

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| SROS |

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

- Volet ambulatoire 4
- Volet hospitalier 69

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Présentation du SROS

Le dispositif réglementaire

Le schéma régional d'organisation des soins connait deux innovations majeures découlant de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST :

- Il est intégré au projet régional de santé, qui comporte également les schémas régionaux en matière de prévention et d'organisation médico-sociale (art L1434-2 du CSP).
- Son champ a été étendu à l'ambulatoire (art R1434-4 du CSP). Le SROS a désormais deux volets, un volet hospitalier opposable et un volet ambulatoire non-opposable.

Outil de planification opérationnel, le SROS a pour objet 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. Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations. Il organise la coordination entre les différents services de santé : établissements de santé, communautés hospitalières de territoire, établissements et services médico-sociaux, centres de santé, structures et professionnels de santé libéraux. (Art L1434-7 du CSP). Il tient compte de la loi de finance et de la loi de financement de la sécurité sociale.

En application de l'article L 1434-9 du code de la santé publique, le schéma régional d'organisation des soins fixe, pour chacun des deux territoires de santé (arrêté n°2010-654 du 7 octobre 2010) :

- Les objectifs de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds (…) ;
- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes cités à l'article L 6112-2
- Les objectifs et les moyens dédiés à l'organisation de soins en milieu pénitentiaire

Le SROS-PRS identifie les besoins et les objectifs concernant les activités qui sont soumises au régime des autorisations : activités de soins et équipements matériels lourds (R6122-25 et R6122-26). Il traite également des différents modes de prise en charge ou alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, HAD…) ainsi que des activités transversales, telles que les pathologies du vieillissement, les maladies chroniques et les accidents vasculaires cérébraux.

Le présent schéma a été réalisé à partir d'un diagnostic de l'offre et des besoins non couverts en Champagne-Ardenne. Pour ce faire, une évaluation de la mise en œuvre des objectifs du précédent schéma (SROS 3) a été dressée pour la partie hospitalière.

La transversalité avec les schémas régionaux en matière d'organisation médico-sociale et de prévention a fait l'objet d'une attention et d'un travail particulier qui a notamment été formalisé par des renvois intégrés tout au long du SROS aux différents volets ou schémas concernés.

La démographie médicale, enjeu prioritaire

Les échanges auxquels a donné lieu la phase d'élaboration du schéma a confirmé que la maîtrise des conséquences d'une évolution défavorable de la démographie médicale était bien l'enjeu principal de l'organisation des soins en Champagne Ardenne, comme l'avait déjà souligné le Plan Stratégique Régional de Santé. Il s'agit donc à travers les deux volets du schéma d'adapter l'organisation des soins pour répondre à cet enjeu en termes d'accès aux soins.

Ainsi le volet ambulatoire vise donc essentiellement à favoriser l'installation des jeunes médecins, à diversifier les modes d'exercice pour répondre à la vision des jeunes professionnels de santé et enfin de créer les conditions de la coopération entre professionnels de santé.

Pour sa part, le volet hospitalier du schéma prévoit la création de trois communautés hospitalières de territoire afin de mieux organiser la graduation des soins entre établissements et de favoriser une gestion mutualisée des ressources médicales. Il organise également des filières de prise en charge spécifiques telles que celle prévue pour les accidents vasculaires cérébraux qui doit permettre à la Champagne-Ardenne de combler son retard dans ce domaine. De plus il définit une politique qui renforce la coordination entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers, entre professionnels du sanitaire et du médico-social. Enfin il adapte les équipements aux problématiques nouvelles, telles la prise en charge des adolescents en crise

La liste des activités de soins traitées dans le SROS hospitalier :

- La médecine
- La chirurgie
- La périnatalité
- La psychiatrie
- Les Soins de suite et de réadaptation
- Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endo-vasculaire en cardiologie
- La médecine d'urgence
- La réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- Le traitement du cancer
- L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
- L'imagerie médicale
- Les soins palliatifs
- Les soins aux détenus
- Les missions de service public
- L'hospitalisation à domicile
- La biologie médicale
- La transfusion sanguine
- Gériatrie / pathologies du vieillissement
- Les accidents vasculaires cérébraux

NB : L'organisation actuelle de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé est maintenue. Elle sera revue en 2012 après un approfondissement de la concertation en cohérence avec celle menée sur le cahier des charges de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA).



