	Promouvoir des projets départementaux des prises en charge pédiatriques		
	Promouvoir le regroupement des patients en état végétatif chronique au sein de petites unités adaptées à ce type de prise en charge Mener une réflexion sur la prise en charge au long cours de ces patients (USLD, MAS...).		Fiche USLD
	Adapter la prise en charge des blessés médullaires et des cérébro-lésés aux besoins		
	Organiser la prise en charge des troubles nutritionnels au niveau régional et territorial, dont la filière régionale de prise en charge de l'obésité		
	Poursuivre la mise en œuvre du plan Alzheimer par l'installation des unités cognitivo-comportementales au sein des SSR spécialisés PAPD ou au sein des SSR	Nombre d'Unités Cognitivo-Comportementales validées	
	En addictologie : poursuivre la médicalisation des structures et favoriser l'accompagnement psychiatrique et/ou psychologique du patient en renforçant les liens entre structures médicales, de soins de suite et psychiatriques.		
	S'agissant de la prise en charge pédiatrique : conduire une réflexion sur la prise en charge de l'anorexie mentale de l'enfant		
	Améliorer la prise en charge des plaies chroniques		
Améliorer l'orientation des patients tout au long de la prise en charge	Améliorer la fluidité des passages entre le court séjour et le SSR	Taux d'équipement des établissements en logiciel (Annuaire et agenda partagé), (appli : ORIS)	Programme télémédecine
	Limiter le recours aux structures d'accueil des urgences et aux services de court séjour en favorisant les admissions directes depuis le domicile	Taux d'entrées directes en SSR chez les personnes de 75 ans et plus	
	Protocoliser l'aval des prises en charges SSR, en renforçant les coopérations entre sanitaire, médico-social et ambulatoire	Part des séjours supérieurs à 3 mois - Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux. - Taux de transfert en court séjour, - Taux de retour à domicile, - Taux de réhospitalisation	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Développer l'évaluation des prises en charge	Mieux prendre en charge la douleur et participer à la mise en place de consultations pluri-disciplinaires et de protocoles Suivre le résultat des visites de certification (HAS) Suivre les réponses des établissements de santé aux observations formulées par les inspecteurs lors des visites de conformité		
Améliorer l'efficacité en préparant le passage à la T2A	Affiner l'évaluation des coûts des structures : prise en compte des plateaux techniques, des molécules onéreuses, des activités d'appareillage... dans une optique de montée en charge de la T2A à horizon 2012-2013 Comprendre les effets de la modulation des ressources des établissements de santé en fonction du modèle intermédiaire fondé sur l'indice de valorisation de l'activité (IVA) Harmoniser les pratiques en matière de codage des séances de traitement de cures ambulatoires en tenant compte des critères d'orientation et de caractérisation établis par l'ORSB en 2003 pour le SSR de l'appareil locomoteur.		

6. SOINS DE LONGUE DURÉE

6.1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Les unités de soins de longue durée (USLD) ont fait l'objet récemment (en 2006) d'une nouvelle définition et d'une partition de leur capacité au regard des résultats des coupes PATHOS réalisées en 2006.

Cette partition est intervenue entre 2008 et 2010.

*« Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques concernées requièrent **un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.***

Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile. »

La circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée a redéfini les soins de longue durée. Cette dernière a un impact sur les patients pris en charge en EHPAD et sur l'organisation des soins qui en découle, mais ne précise pas dans quelle proportion les établissements médico-sociaux peuvent accueillir des personnes âgées nécessitant des soins médico-techniques importants.

Les unités de soins de longue durée accueillent des personnes polypathologies en perte d'autonomie.

Les personnes démentes, déambulantes ou non, qui ne sont pas classées « Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) », qui ne nécessitent que peu de soins médicaux et pas de présence continue d'une infirmière ne relèvent pas d'une prise en charge en USLD.

Les USLD assurent une prise en charge devant allier les impératifs sanitaires et les impératifs médico-sociaux et elles sont à la jonction entre le sanitaire et le médico-social.

Les unités de soins de longue durée sont des unités hospitalières et constituent un maillon de la filière de soins gériatriques.

La spécificité des USLD et la qualité de la prise en charge qui en découle dépendront de la manière dont sera mise en œuvre sur le terrain, la partition effective USLD/EHPAD en termes d'organisation et de développement de nouvelles prises en charge.

L'enjeu principal du nouveau schéma est de développer une offre et des prises en charge adaptées, de qualité, en associant les aspects sanitaire, social et médico-social et le plus possible en lien avec la famille.

De façon complémentaire, des lits supplémentaires pourront être envisagés au sein de certains territoires.

6.2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

6.2.1. Caractéristiques des lits d'USLD accueillant des personnes âgées en Bretagne

La redéfinition des USLD a recentré les USLD sur leur vocation sanitaire à partir des résultats des coupes transversales effectuées en 2006 avec l'outil PATHOS. Cet outil a identifié les personnes au profil « soins médicaux techniques importants » (SMTI) ajouté aux « fins de vie » qui nécessitent des soins de base et des soins palliatifs comme pouvant prétendre à une prise en charge USLD.

En 2006, la Bretagne comptait 5 366 lits d'USLD occupés par des personnes âgées dépendantes. Il a été constaté que :

- 1 057 résidents (soit 20 %) relevaient d'un accueil et d'une prise en charge psychiatrique au regard de leurs pathologies ;
- 952 lits étaient spécifiquement adossés à des établissements psychiatriques ;
- 251 patients ont été reconnus comme profils SMTI/M2 soit 26 % des capacités.

Sur 1 673 lits USLD redéfinis en Bretagne, soit 31 % de la capacité totale contre 35 % au niveau national, 339 lits d'USLD redéfinis sont actuellement dans les établissements psychiatriques, soit 20 % de la capacité totale des lits d'USLD redéfinis. La répartition de lits « USLD psychiatriques » est variable selon les régions.

En Ile de France, ils représentent 23 % de la capacité totale des lits de soins de longue durée, tandis qu'en Champagne Ardenne et en Basse Normandie, il n'y a aucun lit de soins de longue durée en psychiatrie.

Cette caractéristique impacte la photographie de la répartition des lits USLD en Bretagne, d'autant que ces établissements psychiatriques ne font pas partie intégrante des filières gériatriques.

Sur les 17 filières gériatriques identifiées en Bretagne, seule une ne dispose pas d'unité de soins de longue durée.

Le dimensionnement des USLD est très hétérogène d'une filière à l'autre allant de 30 à 152 lits, les deux grands services se trouvant au sein des deux CHU. Selon l'annexe 2 de la circulaire du 10 mai 2007, il est recommandé « qu'une unité de soins de longue durée dispose au minimum de 30 lits dans le respect des contraintes architecturales. »

La distinction des lits USLD/EHPAD n'est pour la plupart du temps pas réalisée. Or, selon l'annexe citée ci-dessus, « les lits d'USLD ont vocation à être à terme physiquement et fonctionnellement regroupés ». Pour 8 des 30 USLD redéfinies, l'établissement a distingué les lits d'USLD. Pour les autres unités d'USLD et d'EHPAD les patients ne sont pas séparés géographiquement et ils ne disposent pas d'équipe soignante dédiée.

Les réorganisations de service n'ont pas eu lieu et la permanence des soins pour deux filières n'est pas assurée. Pour beaucoup d'USLD, les locaux sont vétustes avec une proportion forte de chambres doubles et peu de douches dans le même service.

6.2.2 Caractéristiques des lits de soins longue durée accueillant des personnes de moins de 60 ans, généralement atteintes de maladies neuro-dégénératives, blessés médullaires, traumatisés crâniens et personnes victimes d'un AVC en Bretagne

Une étude est à réaliser en lien avec les filières de prise en charge de ces patients (en lien avec les volets SSR, Pathologies du vieillissement, Filières gériatriques et médecine du SROS 4).



6.3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

Les opérations de partition des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) menées en 2007 et 2010 ont donné lieu à l'actualisation du volet « prise en charge des personnes âgées » dans le SROS 3, arrêté en octobre 2009 par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne. Il convient désormais, dans ce schéma, d'apporter les éléments d'actualité et de rappeler les priorités qui justifient l'actualisation du plan d'actions du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

6.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Assurer la poursuite du maillage territorial pour répondre aux besoins des territoires

La mise en œuvre de la redéfinition des unités de soins longue durée a dessiné un nouveau paysage. Elle doit permettre **une amélioration de l'accès aux soins de longue durée pour toutes les personnes** qui « présentent une pathologie organique chronique ou une poly pathologie active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de compensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable... » et ce, **quel que soit l'âge des patients**.

Dans la mesure où la répartition des capacités d'accueil et des crédits a été réalisée sur les établissements qui avaient un statut juridique d'établissement sanitaire d'USLD au 19 décembre 2005, la plupart des établissements des territoires 7 et 8 ont été exclus de la réforme puisqu'ils avaient anticipé la parution des textes régissant les unités de soins de longue durée et transféré les lits d'USLD en places d'EHPAD.

En conséquence, dans ces territoires, le taux d'équipement dépasse tous justes 3 lits d'USLD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, quand la recommandation nationale est à 6 lits de soins de longue durée pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Par ailleurs, le vieillissement de la population bretonne tel qu'il ressort du recensement de 2006, publié en 2009, montre que ce phénomène est accentué dans certains territoires du fait de l'arrivée de personnes âgées voire très âgées dans les grandes villes de Bretagne et sur les zones côtières. Ce solde migratoire positif concerne surtout les territoires de santé 7, 6 et 1.

Pour les patients nécessitant des soins de longue durée dans les filières de prise en charge des AVC, des traumatisés crâniens et blessés médullaires, les établissements de référence sur chaque territoire de santé doivent en concertation avec les établissements de santé du territoire apprécier la pertinence d'un regroupement de ces patients dans l'établissement du territoire disposant d'une unité de soins de longue durée la plus adaptée pour prendre en charge ces patients.

Concernant la mise en œuvre de soins palliatifs dans les USLD, elle doit être envisagée en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs du territoire ou de l'unité de soins palliatifs.

Le besoin en lits d'USLD à échéance du schéma est estimé à 2000 lits environ, pour 1 673 lits installés à ce jour, pour les seules personnes âgées auxquelles, il convient de prendre en compte les besoins des personnes de moins de 60 ans atteints de pathologies entraînant une perte durable d'autonomie.

La création de lits supplémentaires d'USLD interviendra par redéploiement de crédits à l'intérieur de l'enveloppe sanitaire et concernera prioritairement les territoires de santé 7, 1 et 6 pour un volume de l'ordre de 200 lits environ.

b) Les USLD comme maillon essentiel de la fluidité de la filière gériatrique au sein des territoires de santé

Les USLD existantes dans 30 établissements de santé doivent participer au fonctionnement des filières de soins gériatriques.

Ces unités, garanties d'une prise en charge adaptée à la population âgée et handicapée lourdement dépendante, sont à la frontière entre le sanitaire et le médico-social.

Bien que les effectifs soignants soient fonction de la dotation soins établie selon les GMPS, il est requis la présence 24H/24 d'une infirmière et d'une aide soignante. Le taux d'encadrement doit tendre vers 1,1 équivalent temps plein par lit comprenant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Ce taux doit tenir compte de la lourdeur de la prise en charge. La prise en charge doit être coordonnée par un médecin gériatre.

La prise en charge de la personne est donc assurée par une équipe pluridisciplinaire.

En conséquence, les modalités d'admission dans ces unités doivent être sélectives et rigoureuses au regard de l'évaluation gériatrique, médico-psycho-sociale réalisée. Compte-tenu du nombre plus restreint d'USLD sur chaque territoire, une attention particulière sera apportée aux coopérations et échanges qui devront être formalisés avec les autres services de la filière gériatrique et les EHPAD pour favoriser les transferts plus fréquents de la personne âgée en fonction de son état de santé. La meilleure intégration des USLD au sein de filières gériatriques bien identifiées sur chaque territoire est une condition **d'amélioration de la qualité des prises en charge** proposées dans un cadre architectural approprié et dans un environnement soignant en nombre suffisant. À cet égard, les commissions d'admission territoriales devront pouvoir être un lieu d'évaluation du besoin au sein d'un territoire.

6.3.2. Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

a) Évaluer l'adéquation des patients dans les lits d'USLD

L'identification de quelques unités de soins de longue durée sur chaque territoire de santé suppose une appréciation rigoureuse des états pathologiques, qui correspondent à cette nouvelle définition et nécessite de **développer des soins adaptés** afin de bien différencier les prises en charge à travers des projets de vie ou de séjour pour la population âgée et / ou très dépendante. **L'évaluation de la mise en place de la réforme des USLD intervenue entre 2008 et 2010 devra permettre de finaliser des plans d'actions différenciées selon les territoires.**

b) Poursuivre l'évaluation des structures d'USLD dans le cadre des conventions tripartites

Les USLD ont plusieurs missions pour assurer une prise en charge de qualité des personnes en perte d'autonomie.

Elles doivent ainsi :

- Assurer aux patients des soins d'entretien de l'aire de soins médicaux et techniques et des soins relationnels ;
- Elaborer un projet de vie individuel pour chacun dans le service de qualité de vie ;
- Assurer l'accompagnement des patients et des proches ;
- Mettre en place les outils permettant le respect des droits des usagers ;
- Mettre à disposition un hébergement fortement médicalisé mais comportant des spécificités médico-sociales comme celle de la nécessité de prévoir la participation des équipes à des projets adaptés de la structure. Cette démarche est d'autant plus importante depuis la partition pour éviter un étiquetage « sanitaire prédominant dans la prise en charge ».

Une organisation du travail et du management des ressources humaines adapté à la spécificité des unités de soins sera à prévoir.

6.4. PLAN D' ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Renforcer le maillage territorial pour améliorer l'accès aux soins de longue durée	Réaliser une enquête sur les besoins en place de soins de longue durée pour les personnes âgées de moins 60 ans, dans chaque territoire à partir des malades en attente de sortie des SSR Identifier une offre de soins de longue durée dans les territoires de santé aux taux d'équipement les plus éloignés de la recommandation nationale Poursuivre la mise en place de la tarification du GMPS avec la réalisation en 2011 de nouvelles coupes transversales selon le référentiel PATHOS.	Durée moyenne de séjour des patients en SSR avec sortie en USLD Nombre de lits d'USLD Nombre de lits d'USLD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus	Les pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
Les USLD comme maillon essentiel de la fluidité de la filière gériatrique au sein des territoires de santé	S'assurer que la mise en place des unités dédiées UHR répond aux besoins des personnes souffrant de troubles de comportement et aux manifestations liées à la maladie d'Alzheimer ; Formaliser des coopérations et des coordinations avec : - Les soins palliatifs - La gériatrie-psychiatrie - Les autres structures de prise en charge des personnes âgées pour faciliter les sorties et les transferts en cas de modification de l'état de santé des personnes âgées. Poursuivre la mise en œuvre de la partition des USLD en identifiant des lits physiquement et fonctionnellement regroupés au sein d'unités viables économiquement et dotées d'une qualité architecturale.	Évaluation des conventions tripartites : - part des établissements évalués - part des établissements évalués ayant mis en place des actions en faveur de la bientraitance, - part des établissements évalués ayant mis en place un projet de séjour individualisé	
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Améliorer l'adéquation et la qualité des prises en charge en lien avec la qualité des conditions de travail des personnels intervenant en USLD Développer l'évaluation des structures	Développer des actions de soutien et de formation du personnel destinées à faciliter le travail des soignants et développer l'attractivité et la stabilité du personnel en USLD Favoriser les échanges avec d'autres unités, voire l'entourage familial pour diversifier les types de prises en charge et d'accompagnement	Part des établissements ayant mis en place des formations en faveur de la bientraitance	

7. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

7.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

En Bretagne, les SROS de 2e et 3e générations avaient inclus un volet dédié aux pathologies cardio-vasculaires et leur mise en œuvre a permis de structurer la filière de prise en charge de ces maladies. Néanmoins, l'exercice des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie n'était pas codifié au niveau national.

L'année 2009 a vu la publication de nouvelles bases réglementaires :

- Décrets n° 2009-409 et n° 2009-410 du 14 avril 2009 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- Arrêté du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour ces activités.

Le volet "Prise en charge des maladies cardio-vasculaires" du SROS 3 a été révisé le 9 avril 2010 dans une démarche d'actualisation du champ des activités interventionnelles en cardiologie.

Il s'appuie sur la circulaire N° DHOS 04/2009/279 du 12 août 2009 qui précise les conditions nécessaires à l'organisation de ces activités interventionnelles en cardiologie.

Désormais, une liste de 3 types d'actes définit le champ de la prise en charge spécifique de certaines maladies cardiovasculaires (troubles du rythme ; insuffisance cardiaque ; pathologies coronaires ; cardiopathies congénitales) et est soumise à autorisation.

Les activités interventionnelles correspondantes font l'objet de cette fiche thématique du SROS 4.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie mentionnées au 11° de l'article R. 6122-25 comprennent :

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

Le champ spécialisé de ces activités est limité aux actes les plus complexes, en excluant la pose des stimulateurs cardiaques dits classiques ou conventionnels (simple et double chambre) qui relèveront désormais des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) de la thématique médecine du SROS 4.

7.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

(sources ARS, ORSB, INSEE, INSERM, CNOM, PMSI, ORBI, CNAMTS)

7.2.1 Données épidémiologiques

Surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Bretagne

La région est en situation de surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, dont les maladies cardiovasculaires, par rapport à la France :

- + 16% chez les hommes (ICM Bretagne = 113) ;
- + 13% chez les femmes (ICM Bretagne = 113).

3 territoires de santé sont plus particulièrement concernés (territoires n° 1, n° 2 et n° 8).

Les maladies cardiovasculaires restent en Bretagne, malgré une forte baisse du taux standardisé de décès par cardiopathie ischémique (40 % de mortalité en moins depuis 20 ans), la 2^{ème} cause de mortalité chez les hommes (26 %) et la première cause de mortalité chez les femmes (32,6 %). L'évolution à la baisse du taux de décès par cardiopathie ischémique est attribuée aux améliorations de la prévention primaire et secondaire, individuelle mais aussi collective et de la prise en charge des malades lors de la phase aiguë.

La part de ces maladies chroniques risque de progresser avec l'augmentation de l'espérance de vie (76,3 ans chez l'homme, 83,8 ans chez la femme), corrélée à une augmentation de la population dans notre région et à son vieillissement (750 000 personnes âgées de plus de 60 ans en 2011 et 1,1 million à l'horizon 2030).

Les décès par cardiopathie ischémique représentent une part importante des décès cardio-vasculaires (26,7 % en 2006) :

- en France, 36,9 décès pour 100 000 habitants (38 806 décès) et 9,3 décès pour 100 000 habitants d'âge < 65 ans (5 200) ;
- en Bretagne, 41,3 décès pour 100 000 habitants (2 443 décès) et 8,2 décès pour 100 000 habitants d'âge < 65 ans (230).

Données de morbidité : les pathologies cardiovasculaires constituent le premier motif d'hospitalisation médicale en court séjour dans notre région (>13%). Le taux standardisé d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique en MCO atteint 291,6 pour 100 000 habitants (inférieur au taux moyen national = 403,7).

7.2.2 Données d'activité

Délais d'admission

Depuis 2006, l'Observatoire régional breton sur l'Infarctus du myocarde (ORBI) est mis en place et recueille les données d'activité des centres d'angioplastie concernant tout infarctus ST + (segment Élévation Myocardial Infarction) admis dans les 24 heures suivant le début de la douleur, qu'il soit ou non passé par un autre centre.

3 702 patients ont été inclus entre le 01/06/2006 et le 01/06/2010, 80 par mois en moyenne sur les 8 centres en 2009 et 2010.

Au total, l'admission en Centre de cardiologie interventionnelle permet de raccourcir significativement le délai médian de prise en charge (« 1^{ère} intervention – traitement par angioplastie transcoronarienne (ATC) », soit 105 minutes (dont 64 mn entre la 1^{ère} intervention et l'admission en Centre) et 43 mn entre l'admission et l'ATC). Au total, 34 % de ces patients sont traités dans un délai inférieur à 90 mn et 62 % avant 120 mn.

Dans le cadre d'un circuit optimal avec admission directe en salle de cathétérisme sans passer par l'Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) ni par les Urgences (74 % des patients adressés en Centre par le SMUR), le délai médian de réalisation de l'ATC est abaissé à 90 minutes.

Le passage initial en Centre hospitalier de proximité sans salle de cathétérisme rallonge considérablement le délai médian de prise en charge « 1^{ère} intervention – traitement par angioplastie ATC », soit 181 minutes (dont 140 mn entre la 1^{ère} intervention et l'admission en Centre) et 34 mn entre l'admission et l'ATC).

Données PMSI MCO 2009

- > **actes de type 1 :** entre 2007 et 2009, 1 591 actes de type 1 en moyenne par an (évolution + 17,8 % en 3 ans et progression 2009/2008 estimée à + 10,7 %). En 2009, 881 procédures d'ablations sont soumises à seuil sur 7 sites autorisables. Le seuil minimal par site a été fixé à 50 actes de procédures d'ablation endocavitaires, hors ablation de la jonction atrio-ventriculaire.
- > **actes de type 2 :** entre 2007 et 2009, 123 actes de type 2 en moyenne par an (évolution + 88,8 % en 3 ans et progression année 2009/2008 estimée à + 14,2 %). En 2009, 100 actes sont soumis à seuil sur le seul site autorisable (CHU Rennes). Le seuil minimal a été fixé à 40 actes portant sur les cardiopathies congénitales enfants/ adultes, dont au moins 50 % sur les enfants, soit ≥ 20 actes.
- > **actes de type 3 :** entre 2007 et 2009, 5 030 actes de type 3 en moyenne par an (évolution + 13,4 % en 3 ans et progression 2009/2008 estimée à + 5,4 %). En 2009, 5 326 angioplasties coronaires sont soumises à seuil. Le calcul du seuil concerne les angioplasties. Le seuil minimal annuel par site a été fixé à 350 actes d'angioplastie coronaire.

7.2.3 Démographie des médecins cardiologues, une densité moyenne

Selon la source CNOM, 5 892 médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires sont inscrits en activité régulière à l'Ordre national en France métropolitaine. Notre région présente une densité plutôt faible en cardiologues (7,9 versus 8,5/100 000 habitants au niveau national), voire faible pour le département des Côtes d'Armor (6,35/100 000 habitants). Le rapport entrant/sortant est inférieur à 1 pour les médecins cardiologues. L'âge moyen des cardiologues en activité est de 52 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes.

85,3 % des nouveaux inscrits à l'Ordre au 01/01/2010 exercent en tant que salarié d'un établissement de santé.

Concernant les activités interventionnelles en cardiologie, 53 médecins qualifiés sont recensés dans les dossiers promoteurs d'autorisations.

7.2.4 Le bilan organisationnel du SROS 3

Le dispositif régional hospitalier, trois niveaux d'offre de soins

Organisé sous forme de filière de prise en charge des maladies cardiovasculaires, avec gradation de l'offre de soins en 3 niveaux :

- > **niveau 1** : 15 services de médecine à orientation cardiologique, dont un centre hospitalier territorial de référence (territoire n° 8).
- > **niveau 2** : 7 services de cardiologie avec USIC : 5 centres hospitaliers territoriaux de référence, 1 centre hospitalier de proximité et un établissement privé),
- > **niveau 3** : 2 services de cardiologie hospitalo-universitaires avec USIC (2 CHU).

En aval, 6 structures assurent la prise en charge en réadaptation cardiovasculaire, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. En sus, une structure est en cours d'ouverture sur le TS 7.

Une couverture des besoins satisfaisante

Ce maillage assure une couverture régionale des besoins satisfaisante, avec une organisation territoriale rationnelle et graduée, bien organisée autour de :

- 3 niveaux de cardiologie (2 CHU avec USIC ; 8 services de Cardiologie avec USIC ; 15 services de Médecine à orientation cardiologique),
- 9 services territoriaux de Cardiologie avec USIC et disposant d'un plateau technique pour les activités interventionnelles, avec maillage de proximité par les services de Médecine à orientation cardiologique,
- 1 dispositif inter-territorial, voire régional ou interrégional pour les actes chirurgicaux et interventionnels les plus complexes, notamment pour la prise en charge de troubles du rythme, hors flutter auriculaire, les cardiopathies congénitales et la réadaptation cardio-vasculaire.

Le taux de fuite extra-régional reste modéré (3 %), mais les disparités inter-territoriales demeurent plus marquées pour les besoins du territoire de santé n° 8 (33 % de fuites pour les pathologies cardio-vasculaires hors activités interventionnelles en cardiologie et maximal pour les activités interventionnelles en cardiologie).

Le fonctionnement en réseau s'est développé, s'appuyant sur la mise en œuvre de coopérations et collaborations, voire une coordination régionale.

A ce titre, on peut citer les réseaux de santé cardiovasculaires — RivaRance et Kalonic-, le centre d'excellence en HTA européen de Dinard, du CHU de Rennes, et le centre de prévention cardio-vasculaire à Rennes.

On peut également constater depuis les précédents schémas régionaux d'organisation une amélioration des prises en charge spécifiques : syndromes coronariens aigus (registre ORBI), troubles du rythme avec gradation des soins (procédures d'ablation, pose de prothèses implantables), cardiopathies congénitales chez l'enfant et l'adulte, insuffisance cardiaque chronique.

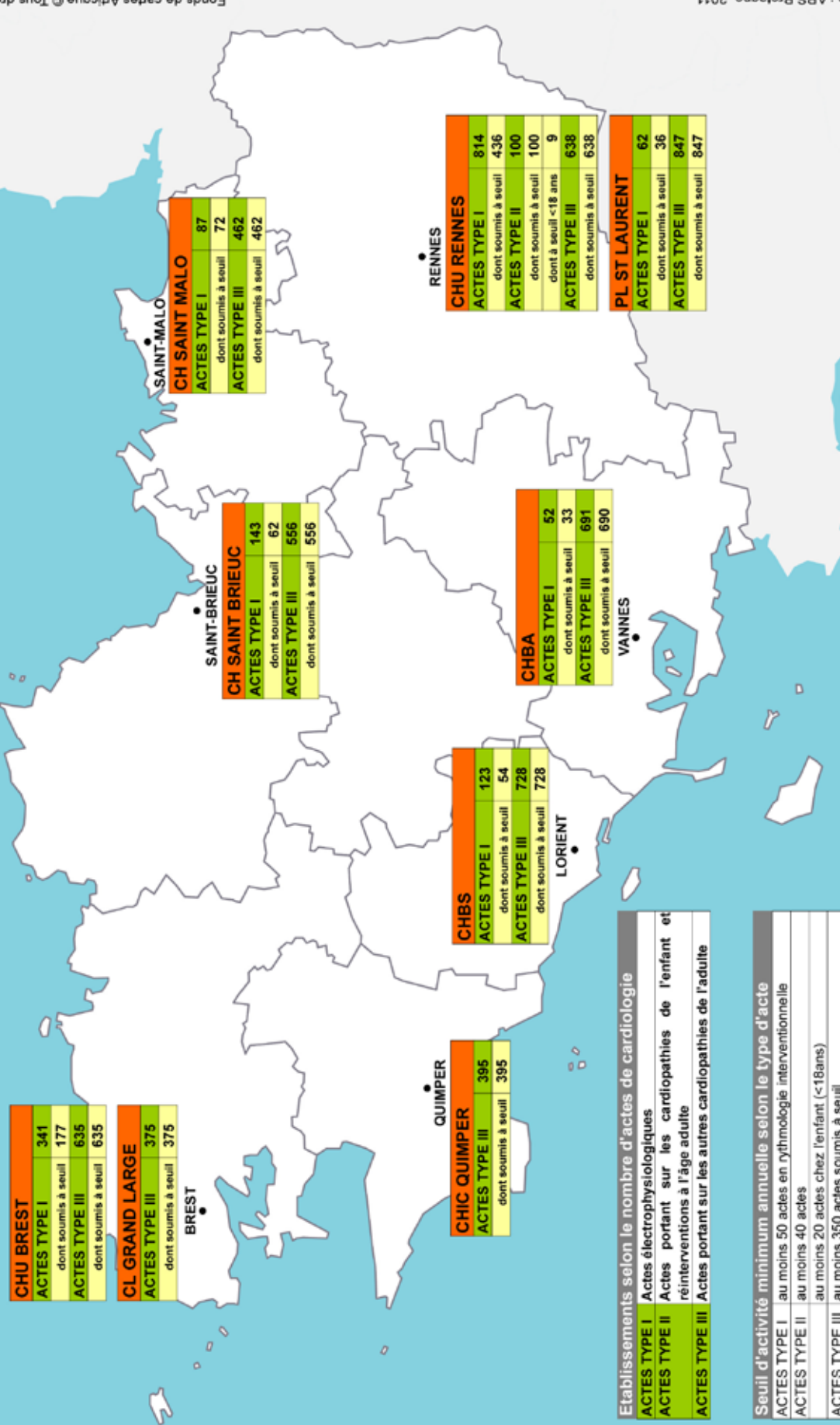
Par ailleurs, les projets de **télé-cardiologie** se sont progressivement mis en place, au travers de la surveillance des stimulateurs I, II et III chambre et des défibrillateurs, le télé-suivi fonctionnel des insuffisants cardiaques et la télé imagerie expertale.

Enfin, on constate le développement de **l'activité de remplacement valvulaire aortique** avec 2 centres régionaux reconnus référents : mise en œuvre de collaborations, de protocoles de recherche et publications.

Le précédent schéma a pu mettre en lumière les points faibles suivants :

- **concernant la démographie médicale**, l'évolution est considérée comme préoccupante dans les années à venir. Par ailleurs, les perspectives d'évolution sont incertaines quant à la place et présence médicale cardiologique au sein des services de médecine à orientation cardiologique (nombre insuffisant et départs à la retraite non comblés) ;
- **concernant les activités de recours interrégional**, l'objectif est de pouvoir faire fonctionner, dans le domaine de la chirurgie cardiaque, deux centres régionaux. Pour les cardiopathies congénitales de l'enfant et le suivi à l'âge adulte, on constate une absence d'organisation à l'échelle régionale et un important taux de fuite extra-régional ;
- par ailleurs, le taux d'implantation pour les resynchronisateurs et défibrillateurs est inférieur à la moyenne nationale, mais en progression marquée depuis un an ;
- La prévention cardiovasculaire secondaire repose sur les programmes autorisés et les actions d'accompagnement et d'éducation thérapeutique de prévention cardio-vasculaire.