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET AMBULATOIRE

- Partie ambulatoire
- Partie biologie médicale

SOMMAIRE

PARTIE AMBULATOIRE 7

Chapitre 1 : Cadre général 8
1. Présentation 8
2. Références réglementaires 8

Chapitre 2 : Diagnostic régional 9
1. Diagnostic par profession de santé du 1er recours : les professionnels de santé libéraux 9
1.1. Les médecins généralistes libéraux 9
1.2. Les infirmiers libéraux 10
1.3. Les masseurs kinésithérapeutes libéraux 10
1.4. Les chirurgiens dentistes libéraux 11
1.5. Les pharmaciens d'officine et les officines pharmaceutiques 11
2. Les centres de santé 11
3. Les services de soins infirmiers à domicile 12
4. Les réseaux de santé 12
4.1 Les réseaux de santé régionaux 12
4.2. Les réseaux de santé territoriaux 13

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 15
1. Relever le défi de la démographie des professionnels de santé 15
2. Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé 15
3. Développer la coordination, l'articulation, les réseaux 15

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 16
1. Cadrage général - Méthodologie 16
1.1. Le comité technique régional de 1er recours 16
1.2. 1ère étape : définition des territoires de 1er recours – base du volet ambulatoire 16
1.3. 2ème étape : Identification de zones prioritaires au sein des territoires de premier recours 18
2. Objectifs généraux, objectifs spécifiques et opérationnels 20
2.1. Objectif général : Favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région. 20
2.2. Objectif général : Favoriser l'installation des futurs professionnels de santé en Champagne Ardenne 27
2.3. Objectif général : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux 28

Chapitre 5 : Version synthétique du plan d'actions / Indicateurs de suivi et d'évaluation 32

Chapitre 6 : listes des annexes 35

PARTIE BIOLOGIE MEDICALE 58

Chapitre 1 : Cadre Général 59
1. Présentation générale 59
2. Les enjeux 60
3. Références réglementaires 60

Chapitre 2 : Eléments du diagnostic régional 61

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 63
1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale 63
2. Fixer les règles d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale 63
2.1. Organiser l'activité de la biologie médicale hospitalière à l'échelle des territoires 63
2.2. Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents. 63
2.3. Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires. 63
3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale 63

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action 64
1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale 64
2. Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale 64
3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale privée 66

Chapitre 5 : Transversalité 67
1. SROS Hospitalier, volet Biologie médicale 67
2. SROS Hospitalier, volet génétique 67
3. SROS Hospitalier, volet périnatalité 67

Glossaire 68

Note d'attention pour le lecteur

cf « intitulé du schéma ou programme »
Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS
VOLET AMBULATOIRE

PARTIE AMBULATOIRE

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réfor me de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « *Loi - HPST* » introduit un volet ambulatoire au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Il est prévu que la partie ambulatoire :

- indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins du premier et du second recours, notamment celles des professionnels de santé libéraux, pôles de santé, centres de santé, maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

- détermine les zones de mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons et pôles de santé, ainsi que des centres de santé.

Les soins de premier recours, tels que définis par la loi HPST, comprennent :

- 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.

Ce volet ambulatoire du SROS, non opposable, constitue une innovation et a trois ambitions majeures :

- Déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de premiers recours.
- Constituer un outil central pour permettre de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour de priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale.
- Contribuer à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

2. Références réglementaires

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme d e l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment ses articles :

L1434-7 (SROS)
L 1411-11 (accès aux soins de premier recours)
L1411-12 (soins de second recours)
L4130–1 (médecin généraliste de premier recours)
L5125-1-1 A (missions de premier recours des pharmacies d'officine)

Loi 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.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

La région Champagne Ardenne doit faire face au défi majeur qu'est celui de la démographie des professionnels de santé. C'est une région vaste, faiblement peuplée, à dominante rurale et avec une population vieillissante. Sur le plan de la démographie des professionnels de santé, et notamment de l'offre de soins de premier recours, la situation est de plus en plus fragilisée avec un déficit en professionnels de santé qui s'accentue.