Sites autorisables en activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie en 2011
Activité - PMSI 2009



Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011

Source : ARS - Autorisé et installé au 31/12/2010, PMSI 2009

7.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (5 ANS)

7.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Mettre en œuvre les autorisations délivrées dans le SROS 3

Les textes du 14 avril 2009 constituent une innovation, car jusqu'à cette date l'exercice de ces activités interventionnelles en cardiologie n'avait pas été codifié.

Le maillage régional de ces activités s'articule au niveau territorial, interterritorial ou régional, voire interrégional (actes de type 2) selon le degré de complexité de la prise en charge et les volumes d'activité.

Ont été soumis à la procédure d'autorisation, sous réserve de remplir les conditions réglementaires :

- pour les actes de type 1 : 7 sites inter territoriaux ;
- pour les actes de type 2 : 1 site régional ;
- pour les actes de type 3 : 9 sites territoriaux et inter territoriaux.

Pour notre région, les autorisations relatives aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ont été délivrées à échéance du SROS 3 soit au 31 mars 2011.

La mise en œuvre des autorisations reste subordonnée aux conclusions des visites réglementaires de conformité dans un délai maximal de 16 mois à compter de la date de notification de l'autorisation.

b) Recommander une gradation des plateaux techniques de rythmologie interventionnelle (actes de type 1)

S'agissant d'activités qui ne relèvent qu'exceptionnellement de l'urgence, les propositions d'organisation tiennent compte essentiellement du volume des indications potentielles et de l'expérience des équipes.

Cette autorisation est soumise au seuil minimal annuel de 50 actes d'ablation hors jonction atrio-ventriculaire.

Compte tenu des textes du 14 avril 2009, de la circulaire d'application du 12 août 2009 et de l'estimation des besoins de la population, le maillage régional s'appuie sur 7 sites interterritoriaux d'implantation d'activité électrophysiologique de type 1, sous réserve de remplir les conditions réglementaires.

Concernant la rythmologie interventionnelle (ablations), 3 niveaux de prise en charge sont retenus :

- **Niveau 1 : ablation de la jonction atrio-ventriculaire et ablation du flutter atrial commun.** Il s'agit de procédures simples (interruptions de conduction atrioventriculaire et ablation du flutter atrial commun) et assez facilement reproductibles, ne nécessitant pas d'environnement hyper-spécialisé ;
- **Niveau 2 : ablations spécifiques** (tachycardies atriales hors flutter et fibrillation atriale; tachycardies jonctionnelles; syndrome de Wolf-Parinson-White; tachycardies ventriculaires). Leur réalisation impose un environnement humain et technique spécialisé avec présence de deux électrophysiologistes expérimentés ;
- **Niveau 3 : ablation de la fibrillation atriale.** Cette technique est amenée à connaître un important développement dans l'avenir lorsque les indications seront bien stabilisées et le risque de la procédure bien maîtrisé. Elle impose une longue période d'apprentissage, d'importants investissements en personnel et en équipements lourds et la présence simultanée de plusieurs opérateurs expérimentés sur le site. Cette procédure est réalisée dans les 2 sites experts reconnus.

Compte tenu de la nécessité d'une forte expertise avec nombre et compétences électro physiologistes confirmées (au moins 2 opérateurs/ site) et les équipements nécessaires, il est proposé de **limiter les procédures d'ablation de niveaux 2 et 3 aux deux centres experts actuels** (CHU de Brest et Rennes) et les procédures d'ablation les plus simples (niveau 1) aux 7 sites autorisables.

Concernant les activités d'implantation (stimulateurs triple chambre et défibrillateurs cardiaques) non soumises à seuil minimal annuel d'autorisation dans le cadre de l'arrêté du 14 avril 2009, les recommandations du Collège régional d'électrophysiologie, qui vient d'être mis en œuvre, sont les suivantes :

- pour les actes de stimulation multi-sites ou triple chambre, un élargissement de la répartition de l'activité sur les 7 sites autorisés pour les actes de type 1 est recommandé, tenant compte de l'activité et du constat d'un taux d'implantation régional restant inférieur au taux national ;
- pour les actes de défibrillation cardiaque, une répartition de l'activité des défibrillateurs automatiques implantables (DAI) sur 4 sites est recommandée (un site par département).

c) Placer le CHU de Rennes comme site expert sur les actes de type 2 utilisés dans le traitement des cardiopathies congénitales

Les 2 CHU sont impliqués dans la prise en charge des cardiopathies congénitales mais seul le CHU de Rennes est autorisé à pratiquer les actes de type 2, soumis à un seuil minimal annuel d'autorisation par site de 40 interventions, dont 50 % au moins sur les enfants, (soit ≥ 20 actes). Dans le cadre d'une filière de prise en charge des cardiopathies congénitales chez l'enfant et l'adulte, l'organisation doit assurer une prise en charge optimale de ces pathologies, en utilisant au mieux des compétences qui sont et resteront rares.

Elle repose sur une graduation des soins en trois niveaux :

- **niveau territorial (ou interterritorial)** avec identification de référents locaux publics ou libéraux cardiologues ou, plus rarement, pédiatres formés. Ces référents locaux devront aussi participer au suivi des cohortes de patients ;
- **niveau régional** avec un site disposant de cardio-pédiatres capables d'assurer le traitement des cardiopathies congénitales. Création d'un centre régional de référence pour la prise en charge des cardiopathies congénitales (CR2C2) cf. infra : « prise en charge des. Cardiopathies congénitales » ;
- **niveau interrégional** (voire national), pour la prise en charge des urgences chirurgicales pré ou néonatales. Les conventions entre le centre de référence régional et le centre interrégional préconisé dans le SIOS Grand Ouest devront être précisées.

d) Organiser l'activité d'angioplastie et autres cardiopathies de l'adulte par territoire (actes de type 3) et organiser la permanence des soins autour de la prise en charge des urgences coronariennes

Les angioplasties coronaires représentent la quasi-totalité de l'activité de type 3. Cette activité est fortement liée à l'urgence (syndromes coronariens aigus). En Bretagne, l'activité connaît une augmentation de 5 à 10 % / an depuis les années 1995.

Le maillage régional en 9 sites autorisés pour l'activité de type 3 est retenu. Il répond aux besoins territoriaux, voire interterritoriaux, en assurant une organisation efficace autour de la prise en charge des urgences coronaires, sous réserve de remplir les obligations réglementaires liées à la permanence des soins (astreinte opérationnelle sur chaque site), en tenant compte des contraintes de la démographie médicale cardiologique.

Des coopérations entre établissements publics et privés de santé seront recherchées dans l'objectif de maintenir les seuils réglementaires minimaux annuels d'activité, de rationaliser l'offre de soins et de répondre aux éventuels problèmes de démographie médicale.

En Bretagne, 2 centres formateurs (2 CHU) sont habilités à recevoir et former les internes dans le cadre du DIU de cardiologie interventionnelle.

Concernant le territoire de santé n° 8, la création d'un 10^e centre d'angioplastie en Bretagne n'est pas retenue dans le temps du SROS 4, en raison du nombre actuel déjà important de centres en région et surtout des contraintes organisationnelles et de moyens inhérents au fonctionnement 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de ces activités liées au traitement des urgences coronaires.

Par contre, des améliorations sont à mener pour garantir la prise en charge de la population :

- organiser un Service de Médecine cardiologique au Centre hospitalier Centre Bretagne ;
- privilégier l'organisation de la prise en charge des urgences coronaires en lien avec les Services des Urgences, les SAMU et le Centre 15 (cf. SROS Urgences) et avec les centres d'angioplastie des territoires de santé limitrophes, avec proposition d'accès des cardiologues aux plateaux techniques interventionnels des centres territoriaux limitrophes.

Concernant les syndromes coronariens aigus, la stratégie thérapeutique repose sur la rapidité d'intervention des acteurs de la chaîne de soins, le Centre 15, les SAMU, les services d'accueil et de traitement des urgences, les services de cardiologie et les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle.

La cardiologie interventionnelle valvulaire est une activité interventionnelle nouvelle qui se développe depuis plusieurs années en France. Elle concerne essentiellement le remplacement valvulaire percutané dans le rétrécissement aortique dégénératif, pathologie particulièrement prévalente en Bretagne. Elle se substituera au moins partiellement à la chirurgie de remplacement valvulaire du sujet âgé. L'activité est encadrée par deux arrêtés successifs « limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale à certains établissements ». Celui du 29 décembre 2009 donne une liste limitative d'établissements autorisés pour une durée limitée à deux ans, dont , en Bretagne, l'hôpital Ponchaillou de Rennes et l'hôpital Cavale Blanche de Brest. L'arrêté du 3 juillet 2012 liste l'ensemble des critères réglementaires et techniques que doivent respecter les établissements de santé afin d'être autorisés à pratiquer la pose de bioprothèse valvulaires aortiques. Cet arrêté prévoit également des contrôles par les agences régionales de santé (ARS) du respect de ces critères par les établissements de santé.

Enfin, la DGOS, par instruction du 7 mars 2013, précise les modalités de suivi par les ARS et les OMEDIT de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale.

L'activité s'est développée en Bretagne, sur les deux sites, devant faire l'objet d'un contrôle, puisque, en 2012, l'activité au CHU de Brest était de 58 poses de bioprothèses de la valve aortique et de 93 au CHU de Rennes pour respectivement 45 et 50 en 2010.

7.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

La garantie de l'accès aux soins devra résulter des objectifs suivants :

- **optimiser la qualité et la rapidité de la prise en charge** notamment en amont et en aval des syndromes coronariens aigus
- **constituer des filières de soins articulées autour des réseaux** de prise en charge des urgences, évaluer leur fonctionnement et leur impact sur la qualité des prises en charge
- **faciliter l'accès direct** « au plateau technique hautement spécialisé », adapté à l'état du patient
- **organiser une permanence des soins sur le site** où s'effectue l'activité de cardiologie interventionnelle.

a) Encourager le développement de la télé-surveillance, afin d'améliorer le suivi des patients « implantés »

Le suivi des patients implantés s'est beaucoup simplifié au cours des dernières années et est susceptible d'évoluer rapidement (télésurveillance). Les récentes recommandations de la SFC définissent les conditions, notamment en termes de compétence médicale et de volume d'activité d'un centre de suivi qui pourrait être regroupé au niveau interterritorial avec des médecins référents identifiés, formés à ce suivi et travaillant en étroite collaboration avec les centres d'implantation et faisant l'objet d'un suivi régional régulier.

Le développement de la télécardiologie, suite à la parution du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, est à promouvoir dans notre région, en lien avec la thématique du SROS 4 propre à la Télémédecine.

Le champ des projets recouvre une partie des actes de type 1 : les STC, étant des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dits « triple chambre » et les DAI et les stimulateurs simple et double chambre qui sont hors décrets.

Les 7 sites autorisés pour les actes de type 1 pratiquent le suivi à distance des prothèses cardiaques implantables appelé télécardiologie.

La création d'un Collège Régional Breton d'Électrophysiologie (CERB) répond aux recommandations de la SFC afin de garantir à l'ensemble de la population un égal accès aux soins dans les conditions optimales en termes de résultats et de qualité et sécurité des soins.

Les équipes d'électrophysiologie de la région Bretagne y coordonnent leurs actions, chacun des établissements de santé étant représenté par deux membres, le responsable médical du service ou de l'équipe de cardiologie et le coordonnateur des activités d'électrophysiologie. Ce Collège se réunit au moins une fois par an afin d'effectuer une analyse et un bilan des activités d'électrophysiologie dans la région Bretagne et, si besoin, à la demande d'un des centres autorisés.

Dans le cadre du SROS 4, le Collège a pour missions d'évaluer, de recommander et d'élaborer des bonnes pratiques d'activités et de soins.

Il soumet une proposition de définition des actes de type 1 réalisables sur chacun des sites autorisés pour les activités de type 1, selon les catégories et les niveaux de complexité, avant validation par l'ARS.

La filière de soins électro physiologique privilégiera les partenariats établis et/ou à établir par convention entre les établissements de santé autorisés et concernant les autres établissements de santé de la région non autorisables disposant d'unités (ou services) de cardiologie avec USIC, ou d'unités (ou services) de Médecine à orientation cardiologique, les modalités de coopération avec un ou des centres autorisés pour les actes de type 1.

b) Conforter la filière régionale inter CHU de prise en charge des cardiopathies congénitales

La mise en place d'un Centre Régional de référence pour la prise en charge des cardiopathies congénitales (CR2C2) devra favoriser l'expertise en matière de prise en charge et de traitement des cardiopathies congénitales au sein de la région Bretagne, permettant également d'atteindre la valeur seuil minimale annuelle de 20 patients fixée pour la prise en charge interventionnelle des enfants.

Le CR2C2 a pour mission de mettre en place une filière organisée sur les 2 CHU et répond également aux objectifs d'enseignement et de recherche ; Les 2 sites auront pour objectif de participer à ces missions pour tout ou partie :

- diagnostic anténatal reposant sur l'échocardiographie fœtale ;
- prise en charge néonatale dans les maternités de niveau 3 et les réanimations pédiatriques avec évaluation hémodynamique écho-cardiographique. Les transports médicalisés doivent être organisés pour permettre une prise en charge régionale ou interrégionale des cardiopathies diagnostiquées ;
- traitement des cardiopathies par cathétérisme interventionnel (actes de type 2) ou chirurgie ;
- suivi des cohortes de patients traités (3 000 à 4 000 patients adultes et enfants).

Dans notre région, le CHU de Rennes est le site autorisé pour les activités interventionnelles de type 2.

Ces dispositions doivent rentrer dans le périmètre de l'accord-cadre inter CHU et s'appuyer sur des protocoles de transferts d'images et de visioconférence en lien avec le programme Télémédecine.

Le CR2C2 pourra assurer la promotion d'un **Registre breton des cardiopathies congénitales** sur la base du registre des malformations (dont les malformations cardiaques) mis en place au CHU de Brest.

c) Poursuivre l'amélioration de la qualité des pratiques d'angioplasties et le suivi des infarctus du myocarde ST+ par ORBI

Concernant les syndromes coronariens aigus, les recommandations régionales sont basées sur les recommandations de la société européenne de cardiologie publiées en 2002-2003 et rééditées en 2010 et les recommandations de la HAS sur la prise en charge hospitalière et le post-infarctus en 2008.

Dans le cadre des centres de référence régionaux et du suivi du registre ORBI, il est également préconisé de mettre en place de manière très régulière des staffs, des échanges en visioconférences et télétransmission d'images, des analyses pratiques et évaluation de cas.

7.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Mettre en œuvre les autorisations délivrées dans le SROS 3	7 sites d'autorisation pour les actes de type 1 1 site d'autorisation pour les actes de type 2 9 sites d'autorisation pour les actes de type 3	Taux de conformité des sites autorisés	
	Recommander la gradation des plateaux techniques de rythmologie interventionnelle (actes de type 1) Veiller au respect du seuil minimal d'activité de 50 actes annuels hors jonction atrio-ventriculaire Limiter les procédures d'ablation de niveau 2 et 3 aux deux CHU		Lien Télémédecine
	Placer le CHU de Rennes comme site expert sur les actes de type 2 utilisés dans le traitement des cardiopathies congénitales Veiller au respect du seuil minimal d'activité de 40 interventions annuelles dont 50 % au moins sur les enfants		
Organiser l'activité d'angioplastie et autres cardiopathies de l'adulte par territoire (actes de type 3)	Veiller au respect du seuil minimal d'activité Organiser la permanence des soins par territoire ou interterritoriale en lien avec les services d'urgence, les SAMU et centres 15.	Taux d'angioplasties réalisées en urgence	
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Encourager le développement de la télé-surveillance, afin d'améliorer le suivi des patients "implantés"	Développer la télé cardiologie notamment des patients porteurs de stimulateurs cardiaques ou de défibrillateurs. Mise en place d'un collège régional breton d'électrophysiologie (CERB) visant à améliorer et évaluer les pratiques professionnelles.	Nombre d'établissements ayant mis en place un dispositif de télésurveillance des stimulateurs et défibrillateurs internes. Taux de mortalité hospitalière des séjours en cardiologie interventionnelle pour actes de type 1	Programme Télé-médecine
Conforter la filière régionale inter CHU de prise en charge des cardiopathies congénitales	Favoriser la mise en place d'un centre de référence régional (CR2C2)	Taux de mortalité hospitalière des séjours en cardiologie interventionnelle pour actes de type 2	
Poursuivre l'amélioration de la qualité des pratiques d'angioplasties et le suivi des infarctus aigus du myocarde ST + par ORBI	Poursuivre le recueil ORBI et exploiter les données pour analyse de pratiques.	Effectivité de la mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus Taux de mortalité hospitalière des séjours en cardiologie interventionnelle pour actes de type 3	

8. RÉANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

8.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Selon les orientations nationales définies dans le guide méthodologique V2 du SROS, le périmètre de la thématique définit trois niveaux de soins : activité de réanimation, Unité de Soins Intensifs et Unités de Soins Continus, chacun répondant à un référentiel (décrets n° 2005-840 du 20 juillet 2005 et décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002).

L'organisation et le regroupement variable de ces unités de soins, par site et par territoire, définissent un maillage régional et inter-régional en 3 niveaux de prise en charge graduée :

- **niveau de proximité** : USC non adossée à une unité de réanimation, en fonction des besoins et de l'éloignement géographique ;
- **niveau de recours sur les établissements de référence**, qui disposent chacun d'une unité de réanimation adulte avec USC adossée, d'une USIC et d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires. La réanimation pédiatrique se situe à ce niveau ;
- **niveau de recours spécialisé**, en lien avec les implantations reconnues dans le cadre du SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes de cellules hématopoïétique et d'organes, grands brûlés). Les unités de Soins Intensifs spécialisées en hématologie (les deux CHU) et en pathologie digestive (CHU de Rennes), se situent à ce niveau.

Seront étudiés dans le champ de la thématique les niveaux de proximité et de recours. Les Soins intensifs spécialisés, soit au service d'une thématique spécifique SROS (cardiologie interventionnelle), soit d'une reconnaissance spécifique contractuelle (Soins Intensifs Neuro-Vasculaires), soit d'une activité spécialisée relevant du SIOS (greffes) seront étudiés dans le champ de ces thématiques spécifiques, car l'implantation de ces soins intensifs suit l'implantation de l'activité autorisée ou contractualisée.

Par ailleurs, le précédent schéma régional d'organisation des soins, revu en 2008, a posé les principes d'une réorganisation importante des implantations en activité de réanimation et de surveillance continue. Ainsi, le SROS 4 devra se concentrer sur l'évaluation des capacités autorisées et installées depuis 2008 et leur fonctionnement en réseau.

8.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

8.2.1 Les données épidémiologiques et d'activité

Le décret N° 2002-465 du 5 avril 2002, article R 712 90 précise :

« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».

De fait, les unités de réanimation, soins intensifs et USC sont au service de toutes les spécialités MCO auxquelles la population régionale a recours et sont impactées par les données démographiques et épidémiologiques régionales.

L'accroissement global de la population (données réelles 2008 : 3 149 701 habitants et projection 2015, 3 333 330 habitants - source INSEE), le vieillissement attendu de cette population et son corollaire, la montée en puissance des états de poly-pathologies risque d'accroître les situations à risque de décompensation nécessitant le recours à la réanimation et aux USC, que ce soit en situation de suite immédiate de chirurgie ou de décompensation d'une ou plusieurs pathologies à la faveur d'un épisode aigu médical.

De plus, les indicateurs de santé régionaux restent défavorables par rapport au niveau national, malgré une amélioration ces dernières années. La Bretagne enregistre une surmortalité dont les principales causes sont cancers et maladies de l'appareil circulatoire. Les comportements à risque participent également à une surmortalité régionale. Il existe en outre un gradient est-ouest défavorable pour le Finistère.

8.2.2 Le bilan organisationnel du SROS 3

Les capacités de réanimation et USC adossées sur les établissements de références

La Bretagne, à l'issue du précédent SROS, a restructuré l'offre et compte en 2009, 144 lits de réanimation et 40 lits d'USC adossés à ces services, installés sur 9 établissements de références, suivant une dispersion géographique adaptée.

Une capacité de réanimation pour adulte inférieure au ratio national

Le ratio régional 2009 du nombre de lits de réanimation est de 4,44 lits pour 100 000 habitants. Il est de 5,8 lits si on cumule les lits de réanimation et ceux des USC adossées, soit un ratio nettement inférieur au ratio-moyen en France de réanimation adulte non spécialisée (6.67 lits pour 100 000 hab selon le recensement DHOS dans le cadre de la pandémie grippale).

Sous réserve que chaque patient admis en réanimation reste adéquat à la structure durant toute la durée de son séjour, l'évolution attendue de la démographie de la population Bretonne, sans évolution de la capacité en réanimation /USC adossée, conduirait à une diminution de l'offre alors que les taux d'occupation des services de réanimation sont élevés (de 84 % à 96.9 %). Le taux d'occupation maximal recommandé par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) pour une unité de réanimation est de 80 %. C'est pourquoi il faut une gestion « très vertueuse » de ces lits, en lien avec la capacité en USC, qui respecte la gradation de la filière de prise en charge.

Au-delà de ce constat régional, on note une disparité de l'offre à la population dans chaque territoire. En effet, le territoire 4 dispose de 3.29 lits / 100 000 habitants alors que le territoire 1 dispose de 8,15 lits/100 000 habitants et de 3 implantations, incluant l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) de Brest dans l'offre (pour comparaison le TS 5 également territoire siège de CHU a un indice de lits de réanimation pour 100 000 habitants de 5,23).

L'activité de réanimation a diminué en nombre de séjours (-2.7 % de RUM) et faiblement augmenté (+0.4 %) en journées. La durée moyenne de séjour (DMS) moyenne régionale est passée sur la même période de 6.97 jours en 2008 à 7.20 jours en 2009.

Le déploiement de la capacité des USC adossées reste incomplet

En 2009, trois établissements ne répondent pas aux normes des USC adossées à la réanimation (minimum 4 lits et une capacité au moins égale à la moitié de la capacité de réanimation), sur les TS n°1, 2 et 5. L'origine du décalage dans le temps de l'installation des capacités de surveillance continue est liée à d'importants travaux architecturaux et à une évolution de la gouvernance de la discipline d'anesthésie-réanimation. Les capacités prévues devraient être installées entre septembre 2011 et juin 2013.

Pour les services d'USC adossés à la réanimation, les taux d'occupation sont moins élevés qu'en réanimation et varient de 70,5 % à 85.8 %. La durée moyenne de séjour (DMS) est hétérogène et varie de 1,62 jour à 5,45 jours.

Des unités de réanimation polyvalente semblent plus médicales que chirurgicales

En dehors des deux CHU organisés en deux unités distinctes, les autres unités de réanimation sont polyvalentes. Le pourcentage de GHM chirurgicaux reste de 17 % sur la réanimation médicale du CHU de Brest et de 24.5 % sur la réanimation médicale du CHU de Rennes.

Le pourcentage de GHM chirurgicaux sur les réanimations médico-chirurgicales ne dépasse pas 33.3 %.

Cependant, cet indicateur ne tient pas compte des admissions en traumatologie sans GHM chirurgical (trauma crânien ou thoracique par exemple) et n'est, de fait, pas forcément représentatif.

L'adéquation du patient à la structure de réanimation

Les indicateurs caractérisant les patients et les prises en charge laissent apparaître un Indice de gravité simplifié 2 (IGS 2) moyen resserré de 40 à 48, un taux de mortalité dans le service variant du simple au double (13 % à 28 %), un pourcentage de patients ventilés durant plus de 48 H qui varie de 32 à 52 %, le taux des séjours des patients de plus de 75 ans varie, lui, de 15.5 % à 36.7 %. De même, le pourcentage de séjours avec au moins un acte traceur de réanimation varie de 49.5 % à 93.7 %. Il est toujours supérieur à 72 % dans 10 unités parmi les 11 existantes.

Ces indicateurs présentent cependant quelques biais possibles, à prendre en compte dans l'interprétation, dans la mesure par exemple où l'IGS 2 est fortement impacté par l'âge du patient et ou, le jour de sortie, souvent jour de transfert du patient, n'est pas inclus dans le séjour (DMS sous évaluée). De même, la durée de ventilation supérieure à 48 H ne répond pas à un décompte horaire réel par patient mais à un décompte calendaire. Enfin, ces indicateurs prennent peu en compte le patient « susceptible de présenter plusieurs défaillances viscérales », selon l'article R 712-90 du décret du 5 avril 2002 relatif aux établissements pratiquant la réanimation.

Enfin, il convient également d'évoquer la problématique de la sortie des patients, notamment dans le cas de patients cérébro-lésés relevant de la réadaptation, lourdement dépendants, requérant des lits destinés au réveil des comas, ou des lits EVC-EPR. Selon l'ANAP, dans son rapport de benchmark sur les services de réanimation, le partage de procédures entre services (dont registre des refus et critères de sortie couplée aux filières de sortie) peut faciliter l'organisation du service autour du processus de prise en charge.

Les capacités de réanimation pédiatrique sont stables et implantées sur les deux CHU

À ce jour, on décompte trois lits de réanimation et trois lits de surveillance continue sur le TS n° 1 et six lits de réanimation et deux lits d'USC sur le TS n° 5.

Il existe une convention régionale entre les réanimations adultes et pédiatriques permettant aux réanimations adultes de prendre en charge des jeunes de moins de 18 ans, si :

- est organisé un contact systématique avec la réanimation pédiatrique référente pour prendre en commun la meilleure décision au cas par cas, sur la prise en charge des patients de moins de 15 ans ;
- une organisation interne avec les pédiatres des établissements est prévue ;
- l'accord des parents a été recueilli ;
- il existe un dispositif de suivi et d'évaluation.

Les services de réanimation adulte prennent effectivement en charge des jeunes âgés de moins de 18 ans (suites de traumatisme, intoxications, pathologies infectieuses).

Le strict critère de l'âge imposant une démarcation entre réanimation adulte et pédiatrique peut parfois paraître peu adapté à la réalité de terrain (versus le critère de poids par exemple), cependant, le critère national repose sur l'âge.

Unités de réanimation formées à l'ECMO

La circulation extracorporelle ou ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) par voie veineuse ou veinoartérielle est une technique de suppléance des fonctions pulmonaires (respiratoires) et/ou cardiaques (circulatoires). Les indications de cette technique évoluent, devant la rendre accessible à tout patient pouvant en relever : 3 unités de réanimation sont formées (en Finistère, Ille et vilaine et Morbihan), une autre en cours de formation (Côtes d'Armor), couvrant ainsi les quatre départements de la région.

Niveau de proximité, les USC autonomes : un groupe hétérogène.

Il existe 33 services d'USC autonomes, sur 29 établissements, pour une capacité de 227 lits (207 sans la prise en compte des USC orientées « cardiologie ») en 2009.

Toutes les USC autonomes ont fait l'objet d'une procédure de reconnaissance depuis 2007, conformément au cahier des charges régional de reconnaissance contractuelle des unités autonomes de surveillance continue.

L'activité des USC autonomes a fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+ 13 % en RUM et + 9 % en journées), mais elle reste variable selon les unités : 8 sur 33 ont un taux d'occupation inférieur à 70 %, 15 sur 33 ont un TO supérieur à 84 %.

La DMS varie de 1.66 à 9.98 jours. Par ailleurs, certaines unités réalisent moins de 1 000 journées /an.

Cependant, le profil des recrutements de patients en USC s'avère très différent selon :

- la part du recrutement des patients « chirurgicaux » dans l'ensemble du recrutement :

Pour les 14 USC installées dans un établissement privé dont 3 disposants de service d'urgence, le recrutement est chirurgical dans plus de 85 % des cas dans 9 établissements sur 14.

Les 18 autres unités sont installées dans 14 établissements publics ou PSPH de proximité, avec service d'urgence (exception faite de la Clinique Mutualiste de la porte d'Orient). 3 sur 18 ont une activité post-chirurgicale dominante (avec plus de 85 % GHM Chirurgicaux).

- La présence d'une population de patients « lourds » intubés et ventilés sur des durées supérieures à 48h et /ou avec un IGS moyen élevé et/ou présence d'un acte traceur de réanimation pendant le séjour. L'IGS ou Indice de Gravité Simplifié est un indicateur composite de variables mesurables, calculé par patient et par séjour.

On retrouve ces situations dans les établissements publics de proximité de petites villes, dépourvus de service de réanimation, au sein d'unités de surveillance continue ayant un taux d'occupation autour de 80 %. On peut ici évoquer le cas d'établissements n'ayant pas eu leur autorisation de réanimation renouvelée par le SROS 3 et qui connaissent des difficultés ou réticences au transfert de patients de leur USC vers les services de réanimation.

Cette problématique fait largement écho à la nécessité des conventions entre les USC autonomes et une unité de réanimation référente, afin de pouvoir assurer le fonctionnement en réseau et l'admission du patient dans l'unité correspondant au niveau de soins requis.

Il convient également de noter que sur un territoire, 2 établissements de proximité conservent deux sites d'USC, polyvalente et de spécialité, contrairement aux recommandations du cahier des charges régional. Selon les recommandations de la SFAR, dans un même établissement de soins, le regroupement des activités de surveillance continue permet d'en assurer un fonctionnement cohérent, efficace et crée les conditions d'une gestion optimale des ressources disponibles. Cependant, plusieurs USC peuvent exister si la taille de l'établissement le justifie. C'est le cas du CHU de Rennes disposant de plusieurs USC de spécialité.