Un premier diagnostic a été réalisé à travers le recensement :

- des professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et officines ;
- des professionnels de santé salariés exerçant dans des centres de santé, des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ;
- des réseaux de santé existants.

Ce diagnostic qui est décrit ci-dessous vient compléter les éléments de constat dressés dans le PSRS de Champagne-Ardenne.

1. Diagnostic par profession de santé du 1er recours : les professionnels de santé libéraux

Bien que les missions du premier recours ne soient pas exclusives de tel ou tel professionnel, les professionnels suivants sont considérés comme les intervenants de 1er niveau du 1er recours : médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes et pharmaciens.

1.1. Les médecins généralistes libéraux

La loi HPST[1] renforce le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et garant de la coordination des soins.
Cependant en Champagne-Ardenne, les données relatives aux médecins généralistes exerçant à titre libéral sont assez préoccupantes :

- Une densité largement inférieure à la moyenne nationale et une profession vieillissante :

	Densité pour 100 000 habitants	% de plus de 55 ans
France	110	37
Région	102	36,8
Ardennes	100	37,2
Aube	83	35,2
Marne	114	34,2
Haute - Marne	100	47,3

Source : Statiss 2010 – données au 01.01.2009

La densité régionale est largement inférieure à la densité nationale, avec de fortes inégalités au sein de la région. Le département de la Marne présente la densité la plus forte (114 médecins pour 100 000 hab.) et le département de l'Aube la plus faible (83 pour 100 000 hab.)

Le vieillissement de la profession entraîne de nombreux départs en retraite et ce phénomène risque de s'accentuer dans les années à venir dans la mesure où plus de 1/3 des médecins généralistes de la région ont plus de 55 ans.

[1] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Des effectifs à la faculté de médecine insuffisants et une fuite des jeunes diplômés

Les effectifs des étudiants internes de médecine générale sont insuffisants pour combler les départs en retraite : les postes ouverts en médecine générale à la faculté de Reims (qui tient compte des besoins régionaux) ne sons pas tous pourvus chaque année. De plus, 33% des étudiants diplômés partent exercer leurs fonctions ou s'installer dans d'autres régions à la fin de leur cursus.

- Une profession qui se féminise et des mentalités qui évoluent

La profession se féminise de plus en plus : 36,6 % des médecins généralistes de la région sont des femmes, qui souhaitent généralement avoir des conditions de travail plus favorables (temps libre, congés maternité, exercice en groupe ou pluridisciplinaire, etc.).
Parallèlement, on assiste à un changement de mentalités de la part des jeunes médecins qui n'ont plus les mêmes souhaits que leurs aînés (souhait de nouvelles conditions d'exercice, installation plus tardive, etc.)

1.2. Les infirmiers libéraux

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants
France	73 510	118
Région	1 014	76
Ardennes	282	99
Aube	212	70
Marne	349	62
Haute Marne	171	92

Source : Statiss 2010 – données au 01.01.2009

La densité régionale en infirmiers libéraux est largement inférieure à la densité nationale. Les inégalités entre les départements sont importantes : la densité varie de 62 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants dans la Marne à 99 dans les Ardennes.

1.3. Les masseurs kinésithérapeutes libéraux

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants
France	52 804	85
Région	801	60
Ardennes	198	70
Aube	169	56
Marne	353	62
Haute Marne	81	43

Source : Statiss 2010 – données au 01.01.2009

C'est le département de la Haute-Marne qui présente la situation la plus défavorable en termes de densité de masseurs kinésithérapeutes. Tout comme les autres catégories de professionnels de santé, la région Champagne-Ardenne présente une sous-densité importante en masseurs kinésithérapeutes, comparativement à la France entière.

1.4. Les chirurgiens dentistes libéraux

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants
France	37 289	60
Région	672	50
Ardennes	125	44
Aube	145	48
Marne	324	57
Haute Marne	78	42

Source : Statiss 2010 – données au 01.01.2009

La densité régionale en chirurgiens dentistes est également inférieure à la densité nationale.

1.5. Les pharmaciens d'officine et les officines pharmaceutiques

Les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de 1er recours et participent à la coopération entre professionnels de santé. Ils peuvent notamment être désignés correspondants dans une équipe de soins, ou intervenir dans le cadre de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

	Nombre de pharmaciens d'officine	Nombre d'officines pharmaceutiques
France	29 847	22 694
Région	594	474
Ardennes	146	112
Aube	132	103
Marne	226	189
Haute Marne	90	70

Source : Statiss 2010 – données au 01.01.2009

2. Les centres de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires qui dispensent principalement des soins de 1er recours et assurent des activités sans hébergement. Ils mènent aussi des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, ainsi que des actions sociales.
Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou par des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif.
Les centres de santé peuvent être polyvalents ou mono disciplinaires et les professionnels qui y exercent sont salariés.

La Champagne Ardenne compte 27 centres de santé dont :

- 1 centre polyvalent
- 4 centres médicaux
- 11 centres infirmiers
- 11 centres dentaires

Ils se répartissent de la manière suivante entre les départements :

- 5 dans les Ardennes
- 6 dans l'Aube
- 13 dans la Marne
- 3 dans la Haute – Marne

Cf. ANNEXE 1 : Cartographie « *les effectifs des professionnels de santé des centres de santé de Champagne Ardenne* »

3. Les services de soins infirmiers à domicile

Les SSIAD sont des structures associatives ou publiques, dont le but est de prodiguer des soins infirmiers aux personnes âgées de plus de 60 ans et, depuis 2004, aux personnes handicapées.
Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés.

La Champagne Ardenne compte 41 SSIAD :

- 6 dans les Ardennes
- 8 dans l'Aube
- 15 dans la Marne
- 12 dans la Haute – Marne

Cf. Annexe 2 : Cartographie « *Les effectifs des professionnels de santé des SSIAD en Champagne Ardenne* »

4. Les réseaux de santé

Légalement, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que sur celui des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique ».
En 2011, neuf réseaux de santé bénéficient d'un financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS – à terme le Fonds d'Intervention Régional FIR) : 6 réseaux régionaux et 3 réseaux territoriaux.

4.1 Les réseaux de santé régionaux

Les réseaux régionaux n'assurent pas de prise en charge directe des patients. Ils ont pour mission :

- la coordination des professionnels libéraux, hospitaliers et des structures médico-sociales en apportant une aide méthodologique pour une meilleure organisation transversale entre la ville (domicile, structures médico-sociales, etc.) et l'hôpital.
- La mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité des pratiques : Elaboration et diffusion de référentiels de bonnes pratiques – Mise à disposition d'un système d'information, outil de partage de données, etc.
- L'information des professionnels et des patients et leurs proches sur l'organisation des soins, les actions de prévention, d'éducation thérapeutique.
- Pour certains, la mise en œuvre de recueil de données et l'évaluation des pratiques

Réseau(x) addictions, précarité, diabète

Issu de la fusion de deux réseaux de santé (ADDICA & CARéDIAB) qui s'est réalisée au cours de l'année 2008, ce réseau s'adresse à toute personne souffrant d'une conduite addictive et / ou en situation de précarité, ainsi qu'aux patients atteints de diabète de type 1 et 2.

Réseau de cancérologie - ONCOCHA

Le réseau Oncocha fonctionne depuis 2004 et a pour principal objectif de favoriser la coordination des acteurs en cancérologie. Il a également pour objet : la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie, la promotion d'outils de communication communs au sein de la région, l'information du public et des professionnels, l'aide à la formation continue, le recueil et l'analyse régionale des données relative à l'activité de soins ainsi qu'à l'évaluation des pratiques en cancérologie.