Ainsi, il conviendra d'évaluer pendant la période couverte par le SROS 4 les unités de surveillance continue ayant vu leur activité devenir exclusivement médicale, dans le cadre de réorganisation des prises en charges effectuées au sein de leur établissement.

Les CHU, établissements de référence dans la filière : recours et attractivité

Le CHU de Rennes établissement de référence régional, également titulaire d'autorisations spécifiques nécessitant le recours à la réanimation (chirurgie cardiaque, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle), se positionne comme un véritable établissement de référence dans la filière réanimation puisque celui-ci assure 40 % de l'ensemble des séjours de la Région et essentiellement sur les 6 territoires de santé hors Finistère (le CHU de Brest est l'établissement de référence du Finistère). Il représente un tiers des lits de réanimation de la Région (en intégrant à sa capacité les 8 lits de réanimation de chirurgie cardiaque).

Les fuites vers le TS 5 représentent environ 20 % des TS 3 et 4, 35 % du TS 7, 41,5 % du TS 6 et 45,9 % du TS 8. Les patients du territoire 8 sont pour presque la moitié d'entre eux pris en charge en réanimation à Rennes alors que les 3 établissements disposant de réanimation géographique plus proches que sont le CHBS, le CHBA et le CH St-Brieuc prennent en charge respectivement 6,8 %, 20,2 % et 12,7 % des patients du TS 8. Le CHU de Rennes présente une attractivité hors région s'élevant à 15,9 % des séjours (hors région ou domiciliation inconnue).

Concernant les fuites hors région, les patients domiciliés en Bretagne ont « consommé » 7 402 séjours en réanimation en 2009 dont 603 soit 8 % en dehors de la région. Ce taux de fuite est élevé dans le TS 4, 17,1 %, pauvre en capacité de réanimation et proche de Nantes.

Ces fuites, en termes d'activité, sont compensées par 710 séjours dans les services de réanimation de la région, pour des patients venant hors région ou de domicile inconnu.

8.2.3 La réanimation plus particulièrement touchée par l'évolution de la démographie médicale

- **Des anesthésistes-réanimateurs rares, mais un nombre d'internes en augmentation**

L'évolution de la démographie médicale risque d'impacter prioritairement les USC autonomes.

Le temps médical en réanimation, SI et USC relève de deux spécialités : Anesthésie-réanimation (majoritairement) et réanimation médicale. En des temps de raréfaction de ces compétences et de restructuration des plateaux techniques, les implantations des USC seront étroitement corrélées à l'existence des activités de chirurgie et de la maternité (qui implique une permanence des soins en anesthésie-réanimation).

Selon la source SIGMED au 05/10/2010, les anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux exerçant en établissement de santé public en Bretagne sont 277 dont 54 % ont plus de 55 ans.

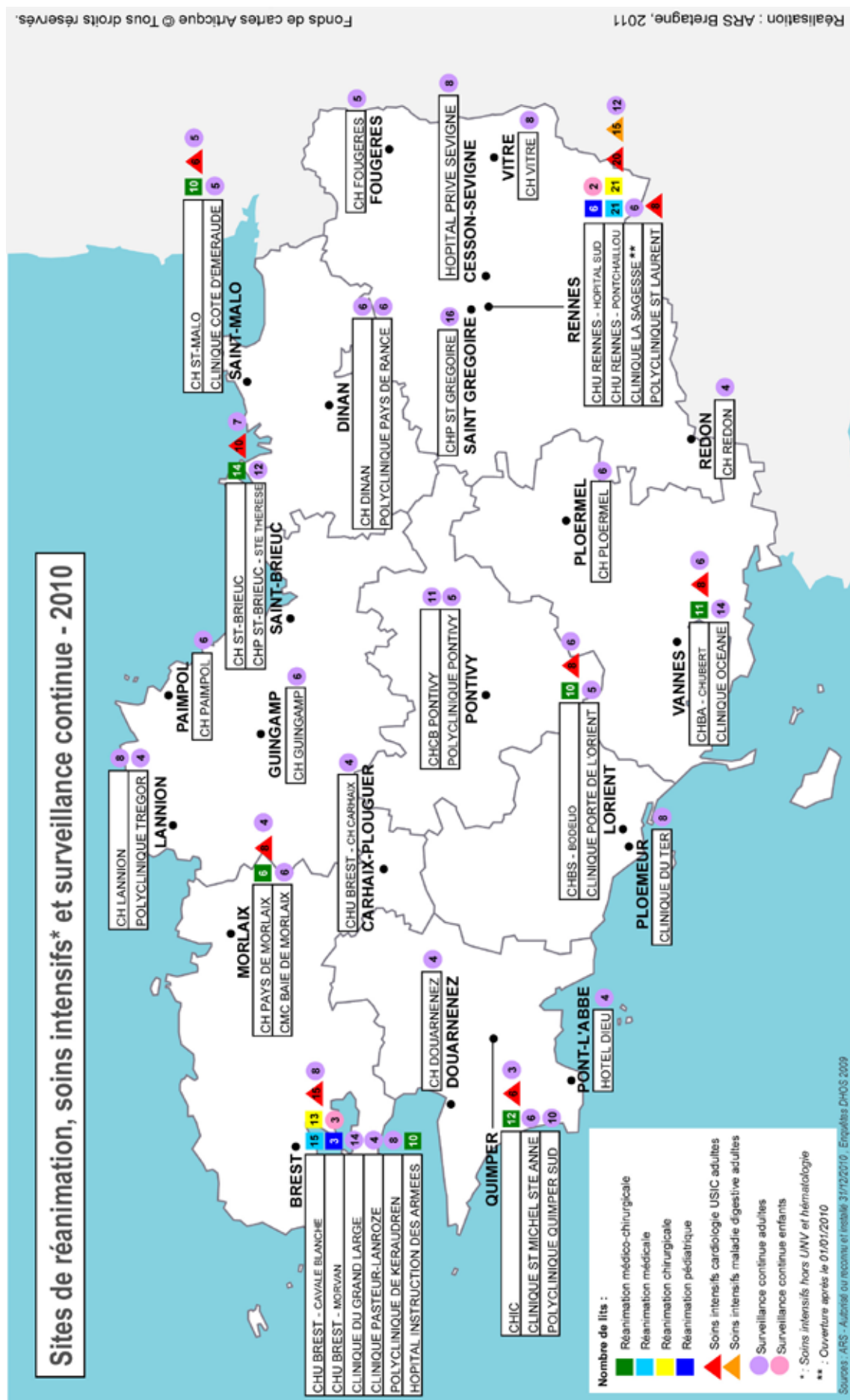
En parallèle de l'évolution de la pyramide des âges des professionnels médicaux, on constate une augmentation du nombre d'internes dans ces mêmes services, qui passe, sur la région, de 27.7 ETP en 2008 à 34.30 ETP en 2009. Le nombre d'ETP médical hors interne est quant à lui passé de 55.1 ETP sur la région Bretagne en 2008 à 50.49 ETP en 2009.

Par ailleurs, il est également nécessaire d'aborder la question du poids de l'intérim médical au sein des unités de réanimation et de surveillance continue ; Ce mode de fonctionnement et les difficultés de recrutement médical représentent un coût extrêmement élevé pour les établissements et limitent la stabilité des équipes. L'impact négatif en termes de continuité de prise en charge devra alimenter une réflexion régionale sur l'évolution démographique de cette catégorie de professionnels médicaux et sur la constitution d'équipes médicales communes de territoire.

- **Les effectifs de paramédicaux en augmentation**

Concernant les professionnels paramédicaux, on peut constater de façon générale que les effectifs soignants d'IDE et d'AS sont en augmentation par rapport au SROS 3, en conformité avec les ratios d'encadrement recommandés. Cependant, les équipes des services de réanimation et de surveillance continue utilisent des techniques spécifiques entraînant de fait des impératifs de formation et de mise à niveau conséquents. Ces impératifs de formation sont majorés en cas de turn over important.

La présence de compétences de kinésithérapeutes et de psychologues est considérée comme insuffisante.



8.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

8.3.1 Organiser la territorialisation et la gradation de l'offre de soins

- **Finaliser l'installation des capacités autorisées dans le SROS 3 et évaluer la situation des réanimations de la région**

La restructuration des sites d'implantation de réanimation-USC adossées a été faite lors du SROS 3 et doit être maintenue avec au minimum, la mise en conformité des capacités des USC adossées.

Ainsi, les capacités de réanimation de la région devront pouvoir être évaluées à l'aune de l'installation de l'ensemble des capacités de surveillance continue : l'augmentation de ces capacités, prévue, devrait pouvoir désengorger les unités de réanimation aujourd'hui considérées comme saturées, dans le cadre d'une organisation graduée et optimiser les prises en charge.

Ce niveau intermédiaire entre la réanimation et les unités de soins classiques permet de maintenir le niveau de surveillance élevée que requièrent ces patients, potentiellement instables, libérant les lits de réanimation pour les patients nécessitant une suppléance.

- **Promouvoir le fonctionnement en réseau des unités de réanimation et de surveillance continue**

À l'instar du TS n° 7 qui organise un bilan annuel du fonctionnement en réseau des unités de réanimation et de surveillance continue, le principe du fonctionnement en réseau devra être renforcé, afin d'harmoniser les critères d'admission, de transferts, de sortie et d'améliorer la qualité des liens et les échanges de bonnes pratiques dans un objectif de qualité et d'efficience.

Il existe un maillage régional des unités de réanimation / USC adossée et USC autonomes. Le fonctionnement en réseau des USC autonomes implique des conventions avec les unités de réanimation et de soins intensifs environnantes précisant les critères de transfert et les modalités de transport des patients.

Par ailleurs, des liens existent également avec les structures de soins intensifs spécialisés, à orientation cardiologique ou neuro-vasculaire par exemple, ainsi qu'avec les structures d'urgences et SAMU-SMUR.

L'évaluation de ce travail de réseau pourra également passer par l'évaluation des conventions inter-établissements, dans la continuité du travail déjà engagé dans le cadre du SROS 3.

La mise en place d'un registre de suivi des refus d'admission en réanimation et ses enseignements contribueront à l'objectif du fonctionnement en réseau.

- **Optimiser le temps médical et paramédical par la constitution d'équipes médicales de territoire**

La mise en commun des compétences médicales devra répondre à l'enjeu important de l'évolution de la démographie médicale dans les spécialités d'anesthésie-réanimation et de réanimation médicale. Ainsi, le développement de postes partagés entre des structures disposant des activités de réanimation et surveillance continue et des structures disposant d'une unité de surveillance continue « autonome » devra être encouragé.

Par ailleurs, cette démarche devrait également permettre de répondre aux enjeux de fonctionnement en réseau évoqué ci-dessus.

Enfin, en dehors des aspects relatifs à l'évolution de la démographie médicale, la constitution d'équipes communes de territoire doit pouvoir devenir un gage d'attractivité pour certaines équipes médicales aujourd'hui trop fortement dépendantes de l'intérim médical.

8.3.2 Garantir la sécurité et la qualité des soins, ainsi que l'efficience

- Les nouvelles demandes d'activités particulières soumises à reconnaissance contractuelle comme les unités de surveillance continue et les unités de soins intensifs doivent respecter les conditions techniques de fonctionnement et les critères d'organisation édictés par le cahier des charges régional. En cas de reconnaissance de l'activité, elle sera inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'ARS et l'établissement.

- **Les unités de surveillance continue autonomes, à profil d'activité très variable entre elles, seront à évaluer d'ici la fin du SROS4**

Les implantations des USC autonomes, au service de l'activité MCO des établissements, suivront les transferts d'activité et restructuration entre établissements.

Ainsi, la pertinence de l'implantation d'USC polyvalente devenue médicale après transfert de l'activité chirurgicale sur un autre site, devra être évaluée en termes de service rendu et d'adéquation du patient à la structure.

Selon les recommandations de la SFAR, ces unités répondent prioritairement aux besoins des services d'accueil des urgences et d'hospitalisation. En conséquence, il est recommandé de rapprocher ces unités des services d'urgence et UHCD en particulier pour la permanence médicale. Pour autant et compte tenu du caractère « multi-origine » des patients, les médecins spécialistes ont toute leur place pour accueillir des patients instables dans cette unité. Ces unités, comme toute USC autonome, doivent contractualiser avec le service de réanimation référent de leur territoire.

Il sera nécessaire d'évaluer l'ensemble des USC autonomes d'ici la fin du SROS 4.

- **Optimiser et évaluer le réseau Réanimation/USC grâce à l'installation de l'ensemble des capacités de réanimation /USC prévues et à la mise en place d'un suivi régulier des refus d'admission en réanimation par manque de place.**

Le suivi des refus d'admission en réanimation par manque de place doit être régulier afin de contribuer à l'évaluation du réseau au sein de chaque territoire et au sein de la région et afin d'harmoniser et communiquer sur les critères d'admission (et donc de non-admission) en réanimation. Ce suivi permettra d'évaluer indirectement l'accessibilité à la réanimation après installation des complètes capacités prévues en USC adossées.

- **La formation des personnels soignants**

Pour exercer dans une unité de réanimation, aucune formation complémentaire n'est prévue dans le cas des infirmières, en dehors d'une période d'adaptation à l'emploi laissé à l'appréciation des établissements. La société de réanimation de langue française, le Collège des réanimateurs extra-universitaires français, le groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques et la Société française d'anesthésie et de réanimation ont élaboré un référentiel de compétence de l'infirmière de réanimation et un livret d'adaptation à l'emploi, guide d'accompagnement à l'intégration d'une infirmière arrivant dans un service de réanimation. Cette formation repose sur le principe du tutorat assuré par les infirmières référentes ou « tutrices » et est soumise à évaluation selon une grille technique.

Cet accompagnement contribue à la qualité et à la sécurité des soins, question particulièrement sensible en cas de renouvellement rapide des équipes. Sur 1 site du TS 1, le renouvellement des équipes a été de 40 % sur 18 mois, posant la question du management et de la fidélisation des équipes. Le rapport de Benchmark de l'ANAP observe que la médiane de la durée de la période d'intégration des IDE se situe à 15 jours. Une harmonisation régionale de la formation du personnel infirmier et aide soignant est nécessaire, en contenu et en durée.

- **Organisation des équipes paramédicales de réanimation**

La rotation du personnel sur 12 heures entraîne un gain en qualité et constitue d'ailleurs un indicateur de suivi, selon le rapport ANAP de benchmark sur les services de réanimation, sur les ressources paramédicales.

Seuls 3 établissements sur les 9 disposant de réanimation travaillent encore par rotation de 8 heures. Sur les autres établissements, les rotations par 12 heures ont diminué les risques en diminuant les transmissions entre les équipes et satisfont le personnel.

- **L'harmonisation des procédures de lutte contre les infections nosocomiales**

La mise en œuvre de l'organisation régionale de la lutte contre les infections nosocomiales doit concerner l'ensemble des services de réanimation adultes, les unités de soins intensifs et les unités de surveillance continue.

Elle suppose, par le biais du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de l'équipe opérationnelle d'hygiène de chaque établissement l'harmonisation des procédures évoquées dans le SROS 3, spécifiques au suivi des bactéries multi-résistantes (BMR) et au suivi de la consommation des antibiotiques par exemple.

8.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Finaliser les installations autorisées dans le SROS 3 et évaluer le dispositif réa-USC	Installer tous les lits USC adossés aux unités de réa Sur les sites de proximité, regrouper tous les lits d'USC en une seule unité USC polyvalente Encourager les regroupements d'USC sur une même structure quand les établissements public et privé, sur une même commune, se regroupent en un pôle sur site unique	Part des lits USC adossés à la réanimation/Nombre de lits de réanimation Taux d'occupation pour la réanimation adulte Taux d'occupation pour la réanimation pédiatrique Durée moyenne de séjour pour la réanimation adulte Durée moyenne de séjour pour la réanimation pédiatrique	Fiche activités de cardiologie Interventionnelle Fiche chirurgie Fiche périnatalité Fiche AVC
	Évaluer l'adéquation du patient à la structure par coupe transversale dans les unités USC autonomes pour mieux évaluer les besoins, corriger les éventuels dysfonctionnements du réseau par territoire et adapter les capacités en lits de réanimation et USC sur les sites	Part des USC autonomes ayant un pourcentage de séjours avec patients intubés/ventilés de plus de 48 heures supérieur au taux cible (à définir)	Fiche AVC
Promouvoir le fonctionnement en réseau	Faire vivre le maillage et la filière réa-SI et USC par territoire pour améliorer la qualité et la fluidité du réseau. Partager les critères d'admission et/ou de transfert entre réa et USC et instaurer un registre des refus d'admission par manque de place en réanimation et du devenir des patients Associer les réanimations pédiatriques à la vie du réseau, notamment pour discuter ensemble des critères d'admission Contractualiser avec les services SSR neurologie et EVC / EPR pour fluidifier l'aval de la réanimation et une prise en charge précoce des patients cérébro-lésés, en lien avec le volet SSR du SROS.	DMS pour la réanimation adulte en jours DMS pour la réanimation pédiatrique en jours Part de séjours avec indice de gravité simplifié seconde version (IGS 2) moyen pour la réanimation adulte Part de séjours avec indice de gravité simplifié seconde version (IGS 2) moyen pour la réanimation pédiatrique Nombre de refus d'admissions par manque de place en réanimation non admis dans une autre unité de réanimation dans les 24h Effectivité de la mise en place d'un registre national de refus d'admissions en réanimation par manque de place Nombre de refus d'admission par manque de place en réanimation	
Favoriser les coopérations en équipe médicale de territoire	Encourager le temps médical partagé en anesthésie réanimation et réanimation médicale par la constitution d'équipes médicales de territoire	Nombre de postes partagés en anesthésie-réanimation en secteur public hospitalier	
Garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficience			
Évaluer la pertinence et l'efficience dans les USC autonomes	Évaluer l'efficience des USC en fonction de leur profil d'activité, notamment les USC sans activité chirurgicale. Évaluer l'adéquation des séjours des patients en USC autonomes, notamment dans les USC sans activité chirurgicale	Part des établissements ayant une unité de surveillance continue de moins de 6 lits	
Développer la formation des soignants	Rédiger un cahier des charges régional de la formation par tutorat du personnel paramédical débutant en Réa / USI et USC	Effectivité de la rédaction d'un cahier des charges régional pour la formation du personnel paramédical débutant en réanimation	

9. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

9.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

L'insuffisance rénale chronique (IRC) se définit par un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/mn/1,73m².

À son stade ultime, elle est à l'origine du syndrome urémique et nécessite le recours soit à la greffe rénale soit à des techniques d'épuration extra rénale.

D'après le registre épidémiologique d'information néphrologique (REIN) elle est due à des néphropathies hypertensives, vasculaires et diabétiques dans 49 % des cas.

Cette donnée situe combien la prévention du risque vasculaire est primordiale.

Le développement de la dialyse hors centre est un enjeu prioritaire national permettant de mieux structurer l'offre de soins et implicitement l'efficacité des prises en charge.

9.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

9.2.1 Les données épidémiologiques (source REIN Bretagne 2009 données REIN nationales 2009 non disponibles)

a) L'incidence en légère progression

L'incidence d'une maladie correspond au nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population. En 2009, l'incidence standardisée selon l'âge et le sexe (dialyse + greffe) est en légère progression : + 2,3 % par rapport à 2008 ; en 2009, elle est de 119,5 nouveaux patients par million d'habitants (pmh). L'incidence nationale est de 147 pmh en 2008.

Les données infra régionales laissent apparaître des inégalités entre territoires de santé : ainsi, l'incidence est mesurée de 85,6 pmh en 2009 sur le territoire n° 7, contre 142,2 sur le territoire n° 1. Cependant, on peut constater que l'incidence de la région Bretagne est sensiblement inférieure à l'incidence nationale.

La greffe préemptive (réalisée avant la dialyse) est de 3 % en Bretagne et de 3,2 % en 2008 au niveau national.

De façon préemptive ou non, la transplantation rénale à partir d'un donneur vivant est de 7,6 % en France, chiffre très inférieur à celui d'autres pays européens du nord.

b) Une prévalence faible par rapport à la moyenne nationale, mais en augmentation

La prévalence désigne le nombre de personnes malades à un moment donné.

La région Bretagne fait partie des régions de faible prévalence (910,7 pmh, taux standardisé selon l'âge et le sexe) par rapport à la moyenne nationale (1 057 pmh en 2008).

- La prévalence a augmenté de 7,5 % de 2006 à 2009, soit + 2,5 % par an,
- Le taux de prévalence augmente avec l'âge,
- Le taux de prévalence par million d'habitants est inégal selon les territoires : de 788,8 pmh dans le territoire de Saint-Brieuc-Lannion et 820,6 pmh dans le territoire de Rennes-Redon à 1 037,9 pmh pour le territoire de Saint-Malo-Dinan et 1 043,9 pmh dans le territoire de Brest-Morlaix.

c) La prévalence des greffés, plus importante chez les 45-64 ans

Le taux de prévalence des greffés (taux standardisé selon l'âge et le sexe) va de 401,1 par million d'habitants dans le territoire de St-Brieuc-Lannion à 518,3 pmh dans le territoire de Saint-Malo-Dinan.

Parmi les patients en Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), la part des patients greffés est de 60,3 % dans le territoire de Rennes-Redon et de 54,6 % dans celui de Lorient-Hennebont. Ces données sont à comparer à la moyenne régionale de 51,3 %. À l'opposé, les territoires de Pontivy-Loudéac (45,1 %) et Quimper-Carhaix (45,1 %) se démarquent.

En corollaire, le nombre de patients dialysés est moindre dans les territoires de Rennes-Redon et Lorient-Hennebont et plus élevé dans les territoires de Pontivy-Loudéac et Quimper-Carhaix. Le taux de prévalence des patients greffés est plus important dans la tranche 45-64 ans (taux standardisé de 892 pmh).

9.2.2 Le bilan organisationnel du SROS 3

a) Les autorisations couvrant l'ensemble du territoire régional

Dans le cadre du SIOS, les 2 CHU de Rennes et Brest sont habilités à réaliser la greffe rénale chez les adultes et grands enfants. Ils s'appuient sur un réseau d'établissements préleveurs. Pour le CHU de Rennes le réseau des établissements préleveurs comprend les établissements de St-Malo, Vannes, Lorient, Pontivy, Lannion et St-Brieuc (1 prélèvement sur 2).

Pour le CHU de Brest, le réseau des établissements préleveurs comprend les établissements de Quimper, Morlaix et St-Brieuc (1 prélèvement sur 2).

Chez l'enfant, les transplantations sont effectuées aux CHU de Rennes, Nantes et Paris.

Chaque territoire dispose d'une offre complète en termes **d'autorisations** (centres d'hémodialyse, unités de dialyse médicalisée (UDM), unités d'autodialyse (UAD), dialyse péritonéale (DP), hémodialyse à domicile, unités saisonnières).

Le bilan du SROS 3 (au 31/12/2010) recense l'installation 20 centres d'hémodialyse, 14 UDM, 34 UAD.

b) Des modalités de traitement différentes

> La greffe :

Plus de la moitié des patients vivent avec un greffon rénal fonctionnel, ce qui situe la Bretagne dans les toutes premières régions pour le recours à la greffe, position qu'il importe de maintenir en poursuivant le développement de la greffe rénale.

> L'hémodialyse :

En Bretagne comme en France, l'hémodialyse en **centre** représente 65 % des hémodialyses. Ce chiffre est stable entre 2007 et 2009. Il existe des disparités territoriales allant de 55 % dans le territoire St-Brieuc Lannion à 80 % dans le territoire de Lorient Hennebont.

> Les unités de dialyse médicalisée :

Le taux de recours aux **unités de dialyse médicalisée** (UDM) a évolué récemment en raison des autorisations accordées dans le cadre de l'évolution réglementaire sur la dialyse. En France, il est passé de 7,2 % en 2006 à 9,6 % en 2008. En Bretagne, entre 2006 et 2009, le taux a progressé en passant de 2,3 % à 8,9 %. Le taux de recours aux UDM est le plus élevé dans le territoire de Pontivy Loudéac avec 28,1 %.

> Les unités d'autodialyse :

En France, le taux de recours aux **unités d'autodialyse** a diminué de 25,3 % à 22,8 % entre 2006 et 2008. En Bretagne, il a également diminué en passant de 29,7 % à 21 % entre 2006 et 2009. Dans les territoires, le taux est de 5,3 % dans le territoire de Pontivy Loudéac et de 28,3 % dans le territoire de Brest et de 27,6 % dans le territoire de Quimper Carhaix.

L'hémodialyse à domicile est marginale aux alentours de 1 % en France et de 0,7 % en Bretagne avec tendance à l'infléchissement.

La répartition selon le territoire de prise en charge et le lieu d'habitation met en évidence qu'en dehors des patients du territoire Pontivy-Loudéac, les patients hémodialisés sont dans l'ensemble pris en charge dans leur territoire de résidence.

En 2009, la première séance de dialyse de 45,2 % des nouveaux patients est réalisée avec cathéter. La première dialyse de 31,3 % des nouveaux patients est réalisée en urgence. Il existe des disparités d'un territoire à l'autre en raison d'une interprétation différente de la notion d'urgence (de 19,1 % à 53,3 %).

À noter la faible fréquence de l'IRCT pédiatrique, 2 cas incidents en 2009, 36 patients prévalents au 31/12/2009 : 3 dialysés sur 6 et 7 greffés sur 30 ont moins de 8 ans.

c) Des marges de progression possibles dans le développement de la dialyse péritonéale

Le taux de patients en dialyse péritonéale est stable entre 2006 et 2008 en France à 7,4 % tandis qu'il a progressé en Bretagne de 7,2 % à 8,4 % entre 2006 et 2009. Dans les territoires, en 2009, le taux est de 10,5 % dans le territoire de Brest Morlaix, de 10,4 % dans le territoire de St-Brieuc Lannion, de 10,1 % dans le territoire de Quimper Carhaix et, à l'opposé, de 3,9 % dans le territoire Lorient Hennebont. Dans le territoire de Pontivy Loudéac, ce type de prise en charge sera proposé en 2011.

d) Une prise en charge qui doit être plus précoce et décloisonnée

Le nombre de patients pris en urgence sur cathéter témoigne d'un diagnostic et d'une prise en charge tardifs de l'IRC, mais aussi d'une décompensation rapide.

La prise en charge précoce de l'IRC doit se faire dans une approche plus globale du risque vasculaire.

L'amélioration des conditions de prise en charge, déjà amorcée, doit être poursuivie via le recours à l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, les principales causes de la maladie (diabète, maladies vasculaires...) et le vieillissement de la population font envisager une poursuite de la progression du nombre de patients.

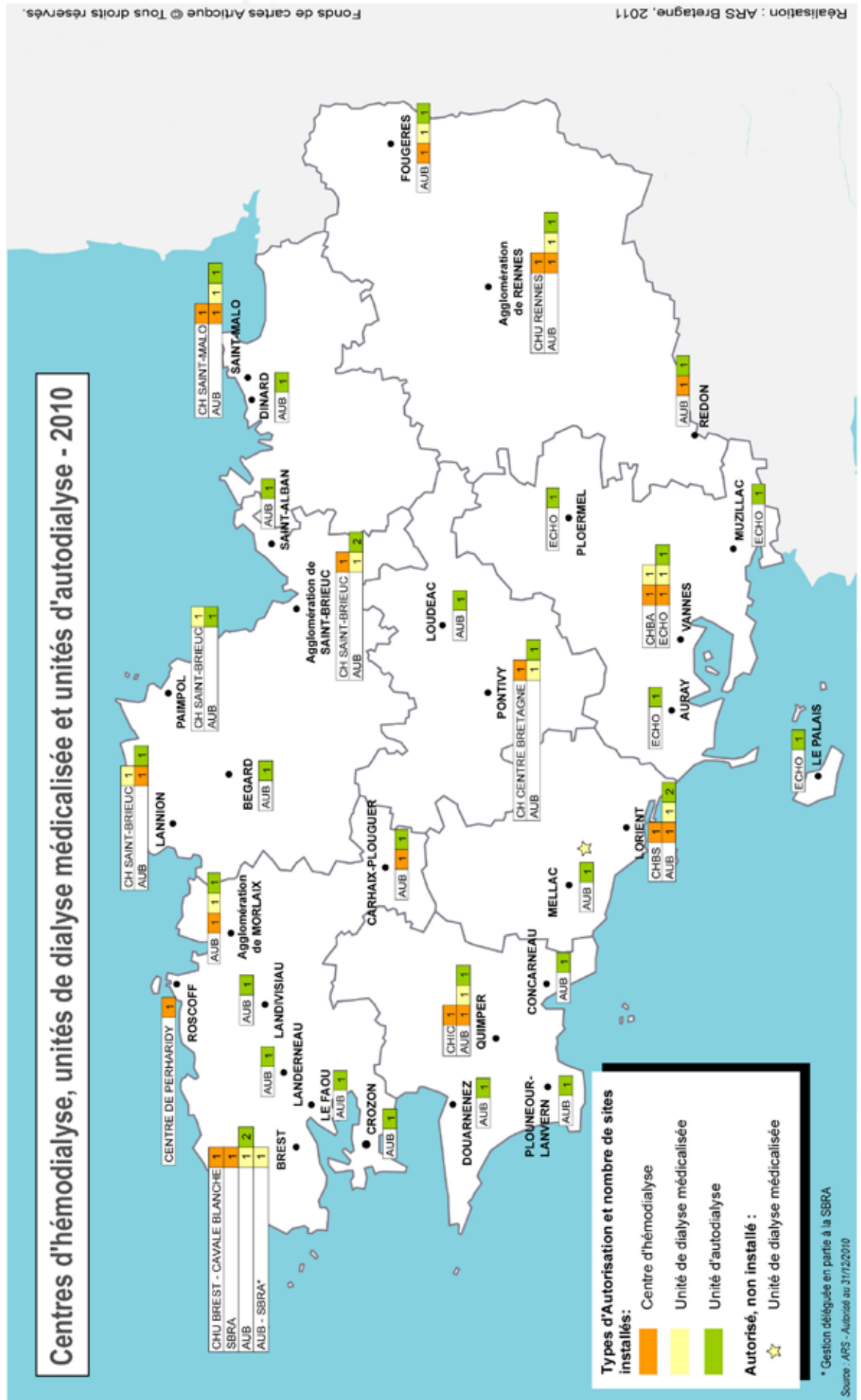
Enfin, la télémédecine est un outil qui pourra contribuer à plus de proximité, de sécurité et répondre aux souhaits des néphrologues.

Démographie des néphrologues : Selon le rapport de l'observatoire national de la démographie des professions de santé 2008 2009 (ONDPS), la progression du nombre de néphrologues est de 2,9 % par an de 2003 à 2009. Par ailleurs, en Bretagne, la formation de 25 médecins néphrologues est prévue sur la durée du futur schéma. Cela représente une perspective favorable si les médecins formés s'installent dans la région.

Points faibles repérés :

- la fragilité, en termes d'opérateurs (chirurgiens vasculaires ou urologues) pour la réalisation des fistules artérioveineuses et leur suivi, idem pour les cathéters péritonéaux dans le cadre de la dialyse péritonéale ;
- le faible développement de la dialyse en EHPAD ;
- la difficulté à admettre un malade en IRCT dans les établissements de soins de suite ;
- l'absence d'infirmière coordinatrice des greffes dans certains établissements malgré leur financement au travers du forfait greffe.

Centres d'hémodialyse, unités de dialyse médicalisée et unités d'autodialyse - 2010



* Gestion déléguée en partie à la SBRA

Source : ARS - Actualisé au 31/12/2010

9.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

9.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Le maillage des différentes catégories de prise en charge du patient insuffisant rénal chronique étant satisfaisant sur le territoire breton, il convient cependant de rappeler les principes guidant l'organisation régionale des soins.

Tout d'abord, les établissements prenant en charge les insuffisants rénaux doivent s'attacher à assurer individuellement ou par le biais de convention entre partenaires la totalité de la filière de prise en charge.

L'organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique doit reposer sur le rôle de recours des deux CHU. En effet, les deux CHU bretons doivent mettre en œuvre une politique dynamique au regard du rôle d'animateur territorial, tant au niveau de leurs activités de proximité que de leurs activités de recours régional.

Malgré un maillage actuel satisfaisant, l'offre de soins devra être adaptée aux besoins de la population. En effet, selon des indicateurs produits par le registre REIN, la progression annuelle de la prévalence des patients dialysés étant de 2,5 % à 5 % le schéma prévoit une adaptation de l'offre à ces nouveaux besoins :

a) Maintenir les centres de dialyse existants avec leurs principales missions :

- assurer le traitement par épuration extra rénale dans les conditions de qualité et de sécurité,
- assurer l'entraînement à l'hémodialyse à domicile ou à l'auto-dialyse,
- assurer le repli des malades en IRCT selon les besoins.

b) Développer la dialyse hors centre, dans un but de proximité et d'efficience :

Il s'agit là d'une orientation nationale ayant pour objectif de diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité.

Elle se traduit par :

- la poursuite du développement de la dialyse péritonéale y compris dans les EHPAD. Ce plan est déjà lancé dans certains territoires ;
- la création d'unités de dialyse médicalisée à distance des centres d'hémodialyse avec recours à la télé-dialyse ; cette dernière consiste notamment en la surveillance à distance par une équipe de médecins néphrologues d'une séance de dialyse ;
- le maintien des unités d'auto-dialyse, tout en sachant que cette modalité de traitement suppose un degré d'autonomie difficilement compatible avec l'âge de plus en plus avancé du malade en début de traitement ;
- le développement de l'hémodialyse à domicile facilité par l'évolution des générateurs permettant notamment la dialyse quotidienne.

c) Mettre en œuvre les différentes mesures du plan de développement de la dialyse péritonéale sur l'ensemble des 8 territoires de santé

9.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficience

a) Le développement de la prévention de l'IRC et des prises en charges précoces

La loi de santé publique a fixé en 2004 comme objectif la stabilisation de l'incidence et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Elle repose sur la mise en œuvre des programmes de prévention primaire du risque vasculaire, l'application de recommandations d'utilisation des produits néphrotoxiques. La prévention primaire repose sur des actions de dépistage, notamment co-organisées par les opérateurs de l'IRC et les associations de malades, et constitue un aspect fondamental de la prise en charge.

La haute autorité de santé a produit des recommandations sur le diagnostic de l'insuffisance rénale de l'adulte et les moyens pour en ralentir la progression.

La prise en charge précoce se fera en lien avec le schéma régional de prévention (SRP) et avec le programme de gestion du risque (GDR) figurant dans le projet régional de santé. Ce dernier prévoit des actions d'information et de formation à destination de professionnels de santé ciblés. Elle doit permettre de réduire le nombre de dialyse débutée en urgence et pourra s'opérer dans les centres de dialyse et les centres de santé.

Afin d'améliorer la prise en charge précoce de l'IRC, le dépistage des maladies rénales par bandelette urinaire sera à développer.

b) Poursuivre le développement de la greffe rénale

Les deux CHU doivent participer à la poursuite du développement de la greffe rénale (voir plan d'actions) afin de maintenir la position de la région Bretagne (la greffe préemptive (réalisée avant la dialyse) est de 3 % en Bretagne et de 3,2 % en 2008 au niveau national) et garantir la poursuite de ces efforts.

Le développement de la greffe rénale renvoie à deux objectifs spécifiques :

- favoriser la transplantation préemptive chez l'enfant et l'adulte dans le cadre du SIOS en lien avec l'agence de Biomédecine,
- favoriser le recours à la greffe à partir de donneur vivant.

c) Améliorer la qualité des prises en charge

9.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Développer des UDM à distance des centres d'hémodialyse	Envisager l'implantation d'UDM supplémentaires selon les besoins des territoires. Installer l'UDM autorisée Poursuivre le recours à la télémedecine : télé-consultation télé expertise, télé surveillance	Nombre d'UDM installées	Programme télémedecine
Développer la dialyse hors centre	Adapter le développement de l'hémodialyse à domicile et des unités d'auto dialyse aux besoins des patients	Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse	Fiche AVC
Maintenir les centres de dialyse existants avec leurs principales missions	Mettre à disposition un lit d'hospitalisation en service de néphrologie et/ou un poste de repli en centre dans le cadre des conventions de coopérations fixées réglementairement.		
Mettre en œuvre les différentes mesures du plan de développement de la dialyse péritonéale sur l'ensemble des 8 territoires de santé.	Diffusion aux néphrologues des recommandations de la HAS concernant les indications de la DP et des résultats de l'évaluation médico-économique concernant les stratégies de prise en charge de l'IRC (cf. note de cadrage de la HAS de septembre 2010) Évaluer les pratiques professionnelles concernant les indications dans le cadre des réunions d'orientation thérapeutique (ROT) Mettre en œuvre des actions d'information à destination des EHPAD et de formation des IDE sur la technique de la DP	Part des patients traités par dialyse péritonéale/patients dialysés Part des patients traités par dialyse péritonéale parmi les nouveaux patients dialysés dans l'année Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale (depuis au moins 90 jours), dans les nouveaux patients dialysés	
	Assurer le repli en hospitalisation des malades traités par DP		
Garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficience			
Prendre en charge précocement l'IRC	Mener des actions d'information sur le dépistage auprès des professionnels de santé institutionnels ou libéraux (médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, gériatres...)	Part des médecins libéraux réalisant au moins une clearance par an pour au moins 80 % de ses patients diabétiques	Schéma Prévention
	Mettre en œuvre le programme pluriannuel régional de gestion du risque (GDR) en lien avec les caisses d'Assurance Maladie	- Part des patients en ALD diabète ayant eu un dosage de créatininémie - Part des patients en ALD diabète ayant eu un dosage d'albuminurie	Programme GDR
	Mettre en œuvre les actions d'éducation thérapeutique autorisées aux établissements et aux réseaux de santé ayant déposé des dossiers dans le cadre de la procédure établie par décret.	Part des programmes d'ETP en IRC et prévention vasculaire et diabète mis en place	Schéma prévention
	Assurer l'harmonisation des conditions de mise en traitement pour distinguer les prises en charge exécutées en urgence, source de discussion autour de la définition	Part de 1ère dialyse réalisée en urgence chez les patients sans suivi néphrologique	
	Favoriser le dépistage précoce des maladies rénales par bandelettes urinaires		
Poursuivre le développement de la greffe rénale	Instituer une démarche d'information du patient dans le cadre d'une consultation pré-greffe	Nombre de patients vus dans le cadre de la consultation pré-greffe	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficience			
	Soutenir l'activité de prélèvement d'organe sur donneur décédé en état de mort encéphalique dans les établissements autorisés	- Nombre de patients greffés parmi les patients en IRCT - Part des patients inscrits sur liste d'attente de greffe parmi les patients dialysés depuis moins de 6 mois	
	Poursuivre la formation des chirurgiens dans les établissements préleveurs		
	Encourager les prélèvements sur donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC) sur les 2 sites de greffe	Nombre de prélèvements du rein dans les 2 CHU Nombre annuel de prélèvements du rein réalisés	
	Inscrire l'activité de prélèvement dans les CPOM	Effectivité du recueil exhaustif de l'activité de prélèvements dans les établissements	
Améliorer la qualité des prises en charge	Instituer pour l'usager une information pré dialyse pluridisciplinaire (médicale et paramédicale) pour une vision objective des diverses modalités de traitement.	Part des patients mis en dialyse ayant eu une information pré dialyse	
	Conserver et favoriser les compétences en matière de réalisation et de suivi des fistules artério veineuses et des cathéters péritonéaux.		

10. TRAITEMENT DU CANCER

10.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Depuis 1997, le cancer est une priorité de santé publique en Bretagne. Le Programme Régional de Santé de 1999 « La Bretagne contre le cancer » avait pour principaux objectifs la diminution du poids du cancer dans les causes de décès, la réduction de nouveaux cas de cancer et l'augmentation du nombre des guérisons des cancers incidents. Les schémas régionaux d'organisation des soins (1999-2004) et (2006-2010) ont consacré des volets à la prise en charge des patients atteints de cancer, en préconisant notamment l'exercice pluridisciplinaire de la cancérologie et la mise en place de réseaux de soins gradués au sein des secteurs (devenus territoires de santé), des réseaux spécialisés étant recommandés en pédiatrie et hémato-oncologie.

Le plan d'actions régional concernant le traitement du cancer s'inscrit dans la continuité du volet cancer du SROS précédent arrêté en septembre 2008 et s'appuie sur le plan national « Cancer » 2009-2013 et sur le plan stratégique régional de santé. Ce dernier fait état des indicateurs de santé régionaux défavorables dans ce domaine et fixe parmi ses priorités « l'accès à des soins de qualité ».

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- améliorer l'accès aux soins pour tous les patients de Bretagne ;
- améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- améliorer l'efficacité des organisations.

Par ailleurs, la thématique du traitement du cancer est indissociable des actions de prévention et de dépistage qui sont abordés dans le schéma régional de prévention.

Le traitement du cancer concerne plusieurs types d'activités soumises à autorisation :

- la chirurgie des cancers ;
- la chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques des cancers ;
- la radiothérapie externe et la curiethérapie ;
- l'utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées.

Ces activités sont régies par les décrets 2007-388 et 2007-389 du 21 mars 2007.

10.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

Les données épidémiologiques (sources ORSB et INCA)

• Première cause de mortalité en France chez les hommes et deuxième chez les femmes

Le taux de mortalité pour cause de cancer représente chez les hommes 33 % des décès (1^{ère} cause de décès) et chez les femmes 23 % (deuxième cause de décès). Ainsi, on estime à 146 500 le nombre de décès en 2010.

De plus, le cancer est la première cause de mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) dans les deux sexes : 37% des décès prématurés chez les hommes, 46 % chez les femmes.

On constate une baisse de la mortalité depuis le début des années 90, davantage chez les hommes que chez les femmes, pour la plupart des cancers.

Cependant, on remarque une augmentation très importante de l'incidence du cancer : + 1,2% par an chez les hommes et + 1,4% par an chez les femmes depuis 1980 (phénomène lié à l'augmentation et au vieillissement de la population, mais aussi au développement du dépistage et aux comportements à risques). Ainsi, près de 357 700 nouveaux cas ont été estimés en 2010.

De façon prospective, pour les prochaines années, la prévision est à un infléchissement de l'augmentation de l'incidence et un infléchissement de la diminution de la mortalité chez les femmes.

Les hommes sont davantage touchés par le cancer en Bretagne

On constate un taux de mortalité plus défavorable pour les hommes par rapport à la France (+8 %), mais l'écart tend à se réduire : Par ailleurs, on constate une position légèrement plus favorable à la moyenne française pour les femmes (-3 %).

La région Bretagne est dans une situation comparable à la France en termes d'incidence pour les femmes, mais connaît des taux supérieurs aux taux français pour les hommes (2^{ème} rang des régions les plus touchées); l'augmentation de l'incidence sur la période 1995-2005 est comparable à la France pour les femmes (+17 %), mais plus forte pour les hommes (+18 % contre + 14 %).

Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers de la prostate (plus du tiers), puis des voies aériennes digestives supérieures (VADS), du poumon et colorectal (environ 10 % chacun).

Chez la femme, les cancers les plus fréquents sont celui du sein (plus du tiers), colorectal (14 %), utérus, poumon et mélanome (environ 5 % chacun).

En termes d'évolution, au cours de la dernière décennie, on constate un net recul des cancers liés à l'alcool chez l'homme, mais une forte progression des cancers du poumon chez la femme; une augmentation de l'incidence et de la mortalité par mélanome dans les deux sexes (la Bretagne est la région la plus touchée de France).

Pour les cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé, l'incidence du cancer du sein a progressé mais la mortalité est stable; l'incidence du cancer colorectal est stable avec une baisse de la mortalité plus nette chez l'homme que chez la femme.

Enfin, chez les enfants, on constate 120 nouveaux cas par an en moyenne (30 % de leucémies, 24 % de tumeurs du système nerveux central (SNC), 12 % de lymphomes), avec une incidence régionale supérieure à la moyenne nationale.

• De grandes disparités de mortalité entre les territoires de santé

On constate des différences significatives entre les territoires pour la mortalité. Ainsi, chez les hommes, on remarque une sous-mortalité de - 16 % sur le territoire « Rennes-Fougères-Vitré-Redon » et à l'inverse une surmortalité de +13 % sur le territoire de « Brest-Morlaix », de +6 % sur le territoire de « Lorient-Quimperlé », de +5 % sur le territoire de « St-Brieuc-Guingamp », ces constats faisant écho au gradient est/ouest en termes d'indicateurs de santé au sein de la population bretonne.

- Chez les femmes, on constate une sous-mortalité de - 6 % sur le territoire « Rennes-Fougères-Vitré-Redon » et à l'inverse une surmortalité de +7 % sur le territoire de « Brest-Morlaix ».

- Chez les enfants, on ne note pas de différence significative d'incidence entre les départements.

Enfin, on peut remarquer un recours à l'hospitalisation de court séjour pour cancer plus faible que la moyenne nationale en Ile-et-Vilaine et plus élevé que la moyenne dans le Finistère et le Morbihan.

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3 (HORS HIA)

Concernant l'organisation des soins en matière de traitement du cancer, le bilan du SROS 3 laisse apparaître des améliorations notables.

• Une offre de soins bien répartie sur la région et entre les territoires

Par rapport à l'**objectif de gradation des soins** du SROS 3, on constate que la répartition territoriale des structures autorisées à pratiquer les différentes activités de traitement du cancer est satisfaisante, associant une offre privée et publique, avec une gradation des soins.

Le volet cancer du SROS 3 a été arrêté en septembre 2008. Il a pris en compte les décrets de mars 2007 et les critères d'agrément de l'INCA. Ceci a conduit à une restructuration de l'offre de soins, qui s'est traduite par les nouvelles autorisations délivrées en juillet 2009. Désormais, seules 38 structures sont autorisées à pratiquer une ou plusieurs activités de traitement du cancer, dont 5 sur 2 sites différents.

Chaque territoire dispose d'une offre chirurgicale, cette offre est presque toujours publique et privée, pour les activités soumises à autorisation (sauf le TS 6 pour le thorax et le TS 8 pour le thorax et la gynécologie). 33 établissements ont une ou plusieurs autorisations de chirurgie.

Pour la chirurgie des cancers de l'enfant, seuls les 2 CHU sont autorisés.

En radiothérapie : 8 structures sont autorisées, dont deux sur 2 sites, soit 10 implantations pour la région, 5 centres sont autorisés en curiethérapie. Seul le CRLCC est autorisé pour la radiothérapie des cancers de l'enfant.

En chimiothérapie : Il existe une offre de soins des structures autorisées ou associées sur chaque territoire de santé. Sur les 48 établissements de santé ayant une activité de chimiothérapie en 2008, 18 ont été autorisés à poursuivre cette activité. Les autres établissements peuvent être associés aux structures autorisées pour poursuivre une activité dans ce domaine sous réserve d'une convention précisant les modalités d'organisation. La chimiothérapie des cancers de l'enfant est autorisée sur les 2 CHU ; 4 autres sites y sont associés.

• Une coordination régionale et interrégionale, afin d'assurer l'accès aux soins

L'organisation des prises en charge nécessitant un niveau de recours se constitue autour d'un pôle régional de référence en cours de finalisation et de formalisation, entre les CHU de Rennes et Brest et le Centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC), qui a pour mission d'assurer l'accès aux soins de recours, à la recherche, l'enseignement et l'innovation.

De même, une organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique « GOCE » (Grand Ouest Cancérologie Enfants), associant les établissements HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) et le CHU de Caen s'est constituée.

Afin de faire face à la demande croissante dans ce domaine, une coordination interrégionale des activités de recours en oncogénétique est constituée (RCP inter-régionale) et se poursuit avec la création du réseau PHARE Grand Ouest (financement INCa).

Enfin, des plateformes de génétique moléculaire fonctionnent à Rennes et à Brest.

Concernant la consolidation des dispositifs installés au sein **des réseaux**, le bilan de la couverture du territoire est satisfaisant dans la mesure où les réseaux territoriaux de cancérologie (au nombre de 7) couvrent l'ensemble du territoire breton et entament des processus de mutualisations avec les autres réseaux de santé.

Le réseau régional OncoBretagne, créé en novembre 2003 dans lequel sont impliqués tous les acteurs de la cancérologie bretonne, est très actif sur les thèmes de la qualité des pratiques, l'évaluation et la communication et vient de faire l'objet d'une reconnaissance par l'INCA. Il a pour mission la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie, l'aide à la formation continue des professionnels, la coordination opérationnelle des activités de cancérologie en région, la promotion d'outils de communication communs au sein de la région, l'information du public et des professionnels sur l'offre de soins.

• **La poursuite de l'objectif de garantie de la qualité de la prise en charge des patients se traduit par les constats suivants :**

- un Observatoire interrégional des médicaments et de l'innovation thérapeutique (OMIT) Bretagne-Pays de Loire actif et reconnu, qui contribue, selon l'article D 162-16 du code de la Sécurité Sociale, au suivi et à l'analyse des pratiques de prescriptions observées au niveau régional, à l'harmonisation des prises en charge et à la pluridisciplinarité par des échanges réguliers au travers de forums interactifs professionnels, au bon usage des médicaments par le référencement de protocoles, des suivis de cohortes et l'apport d'avis scientifiques. Ces travaux s'intègrent dans la politique régionale sur le médicament, concernant la sécurité d'emploi des chimiothérapies (iatrogénie, pharmacovigilance), dont l'objectif est développé en collaboration avec le Comité régional de pharmacovigilance (CRPV) ;
- des critères de qualité satisfaisants selon les check-lists de l'INCa concernant l'appartenance au réseau de cancérologie, l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques, l'organisation de l'accès à une concertation pluridisciplinaire et de la continuité des soins, l'accès aux soins complémentaires ;
- la préparation centralisée des anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique effective et des établissements respectueux du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les 34 établissements de la région, pratiquant la chimiothérapie autorisée ou associée, sont signataires d'un contrat de bon usage et suivis par l'ARS dans ce cadre.

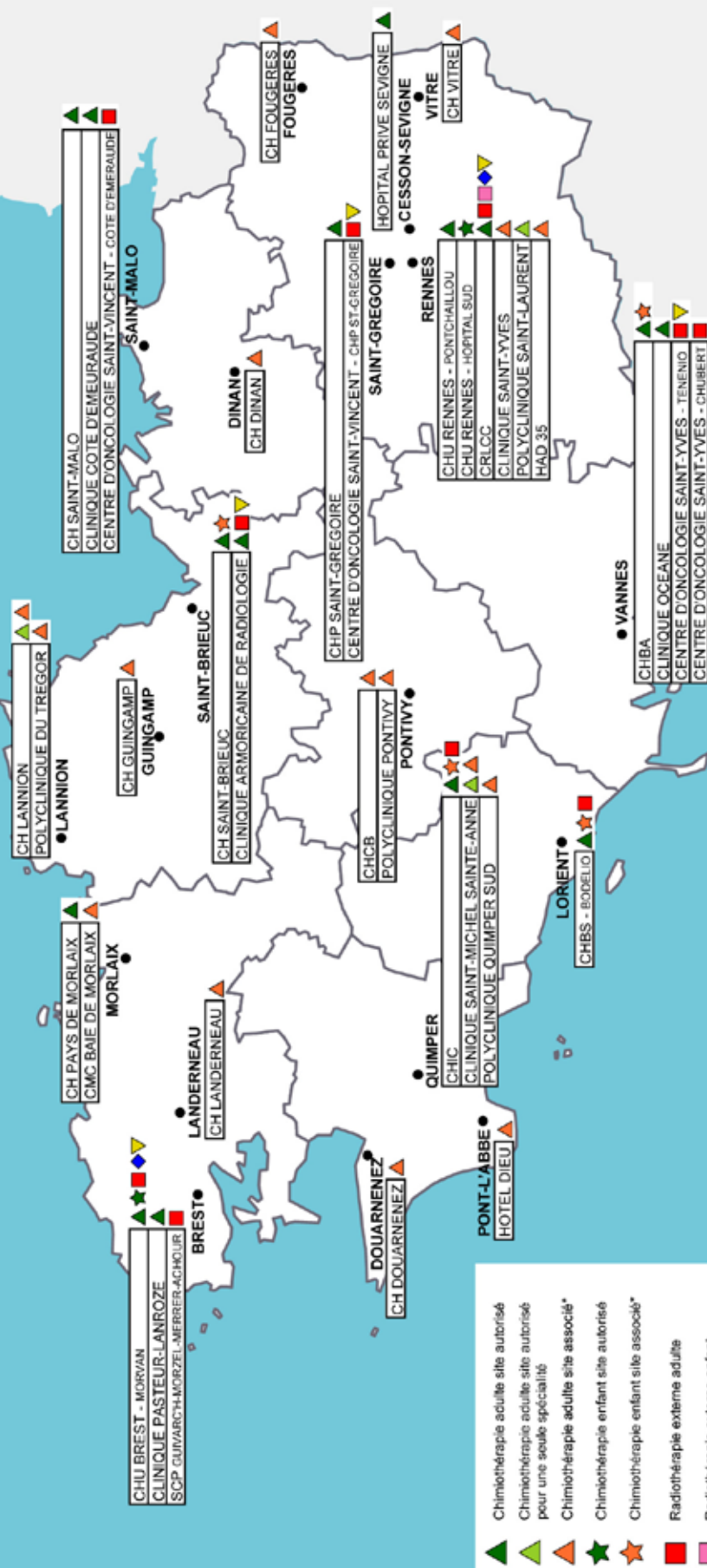
• **Des besoins globalement couverts**

Les études de délais menées sur la prise en charge adjuvante du cancer du sein montrent aussi bien en chimiothérapie qu'en radiothérapie, des délais qui restent acceptables (sous les délais de référence de 12 semaines) même s'il existe des marges de progression qu'il conviendra de suivre et d'analyser (liés à la saturation de certains sites et au problème de démographie médicale dans ces spécialités). Certains territoires signalent des allongements des délais pour les traitements de radiothérapie.

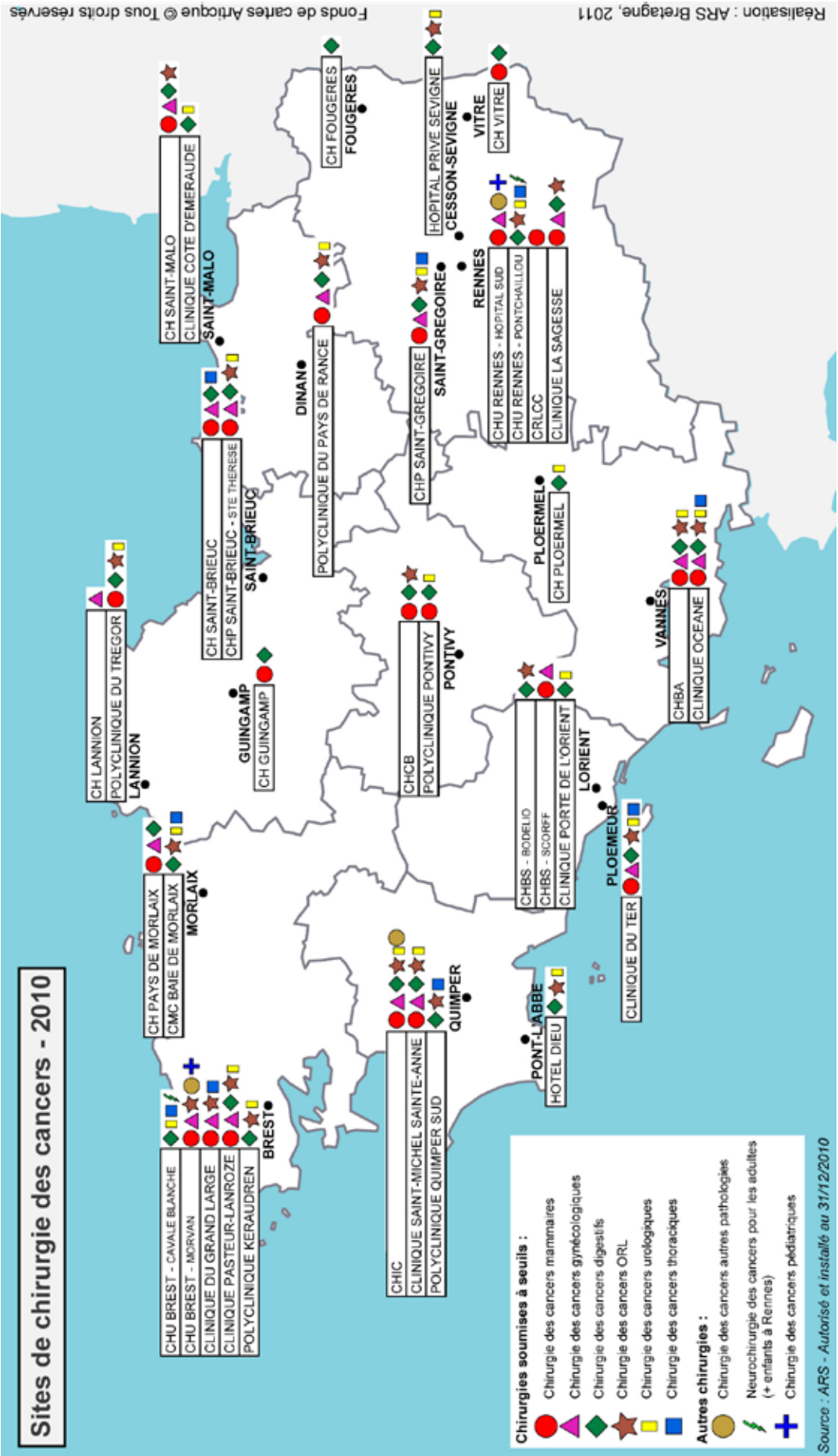
Cependant sont constatés des difficultés et des points nécessitant des améliorations sur les thèmes suivants :

- certains établissements limites au regard des seuils d'activité fixés par la réglementation ;
- des poursuites d'activité dans quelques établissements non autorisés ;
- une oncogériatrie encore peu développée malgré l'augmentation des besoins ;
- des difficultés d'accès à l'IRM signalées sur les territoires 1 et 5 ;
- un manque de formalisation de l'accès aux tumorothèques de Rennes et Brest ;
- une mise en œuvre difficile de coopérations envisagées entre certains établissements ;
- une insuffisance d'organisation de filières pour l'accès aux soins de suite ;
- un manque d'hébergement sur Rennes pour les enfants atteints de cancer et/ ou leurs familles (ex : traitements de radiothérapie) ;
- la nécessité de clarification du fonctionnement et du financement des réseaux notamment sur le territoire de santé 5 ;
- des inquiétudes sur l'évolution de la démographie médicale.

Sites d'activité de soins de traitement du cancer (radiothérapie, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie) - 2010



Source : ARS - Autorisé et installé au 31/12/2010



Source : ARS - Autorisé et installé au 31/12/2010

10.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

L'offre de soins graduée en cancérologie doit être répartie de façon équitable entre les territoires et répondre aux critères d'autorisation fixés par les décrets de mars 2007 et d'agrément de l'INCA.

L'offre de soins en cancérologie s'appuiera sur les autorisations récentes délivrées en juillet 2009, pour le maillage territorial et s'adaptera à l'évolution des besoins :

- réviser éventuellement l'organisation actuelle selon les résultats des visites de conformité, le suivi annuel des seuils d'activité et la perspective de l'évolution attendue des critères d'agrément (préparation de nouveaux critères plus contraignants par l'INCA pour 2013) et des seuils d'activité ;
- favoriser, chaque fois que possible, la prise en charge en chimiothérapie dans les établissements de proximité, dans le cadre des conventions liant les établissements associés aux établissements autorisés, précisant les critères de qualité et de sécurité de l'organisation ;
- structurer les filières de prise en charge spécifiques telles que l'oncogériatrie, l'oncogénétique, la pédiatrie au sein du réseau POHO (Pédiatrie Onco-Hématologie de l'Ouest).