Réseau de soins palliatifs - RECAP

Depuis 2008, il a pour objet de faciliter l'accès aux soins palliatifs de toute personne dont l'état le nécessite et de garantir la qualité des soins palliatifs en Champagne Ardenne.
Il vise à développer et/ ou renforcer toutes les formes coordonnées de prise en charge des malades bénéficiant des soins palliatifs, qu'ils soient en établissement de santé, en EHPAD[2], à domicile, ou dans toute autre structure sanitaire ou médico-sociale.

Réseau périnatal de Champagne Ardenne

Le réseau existe depuis juillet 2006 et vise à offrir à la population, des soins obstétricaux et néonatals de qualité, selon une organisation coordonnée et graduée. Il vise également l'accompagnement médico-psycho-social des mères et des enfants par les compétences de tous les professionnels de la périnatalité.

Réseau LORSEP (groupe LORrain pour la prise en charge de la Sclérose En Plaques)

Ce réseau a pour finalité la prise en charge globale de patients atteints de sclérose en plaques. Il couvre la région Lorraine et le département de la Haute-Marne.

Réseau de personnes âgées régional REGECA

En fonctionnement depuis 2008, REGECA a vocation à développer la coordination et la qualité des soins apportés aux personnes âgées, et plus particulièrement les personnes âgées fragiles, à développer la compétence gériatrique des professionnels de santé et à intervenir en tant que support au développement des organisations locales.

4.2. Les réseaux de santé territoriaux

Les réseaux territoriaux ont pour objet d'organiser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, médico-sociale et sociale et notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils coordonnent la prise en charge adaptée aux besoins de la personne et participent à l'amélioration des pratiques par la formation sur leur territoire d'intervention.

[2] EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Réseau de personnes âgées Bourbonne-les-Bains GERONTIS

Ce réseau a pour objet de permettre le maintien à domicile, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, du plus grand nombre de personnes âgées dépendantes ou fragiles. Il couvre le secteur de Bourbonne-les-Bains et les cantons alentours (52).

Réseau GErontologie et Mémoire de l'Aube REGEMA

Il s'agit d'un réseau qui a pour objet de coordonner les intervenants autour de la personne âgée fragile afin d'optimiser son maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire, et le retour à domicile. REGEMA coordonne les activités des professionnels impliqués dans le repérage, le diagnostic, l'évaluation, le soin, le suivi et la prise en charge des personnes âgées.

Réseau de personnes âgées dans le département des Ardennes : ARDUIN'AGE

Le réseau a pour objectif principal d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans. Il a trois missions principales : coordonner les intervenants autour de la personne âgée fragile afin d'optimiser son maintien à domicile, faciliter l'accès à une structure de soins si ses besoins le nécessite, faciliter le retour à domicile.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

Parmi les 9 enjeux transversaux définis dans le Plan Stratégique Régionale de Santé (PSRS), 3 concernent le SROS ambulatoire. Ces 3 enjeux ainsi que les objectifs s'y rapportant sont repris ci-dessous.

1. Relever le défi de la démographie des professionnels de santé

L'enjeu principal en matière d'offre de santé pour la région Champagne-Ardenne est celui de la démographie des professionnels de santé. Les objectifs sont les suivants :

- Anticiper les évolutions de la démographie des professionnels de santé pour endiguer l'aggravation des déficits ;
- Renforcer l'attractivité des postes dans la région et dans certains territoires pour garder les jeunes professionnels de santé ;
- Garantir la Permanence Des Soins (PDS) en ambulatoire et en hospitalier sur l'ensemble du territoire ;
- Accompagner la création de maisons de santé pluridisciplinaires ;
- Travailler sur la délégation de compétences ;
- Développer la télémédecine.

2. Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé

- Améliorer l'accès aux soins et le « prendre soin » des personnes sur le plan géographique, économique et psychosocial.
- Offrir au patient un dispositif d'orientation dans son parcours de prise en charge.
- Communiquer auprès des professionnels sur les ressources disponibles en région en matière d'offre de soins, de structures et services médico-sociaux, d'aide aux aidants en les localisant géographiquement.

3. Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

- Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.
- Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social, pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins.
- Promouvoir le travail en réseau, notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés.
- Renforcer le dispositif de soins dans le parcours du patient en fonction de l'évolution de ses besoins et leurs spécificités.
- Faciliter la communication et le dialogue entre les professionnels de santé et les différentes institutions, notamment avec l'Assurance Maladie.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Cadrage général - Méthodologie

1.1. Le comité technique régional de 1er recours

Afin d'organiser la concertation autour du volet ambulatoire du SROS, un comité technique régional 1er recours (CTR) a été mis en place en mai 2010.

Composition : un panel représentatif des acteurs de l'offre de soins de 1er recours dans la région compose le CTR : professionnels de santé (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, pharmaciens) à travers les ordres et les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), faculté de médecine, réseaux de santé, association des internes, association des maires, assurance maladie, collectivités territoriales et associations de patients.

Les missions du CTR consistent à organiser la concertation autour du volet ambulatoire du SROS :

- Définir les critères de découpage de la région en territoires de premier recours.
- Identifier les zones prioritaires au sein des territoires de 1er recours.
- Réaliser le plan d'actions relatif au SROS – ambulatoire.

Proposition :

Afin de poursuivre les travaux et la concertation avec l'ensemble des acteurs, il est proposé d'inscrire le CTR 1er recours comme instance de pilotage et de mise en œuvre du SROS – ambulatoire.
Le CTR 1er recours pourra ensuite se décliner en différents groupes techniques, en fonction des besoins.

1.2. 1ère étape : définition des territoires de 1er recours – base du volet ambulatoire

L'article L 1434-16 du code la santé publique prévoit que « *l'Agence Régionale de Santé (ARS) définit les territoires de santé pertinents pour les actions de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* »

L'accès à ces soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades doivent être 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.

Ces territoires de 1er recours sont la base de l'élaboration du SROS dans sa partie ambulatoire.

En Champagne Ardenne, le découpage des territoires de 1er recours se base sur les Bassins d'Equipements et de Services Intermédiaires (BESI). Il s'agit d'un découpage actualisé du bassin de vie effectué par l'INSEE. Au regard des objectifs à atteindre, des critères simples et pertinents ont été étudiés pour baser le découpage sur les BESI et pour procéder à des regroupements : accessibilité géographique, offre de soins, besoins de santé, habitudes de vie.

En région Champagne Ardenne 31 territoires de premier recours ont été retenus

La méthodologie ayant conduit à déterminer les territoires de 1er recours est jointe en annexe 3 : Note « *Définition des territoires de premier recours en Champagne-Ardenne* ».

Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Les territoires de 1er recours en Champagne Ardenne



La répartition et la densité de professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens dentistes, pharmaciens, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes) par territoires de 1er recours est disponible en annexe :

- ANNEXE 4 : cartographie « Implantation et densité des médecins généralistes en Champagne Ardenne » ;
- ANNEXE 5 : cartographie « Implantation et densité des infirmiers en Champagne Ardenne» ;
- ANNEXE 6 : cartographie « Implantation et densité des masseurs kinésithérapeutes en Champagne Ardenne » ;
- ANNEXE 7 : cartographie « Implantation et densité des chirurgiens dentistes en Champagne Ardenne » ;
- ANNEXE 8 : cartographie « Effectif des pharmacies en Champagne Ardenne ».

1.3. 2ème étape : Identification de zones prioritaires au sein des territoires de premier recours

Les territoires de 1er recours ainsi définis sont la base de l'élaboration du volet ambulatoire du SROS, volet au sein duquel doivent être identifiées les zones dites « prioritaires » où l'offre doit être consolidée afin d'améliorer l'accès aux soins.
Ces zones prioritaires, déterminées selon les dispositions prévues par un arrêté des Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé, centres de santé.
Elles bénéficieront d'aides spécifiques encadrées par les textes règlementaires et se substituent au zonage défini en 2005 par la Mission Régionale de Santé.

Ces zones prioritaires font l'objet d'un plan d'actions qui a pour finalité de définir, à terme, des organisations cibles permettant :

- de structurer l'offre de soins de premier recours ;
- d'améliorer l'accès aux soins ;
- de maintenir les professionnels de santé qui y exercent ;
- d'attirer de nouveaux professionnels de santé

Pour que le volet ambulatoire du SROS soit opérationnel, les priorités d'actions doivent être resserrées et limitées sur quelques projets structurants.