Il convient d'améliorer la lisibilité et l'articulation de l'organisation régionale en finalisant le pôle régional de cancérologie et en favorisant la constitution de site(s) de cancérologie par territoire entre un ou plusieurs établissements de santé et centres de radiothérapie. L'ensemble des établissements autorisés en cancérologie devront avoir accès aux tumorothèques.

Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

Le parcours de soins du patient doit être personnalisé (programme personnalisé de soins (PPS) et programme personnalisé après cancer) et les établissements doivent organiser sur place un accès au dispositif d'annonce et à l'ensemble des soins de support en particulier la prise en charge de la douleur. La situation sociale doit pouvoir être évaluée pour permettre un accompagnement spécifique des patients les plus vulnérables. Les réseaux et les professionnels de soins libéraux ont un rôle primordial dans l'accompagnement du patient. L'efficacité se traduit par une réduction des délais de prise en charge.

Les coopérations entre les établissements de santé seront encouragées en développant les projets médicaux de territoire, les équipes territoriales mutualisées, les GCS de moyens ou d'autorisation, ou autres formes de coopération (Instituts de Cancérologie). La constitution d'équipes hospitalières permet d'atteindre un niveau d'activité de soins suffisant, de mieux organiser la permanence des soins et d'améliorer l'efficience des prises en charge. Elle permet en outre d'améliorer les conditions et les délais d'accès aux traitements innovants et essais cliniques.

En radiothérapie, là où l'activité le nécessite, il conviendra de regrouper les centres sur un seul site par territoire de santé permettant d'offrir aux patients l'ensemble des modalités de prise en charge, de développer les nouvelles technologies, de mieux répondre aux critères d'agrément de l'INCA et de faire face plus facilement aux aléas de la démographie médicale.

La poursuite de l'objectif de garantie de qualité de la prise en charge des patients s'appuie sur les référentiels de bon usage des molécules onéreuses (RBU) en lien avec l'OMIT pour les chimiothérapies, sur une démarche de management de la qualité en radiothérapie avec en particulier la mise en place d'un système de vigilance et de gestion des éventuels incidents en lien avec l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN).

La mise en œuvre de la permanence des soins sera adaptée aux besoins et efficiente selon les résultats des évaluations prévues dans le cadre des visites de conformité.

La fluidité du parcours et la coordination Ville-Hôpital doivent être renforcées sur plusieurs axes :

- améliorer les possibilités d'accès des patients à l'hospitalisation de jour, dans les situations qui le nécessitent ;
- développer les collaborations avec l'HAD et mieux identifier son périmètre d'intervention en lien avec les réseaux territoriaux de cancérologie et les équipes mobiles de soins palliatifs (cf. volets HAD et Soins palliatifs) ;
- faciliter l'accès aux services de SSR. (cf. volet SSR) ;
- poursuivre les efforts engagés dans le développement des usages du dossier communicant de cancérologie (DCC) breton et mettre en œuvre sa convergence vers le cadre national défini par l'Asip santé et l'INCa ;
- favoriser la chimiothérapie à domicile chaque fois que possible et garantir la sécurité et la qualité du suivi ; suivre les prescriptions du guide de bonnes pratiques des voies orales anticancéreuses élaboré par l'OMIT et le réseau régional de cancérologie ;

- s'appuyer sur l'expertise des infirmiers coordonnateurs des réseaux de santé et suivre les résultats de l'expérimentation des infirmiers coordonnateurs financée par l'INCa ;
- mieux informer les médecins généralistes du parcours du patient (Plan Cancer : « Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie ») ;
- évaluer les réseaux de cancérologie (missions, activités et moyens mis en œuvre) pour harmoniser les objectifs et les organisations.

10.4 PLAN D'ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Assurer une offre de soins graduée et équitable entre les territoires qui répond aux critères d'autorisation	Assurer le suivi des établissements de santé faisant l'objet de réserves suite aux visites de conformité	Nombre de sites de chimiothérapie autorisés ayant au moins un oncologue à temps plein	
	S'assurer de l'équité d'accès aux soins par l'analyse des taux de recours rapportés à la prévalence et aux taux de mortalité.		
Adapter l'offre de soins aux besoins	Adapter l'offre selon les résultats des visites de conformité et l'évolution attendue des seuils d'activité et critères d'agrément		
	Favoriser les sites associés en chimiothérapie dans les établissements de proximité	File active de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés	
	Structurer les filières de prise en charge en : - oncogériatrie : organisation régionale autour de l'oncogériatrie - oncogénétique : plates formes de génétique moléculaire et maillage territorial des consultations d'oncogénétique - pédiatrie : mise en œuvre des chimiothérapies pédiatriques dans les établissements associés au sein du POHO sous réserves de conditions à préciser	Nombre de personnes de plus de 75 ans passés en RCP et ayant auparavant bénéficié d'une évaluation et/ou d'une consultation d'oncogériatrie Délai moyen d'attente pour une consultation en oncogénétique	
Améliorer les conditions et les délais d'accès par une bonne lisibilité régionale de l'organisation	Finaliser et formaliser le pôle régional de cancérologie favoriser l'émergence d'un réseau de recherche clinique à l'initiative du pôle régional de cancérologie	Effectivité de la transmission du rapport annuel d'activité du pôle régional de cancérologie	
	Améliorer les conditions d'accès à la chirurgie de recours et aux plateaux techniques de médecine interventionnelle Favoriser la coordination entre les centres de radiothérapie et le regroupement des sites par territoire chaque fois que possible		
	Améliorer l'accès des établissements autorisés aux tumorothèques : élaborer les conventions entre établissements	Part des établissements autorisés en chirurgie ayant signé une convention avec les tumorothèques	

III. B. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
	Améliorer l'accès aux essais cliniques et techniques innovantes Finaliser et évaluer l'expérimentation ASTEC (récupération des données RCP pour faire ressortir un % d'éligibilité aux essais cliniques) entre le CHU de Rennes, le CRLCC, l'AP de Marseille, l'INSERM et OncoBretagne Etablir des liens dans le DCC vers les répertoires d'essais cliniques.	Part de la file active des patients pris en charge pour un cancer inclus dans un essai thérapeutique	
	Améliorer l'accès à l'IRM		Fiche Imagerie
	Développer la Visioconférence en télémedecine pour les RCP notamment de recours, sous réserve de l'amélioration du transfert d'images (en offre et en qualité).		Programme Télémedecine
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Garantir au patient un parcours de soins personnalisé et efficace	Généraliser le dispositif d'annonce Garantir l'accès aux soins de support (lutte contre la douleur) Faire bénéficier les patients d'un programme personnalisé de soins (PPS) et d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)	Part des patients pris en charge pour un cancer ayant bénéficié d'un programme personnalisé de soins	Fiche Maladies chroniques Fiche Soins palliatifs
	Apprécier la situation sociale de chaque patient en cours de traitement et proposer si nécessaire une consultation sociale.		
Favoriser les coopérations inter-établissements	Mettre en œuvre des équipes médicales de territoire (ou interterritoriales le cas échéant) et favoriser les regroupements d'activité chaque fois que possible	Nombre de postes partagés en cancérologie en secteur public hospitalier	
Poursuivre la démarche qualité	Favoriser la qualité des pratiques de chimiothérapie en évaluant les conventions entre sites autorisés et sites associés Solliciter et suivre les productions de l'OMIT Assurer le suivi des indicateurs fixés dans le cadre des Référentiels de Bon usage (RBU) pour les molécules onéreuses en lien avec l'OMIT Elaborer des protocoles d'évaluation des recommandations de bonnes pratiques	File active de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés Nombre de sites de chimiothérapies autorisés ayant au moins 2 ETP d'oncologues Nombre de sites de radiothérapie n'ayant pas au moins 3 ETP de radiothérapeutes Nombre de sites de radiothérapies n'ayant pas au moins 3 ETP de radiophysiciens	
	Encourager une démarche globale de management de la qualité dans les centres de radiothérapie et la mise en place d'un système de vigilance comprenant des systèmes d'alerte, de gestion d'éventuels incidents et de propositions de mesures correctrices.	Nombre d'événements indésirables en radiothérapie signalés à l'Autorité de Sécurité Nucléaire	
Favoriser les alternatives à l'hospitalisation, organiser la filière d'aval et renforcer la coordination ville-hôpital	Améliorer les possibilités d'accès des patients à l'hospitalisation de jour, dans les situations qui le nécessitent. Développer les collaborations avec l'HAD. Faciliter l'accès aux services de SSR. (cf. volet SSR). Développer la prise en charge en ambulatoire dès que possible en s'appuyant sur les réseaux et les professionnels de santé libéraux	Part des séjours de médecine en cancérologie en HDJ sur le total (HC+HDJ)	- fiche SSR - fiche HAD - fiche Médecine - Fiche Chirurgie

11. EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

11.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Selon l'article R 1131-1 et -2 du CSP, l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Constituent ces analyses :

1. Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
2. Les analyses de génétique moléculaire ;
3. Toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus. Ces analyses seront définies dans un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence de la biomédecine.

Sont exclues de ce volet du SROS, les analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal et un dépistage néonatal qui sont traitées dans le SROS périnatalité ainsi que l'oncogénétique somatique (étude des tumeurs). Il faut toutefois souligner que ce sont les mêmes familles qui sont souvent concernées, les mêmes équipes médicales qui les prennent en charge et les mêmes laboratoires qui réalisent ces examens. Les analyses des caractéristiques génétiques dans un but médico-légal sont également exclues du champ.

Enjeux :

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuie sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée. L'enjeu pour les praticiens est de confirmer ou infirmer le diagnostic et dans l'hypothèse de la détection d'une pathologie, de faire bénéficier le patient d'une prise en charge adaptée.

Le SROS "Caractéristiques génétiques" doit assurer des réponses adéquates aux besoins de la population régionale : il s'agit de réduire les inégalités d'accès des personnes concernées à un diagnostic et à une prise en charge de qualité :

- par une organisation efficiente ;
- par l'amélioration et la visibilité des circuits existants ;
- par la formation des personnels contribuant au dépistage des maladies génétiques.

11.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

Compte tenu du sujet qui concerne peu de professionnels et de structures, l'approche régionale apparaît comme le niveau pertinent. Deux pôles régionaux au sein des CHU de Rennes et Brest bénéficient, tant au niveau des consultations que des analyses, d'une reconnaissance nationale, voire internationale pour certaines pathologies (exemple : holoprosencéphalie, hémochromatose, mucoviscidose...).

En effet, la Bretagne se caractérise par une plus grande fréquence de l'hémochromatose dans sa population (5 pour 1000 habitants) que dans la population nationale (3 pour 1000) et les départements des Côtes d'Armor et du Finistère sont les plus touchés (territoires 1, 2 7 et 8).

11.2.1 L'organisation de l'offre de consultations

En ce qui concerne les consultations, une offre de proximité est assurée :

- **Soit par des médecins non généticiens** (hépato-gastroentérologues, pédiatres, endocrinologues, hématologues, voire des médecins généralistes), en particulier pour certaines pathologies.

Les pathologies, telles que l'hémochromatose, l'hypercholestérolémie familiale, l'hypothyroïdie congénitale et les troubles de l'hémostase, ne sont généralement pas dépistées par des médecins spécialisés en génétique mais par des spécialistes de la pathologie, ou des généralistes. À titre d'exemple, les examens réalisés dans les laboratoires privés de la région pour le diagnostic de l'hémochromatose sont prescrits dans 70 % des cas par des médecins généralistes (source régime général de l'assurance maladie) et sur les 1 400 tests réalisés par ces laboratoires, on constate 700 prescripteurs différents. Cette activité est très difficile à recenser car les consultations de dépistage ne sont pas comptabilisées en dehors de l'activité globale du praticien. On ne connaît pas les modalités de suivi des patients et de leur famille à la suite de ces prescriptions.

- **Soit par le biais de consultations avancées** assurées par des médecins spécialistes en génétique, notamment sur les territoires n° 7, 3 et 4 et dans certains centres de prise en charge d'enfants et adultes handicapés.

L'activité de consultation est d'une approche difficile. En effet, le nombre de consultations spécialisées en génétique n'est pas recensé de la même façon par les équipes : soit il est compté une seule consultation lorsque plusieurs personnes de la même famille viennent ensemble (au CHU de Rennes), soit il est compté une consultation par membre de la famille (au CHU de Brest).

L'offre de soins de consultations de génétique s'est déjà structurée en partie en région Bretagne à partir de la mise en place :

- de trois sites de consultations (Rennes, Brest et Vannes) ;
- de filières de soins pour les maladies rares (80 % sont d'origine génétique) et de la labellisation des centres de référence,
- de consultations d'oncogénétique ;
- de staffs pluridisciplinaires, dont certains en visioconférence ;
- du métier de conseiller en génétique.

La demande de consultations de génétique ne cesse d'augmenter :

- 2 909 consultations ont été réalisées à Rennes en 2009 alors que le bilan était de 1 342 en 2000, soit plus du double. 2 147 à Brest en 2010 alors qu'en 2000 on en comptabilisait 1 541 ;
- les délais moyens de rendez-vous sont importants, notamment pour les consultations d'oncogénétique (entre 7 et 9 mois).

11.2.2 Les staffs

Les activités de génétique (consultations et laboratoires) donnent lieu à des réunions régulières pluridisciplinaires organisées par les CHU et en inter-CHU. Par ailleurs, des assises de génétique sont organisées au niveau national ainsi que dans le cadre de la « Génétique de l'Ouest ». Des actions de formation sont, en outre, organisées par les généticiens, à l'attention des médecins spécialistes, des généralistes et des professionnels travaillant dans le domaine du handicap.

11.2.3 Rôle des conseillers en génétique

Les conseillers en génétique sont peu nombreux en Bretagne. Ces professionnels de santé ont un rôle d'information, de soutien psychologique et d'aide aux individus, familles, couples transmettant ou susceptibles de transmettre une affection génétique pour comprendre son origine, son mode de transmission, le risque de récurrence et les possibilités de dépistage. Ils doivent travailler sous la responsabilité d'un médecin généticien (Décret n° 2007-1 429 du 3 octobre 2007 relatif à la profession de conseiller en génétique). Ils travaillent donc en étroite collaboration avec les médecins dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive. Ils peuvent participer aux consultations pluridisciplinaires et à l'activité des centres de diagnostic prénatal.

La seule formation (master 2 professionnel) étant actuellement à Marseille, la Bretagne rencontre de réelles difficultés de recrutement de ces professionnels, qui jouent un rôle fondamental complémentaire de celui des médecins dans la filière.

11.2.4 Les laboratoires de biologie médicale (LBM)

a) Un maillage territorial des laboratoires globalement satisfaisant

Les laboratoires de la région Bretagne sont répartis de la façon suivante :

- des laboratoires qui réalisent uniquement des analyses de premier niveau : analyses de réalisation simple, parfois inscrites à la nomenclature, dont le protocole est bien défini, ou des analyses susceptibles d'être pratiquées de manière courante (kits) ;
- des laboratoires qui réalisent, en sus des analyses de premier niveau, des analyses très spécialisées et complexes et qui sont parfois l'unique recours en France pour certaines maladies rares.

Sont autorisés, après agrément des praticiens par l'agence de la biomédecine :

- En matière de cytogénétique, les 2 laboratoires privés de premier niveau de la région (implantés sur les territoires n° 1 et 5), ont cessé leur activité en 2010 ; demeurent deux laboratoires publics très spécialisés sur les deux CHU ;
- En matière de génétique moléculaire, on retrouve 2 laboratoires de premier niveau : 1 privé sur le TS n° 3 et 1 public sur le territoire n° 2 ainsi que 2 laboratoires publics très spécialisés : CHU de Rennes et CHU de Brest.

Les laboratoires des deux CHU sont centres de référence pour certaines pathologies et reçoivent, à ce titre, des examens de l'ensemble du territoire national, voire d'autres pays européens.

- CHU de Brest pour la mucoviscidose ;
- CHU de Rennes pour les surcharges en fer rares d'origine génétique et pour l'holoprosencéphalie (malformation cérébrale).

Les laboratoires répondent à des contrôles nationaux et européens sur la qualité de leurs résultats et contribuent même à l'organisation de ce contrôle national de qualité.

Les prélèvements pour les examens de génétique sont réalisés, soit dans l'établissement suite à la consultation, soit en laboratoire extérieur sur prescription. Il existe parfois une difficulté à réaliser les prélèvements dans l'établissement lorsque les consultations se terminent trop tard pour que le patient puisse accéder à un prélèvement.

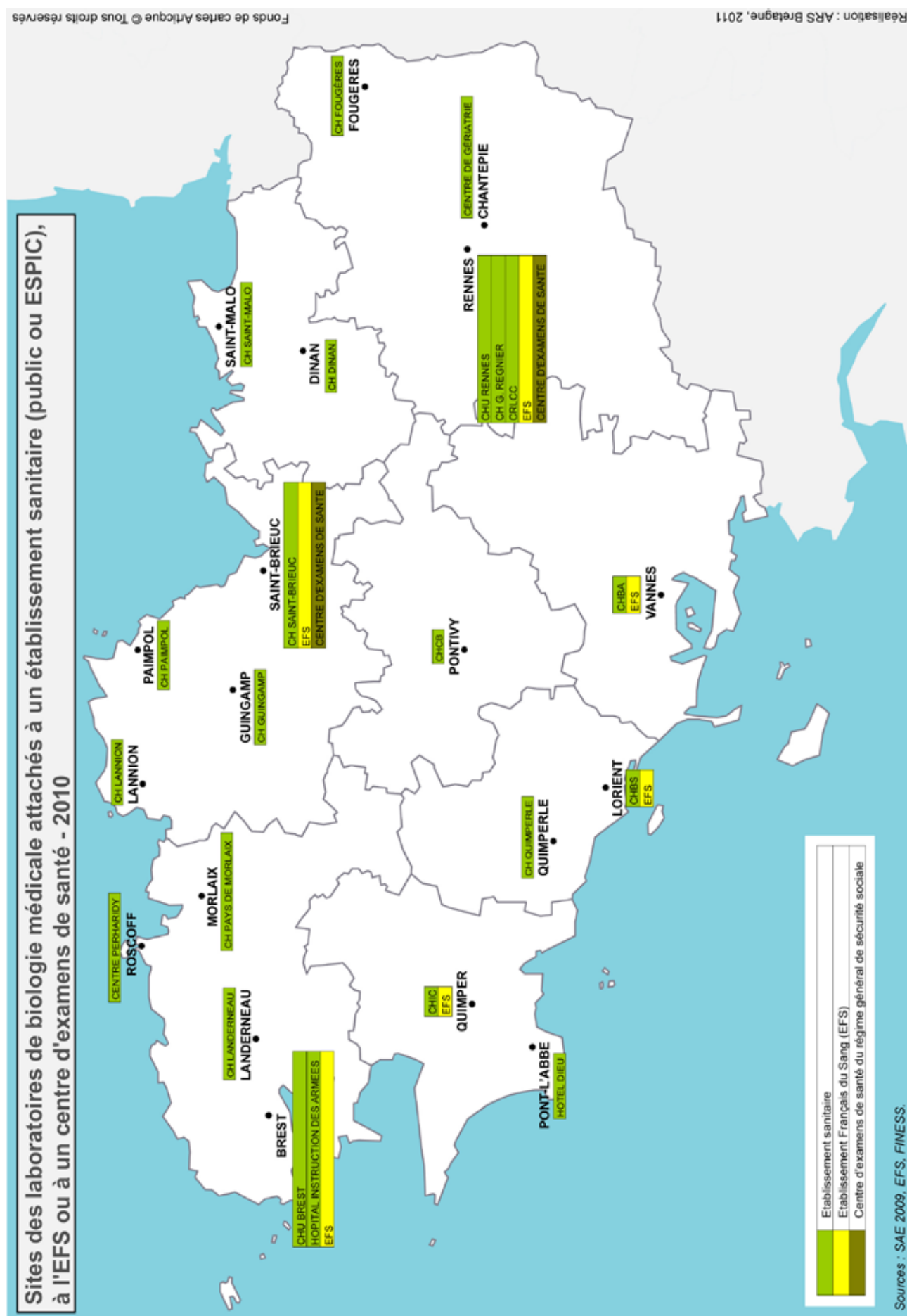
b) L'activité des laboratoires

L'activité biologique est difficile à chiffrer avec précision.

Une partie des analyses confiées aux laboratoires de la région est en fait réalisée par des laboratoires extérieurs à la région, il s'agit :

- soit d'analyses très spécialisées confiées à quelques laboratoires très spécialisés, identifiés au niveau national, voire européen, dans le cadre de réseaux organisés ;
- soit d'analyses inscrites à la nomenclature des actes de biologie médicale et transmises dans le cadre de la réglementation générale de la biologie : le volume d'analyses transmises à des laboratoires extérieurs peut être très important au regard de celles réalisées dans la région. À titre d'exemple, sur 100 prélèvements pour le diagnostic d'hémochromatose (recherche de la mutation C282Y) effectués par les LBM privés de Bretagne, 87 analyses sont réalisées en dehors de la région Bretagne ; il en est de même, dans une moindre mesure, pour le caryotype constitutionnel postnatal : 52 % des échantillons sont analysés hors région (source régime général de l'assurance maladie)
- à l'inverse, l'activité ne correspond pas uniquement aux besoins de la région Bretagne puisque certains laboratoires sont "référents" au niveau national, voire international et les prélèvements extérieurs à la région peuvent constituer une proportion très conséquente des examens effectués.

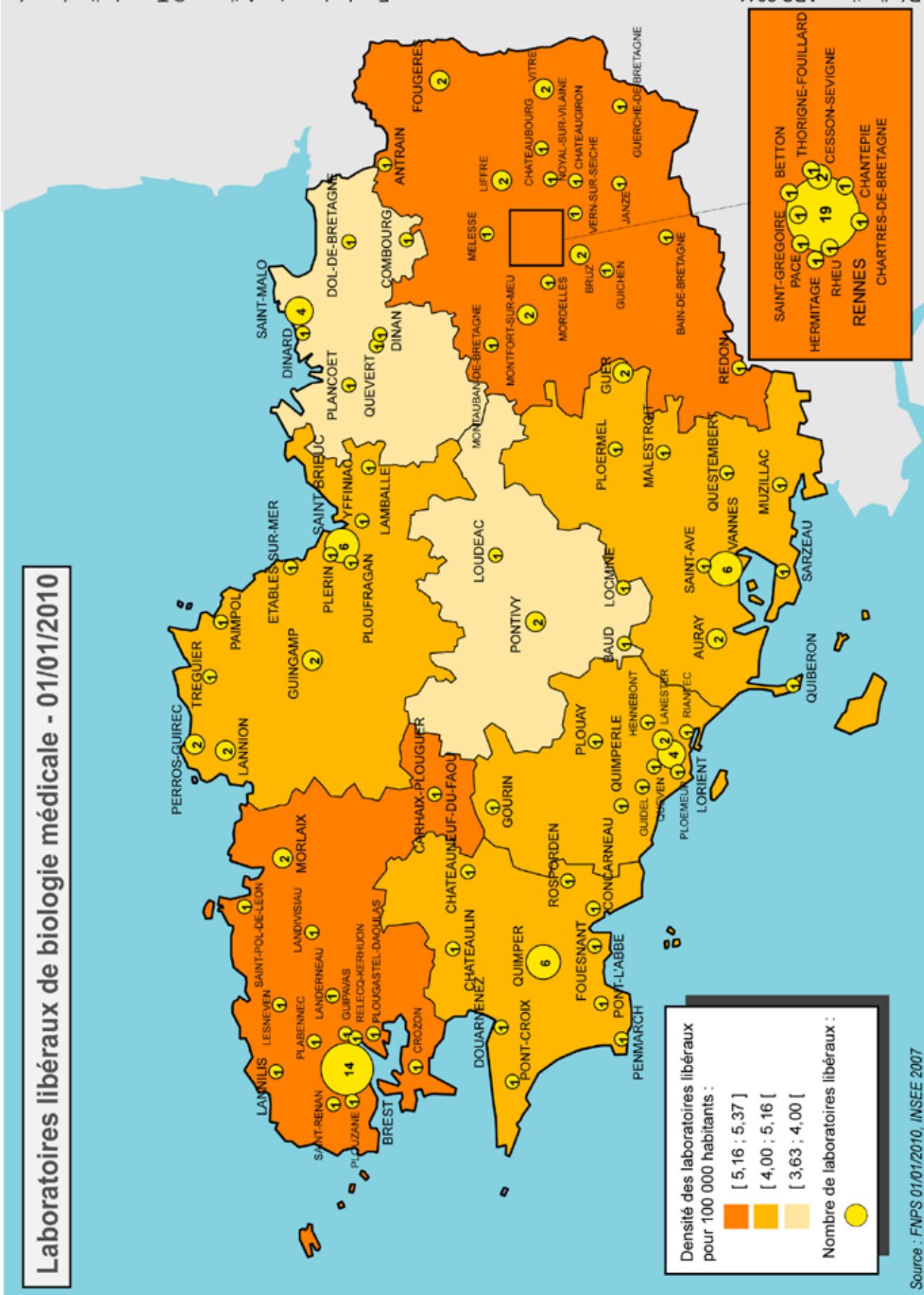
D'après les déclarations recueillies, les laboratoires estiment pouvoir faire face aux demandes qui leur sont faites dans des délais compatibles avec la prise en charge des patients. Ils se déclarent en capacité de répondre, actuellement, aux éventuels besoins urgents dans les délais demandés. Il convient cependant de souligner que certains examens, comme la recherche de microanomalies chromosomiques par CGH Array ou encore les analyses relevant de l'oncogénétique et de la pharmacogénétique, sont de plus en plus demandés et une augmentation significative d'activité est prévisible.



Laboratoires libéraux de biologie médicale - 01/01/2010

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS 2011



En ce qui concerne les délais de rendu des résultats, si les examens de cytogénétique peuvent être rendus assez rapidement, certaines études de gènes en biologie moléculaire peuvent, compte tenu de la complexité de l'analyse, durer plusieurs mois. Par ailleurs, pour les analyses très spécialisées transmises à des laboratoires de référence nationaux ou internationaux, les résultats sont rendus au médecin prescripteur et non au laboratoire qui a adressé l'échantillon. Il n'y a alors pas de traçabilité possible au sein de laboratoire donneur d'ordre, ni des résultats, ni des délais. Or, il semble que certains délais de rendu de résultats très tardifs (jusqu'à un an après la demande dans certains cas) posent problème aux prescripteurs. Pour ces examens très spécifiques dont les retours sont très longs et qui ne sont pas pratiqués dans la région, il conviendrait d'étudier l'opportunité de réaliser certaines analyses dans des laboratoires de la région et de réfléchir, dans le cadre d'une démarche interrégionale ou nationale, à la possibilité d'obtenir de meilleurs délais.

Enfin, il convient de rappeler le rôle important joué par les associations de malades auprès des familles et des patients pour les accompagner en complément de la prise en charge médicale. Il existe une vingtaine d'associations en Bretagne qui proposent des réunions d'information, des groupes de parole avec des psychologues. Ces associations travaillent par ailleurs en inter région.

11.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

La gradation des soins

Ce schéma vise à conforter la structuration de l'organisation, tant au niveau des consultations que des laboratoires, autour des deux pôles de génétique des CHU de Rennes et Brest. Ces pôles auront un rôle important, non seulement en termes d'expertise, mais aussi pour assurer la formation des médecins qui contribueront à cette activité (qualité des prescriptions et des prises en charge) et l'animation du réseau de ces professionnels en incluant les biologistes.

En s'appuyant sur ces deux pôles

Le premier objectif est d'améliorer l'accessibilité des consultations :

- en renforçant les moyens de ces deux pôles en généticiens et conseillers en génétique ;
- en développant des consultations avancées de génétique dans les territoires de proximité, notamment dans les établissements de santé ;
- en favorisant le dépistage de l'hémochromatose par des médecins prescripteurs non généticiens, formés avec l'appui du centre de référence.

Un deuxième objectif est de renforcer les laboratoires des deux CHU et développer les coopérations interlaboratoires, publics et privés, notamment en améliorant l'accessibilité des centres de prélèvements et en organisant la collecte des échantillons, afin que les laboratoires disposent d'une taille et de moyens humains et techniques suffisants pour augmenter leur panel d'analyses et améliorer les délais de résultats.

L'offre entre les laboratoires devra être structurée de manière à favoriser la coopération en réseau et garantir la mise en œuvre d'un lien étroit avec les centres de génétique clinique d'une part, et une articulation avec les filières de prise en charge des maladies rares d'autre part.

11.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Améliorer l'accès aux consultations	Consolider les deux pôles régionaux des deux CHU	Nombre annuel de consultations dans chaque centre (CHU de référence et centres de consultations avancés), sur la base d'une comptabilisation harmonisée au niveau régional	
	Développer une offre de proximité par la mise en place de consultations polyvalentes avancées de génétiques avec un médecin généticien aidé de conseillers en génétiques pour un accès sur l'ensemble des territoires	Délais d'attente pour accéder à une consultation de génétique (hors oncogénétique) Délai d'attente pour accéder à une consultation d'oncogénétique	
	Poursuivre le développement de réunions pluridisciplinaire entre généticiens, spécialistes des pathologies concernées et biologistes	Nombre de réunions assurées entre généticiens, spécialistes et biologistes	Fiche Biologie médicale
	Harmoniser les modalités de comptabilisation de l'activité de consultations et des délais d'attente		
	Favoriser les ponts et formations entre généticiens et spécialistes d'organes pour améliorer le dépistage de l'hémochromatose et surcharges en fer héréditaires de la mucoviscidose	- Nombre de jours de formation assurée - Nombre de gastro-entérologues formés à la prescription et à l'interprétation - Nombre de généralistes libéraux formés à la prescription et à l'interprétation - Nombre de gynécologues formés à la prescription et à l'interprétation - Nombre d'autres professionnels formés à la prescription et à l'interprétation	
	Améliorer l'accès à l'information, pour les professionnels et les usagers	Effectivité d'un plan de communication pour la région concernant l'information en génétique	
	Envisager la création d'un centre de ressources de la prise en charge des maladies génétiques		
Renforcer les laboratoires	Favoriser les coopérations inter-laboratoires, publics et privés, notamment en améliorant la connaissance de l'offre régionale en matière d'analyses très spécialisées et la collecte d'échantillons sur le territoire régional Conforter le développement technique des laboratoires en particulier avec l'usage du séquençage nouvelle génération et l'ensemble des techniques innovantes qui composent la génétique humaine	- Nombre de laboratoires de cytogénétiques et de génétique moléculaire - Nombre de laboratoires de cytogénétiques et de génétique moléculaire ayant mis en place des coopérations - Nombre d'ingénieurs bio-techniciens recrutés au cours de l'année	
	Développer des plateformes de prélèvement et les ouvrir à des heures compatibles avec celles des consultations ou organiser des possibilités de prélèvement au cours ou à l'issue de la consultation, notamment par des infirmières qualifiées pour les enfants		

12. IMAGERIE MÉDICALE

12.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Les techniques d'imagerie médicale, radiologie et médecine nucléaire, concernent l'imagerie diagnostique et l'imagerie interventionnelle thérapeutique. L'imagerie utilisée pour l'exploration fonctionnelle contribue au diagnostic, aux bilans d'extension en oncologie, au contrôle d'efficacité des traitements. L'imagerie interventionnelle suppose une approche clinique du malade et contribue à son traitement.