Pour déterminer et prioriser les zones les plus sensibles en Champagne Ardenne les principes nationaux suivants ont été respectés :

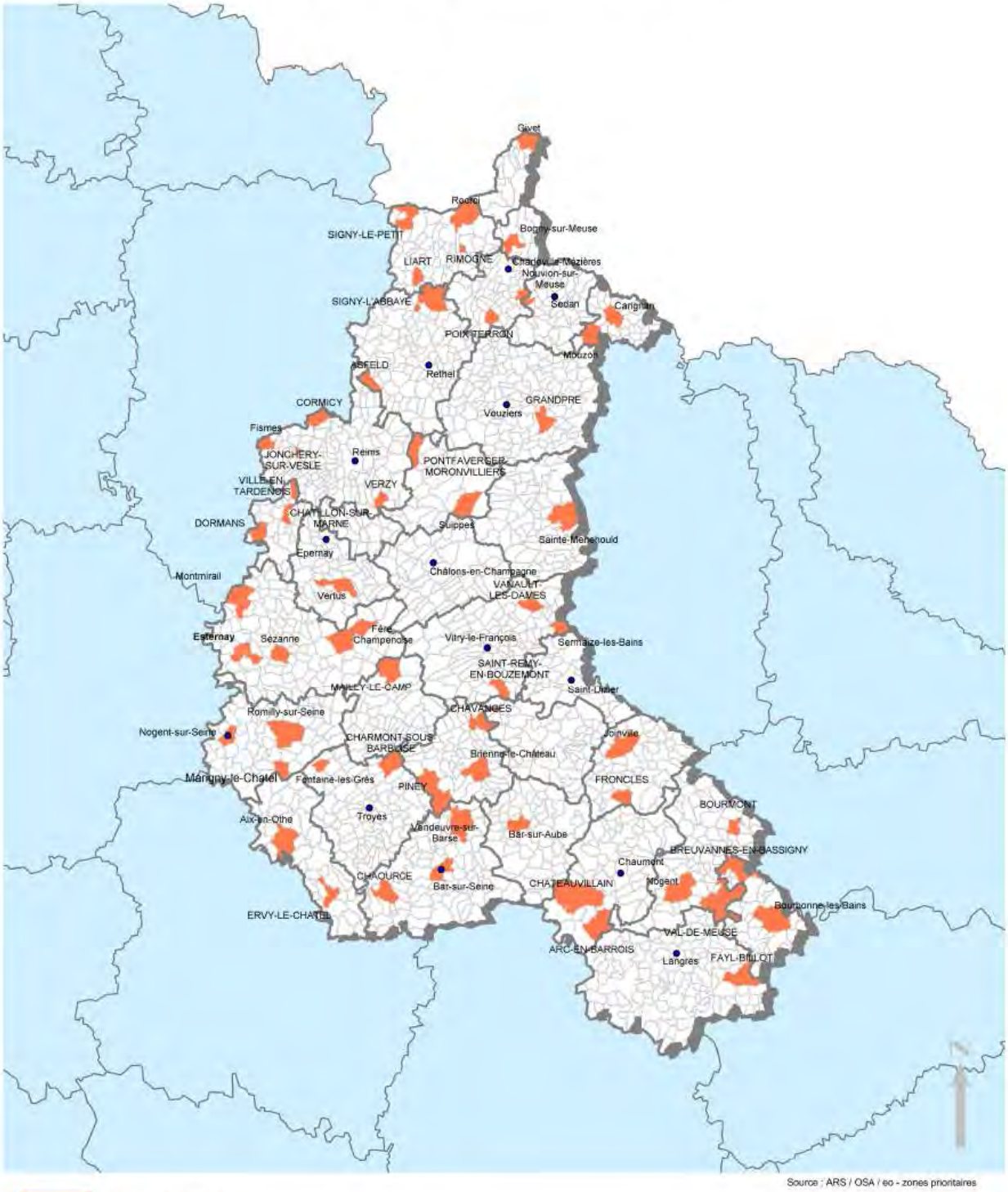
- la part de la population vivant dans les zones prioritaires ne peut excéder 10,6% de la population soit 141 501 habitants.
- le périmètre géographique retenu doit tenir compte d'un découpage reconnu par l'INSEE.