L'imagerie médicale de la présente fiche recouvre les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation en référence au décret du 26 novembre 2004 :

- **les scanographes** à utilisation médicale (scanner),
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM),
- **les caméras à scintillation** munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, **tomographes à émissions de positons** (TEP), caméras à positons.

Les techniques interventionnelles en cardiologie font l'objet d'une thématique propre.

L'organisation de l'activité d'imagerie doit permettre une prise en charge rapide, adaptée et efficiente, en urgence et pour les soins programmés et de façon homogène sur l'ensemble du territoire breton.

Les objectifs généraux sont en lien avec le PSRS, les circulaires DHOS du 22 et 24 avril 2002 et les objectifs nationaux de la GDR.

12.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

12.2.1 Une augmentation importante du volume de l'activité d'imagerie

a) Le nombre d'examens par scanner a doublé en 10 ans soit une augmentation du volume d'activité de +6,8 % annuel pour atteindre 343 397 examens en 2010.

La moyenne annuelle des actes est proche de 8 000 par appareils. En 2008, la moyenne des actes était de 7 600 passages par appareil mais l'activité était variable selon les implantations car 7 scanners produisaient moins de 6 000 passages annuels.

L'activité des scanners est souvent saturée avec des heures d'ouverture variant entre 49 et 54 heures hebdomadaires et la permanence des soins est assurée sur 89 % des équipements.

Les zones explorées les plus fréquentes sont la tête et le cou, puis l'abdomen-pelvis. Il existe cependant de grandes variations selon le statut des équipements. Ainsi le squelette ne représente que 8,1 % des indications en public contre 27,1 % en privé. Par ailleurs 93 % des examens pour patients hospitalisés ont lieu sur un scanner public dont la moitié se fait en urgence (55 %).

Globalement 18 % des examens en scanner concernent la cancérologie.

Le délai d'attente d'un examen est de 15 jours, hors urgences.

L'activité d'imagerie interventionnelle avec scanner est insuffisamment évaluée. L'augmentation attendue, notamment en neuroradiologie, nécessite un suivi des volumes d'activité dans les années à venir.

b) Le nombre d'examens par IRM a augmenté de +10 % annuel sur les 10 dernières années pour atteindre 120 281 examens en 2010.

La moyenne annuelle des actes est proche de 5 500 passages, assez similaire entre public et privé et stable depuis 2008.

L'activité des IRM est globalement saturée avec des heures d'ouverture variant entre 56 et 62,5 heures. La permanence de soins est assurée par 1 IRM sur 2.

Les zones explorées les plus fréquentes sont le squelette (60 %). Cependant il existe de grandes variations sur l'utilisation de l'IRM selon leur statut. Pour exemple les examens du squelette représentent 68 % des IRM réalisées en privé alors qu'ils ne représentent que 36 % de l'activité publique. À l'inverse les examens de la zone neuro-crâne forment 48 % de l'activité publique alors qu'ils ne contribuent qu'à 22 % de l'activité privée. 96,6 % des passages pour patients hospitalisés ont lieu sur une IRM publique. Globalement la cancérologie représente 8,2 % des indications. Le délai d'attente pour un examen en externe est de 43,6 jours en 2010 (source ISA).

c) L'imagerie par caméra à scintillation est stable. L'activité des TEP est plus récente, techniquement évolutive. Elle est complémentaire de l'imagerie en coupe ou peut s'y substituer pour certaines indications.

En Bretagne, l'activité 2010 est de :

- 32 300 scintigraphies par gamma-caméra ;
 - 10 270 examens par TEP répartis entre 2/3 à Rennes et 1/3 à Brest, dont 98 % sont réalisés en externe.
- Le cyclotron est positionné à Rennes.

La demi-vie très courte (2h) du produit nécessaire à l'examen (FDG) est contraignante pour le site de Brest du fait des délais de transport. Le nombre d'examens maximum est limité à 15 par jour contre 18 maximum à Rennes.

Les délais de RDV, hors urgence, pour la TEP varient entre 2 semaines à Rennes à 6 semaines à Brest.

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3

Un maillage territorial satisfaisant pour les scanners et insuffisant pour les IRM

Sur les 47 Scanners inscrits dans le SROS 3 (15,2 scanners par millions d'habitants), 45 ont été autorisés et 42 installés. Un scanner supplémentaire a été autorisé par mesure dérogatoire en 2011. Le scanner installé sur le site de l'Hôpital Inter-Armées s'inscrit, à partir du SROS 4, dans la carte des équipements ce qui porte le parc actuel à **44 scanners installés**. Les 3 scanners autorisés non installés vont l'être prochainement sur les territoires 1 et 5 (2). Les 2 autorisations non décernées concernent les territoires 6 et 7 (dont une en cours de demande sur le territoire 6). Lors du SROS 3, le choix a été fait de prioriser les sites pratiquant la médecine d'urgence et des scanners multi barrettes plus performants mais dont l'irradiation est plus grande.

Sur les 27 IRM inscrites dans le SROS 3 (8,7 IRM par millions d'habitants) : 25 ont été autorisées et 22 installées. Les 3 IRM autorisées non installées le seront en 2011 sur les territoires 1,4 et 6. Les 2 autorisations non pourvues sont situées dans les territoires 6 et 7 (en cours de demande). L'intégration de l'IRM du site de l'HIA, dans la carte des équipements, porte le parc actuel à **23 IRM installées**.

Malgré cette augmentation significative de +57 % d'IRM en 5 ans, le taux d'équipement est de 7,3 IRM par million d'habitants au premier janvier, inférieur à la moyenne nationale qui est de 8,7 IRM et très en dessous de la préconisation du plan cancer de 12 IRM par million d'habitants.

Des TEP en progression

Les installations de gamma-caméras sont stabilisées avec 20 gamma-caméras et 4 TEP installées. 1 TEP supplémentaire est prévue en 2012.

Il existe 6 structures de médecine nucléaire dont 3 privées et 3 publiques installées sur 8 sites.

Il y a 20 gammas caméras dont 8 SPECT-CT (scanographe associé à une gammacamera), 2 SPECT-CT par remplacement d'une gamma-caméra, sont prévus d'ici 2012.

Il y a 5 TEP autorisées dont 2 installées à Rennes, 1 à Brest et 1 installé début 2011 à Vannes. L'installation sur le site de Saint-Brieuc est prévue en 2012.

Le cyclotron est situé à Rennes (Société IBA). Des partenariats existent sur la recherche en particulier sur la recherche de nouveaux traceurs.

Une démographie des radiologues stable voire modérément en baisse depuis 10 ans :

L'effectif global des radiologues est de 312 au 1^{er} janvier 2011, avec un exercice libéral représentant 65 % de la profession des radiologues (au niveau national ce taux est de 73 %). On recense au 1^{er} janvier 2011, 36 cabinets privés de radiologie et 23 plateaux techniques hospitaliers publics ou ESPIC. Les effectifs enregistrent une baisse de -3,1 % en 10 ans alors que l'activité d'imagerie en coupe a fortement augmenté. Le choix du mode d'exercice en libéral s'est accentué (+3 %) mais de façon moindre qu'au niveau national (+8,7 %). Cela s'explique en partie par la différence de niveau des revenus et par la contrainte de la permanence des soins en santé (PDSES). D'où la nécessité d'inciter les libéraux à participer à la PDSES en contrepartie d'un accès plus facile à l'imagerie en coupe.

En 2008, la moyenne d'âge était de 50 ans, 37,2 % des radiologues ayant 55 ans et plus (versus 34 % France entière) et 19,4 % ayant plus de 60 ans. 3 radiologues sur 4 travaillaient à temps plein. Le nombre de départs non remplacés est important puisque 36 postes sont déclarés vacants (11 %) touchant l'ensemble des sites mais épargnant les 2 CHU et les sites de références du sud de la Bretagne. Cependant la région est attractive puisque 31 % des diplômes ont été obtenus hors Bretagne et 4 % à l'étranger. Enfin 40 internes seront formés en Bretagne dans les 5 ans à venir mais ce nombre semble insuffisant au regard des postes vacants, des départs en retraite dans les 5 ans (60) et de l'impact de l'extension du parc IRM et de l'imagerie interventionnelle.

L'effectif des médecins nucléaires est de 25 dont 8 médecins libéraux. Le nombre annuel d'internes formés est de 1 à Rennes et 1 à Brest, soit 10 médecins sur les 5 années à venir. Le renouvellement des départs en retraite est assuré.

Une mutualisation des équipes sur la permanence des soins (PDS) partiellement engagée puisque 24 % des cabinets ou plateaux techniques ont mis en place une mutualisation entre structures.

Une télé-imagerie débutante même si 37 % des structures, en quasi-totalité des établissements publics, ont accès à la télé-imagerie. Par contre la télé-expertise est plébiscitée par 89 % des structures.

12.2.2 Le diagnostic territorialisé : des disparités infra-régionales

Il existe des disparités infra-régionales importantes en termes d'équipements et de répartition de la démographie médicale.

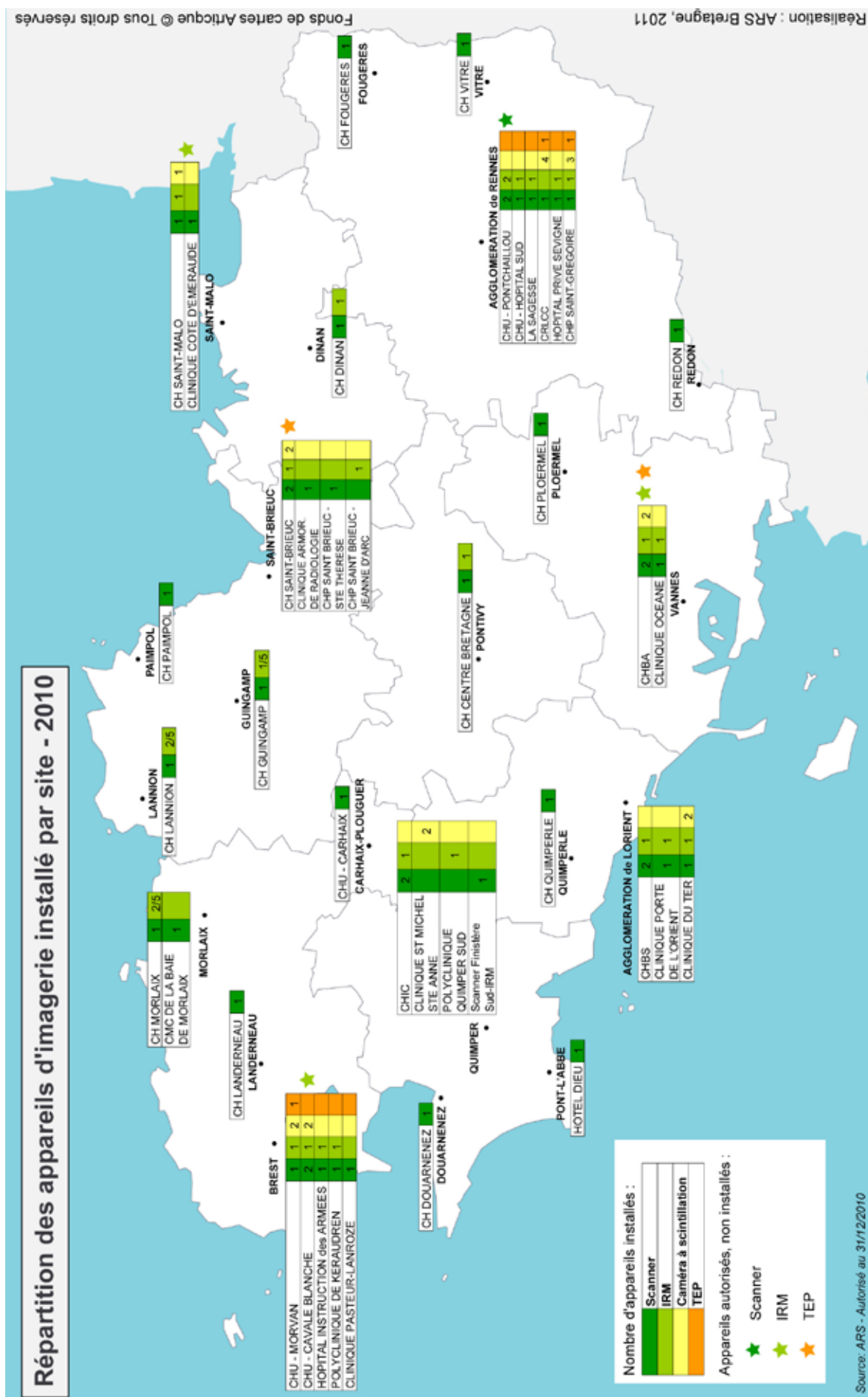
Le taux d'équipement en scanner varie de 7,3 sur le territoire 8 à 17,4 sur le territoire 7 pour une moyenne régionale de 14,1 scanners installés.

Le taux d'équipement IRM installées varie en infra-régional entre 6,3 et 10,5.

Ces variations ne s'expliquent pas par l'intégration de l'activité de recours car les 2 territoires où sont situés les CHU ont les taux d'équipement les plus faibles notamment pour les IRM : 6,3 IRM sur le TS1 (hors HIA) et 6.5 pour le TS5.

En médecine nucléaire, tous les territoires ont accès à la scintigraphie sauf le territoire 8. Par contre, les TEP sont réparties sur l'ensemble du territoire breton entre Brest, Vannes, Rennes (2) et ultérieurement Saint-Brieuc. Il y a donc **une polarisation des équipements TEP sur l'Est de la Bretagne** alors que les indices de morbidité-mortalité en cancérologie sont plus importants sur la Bretagne Ouest.

De même on observe des disparités en termes de répartition des radiologues. Si la moyenne régionale est de 9,8 radiologues pour 100 000 habitants, ce taux est plus élevé dans les territoires 1 et 5, sièges de CHU et dans le territoire 3. Il est inférieur dans les territoires 6, 7 et 8, dont le nombre de postes vacants ou de départs en retraite est particulièrement préoccupant.



12.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

12.3.1 La gradation des soins et la territorialisation de l'offre

a) Améliorer l'accès à l'imagerie en coupe, en priorité à l'IRM et réduire les inégalités d'accès aux soins

L'enjeu est de répondre aux besoins liés aux grandes problématiques de santé publique : cancérologie, AVC, Alzheimer en veillant à une égalité d'accès entre les territoires.

Le Plan cancer 2009-2013 définit dans sa mesure 21.4 (« Garantir plus d'égalité géographique au diagnostic et au suivi radiologique des cancers par IRM ») un objectif de 12 IRM/million d'habitants d'ici 2013. Il préconise l'accès à une IRM dédiée à la cancérologie au niveau des établissements universitaires à forte activité cancérologique. Cet équipement permettra d'inscrire l'imagerie dans la recherche et de développer des réseaux d'imagerie permettant la transmission d'images. Pour les TEP, l'objectif national INCA est d'atteindre 112 autorisations au niveau national.

Le plan AVC 2010-2014 prévoit dans son action 12 (« Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC ou suspicion d'AVC ») de définir des protocoles opérationnels au cours de la phase aiguë relatifs à l'accès à l'IRM comme examen de première intention.

L'augmentation significative du parc des IRM pour atteindre à minima l'objectif de 12 IRM/million d'habitants, s'accompagne de la définition de critères de gradation des plateaux techniques d'imagerie par territoire, pour guider les choix d'implantation.

Les IRM avec un accès permanent, seront implantées prioritairement sur les sites prenant en charge des urgences pédiatriques et des AVC dans le cadre des Unité Neuro-Vasculaires (UNV).

L'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers seront facilités par la mise à disposition d'IRM avec des plages horaires dédiées à la cancérologie, ou des appareils IRM dédiés notamment s'ils participent à des programmes de recherche.

Des IRM seront dédiés aux urgences en partie ou en totalité, pour les structures d'urgences avec plus de 30 000 à 40 000 passages en fonction du nombre de passages.

Par ailleurs, il est nécessaire **d'harmoniser les taux d'équipements IRM** par territoire en fonction de la population et de l'activité de recours des territoires siège de CHU.

b) Augmenter les équipements IRM de façon « soutenable » en diversifiant la gamme de machines

Si l'augmentation du nombre des IRM est incontournable, elle doit être « soutenable » en référence au programme GDR. L'augmentation doit s'accompagner d'une diversification des gammes d'appareil avec des IRM plus efficaces.

Les implantations des IRM « dédiées » ou « spécialisées » aux pathologies ostéo-articulaires, seront adossées aux IRM polyvalents.

Des évolutions de la CCAM et des forfaits techniques sont attendues et le schéma de diversification du parc IRM, seront finalisés lorsque l'on disposera d'informations précises sur les classes d'équipement et sur l'évolution tarifaire.

L'autorisation de nouvelles implantations ou le remplacement d'équipement s'inscriront au sein d'un projet médical de territoire, sur la base de co-utilisation des appareils.

c) Adapter les taux d'équipements, Scanners et TEP en prenant en compte les taux de recours des territoires

Il convient d'harmoniser les taux d'équipement scanners et TEP par territoire, en fonction de la population couverte, en privilégiant les implantations à proximité des plateaux techniques hospitaliers, en prenant en compte la gradation des soins, les évolutions démographiques des imageurs et les données épidémiologiques de mortalité par cancer.

L'adaptation du parc des scanographes prendra en compte une utilisation conforme au guide de bon usage des examens d'imagerie et priorisera les nouvelles demandes sur les critères suivants : le potentiel de substitution pour réduire au maximum les examens injustifiés et l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, l'activité d'imagerie interventionnelle, la proximité d'un service d'urgences. Les structures d'urgence dont l'activité sera de plus de 30 000 à 40 000 passages, pourront avoir un scanner dédié à l'activité d'urgence et non programmée.

La classe de l'appareil scanner sera adaptée à l'activité et aux indications dans une gradation territoriale des examens.

d) Mettre en œuvre une graduation efficiente des soins, adaptée aux besoins liés à l'urgence et à l'expertise. Concilier, permanence des soins, expertise et proximité en tenant compte des évolutions de la démographie médicale.

L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins quel que soit le contexte, d'urgence ou programmé et de garantir une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire breton. Il faut prendre en compte les évolutions de la démographie médicale des radiologues qu'ils soient de ville ou hospitaliers et maintenir une offre de proximité tout en encourageant le regroupement et / ou la mutualisation des équipes dans l'organisation de la PDSes. L'organisation doit s'adapter aux évolutions des référentiels de prescription et celles de la télé-imagerie. Par ailleurs elle doit répondre aux besoins d'expertise dans certaines indications telle la neuroradiologie par exemple.

Un projet territorial d'imagerie sera élaboré, favorisant les mutualisations des ressources, intégrant une approche plus large interterritoriale et régionale notamment vis-à-vis des 2 CHU. Ainsi, par territoire de santé, il convient de définir **une gradation des plateaux techniques d'imagerie** par type d'appareil, en tenant compte du dimensionnement des équipes, de l'organisation de la permanence de soins, de la continuité des soins, du niveau de spécialisation, du réseau de télé-médecine et **d'organiser une PDS territoriale** nuit, week-ends et jours fériés vers une PDS centralisée. Une garde unique par territoire ou inter-territoriale peut se justifier. Il sera demandé aux radiologues libéraux de participer à la PDSes. Cette participation sera une condition systématique d'attribution ou de renouvellement des autorisations d'équipements lourds d'imagerie, délivrées par l'ARS. Elle pourra être sollicitée dans le cadre des projets de territoire auprès de tout praticien libéral. Elle se concrétisera à minima sur la base d'une astreinte.

La continuité des soins et l'utilisation de la télé-imagerie pour le télédiagnostic seront étudiées dans le cadre de l'organisation territoriale avec la perspective de la mise en place d'une « **plate-forme** » **régionale de télé interprétation des images**. En parallèle, il faut organiser l'activité **d'échographie en urgence** lorsque le radiologue est absent.

Des axes d'expertise, d'enseignement et d'activité de recherche nécessitant l'implication des 2 CHU seront définis (sur l'exemple de CREBEN), quel que soit le type d'imagerie et en particulier dans le cadre du pôle régional de cancérologie.

12.3.2 Promouvoir la qualité, la sécurité des examens et actes d'imagerie

a) Réduire l'exposition aux rayonnements ionisants

La radio-protection constitue un enjeu majeur de l'évolution des activités d'imagerie. La principale source d'exposition aux rayonnements ionisants d'origine humaine provenant des applications médicales des rayonnements ionisants, la réalisation d'actes d'imagerie doit obéir aux principes de radioprotection : **la justification des actes et l'optimisation des expositions**.

Le potentiel de substitution de la scanographie par des techniques moins ionisantes reste important, à titre d'illustration, la cour des comptes, dans son rapport paru en septembre 2010, relève que 94 % des AVC ont un scanner contre 2 % une IRM. L'augmentation du parc d'IRM permettra d'améliorer l'accès en urgence et de réduire les délais de rendez-vous des examens, mais parallèlement, il faudra sensibiliser les praticiens aux bonnes pratiques.

L'objectif principal est d'accélérer la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes, radiologies conventionnelles et scanographies, chez l'adulte et encore plus chez la femme enceinte et chez l'enfant, avec l'appui du « **guide du bon usage des examens d'imagerie médicale** » diffusé par l'HAS et des recommandations de radioprotection de l'Autorité de Sécurité Nucléaire (ASN).

b) Améliorer l'efficience des équipements et rendre soutenable l'augmentation des équipements et matériels lourds (EML)

L'enjeu est d'améliorer la « productivité des appareils » et de réduire les délais d'accès des patients hospitalisés ou non.

Il convient de développer la performance et la productivité des machines en s'aidant des outils organisationnels de l'ANAP et utilisant la technique de benchmark.

Le partage et le regroupement des équipements seront favorisés, notamment le regroupement des équipements de médecine nucléaire sur un site unique par territoire.

Des expérimentations de réalisation d'actes en échographie par des MER, ou par des médecins urgentistes seront encouragées dans le cadre du transfert de compétences.

Les délais d'accès aux équipements scanner et IRM seront suivis régionalement notamment pour les patients hospitalisés et atteints de cancer.

c) Garantir l'accessibilité financière en secteur 1 pour les examens d'imagerie :

L'activité en secteur 2 est quasi inexistante en Bretagne (inférieure à 0,5 %). Cette accessibilité financière doit être maintenue. A contrario il semblerait que cette particularité bretonne entraîne une attractivité de la région qu'il convient de quantifier.

d) Développer la télé-imagerie

L'intérêt essentiel de la **télé-imagerie** est de limiter les déplacements, tant de patients que de radiologues, par concentration des compétences radiologiques (à un endroit donné et à un moment donné). Sous réserve qu'elle soit maîtrisée et qu'elle respecte le droit des patients à l'information, elle est donc source d'efficience dans un contexte de démographie médicale défavorable et contribue à la continuité de la prise en charge des patients, tout en s'inscrivant dans le développement durable.

La télé-imagerie recouvre à la fois un cadre technique (outils d'échanges des images) et un cadre d'organisation (médicale, juridique, financière). En aucun cas, elle ne doit être perçue uniquement sous l'angle technique. **Le cadre d'organisation** doit prédominer dans la mise en œuvre des solutions de télé-imagerie.

La télé-imagerie doit permettre de répondre à la fois aux besoins de télédiagnostic (téléconsultation) et de télé-expertise (avis de recours), selon la définition du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine.

Cette différenciation est également présente dans le « Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la télé-radiologie » élaboré par le Conseil Professionnel de la Radiologie (« G4 ») et le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2006.

Dans le cadre d'une organisation régionale ou territoriale, **la télé-expertise** concerne un nombre plus restreint d'actes et s'intègre, tant d'un point de vue organisationnel que technique, plus aisément dans le travail des équipes radiologiques. Certaines d'entre elles réalisent déjà ce type d'activité depuis plusieurs années en Bretagne, de manière plus ou moins formalisée, à l'aide des infrastructures techniques en place (réseau CARNAC, puis réseau RUBIS à compter de 2011). Cette activité, initialement informelle, tend à se structurer mais peut être rapidement confrontée à la charge qu'elle impose alors, qu'en parallèle, les énergies sont mobilisées pour les activités internes permettant aux établissements d'atteindre l'efficience et l'équilibre budgétaire. Il conviendra par ailleurs d'utiliser la télé-expertise en médecine nucléaire comme pour la radiologie en coupe.

En revanche, le télédiagnostic constitue un champ moins exploré, en particulier en région Bretagne, exception faite des services proposés, ponctuellement, par des sociétés privées hors région, à l'intention d'établissements en difficulté relativement à la continuité de la présence radiologique. Il paraît donc nécessaire de concentrer les efforts sur l'organisation du télédiagnostic s'inscrivant davantage dans une organisation à dimension territoriale, alors que la télé-expertise est essentiellement construite au niveau régional. À cet effet, il faut : inscrire le dispositif de télé-imagerie dans le cadre de l'ENRS (espace numérique régional de santé) afin de faciliter l'interopérabilité des équipements et des systèmes d'information aux services des projets de territoires ; insérer le développement de la télé-imagerie dans le cadre des projets de territoires ; s'adapter à l'évolution des modèles économiques et tarifaires applicables ; organiser les procédures d'archivage.

12.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Améliorer l'accès à l'imagerie en coupe, en priorité à l'IRM et réduire les inégalités d'accès aux soins	Augmentation du parc des IRM pour une cible minimale de 12 IRM par million d'habitants en 2015.	Part des d'appareils IRM installés par rapport au schéma cible.	
	Prioriser les implantations des IRM polyvalentes selon des critères définis : - urgences pédiatriques et UNV - sites autorisés en cancérologie - sites d'urgence de plus de 30 à 40 000 passages	Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM Part de sites prenant en charge les AVC et comportant une UNV disposant d'un accès H24 à l'IRM Part des sites prenant en charge les urgences pédiatriques disposant d'un accès H24 à l'IRM	Fiches AVC, Cancer et Urgences
	Harmoniser les taux d'équipement IRM entre les territoires		
Augmenter les équipements IRM de façon « soutenable » en diversifiant la gamme de machines	Fixer un objectif cible régional d'appareils IRM plus efficaces, en lien avec le PRGDR	Part d'appareils « plus efficaces » sur l'ensemble du parc IRM	PRGDR
	Organisation régionale d'accès à l'IRM spécifique à certaines populations ; phobies, forte corpulence, enfants...		
Adapter le parc des équipements lourds	Harmoniser les taux d'équipement scanners et TEP par territoire, en prenant en compte des critères d'implantation liés à la gradation des plateaux	Taux de recours en examens scanners et TEP par territoire Part des sites d'urgences de plus de 30 000 passages ayant un scanner dédié à l'activité urgente et non programmée. Nombre d'actes d'imagerie neuro-interventionnelle	Lien fiche Cancer, Urgences et AVC
Mettre en œuvre une gradation efficiente des soins, adaptée aux besoins liés à l'urgence et à l'expertise. Concilier, permanence des soins, expertise et proximité en tenant compte des évolutions de la démographie médicale	Elaboration d'un projet d'imagerie par territoire avec : - répartition des EML et leurs caractéristiques (appareils dédiés et polyvalents). - un projet de télémedecine	Nombre de postes partagés en Imagerie médicale en secteur public hospitalier	Lien programme de télémedecine, Urgences
	Organiser la permanence des soins territoriale y compris sur les sites de proximité	Part des sites de proximité avec structures d'urgences fonctionnant sans radiologues la nuit	
	Mise en place d'une « plate-forme » régionale de télé interprétation des images	Effectivité de la plate-forme	
	Organisation de l'activité d'échographie en urgence lorsque le radiologue est absent.	Nombre de protocoles signés pour transfert de compétence en échographie	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Promouvoir la qualité, la sécurité et l'efficience			
Réduire l'exposition aux rayonnements ionisants	Diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie auprès des imageurs, des prescripteurs et auprès du grand public.	Nombre d'actions de communication auprès des prescripteurs Part de séjours AVC avec un examen d'IRM sans scanner	
	Développer le partenariat avec les doyens et les responsables de l'enseignement afin de partager les objectifs de réduction des risques liés aux rayonnements ionisants	Nombre de radiologies conventionnelles : crâne, thorax et abdomen sans préparation	
	Améliorer les mesures de radioprotection en particulier chez l'enfant et la femme enceinte.	Nombre d'examens par scanner chez l'enfant	
Développer la performance et la productivité de l'imagerie en coupe et de l'imagerie nucléaire	Réaliser un benchmark en 2012 et tous les 2 ans selon la méthode ANAP	Taux de participation au benchmark imagerie	
	Favoriser les mutualisations ou les équipements partagés pour optimiser les plages horaires d'utilisation sur la base des résultats du benchmark	Nombre moyen des examens réalisés par IRM	
	Dans le cadre des transferts de compétence, favoriser l'expérimentation de réalisation d'actes en échographie par des MER, ou par des médecins urgentistes	Nombre de protocoles signés pour transfert de compétence en échographie	
	Mise en place d'une observation régionale des délais d'accès à l'IRM des patients en externe, selon une méthode nationale de recueil.	Délai moyen de RDV à l'IRM Délai moyen de RDV au scanner	
	Organiser l'activité de recherche en médecine nucléaire, sur l'ensemble des sites, publics et privés, dans le cadre du pôle régional de cancérologie :		
Garantir l'accessibilité financière en secteur 1 pour les examens par IRM et scanographie		Taux d'activité des radiologues en secteur 2 Taux d'attractivité extra-régionale d'imagerie en coupe	
Développer la télé imagerie	Structurer une offre mutualisée de télé-imagerie, à visée diagnostique	Effectivité de l'identification d'un pilotage régional à l'appui du GCS télésanté Bretagne	
	Favoriser le développement de la Télé- imagerie dans le cadre des projets de territoires,	Nombre d'actes télé transmis	
	Favoriser le développement de la Télé-imagerie dans le cadre de l'expertise régionale. en imagerie en coupe et en médecine nucléaire.		

13. SOINS PALLIATIFS

13.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Les soins palliatifs se caractérisent par des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive et terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

En Bretagne, la prise en charge spécifique en soins palliatifs est devenue une priorité depuis les années 2000, avec élaboration de préconisations ARH URCAM, au regard des situations de fins de vie difficiles au sein des services MCO et SSR à fort taux de décès, et au domicile (ou substitut) ; Elle se fait en lien avec l'association Coordination bretonne de soins palliatifs composée de professionnels de santé, de représentants d'établissements et de bénévoles.

Le SROS 3 a inclus un volet obligatoire dédié aux soins palliatifs dont les enjeux ont porté sur une meilleure couverture territoriale intégrant la prise en charge à domicile, le repli hospitalier, le développement de l'hospitalisation à domicile, le positionnement des hôpitaux locaux, ainsi que sur la couverture maximale des territoires de proximité en réseaux de santé, notamment lorsqu'il n'existe pas de structure d'HAD ni d'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

Conformément aux circulaires N°DHOS/02/2008/99 et N°DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs et au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs, l'organisation des soins palliatifs en France s'organise autour de :

- 3 types de structures hospitalières : les unités de soins palliatifs (USP), les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) ;
- 2 types de dispositifs permettant une prise en charge à domicile : les services d'hospitalisation à domicile, les réseaux de soins palliatifs.

Le rôle des accompagnants bénévoles dans les soins palliatifs a été reconnu officiellement par la circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

La mise en œuvre des soins palliatifs passe également par l'action de bénévoles bénéficiant d'une formation spécifique et par une coordination adaptée.

Enfin, et parallèlement, un Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 a été créé, avec des mesures coordonnées autour de trois axes :

- Axe 1 : la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor de dispositifs extra-hospitaliers ;
- Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche ;
- Axe 3 : l'accompagnement offert aux proches.

Le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs a remis en avril 2011, l'état des lieux en France en 2010.

13.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

13.2.1 Les données épidémiologiques : un constat de surmortalité significative

La population bretonne s'accroît, a une espérance de vie augmentée, et est également plus âgée par rapport à d'autres régions (indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2008 = 75,3 versus 66,3 France entière).

La population des territoires n° 7 et 8 est la plus âgée.

Les indicateurs de mortalité générale situent la Bretagne parmi les régions en **situation de surmortalité** significative par rapport à la moyenne nationale (+ 10% chez les hommes, et + 7% chez les femmes), et il est mis en évidence un gradient régional est/ouest de surmortalité générale.

Le taux moyen de mortalité en Bretagne est égal à 970 /100 000 habitants, versus 850 /100 000 en France.

Le nombre moyen de décès en région représente de manière régulière plus de 30 000 /an : 31 000 décès en 2009 (soit + 1,4 % /2008).

Il est noté au niveau national que 40 % des personnes qui décèdent, hormis les décès subits ou brutaux liés à une cause accidentelle, relèvent d'une prise en charge spécifique en soins palliatifs (USP, LISP, EMSP, Réseaux...).

Les deux principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (30 %) surtout chez la femme, et les cancers (28 %) surtout chez l'homme. Le cancer demeure la 1^{ère} cause de décès prématuré avant 65 ans :

- le nombre régional de décès par cancer dépasse 8 300 cas /an ;
- le nombre régional de décès par maladie de l'appareil circulatoire regroupant les maladies cardiaques dont les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales, atteint près de 9 000 cas /an.

En dehors de ces 2 principales causes de décès, le nombre régional de décès par maladies de l'appareil respiratoire dépasse 2 000 /an.

Il faut rajouter la progression importante du nombre de maladies d'Alzheimer ou apparentées qui entraînera un recours plus important auprès des structures de soins palliatifs en particulier celles qui facilitent le maintien à domicile (ou substitut de domicile tel que les EHPAD). On note également une augmentation des prises en charges des maladies neuro-dégénératives.

Parallèlement, le constat national et régional démontre que 8 personnes sur 10 décèdent toujours à l'hôpital.

13.2.2 Les données d'activité : une diminution du nombre de séjours

En Bretagne, les données hospitalières PMSI 2009 recensent l'activité en soins palliatifs, au travers du diagnostic principal codé « Z 51.5 » :

- 4 531 séjours de soins palliatifs sont réalisés en MCO (- 23,6 % par rapport à 2008 : impact négatif du changement de version GHM et des contrôles ciblés T2A alors que la progression annuelle antérieure ≥ 7 %) ;
- 1 949 séjours de soins palliatifs relèvent du SSR ;
- 75 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge spécifique : 22 % en USP et 51 % en LISP ;
- Les hôpitaux locaux ont réalisé 10 % des séjours de soins palliatifs (soit 407 patients) ;
- L'âge médian est de 74 ans, mais en hôpital local, les patients sont plus âgés ;
- La durée moyenne de séjour est d'environ 18 jours sur la région ;
- 62 % des séjours se terminent par un décès ;
- 1/4 des patients rentrent à leur domicile ou sont orientés vers une structure d'HAD.

Les professionnels de santé libéraux (Médecins généralistes, IDE, masseurs-kinésithérapeutes) représentent un maillon important du dispositif de la prise en charge de la fin de vie au domicile (ou substitut). L'évolution démographique attendue pour les prochaines années est préoccupante pour la prise en charge de la fin de vie à domicile.

On note au 01/01/2010 un taux moyen satisfaisant d'équipement régional en places de SSIAD (20,43 / 1 000 habitants d'âge ≥ 75 ans), et en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (140,94 / 1 000 habitants d'âge ≥ 75 ans), avec des disparités départementales.

13.2.3 LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3 : UN DISPOSITIF DYNAMIQUE ET RELATIVEMENT ÉQUILIBRÉ

Le dispositif régional hospitalier de prise en charge en soins palliatifs est dynamique et relativement équilibré, comprenant 3 types de structures : unités de soins palliatifs (USP), lits identifiés soins palliatifs (LISP), et EMSP pour leur vocation intra hospitalière :

Le nombre de lits de soins palliatifs (lits en USP + LISP) est de 296 lits (pour une cible régionale de 348 lits de soins palliatifs),

Ainsi, le taux d'atteinte du ratio régional recommandé par le SROS 3 (10 lits/100 000 habitants + 10%) est de 85 %.

Le nombre d'EMSP se monte à ce jour à 11 (pour une cible nationale prévue à 15) sur la base d'1 EMSP/200 000 habitants,

Le taux d'atteinte du ratio national et régional pour la création des EMSP (1 EMSP/200 000 habitants) est à 74 %. Ce taux pourra atteindre 93 %, dès validation des 3 nouvelles EMSP.

L'offre de soins hospitalière est répartie sur le plan territorial :

- 11 USP (8 lits en moyenne) pour une capacité totale installée de 92 lits maillant chaque territoire de santé, sauf les territoires n° 7 et 8 n'ayant pas encore installé une USP (projet en cours) : 8 USP installées en Médecine, 3 en SSR (soit 27 %) ;
- 204 LISP répartis dans tous les territoires de santé, au sein de 42 établissements (62 services concernés) : 157 LISP installés en Médecine, 1 en Pédiatrie, et 46 en SSR (soit 23 %) - 57 LISP restant à reconnaître sur 10 sites hospitaliers : plusieurs projets sont en cours ;
- 11 EMSP à vocation intra-hospitalière, dont 2 au sein des CHU.

4 territoires de santé sur 8 ne disposent pas d'un réseau spécifique soins palliatifs, **mais chaque territoire de santé est couvert par au moins une EMSP, et /ou un Réseau de santé.**



13.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (5 ANS)

Dans le cadre du SROS 4, les objectifs principaux sont les suivants, en lien avec le PSRS :

- développer une offre de soins équilibrée territoriale et de proximité, graduée et coordonnée ;
- assurer une prise en charge de qualité et un accompagnement de la fin de vie.

13.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Poursuivre la mise en œuvre des reconnaissances et promouvoir la gradation des soins par l'action des structures alternatives à l'hospitalisation.

- **Le bilan du SROS 3 laisse apparaître un maillage territorial satisfaisant** et une organisation graduée des soins.

Il conviendra de pouvoir conforter le développement de l'offre en soins palliatifs, notamment en lits identifiés soins palliatifs [LISP] et en unités de soins palliatifs [USP] conformément aux objectifs du SROS 3, et suite à une évaluation de l'activité des structures existantes, et à l'installation des structures ayant fait l'objet d'une reconnaissance depuis fin 2010.

Ainsi, l'installation des LISP inscrits au sein du CPOM des établissements, et non effective à ce jour, devra faire l'objet d'un suivi.

De même, l'activité des EMSP existantes, et des USP installées permettra d'envisager le nécessaire renforcement des capacités en USP et en EMSP. Pour les nouvelles demandes de reconnaissance de lits de soins palliatifs au-delà des sites retenus dans le cadre du SROS 3, il faudra s'assurer qu'elles correspondent bien à des besoins territoriaux et que l'organisation correspond aux critères d'évaluation retenus par l'ARS en insistant sur la formation et sur les moyens dédiés à la prise en charge des patients.

Par ailleurs, chaque établissement de santé ne disposant pas d'une USP (une par territoire), devra formaliser des liens conventionnels avec l'USP de territoire.

De même, afin d'améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes, il conviendra de structurer, au sein des territoires de santé, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (réseaux, conventions).

La prise en charge pédiatrique s'appuiera sur l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatrique (ERRSPP) (voir ci-après).

- **Les réseaux de santé** complètent l'offre de soins en proposant le maintien à domicile des patients en fin de vie dans les situations demandant moins de technicité médicale. Les réseaux, comme les structures d'HAD, doivent pouvoir être amenés à intervenir dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Dans le cadre du SROS 4, il s'agit, plus que de créer de nouveaux réseaux, de réfléchir à l'articulation des réseaux soins palliatifs avec les établissements de santé et médico-sociaux, les HAD et autres dispositifs existants tels que les équipes mobiles.

Si en Bretagne, l'emprise géographique des réseaux reste variable et est loin de couvrir la totalité du territoire, les acteurs de santé s'organisent néanmoins pour travailler en réseau en particulier par les interventions extra-hospitalières des équipes mobiles de soins palliatifs et la création de staffs de soins palliatifs territoriaux (exemple au sein des territoires n° 3, 4 et 5).

- **De même, l'hospitalisation à domicile (HAD)** est un acteur essentiel de l'organisation. Ce dispositif doit être conforté au regard de la volonté des patients de rester au maximum à leur domicile, et l'activité doit y être valorisée :

- en apportant au domicile du patient les compétences, les services et les techniques de soins sophistiquées, l'HAD représente l'étape la plus aboutie en termes de proximité de l'apport de prestation de soins dans l'environnement physique, social et familial du patient ;
- en offrant une intervention graduée des professionnels et des dispositifs de soins au domicile des patients tenant compte de la complexité, de la charge en soins et de la technicité des interventions qui font appel en premier lieu à l'intervention des professionnels libéraux puis à celles des SSIAD et enfin au dispositif propre de l'HAD alternatif à une hospitalisation ;
- en faisant appel en priorité aux professionnels de santé intervenant au domicile du patient et aux réseaux de santé constitués (cancérologie, soins palliatifs...). La prise en charge se construit et s'organise avec eux ;
- en s'articulant avec le secteur social et médico-social pour permettre la prise en charge globale.

L'HAD a vocation à faire partie du Réseau de soins palliatifs lorsqu'il existe. L'orientation du patient vers l'un ou l'autre type de prise en charge doit se faire selon le niveau de soins nécessaire et dans une logique de proximité vis-à-vis du domicile du patient.

Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète (en hôpital de jour, voire de nuit) peuvent répondre à une demande ponctuelle mais spécifique de soins, d'accompagnement, voire un répit pour l'entourage. Une réflexion régionale doit être menée, en lien avec le niveau national de l'Observatoire de la fin de vie, dans l'objectif, par exemple, de proposer de regrouper les interventions, d'optimiser le parcours de soins du patient et de créer des solutions de répit.

Renforcer la coopération entre les structures par une meilleure articulation avec le médico-social dans l'optique d'une prise en charge globale

Les efforts devront porter sur les objectifs suivants :

- éviter les transferts de patients en favorisant l'accès aux compétences, à domicile comme au sein même des différents pôles des établissements de santé. Il s'agit en particulier de faire acquérir une culture palliative aux différents établissements médico-sociaux ;
- renforcer la mutualisation des moyens spécifiques de prise en charge (unité de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs) entre établissements de santé dans le cadre des projets médicaux de territoire ;
- rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, afin de favoriser le maintien au sein de ces établissements des résidents en fin de vie et éviter les hospitalisations en urgence non justifiées ;
- favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients en soins palliatifs (participation aux RCP dans le cadre d'un maintien à domicile, etc.).

Dans le même temps il convient de poursuivre l'« acculturation palliative » dans les établissements de santé médico-sociaux, avec :

- le développement de la démarche palliative et de l'accompagnement. Cette démarche devra être objectivée par procédure des cahiers des charges, confortée par les textes, valant reconnaissance des structures. Elle est également portée par l'action des bénévoles d'accompagnement
- la diffusion de la culture palliative assurée par les professionnels de santé des structures de soins palliatifs est également relayée par les bénévoles d'accompagnement. Elle doit se développer vers l'extérieur et s'appuyer sur les formations.

13.3.2 Garantir la sécurité et la qualité des soins ainsi que l'efficience

• Développer une stratégie régionale ambitieuse de formation et de recherche aux soins palliatifs

> **La formation** est un des leviers essentiels du développement de la démarche palliative. L'objectif est de créer une dynamique régionale de formation, en mobilisant les professionnels formés, et leur permettant ainsi de mieux assurer leur mission de formation.

> **La formation initiale** est à adapter aux enjeux professionnels et de santé publique de demain.

La réforme récente des études d'infirmières, et à venir des études médicales, est une opportunité de valorisation et de mutualisation régionale. Un travail régional commun peut être mené avec les Directions d'Institut de formation et les acteurs de terrain formateurs, pour élaborer des directives régionales partagées (cahier des charges, contenus selon les publics, etc.).

Le travail commencé par les deux doyens des facultés de médecine est à poursuivre (favoriser l'accueil des stagiaires DESC, revoir le module 6 ...).

> **La formation continue** sur le thème des soins palliatifs est une attente de nombreux professionnels.

Elle constitue un enjeu majeur indispensable au développement de la démarche palliative, dans tout établissement de soins, comme à domicile.

Ce déploiement passe par l'état des lieux de personnes à former et des ressources de formateurs dans un territoire donné.

Le médecin coordonnateur et l'IDE d'un EHPAD formés pourraient, non seulement assurer un rôle de diffusion de bonnes pratiques, mais aussi, assurer la sensibilisation au sein de l'établissement en utilisant l'outil validé qu'est Mobiquil (outil existant, mais sous utilisé à ce jour).

> **La formation des professionnels des HAD**, prenant en charge de nombreux patients relevant de soins palliatifs, à l'interface avec le domicile, est également primordiale.

> **La formation des bénévoles** est organisée nationalement et financée sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS).

L'objectif du programme national est de poursuivre la formation des bénévoles d'accompagnement et augmenter le nombre de bénévoles formés à 7 000 par an.

> La création d'une unité de soins palliatifs (USP) universitaire

Au-delà d'une mission de soins de recours (prise en charge des situations complexes), cet objectif est d'autant plus important que le développement de l'enseignement et de la recherche dans le champ des soins palliatifs est une priorité nationale soutenue notamment par la mise en place d'une filière universitaire nécessitant des lieux de stage et d'enseignement.

Une mutualisation inter CHU (sites de Brest et Rennes) pourra être envisagée dans le domaine de la recherche et de l'enseignement, dans l'ouverture de formations à des acteurs en structures de proximité, ainsi qu'aux internes et étudiants en Médecine.

> La création d'une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)

L'ERRSPP a vocation en particulier à devenir un pôle de ressources régional avec :

- L'élaboration de protocoles régionaux, et de procédures techniques consensuelles, en concertation avec les développements des structures de soins palliatifs d'adultes,
- La veille documentaire des données bibliographiques,
- Un pôle de formation professionnelle, continue et participant à l'enseignement universitaire ou paramédical,
- La mise en place d'outils d'évaluation et de recherche.

La collaboration avec les autres structures de soins doit être développée avec :

- les structures pédiatriques,
- les équipes mobiles de soins palliatifs adultes,
- d'autres établissements de santé et des établissements médico-sociaux,
- les soignants libéraux, ressources essentielles pour les familles
- les associations d'usagers et de bénévoles.

• Créer un Collège régional d'expertise en soins palliatifs pour animer la déclinaison du programme de développement des soins palliatifs et la mise en œuvre du SROS-PRS

Ce projet reprend les recommandations inscrites dans le schéma régional du SROS 3 concernant la création d'un réseau d'expertise régionale.

Il suit les axes de développement du programme national de développement de soins palliatifs pour notre région.

Ses missions principales pourront être :

- promouvoir, en lien avec les acteurs de terrain, le développement de la démarche palliative et de l'accompagnement (réunions publiques, plaquettes d'informations...) dans tous les établissements de santé et médico-sociaux.
- assurer des liens entre les différents acteurs de santé des différents territoires de la région.
- établir et diffuser des recommandations régionales de prises en charge palliatives (sous l'angle de l'organisation et des pratiques professionnelles) et d'évaluation des pratiques (en lien avec les travaux nationaux, les recommandations de la HAS et les Sociétés savantes).
- réfléchir à l'élaboration d'un dossier de soins « type ».
- participer à l'information des patients et de leur famille en lien avec le numéro vert national qui va prochainement être mis en place, et la création d'un site internet.
- participer à la recherche et à la formation (en lien étroit avec les structures universitaires), formation qui devra être déclinée au plus proche des acteurs de santé.

Ses objectifs porteront sur différents domaines :

- sanitaires : extension de la couverture régionale en soins palliatifs, amélioration de la qualité des soins grâce à la formation et l'évaluation des pratiques
- structurels : décloisonnement institutionnel (sanitaire/médico-social) et interdisciplinaire (spécialités, métiers, lieux d'exercice, privé/public ...)
- économiques : mutualisation des moyens humains, synergies, coordinations, amélioration du parcours du patient, harmonisation des pratiques
- sociétaux : soutien à la promotion de la culture palliative, relais régional de l'Observatoire des conditions de fin de vie, contributions au débat citoyen sur la fin de vie dans la société.

• **Promouvoir la démarche d'évaluation en s'appuyant sur les Réseaux de soins palliatifs lorsqu'ils existent et évaluer l'articulation du service rendu entre réseaux de santé, EMSP et HAD**

Il est souhaitable de mettre en œuvre une dynamique d'évaluation qualitative s'inscrivant dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

L'élaboration d'une méthode devra être réfléchie au sein d'un groupe de travail régional constitué dans le cadre du SROS 4.

13.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Poursuivre la mise en œuvre des reconnaissances et promouvoir la gradation des soins par l'action des structures alternatives à l'hospitalisation	Finaliser le maillage territorial	Nombre d'USP identifiées Nombre de lits LIPS en USP ou LISP reconnus Nombre d'EMSP identifiées Part des établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP (interne ou externe) File active des patients pris en charge par les réseaux de soins palliatifs Nombre de séjours MCO avec diagnostic principal en SP en HDJ ou de nuit Nombre de patients en SSR avec finalité principale de prise en charge en soins palliatifs en hospitalisation de jour	Fiche SSR, Fiche HAD, Fiche Médecine, Fiche USLD, Fiche Pathologies du vieillissement SROMS
Renforcer la coopération entre les structures par une meilleure articulation avec le médico-social dans l'optique d'une prise en charge globale	Effectivité de l'intervention des EMSP en EHPAD chaque EHPAD devra avoir un lien formalisé avec une structure de soins palliatifs (EMSP, Réseaux, USP) qui l'aidera dans la formation et le soutien des soignants	Part des EHPAD ayant conventionné avec une structure de soins palliatifs (réseau, EMSP...)	
	développer un projet d'une « IDE mobile », mutualisée entre plusieurs établissements (10 à 15 EHPAD) volontaires	Nombre de postes d'IDE mutualisés sur les soins palliatifs entre EHPAD	
	diffusion du programme Mobiquel en EHPAD pour sensibiliser et former les acteurs de santé aux soins palliatifs	Part des EHPAD utilisant le programme MOBIQUAL	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Développer une stratégie régionale ambitieuse de formation et de recherche aux soins palliatifs	Créer une dynamique de formation initiale et continue et de recherche	Nombre de professionnels formés au DIU de Soins palliatifs (médecins, IDE, autres)	
	Mise en place d'une équipe mobile régionale soins palliatifs pédiatriques (EMRSPP)		
	Mise en place d'une USP universitaire au CHU Rennes, dans le cadre d'un projet commun avec la Polyclinique Saint-Laurent		
Créer un Collège régional d'expertise en soins palliatifs	Mise en place du Collège régional d'expertise en soins palliatifs		
Promouvoir la démarche d'évaluation en s'appuyant sur les Réseaux de soins palliatifs lorsqu'ils existent et évaluer l'articulation du service rendu entre réseaux de santé, EMSP et HAD	Elaboration d'une méthode d'évaluation.		

14. HOSPITALISATION À DOMICILE

14.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : sécurité et qualité de soins, certification par l'HAS et continuité des soins 24 heures sur 24.

L'HAD concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement avec hébergement. L'objectif est d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Les établissements d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant et du médecin traitant.

La réussite de toute prise en charge en HAD nécessite, outre l'implication du patient et de son entourage, la mise en relation et la coordination de professionnels venus d'horizons divers : en premier lieu, professionnels libéraux et salariés de l'établissement d'HAD, mais aussi professionnels des secteurs hospitaliers traditionnels et médico-social en amont et en aval. L'HAD peut également intervenir en EHPAD. De ce fait, les établissements d'HAD contribuent au décloisonnement ville/ hôpital/médico-social nécessaire à la prise en charge continue et globale du patient.

La loi HPST du 21 juillet 2009 vise à rendre plus visible l'HAD dans le paysage sanitaire français à travers deux orientations majeures :

- faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière,
- préciser la notion de domicile qui peut être soit le lieu de résidence ordinaire du patient, soit un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles.

La loi HPST assouplit certaines des règles de fonctionnement et d'organisation de l'HAD, concernant notamment la circulation des médicaments ou encore la rémunération des professionnels paramédicaux libéraux.

Le diagnostic de l'état de santé et de l'offre en Bretagne a conduit à définir des priorités et des objectifs stratégiques pour la région.

Ainsi, trois priorités ont été définies :

- Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie,
- Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement,
- Favoriser l'accès à des soins de qualité.

14.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

14.2.1. Les données épidémiologiques et d'activité

a) Une couverture territoriale satisfaisante malgré la persistance de secteurs non couverts, à l'Ouest du territoire régional :

En janvier 2011, 13 structures sont autorisées mais seulement 10 structures sont installées avec 12 antennes (doublement de l'offre entre 2007 et 2009). L'offre est stable en 2010.

Deux ouvertures d'antennes sont prévues en 2011 sur les TS n° 1 et 4.

7 structures sont rattachées à un établissement hospitalier et 3 structures seulement sont autonomes. Deux de ces trois structures ont un statut privé associatif et réalisent 55 % de l'activité HAD de la région.

b) Une progression régulière du volume d'activité :

La Bretagne comble progressivement son retard. Toutes les structures augmentent leur activité mais celles qui ont la plus forte activité augmentent le plus (respectivement + 6 285 et + 9 550 journées pour les HAD des TS n° 3 et 5).

Selon l'étude de la DREES sur l'Offre de soins et l'état de santé d'avril 2011, le nombre de lits et places pour 10 000 habitants en HAD est passé de 0.4 en 2005 à 1.3 en 2009 en Bretagne (1.7 France), confirmant une forte progression du ratio régional tout en restant inférieur à la moyenne nationale.

On peut constater une augmentation en journées de 21 % en 2009 par rapport à 2008 et de 22 % en 2010 par rapport à 2009.

Cette augmentation de l'activité en journée est supérieure en Bretagne par rapport à l'évolution de l'activité au niveau national (+ 12,5 % entre 2009 et 2010 soit 3 265 697 journées).

Le nombre de patients pris en charge a augmenté de +23 % entre 2009 et 2010 (2 780 à 3 436 patients).

c) Modes de prise en charge et flux des patients :

Le recrutement se fait principalement au décours d'une hospitalisation MCO pour des patients en fin de vie ou présentant des prises en charge chroniques et lourdes.

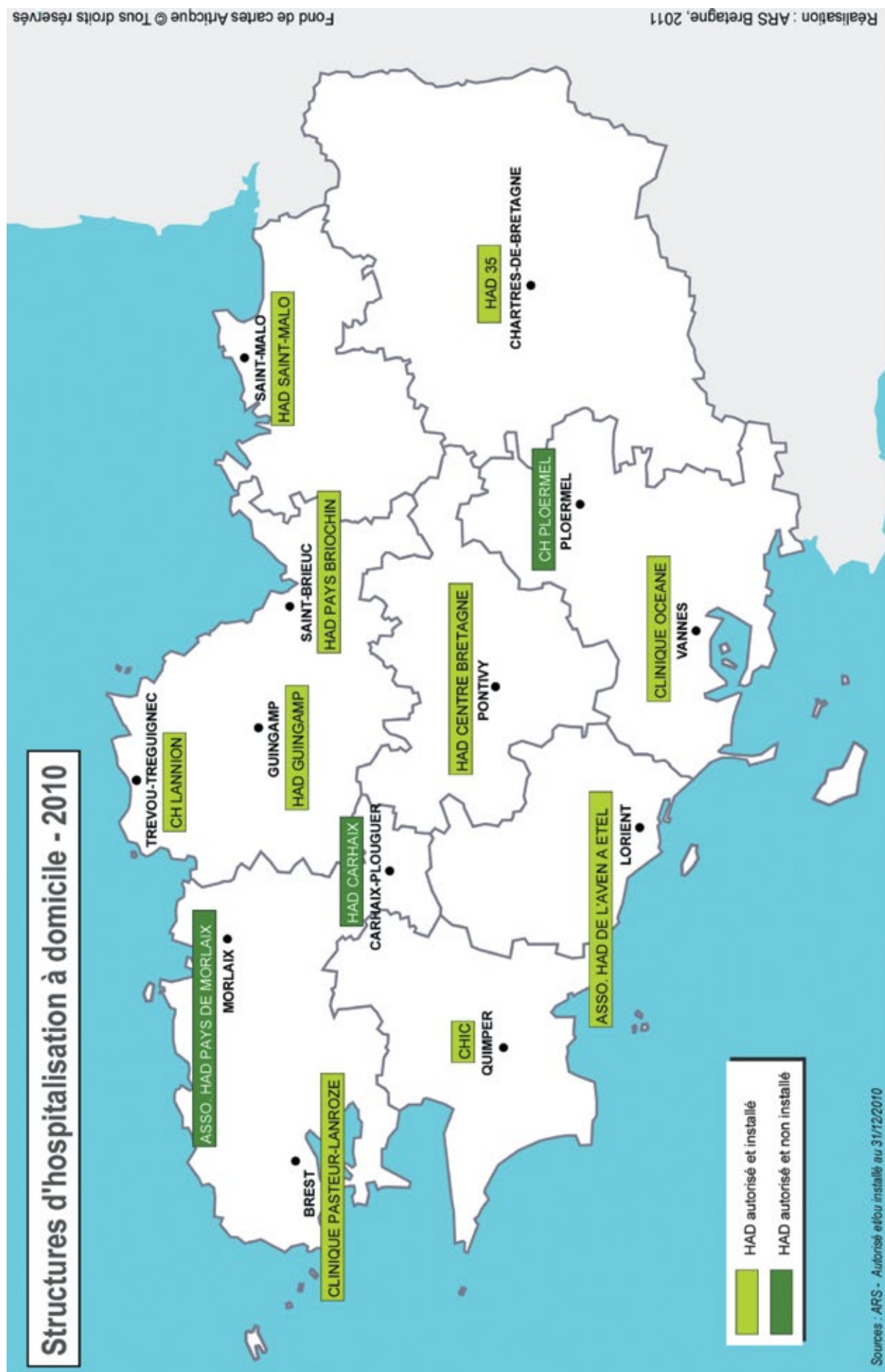
En effet, selon le bilan PMSI 2010, la répartition des prises en charges se fait de la manière suivante :

- Les Soins Palliatifs représentent 25.4 % des journées (28 % en 2009 et 34,7 % en 2008) soit un taux supérieur à la moyenne nationale,
- Les pansements complexes forment 20.5 % des journées (12.7 % en 2009 et 13,2 % en 2008). Ce mode de prise en charge accuse la plus forte progression en pourcentage et en volume en 2010, devançant désormais les soins de nursing lourds,
- Les soins de nursing lourds représentent 13.6 % des journées (16.1 % en 2009 et 12,3 % en 2008),
- La nutrition entérale, le post traitement chirurgical, et la surveillance des grossesses à risque, avec des taux respectivement de 6.1 %, 5.8 %, et 4.9 %, sont des activités stables en terme de pourcentage mais leur volume augmente d'environ 25 %,
- L'assistance respiratoire et surtout la prise en charge de la douleur sont en diminution par rapport à 2009, tant en pourcentage qu'en volume (respectivement 3.9 % et 3.6 % en 2010).

Concernant les flux des patients, la Bretagne se distingue de la moyenne nationale 2009 sur les indicateurs suivants :

- le taux de patients admis en HAD venant du domicile est faible : seuls deux établissements sur 10 se situent au niveau national de 32,8 %, tous les autres ont des taux inférieurs à 24 %. En 2010, le taux régional est de 25.2 % pour 22.4 en 2009, donc en légère progression.
- le taux de patients admis en HAD sortant vers le domicile est également faible : seuls deux établissements sur 10 se situent au niveau national de 61,1 %, tous les autres sont en dessous. En 2010, le taux régional est de 41.4 % pour 39.4 % en 2009 donc en légère progression.
- le taux de patients admis en HAD décédés est élevé au regard du taux national de 8,4 %, ce qui s'explique en partie par l'activité importante de soins palliatifs. 8 structures sur 10 ont un taux supérieur à 9 %, jusqu'à 28 % et deux structures ont un taux plus bas (2.4 % et 3.7 %). En 2010, le taux régional est de 13.6 % pour 16 % en 2009 donc en baisse.

La prescription de l'admission en HAD intervient durant une hospitalisation MCO classique de manière plus fréquente que la moyenne nationale. De même, le retour au domicile est moins fréquent que pour le reste de la France. On observe également un taux de décès plus élevé. Le profil de recrutement et des prises en charge, soins palliatifs et soins de nursing lourds semble en cohérence avec ces observations. La lourdeur de l'indice de Karnofsky, mesurant la dépendance, n'est pas toujours en cohérence.



14.2.2 Le bilan organisationnel SROS 3

a) Le développement de l'HAD et la diversification des modes de prise en charge nécessitent la mise en œuvre du plan de communication et la communication entre les systèmes d'information

Les libéraux et professionnels hospitaliers sont encore très insuffisamment impliqués essentiellement par méconnaissance, et parfois par défiance. L'approbation du plan de communication de 2010, prend en compte, particulièrement, cette problématique. Selon l'autoévaluation réalisée conjointement par l'ARH et la FNEHAD en 2009, les freins à la prescription de l'HAD résultent de différents facteurs :

- la nécessité d'aidants actifs au domicile ;
- la continuité des soins la nuit et le WE, et la réponse à la demande dans le cadre de la permanence des soins ;
- la méconnaissance des professionnels de santé des indications à l'admission en HAD : les termes « restrictifs, flous et obscurs » sont employés ;
- la crainte d'une lourdeur administrative.

Concernant le système d'information, une assistance à maîtrise d'ouvrage a été lancée en 2010 pour le développement mutualisé des Systèmes d'Information entre HAD.

Le système d'information est un outil majeur pour ces structures chargées de coordonner l'intervention au domicile du patient de différents acteurs. La maîtrise de la qualité des soins au domicile impose le partage et la circulation rapide de l'information et donc, le dossier patient dématérialisé, l'informatisation du circuit du médicament à la source, l'équipement et la saisie au domicile.

Il existe des contraintes liées aux différents outils existants actuellement dans les établissements.

Enfin, le développement d'autres modes de prise en charge, en pédiatrie ou SSR tels que préconisés par l'IGAS serait possible surtout à partir de structures ayant déjà stabilisé leur activité. Les besoins concernent surtout les pathologies neurologiques dégénératives ou post traumatiques.

b) Le développement nécessaire de partenariats avec l'ambulatoire et le médico-social afin de mettre en cohérence HAD, SSIAD et réseaux

Le bilan du SROS laisse apparaître la faiblesse des flux avec les EHPAD et les SSIAD, en Bretagne comme au niveau national. On observe cependant, exprimé en journées HAD, une progression globale de 3.72 % en 2009 à 4.27 % en 2010, des journées prises en charge en EHPAD.

On constate une hétérogénéité des relations entre réseaux et HAD, complémentaires ou en concurrence larvée :

- l'hétérogénéité des réseaux sur la région, en termes de type de prise en charge et de répartition géographique contribue à l'hétérogénéité des fonctions de coordination entre réseaux et HAD ;
- les réseaux n'adressent pas toujours vers l'HAD et réciproquement, l'HAD ne répond pas toujours aux demandes des réseaux. Il existe cependant des collaborations efficaces ;
- des collaborations existent également entre HAD et équipe mobile de soins palliatifs facilitatrices de l'aval de l'hospitalisation complète en phase de fin de vie, satisfaisant les patients et leur famille ;

L'HAD est effecteur de soins coordonnés, le réseau, quant à lui, est là pour coordonner, apporter une expertise, a une mission de transversalité ainsi que de formation/information et d'accompagnement.

La complémentarité entre HAD et SSIAD nécessiterait des conventions de relais et/ou mutualisation des ressources afin d'améliorer le continuum des soins et d'optimiser les moyens, selon les recommandations IGAS.

c) La permanence des soins en HAD nécessite d'être consolidée et rejoint la problématique globale de la PDS ambulatoire

Tel que défini dans le rapport IGAS, le socle minimum de la permanence des soins, arrêté au niveau national, doit comprendre trois niveaux :

- astreinte par un infirmier salarié,
- astreinte téléphonique médicale,
- convention avec le 15.

Actuellement, sur la région Bretagne, la permanence des soins est assurée comme suit :

- une permanence 24/24 par IDE est organisée dans chaque structure,
- l'astreinte téléphonique de seconde ligne par un médecin coordonateur n'est pas effective dans toutes les structures. Elle est difficile à mettre en place dans les petites structures disposant d'un seul médecin. Une mutualisation de cette astreinte est envisageable sous réserve d'un dossier médical consultable (mutualisation des SI et du DMP).

C'est pourquoi les structures s'efforcent d'anticiper les situations d'urgence, notamment en soins palliatifs. Le centre 15, lorsqu'il est sollicité, ne peut pas toujours mobiliser un médecin ou une équipe SMUR et la réhospitalisation par les urgences n'est pas souhaitable.

Or des interventions par un médecin au domicile du patient peuvent s'avérer nécessaires même si elles sont rares et nécessitent une organisation adaptée à la taille de la structure :

Le TS n° 3 a mis en place un pool de médecins libéraux qui assument les astreintes moyennant une formation préalable au diplôme universitaire consacré à la douleur et une rémunération forfaitaire de l'astreinte prise en charge par la structure.

Dans d'autres structures, le médecin coordonateur peut se déplacer au domicile : ex HAD 35.

En règle générale, il est fait appel soit au centre 15, soit à SOS médecins si la zone est couverte, soit au médecin traitant.

Le conseil national de l'ordre des médecins souligne que la permanence des soins incombe uniquement à l'HAD en tant qu'établissement de santé et non aux libéraux.

14.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

14.3.1. Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

a) Poursuivre l'installation des structures déjà autorisées

Malgré les progrès réalisés, certaines zones ne sont toujours pas desservies car les autorisations n'ont pas encore été mises en œuvre.

b) Encourager le développement d'antennes nouvelles plutôt que de nouvelles structures.

Les structures d'HAD à forte activité présentent des avantages :

- facilitent l'organisation de la permanence des soins ;
- rendent possible la création d'antennes pour combler les lacunes de la couverture régionale ;
- facilitent l'élargissement des indications vers de nouveaux modes de prise en charge encore peu développés (pédiatrie et SSR, selon les recommandations de l'IGAS) en partenariat avec les établissements de santé.

14.3.2. Garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficience

a) Développer le recours à l'HAD dans le cadre des capacités déjà autorisées : encourager le développement de prises en charge innovantes, dont l'HAD en pédiatrie et en SSR, basées sur l'expression documentée d'un besoin non couvert

Le nombre des séjours HAD pour ces modes de prise en charge est encore très faible alors que la rééducation au domicile ou l'hospitalisation à domicile des enfants pourraient contribuer à améliorer le parcours du patient et la qualité de prise en charge.

b) Assurer la permanence des soins (soignante et médicale) des patients hospitalisés

c) Mettre en place un système d'information médicalisée entre tous les acteurs pour fluidifier et sécuriser le parcours de soins de chaque patient.

La mise en place d'un Système d'Information mutualisé entre les structures permettra de franchir une étape organisationnelle décisive, tant dans le suivi de la prescription médicale et de la réalisation des actes que dans la mise en place d'une permanence médicale mutualisée accessible à tous les patients grâce au partage de l'information.

L'informatisation de la prescription doit contribuer à sécuriser le circuit du médicament et à rationaliser les coûts.

Le partage du dossier médical informatisé favorise une mutualisation de l'astreinte médicale de 2^{ème} ligne, permettant de consolider la permanence des soins.

14.4 PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Etendre la couverture à l'ensemble du territoire	Poursuivre l'installation des structures déjà autorisées Redynamiser les acteurs détenteurs de l'autorisation non mise en œuvre	Nombre de journées en HAD pour 10 000 hab	Lien Médecine, PDSES, PDSA, Ambulatoire, SROMS
	- encourager le développement d'antennes à partir de structures existantes	Nombre de zones PMSI où aucun séjour d'HAD n'a été réalisé dans l'année	
	- Mettre les promoteurs « en concurrence » à l'issue du délai de mise en œuvre si celle-ci est non réalisée	Part de la population non couverte par une HAD installée	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Développer le recours à l'HAD dans le cadre des capacités déjà autorisées	Mettre en application le plan de communication ARS/FNEHAD Associer les IDE coordinatrices ou de liaison des structures HAD aux instances de régulation des flux des établissements de référence afin d'anticiper les admissions en aval de l'hospitalisation traditionnelle Utiliser, comme la réglementation le permet, l'intervention de l'HAD en EHPAD médicalisé en alternative à l'hospitalisation en établissement de santé et/ou pour écourter un séjour en établissement sanitaire	Nombre de médecins libéraux différents ayant pris en charge au moins un patient en HAD dans l'année	
	Encourager le développement de prises en charge innovantes dont l'HAD en pédiatrie et en SSR, basées sur l'expression documentée d'un besoin non couvert.	Taux de recours en HAD chez les moins de 18 ans pour 100 000 hab Nombre de journées des modes de prise en charge 11 et 12 (SSR)	
Améliorer la qualité de la prise en charge	Consolider la permanence des soins : Une mutualisation de l'astreinte médicale de 2^{ème} ligne serait possible si le SI permet le partage de l'information	Part des structures HAD disposant d'une astreinte téléphonique médicale de 2e niveau 24h/24h	
	Améliorer l'articulation entre les partenaires hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux en : - développant la contractualisation entre SSIAD et HAD et favoriser le partage d'outils communs. La mutualisation des ressources, notamment en personnel aide soignant, par convention ou au sein d'un GCSMS associant HAD et SSIAD pourrait faciliter la continuité des soins et rassurer patient et entourage, sous réserve que la tarification le permette - développant la contractualisation entre HAD et réseaux dans un objectif de complémentarité, par territoire : Eventuellement, en associant à la réflexion sur les SI mutualisés les partenaires ambulatoires qui contribuent à la prise en charge de patients chroniques à leur domicile sur un territoire (HAD, réseaux, SSIAD, ex HL, EHPAD...).		Lien fiche Maladies chroniques
Assurer la permanence des soins soignante et médicale	Evaluation de l'état des lieux de la permanence des soins dans les structures Intégrer l'HAD, mais aussi les EHPAD et les ex-Hôpitaux Locaux dans une permanence des soins commune au service d'une population de proximité, souvent âgée. Ce point nécessite une articulation avec le volet SROS de la PDS Ambulatoire		
Mettre en place un système d'information médicalisé entre tous les acteurs	Développer et harmoniser des systèmes d'information partagés entre HAD		

15. SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES

15.1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été confiée au service public hospitalier. Ces personnes doivent recevoir le même type de prestation de santé que la population générale.

À cette fin, chaque établissement pénitentiaire (EP) est signataire d'un « protocole » avec un ou plusieurs établissements de santé en mesure d'assurer l'ensemble des prestations de santé dans les domaines somatiques et psychiatriques.

Dix établissements de santé sont concernés dans la région :

- le CHU de Brest pour la maison d'arrêt (MA) de Brest,
- le CHBS de Lorient et l'EPSM de Caudan pour le centre pénitentiaire (CP) Ploemeur,
- le CHBA de Vannes et l'EPSM de St Avé pour la MA de Vannes,
- le CHU de Rennes et le CH Guillaume Régnier pour les CP hommes de Rennes-Vezin et celui des femmes à Rennes,
- le CH de St-Malo pour la MA de St-Malo,
- les CH de St-Brieuc et St Jean de Dieu – Dinan pour la MA de St-Brieuc.

Les soins généraux sont délivrés dans des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantées au sein des EP. Ce sont des unités hospitalières à part entière, rattachées à des services et des pôles des établissements de santé. Y interviennent des médecins généralistes, des infirmières, des équipes de psychiatrie, mais aussi des dentistes et des équipes des différents dispositifs en addictologie. Des actions de promotion et d'éducation à la santé sont également proposées avec l'appui de partenaires associatifs extérieurs (AIDES, ANPAA...) et des dispositifs spécialisés comme l'IREPS.

Le Centre Pénitentiaire de Rennes-Vezin est également le siège du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), rattaché au CH Guillaume Régnier. Outre la délivrance de prestations psychiatriques directes auprès des personnes détenues de Rennes et de Vezin, le SMPR est également le service de référence, au vu de ses équipements et moyens disponibles, pour les patients suivis par les dispositifs psychiatriques qui interviennent dans les autres établissements pénitentiaires de la région.

15.2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

15.2.1 L'état de santé des personnes détenues

L'état de santé de cette population jeune (les 2/3 ont moins de 40 ans, mais la population des plus de 60 ans augmente sensiblement dans les quartiers pour peine) se caractérise par :

- une grande fréquence des pathologies mentales avec une surreprésentation des psychoses par rapport à la population générale ;
- une grande fréquence des symptômes de souffrance psychique (évaluée à 40 % dans les enquêtes nationales) ;
- un cumul des consommations à risque pour 30 % des personnes détenues et un état bucco-dentaire très dégradé (80 % des personnes détenues présentent des pathologies à leur entrée dont près de la moitié nécessite des soins urgents).

15.2.2 La protection sociale des personnes détenues

L'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale prévoit que toutes les personnes détenues sont obligatoirement affiliées au régime général, quel que soit leur régime d'affiliation. La mise en œuvre de cette mesure et la prise en charge au sein des UCSA permettent donc à toutes les personnes détenues d'accéder aux soins de base.

Des difficultés s'observent néanmoins en cas de transfert des personnes détenues, dans l'information qui leur est faite, dans l'ouverture des droits à la protection complémentaire (CMUC) et dans le maintien des droits acquis pour pouvoir continuer certains soins après la libération. C'est dans le domaine des soins dentaires, de l'optique et des prothèses que ces difficultés sont le plus souvent signalées.

15.2.3 Le dispositif de soins

Le dispositif de soins s'est structuré, avec des prestations de médecine générale assurant une consultation d'entrée permettant le repérage et le dépistage des problèmes de santé dans les 48 heures suivant l'incarcération et une permanence des soins qui passe désormais par le centre 15 et s'appuie sur des dispositifs internes spécifiques aux établissements de santé dans les trois établissements pénitentiaires les plus importants.

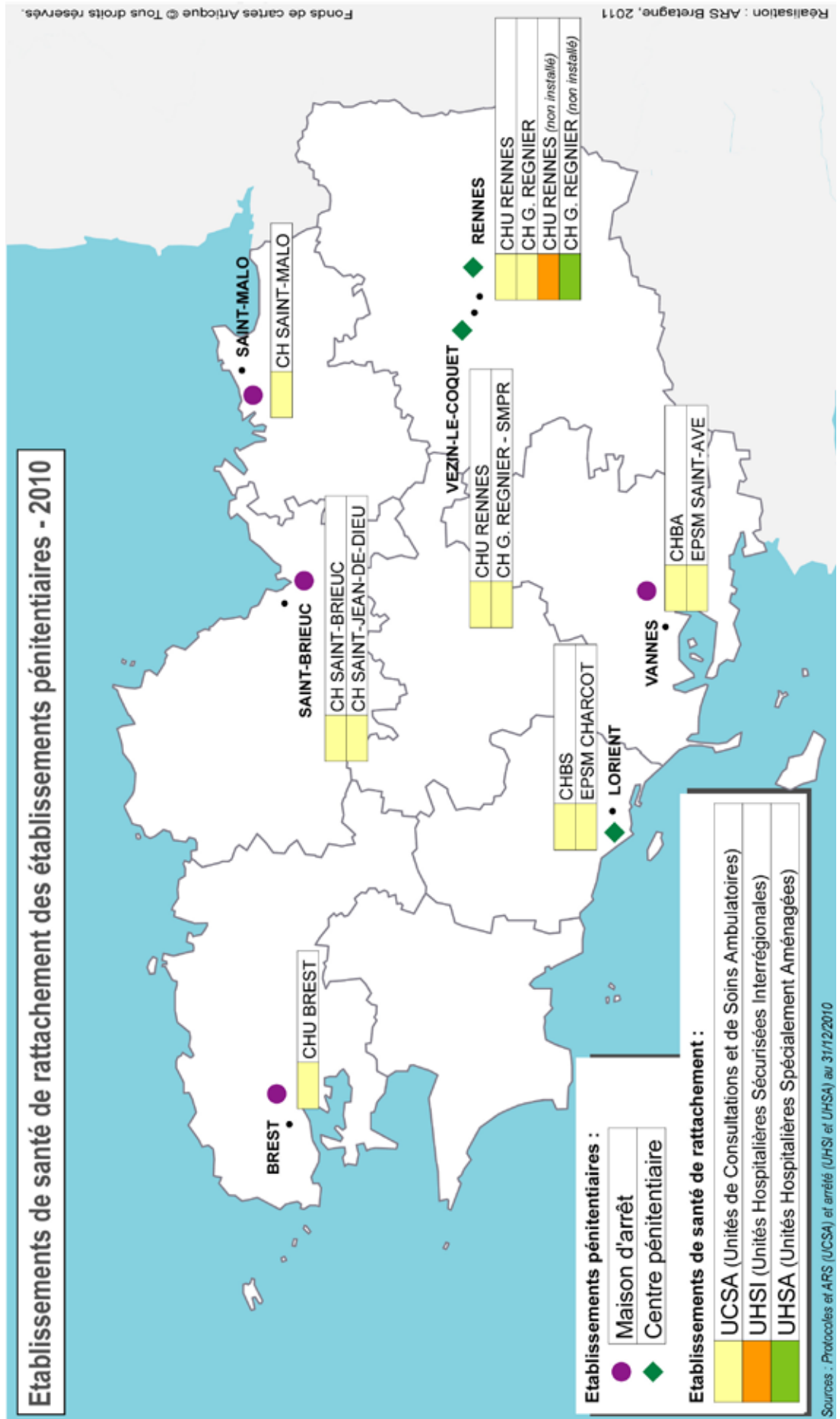
Les prestations en soins dentaires restent insuffisantes, et on constate des délais d'attente souvent supérieurs à 2 mois dans plusieurs établissements, avec une inadéquation entre les temps de chirurgiens-dentistes et les besoins importants.

Les prestations psychiatriques se sont améliorées et diversifiées, mais pas de manière généralisée, les équipes en place ayant des difficultés à répondre à l'augmentation croissante des besoins en santé mentale de la population.

On constate l'intervention quasi généralisée de différents dispositifs en addictologie au sein des UCSA et la mise en place des principales politiques de santé publique : prévention du suicide, dépistage et prise en charge de la tuberculose, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles...

L'éducation pour la santé est quant à elle mieux prise en compte, avec des programmes opérationnels dans 6 établissements sur 7.

Les hospitalisations s'effectuent dans des chambres sécurisées des établissements de rattachement pour les motifs somatiques, et, sous le régime de l'hospitalisation sans consentement dans des conditions non satisfaisantes au sein des établissements psychiatriques, en attendant l'ouverture d'une Unité Hospitalière Sécurisée Inter Régionale (UHSI) au CHU de Rennes et d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) au Centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes. Ces 2 unités d'hospitalisation devront répondre aux besoins des patients de l'inter région.



15.3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

Dans le domaine de la santé des personnes détenues, le schéma cible correspond aux modes d'organisation que l'on devrait trouver dans les différentes UCSA, schéma adapté à la capacité d'accueil de chaque établissement pénitentiaire et dans la mesure du possible au profil des populations qui y sont accueillies. L'intégration des actions de soins, de dépistage et de promotion de santé en raison d'une unité de lieu et de population amènera également à traiter l'ensemble des dimensions de la santé et pas uniquement du soin dans ce chapitre.

15.3.1. Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

• Améliorer l'accès aux soins en assurant une couverture sociale à toutes les personnes détenues

La permanence d'agents des caisses d'assurance maladie permet de résoudre un certain nombre de ces difficultés. Ce type de permanence sera recherché dans la totalité des établissements pénitentiaires. Leur intervention sera formalisée avec les services pénitentiaires et un inventaire des situations non résolues sera réalisé, afin de rechercher des solutions.

• Organiser une offre de soins graduée et territorialisée

Des UCSA ouvertes quotidiennement avec une équipe de premier recours (médecin généraliste et infirmière), dont les effectifs sont au minimum conformes avec les ratios préconisés par le guide méthodologique du 10 janvier 2005 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, afin de garantir :

- la présentation aux personnes détenues du dispositif de santé existant au sein de l'UCSA ;
- un examen d'entrée dans les 48 premières heures permettant d'assurer la continuité éventuelle de soins antérieurs, le dépistage des principales affections et l'organisation du repérage des principaux problèmes de santé ;
- le recueil des premières informations relatives à la santé de la personne permettant l'élaboration, si nécessaire, d'un projet de santé individualisé ;
- le suivi des projets de santé individualisés en partenariat avec les autres intervenants au sein de l'UCSA et de l'établissement pénitentiaire ;
- l'organisation de la continuité des soins lors de la sortie.

Des chambres sécurisées dans les hôpitaux de proximité, mises aux normes et disposant d'un règlement intérieur conforme aux bonnes pratiques de soins, et réservées aux besoins urgents et de courte durée.

Une UHSI de 19 lits au CHU de Rennes pour répondre aux besoins d'hospitalisation somatique des personnes détenues de l'ensemble de l'inter région pénitentiaire. L'UHSI doit répondre aux demandes d'hospitalisation programmée mais aussi aux besoins d'hospitalisation urgente et/ou de courte durée des établissements de proximité.

La mise en place d'un dispositif de soins gradué en psychiatrie avec :

- dans toutes les UCSA, un dispositif de soins psychiatriques garantissant des prestations ambulatoires diversifiées (entretien infirmier, consultations de psychologues et de psychiatres) ;
- le développement des prises en charge à temps partiel de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou atelier thérapeutique, là où les effectifs des personnes détenues sont les plus importants ;
- un hôpital de jour, au sein du SMPR, accessible à toutes les personnes détenues de la région et nécessitant des prestations renforcées et pluri hebdomadaires ;
- une UHSA de 40 lits implantée au sein du CHGR de Rennes, destinée à répondre aux besoins de l'ensemble de l'inter-région pénitentiaire ;
- une coopération formalisée avec les dispositifs extérieurs en charge de l'organisation ou de la continuité du suivi de certains problèmes de santé : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour les conduites addictives, Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS) pour certains patients auteurs d'infraction à caractère sexuel...

15.3.2. Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

La mise en place d'un dépistage systématique des pathologies bucco-dentaires permettant une programmation des soins durant la détention dans les 5 établissements les plus importants. Ce dépistage systématique repose sur la généralisation des assistantes dentaires afin d'optimiser les temps de chirurgiens-dentistes avant de les augmenter, le recours aux internes et aux étudiants de 6^{ème} année en odontologie, l'augmentation et l'amélioration des équipements et matériels dentaires et le développement de programme d'éducation à la santé.

Des consultations de spécialités organisées en interne à l'UCSA afin de limiter les consultations extra-pénitentiaires dans les disciplines auxquelles il est le plus souvent fait recours : ophtalmologie, gynécologie...

Une organisation de la continuité des soins des UCSA, en dehors de leurs heures d'ouverture, qui repose en priorité sur des systèmes propres aux établissements de santé ou, pour les établissements de santé de petite taille, sur des associations de permanence de soins de médecine de ville dans un cadre conventionnel.

Un dispositif de dépistage et de prise en charge des addictions formalisé définissant la place des différents intervenants (UCSA, Dispositif psychiatrie, CSAPA) avec un coordonnateur identifié.

Un circuit de distribution des médicaments conforme aux normes et efficient.

Des programmes de santé au sein de chacune des UCSA qui soient formalisés et évaluables, couvrant les champs de :

- la promotion et l'éducation à la santé,
- la prévention du suicide,
- la prévention et la prise en charge des addictions,
- la prévention et la prise en charge des pathologies infectieuses.

Un programme de télémedecine à même de répondre :

- aux besoins de certaines consultations spécialisées ne nécessitant pas de plateaux techniques sophistiqués,
- à l'amélioration de la coordination, notamment entre les futures unités d'hospitalisation et les UCSA de l'inter-région.

Un programme de prise en charge sanitaire des personnes détenues encadré au niveau de chaque UCSA par un protocole signé par l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, que l'on doit trouver référencé au sein du CPOM de chaque établissement de santé concerné.

La mise en œuvre de ce schéma cible dépendra notamment de la compétence du Ministère de la Justice pour mettre à disposition :

- des locaux adaptés (augmentation des surfaces disponibles) ;
- des espaces réaménagés ;
- un aménagement de certaines contraintes liées à l'organisation de la vie pénitentiaire.

15.4. PLAN D'ACTION

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
Assurer à toutes les personnes détenues, dans des délais brefs, l'accès effectif à une couverture sociale	Faire signer une convention entre chaque UCSA et la CPAM de référence pour régulariser l'accès aux droits de toute personne détenue et le maintenir après la sortie	Nombre de conventions signées entre les UCSA et leur Cnam de référence	
Assurer la gradation des soins psychiatriques	Diversifier les prestations psychiatriques en ambulatoire et développer les prises en charge à temps partiel	Nombre d'UCSA disposant de dispositif de prise en charge à temps partiel en psychiatrie Nombre de patients pris en charge en psychiatrie en secteur ambulatoire Nombre de patients pris en charge en psychiatrie en CATTP Nombre de patients pris en charge en psychiatrie en hôpital de jour	Fiche santé mentale
Compléter le dispositif gradué de l'offre de soins en hospitalisation complète en psychiatrie	Ouverture de l'UHSA au CHGR de Rennes	Effectivité de la mise en place de l'UHSA Taux d'occupation de l'UHSA Part des patients de l'UHSA hors Bretagne sur l'ensemble des patients d'UHSA	
Compléter le dispositif gradué de l'offre de soins en hospitalisation complète pour les besoins somatiques	Ouverture de l'UHSI au CHU de Rennes	Effectivité de la mise en place de l'UHSI Taux d'occupation de l'UHSI Part des patients de l'UHSI hors Bretagne sur l'ensemble des patients d'UHSI	
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Organiser les différents entretiens, consultations, examens de la période d'entrée en détention en vue d'élaborer un projet personnalisé de santé (PPS) pour les personnes détenues qui le justifient	Formation et échanges de pratique sur la mise en place d'un projet de santé. Développer la protocolisation des entretiens d'accueil infirmiers	Nombre d'établissements ayant mis en place les PPS Part des UCSA ayant un protocole relatif à l'entretien d'accueil	
Organiser le dépistage, la prise en charge et l'organisation du suivi à la sortie des personnes ayant un problème d'addiction	Elaborer un protocole relatif à l'organisation de la prise en charge des addictions engageant les différents intervenants	Nombre de protocoles validés et signés relatifs à la prise en charge des addictions	
Mettre en place le projet d'amélioration des soins dentaires pour généraliser le dépistage à l'entrée et la promotion de l'hygiène bucco dentaire, réduire les délais d'attente, et favoriser la poursuite des soins à la sortie	- Augmenter le temps de chirurgiens-dentistes et d'assistantes dentaires (ou d'étudiants) - Identifier les dispositifs relais (centres de santé dentaires, chirurgiens-dentistes) et mettre en place un outil de transmission de l'information (logiciel Mac dent)	Nombre de vacations de chirurgiens-dentistes et d'assistantes dentaires Nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes et d'assistantes dentaires Nombre d'UCSA équipées du logiciel d'information dentaire	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Mettre en place un projet de télémédecine pour améliorer le recours aux avis et consultations spécialisées et pour faciliter la programmation des hospitalisations tant en UHSI qu'en UHSA	- Améliorer l'accès aux consultations spécialisées, notamment grâce au développement des téléconsultations	Nombre d'UCSA ayant accès à la télémédecine	Programme télémédecine
Développer l'intervention du CRIAVS pour l'information et l'évaluation initiale des auteurs d'infractions à caractère sexuel	Conventionner les interventions du CRIAVS avec chacune des UCSA	Nombre de conventions signées par le CRIAVS	
Mettre en place un circuit de distribution des médicaments conforme aux normes et efficient	Formaliser dans chaque UCSA le circuit du médicament	Part d'UCSA disposant d'un circuit formalisé du médicament	
Améliorer l'articulation avec le système ambulatoire, social et médico-social			
Mettre en place un projet de sortie pour les personnes détenues	- Développer les consultations et entretiens de sortie - Favoriser les contacts préalables à la sortie par l'intervention des dispositifs extérieurs (PSL, centre de soins, CSAPA, CMP) - Favoriser l'accueil des personnes sortantes de prison nécessitant un suivi et une prise en charge sanitaire par les dispositifs d'hébergement	Part des détenus ayant pu bénéficier d'une consultation ou d'un entretien de sortie	