En région Champagne Ardenne 56 zones prioritaires ont été retenues

La méthodologie ayant conduit à délimiter les territoires prioritaires est présentée en annexe 9 **«** Note sur la méthodologie de ciblage des zones prioritaires »

Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Ciblage des zones prioritaires



Source : ARS / OSA / eo - zones prioritaires

Zones prioritaires

Contour des territoires de 1er recours

Préfectures / sous-préfectures

2. Objectifs généraux, objectifs spécifiques et opérationnels

2.1. Objectif général : Favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région.

1. Les leviers nationaux

Objectifs spécifiques

1.1 Attirer, fidéliser les médecins généralistes dans les zones prioritaires.
1.2 Attirer, fidéliser les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes dans les zones sous denses.

Objectifs opérationnels :

1.1.1 / 1.2.1 Promouvoir, informer et mettre en place les mesures incitatives à l'installation prévues dans le cadre de dispositifs nationaux

- ✓ **Le contrat d'engagement de service public**

Ce dispositif a été instauré par l'article 46 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « *Loi HPST* »

Bénéficiaires : étudiants admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement.

Mesures financières :
Allocation mensuelle de 1 200€ bruts et imposables jusqu'à la fin de leurs études.

Condition principale :
S'engager à exercer, à compter de la fin de leur formation, dans une des zones prioritaires définies dans le volet ambulatoire du SROS. La durée de leur engagement est égale à celle correspondant au versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans.

- ✓ **Les dispositifs issus de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins et l'Assurance Maladie (journal officiel du 22 septembre 2011)**

  - **L'option démographie**

Bénéficiaires : médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins ou un groupe pluridisciplinaire ou pôle de santé (définition au sens de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 sus mentionnée) dans une zone prioritaire (ou à proximité immédiate).

Mesures financières :

- Aide à l'investissement pendant trois ans :
  - 5 000 euros par an pour les médecins exerçant en groupe.
  - 2 500 euros par an pour les médecins membres d'un pôle de santé.

- Aide à l'activité :
  - 10% de l'activité (consultations et visites) pour les médecins exerçant en groupe avec plafond de 20 000 euros par an.
  - 5% de l'activité pour les médecins exerçant en pôle de santé avec un plafond de 5 000 euros par an.

Conditions :

– Justifier 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.

- Ne pas cesser son activité et ne pas changer son lieu d'activité pendant une durée de 3 ans.
- Faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe pour répondre aux besoins de ses patients.
- Permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.
- Participer à la PDS dans le cadre de l'organisation régionale.

- **L'option santé solidarité territoriale**

Bénéficiaires : médecins libéraux conventionnés n'exerçant pas dans une zone prioritaire.

Mesures financières :

- Rémunération complémentaire correspondant à 10% de l'activité réalisée dans la zone prioritaire dans la limite de 20 000 euros. (Consultations et visites)
- Prise en charge des frais de déplacements.

Condition principale :
S'engager à exercer au minimum 28 jours par an pendant trois ans dans une zone prioritaire.

✓ **Exonération de l'impôt sur le revenu au titre de la PDS**

Bénéficiaires : médecins généralistes ou leurs remplaçants installés dans une zone prioritaire.
Mesure financière : exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an.

✓ **Les dispositifs issus de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie (Avenant n°3 – Journal officiel n°0274 du 26 novembre 2011)**

- **Le contrat incitatif infirmier**

Bénéficiaires : infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone très sous dotées telle que définie en annexe 10 et en application de l'article L 1434-7 du code de la santé publique.

Mesures financières :

- Participation à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel à hauteur de 3 000 euros par an pendant 3 ans
- Participation de l'Assurance Maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales.

Conditions principales et engagement de l'infirmier libéral

- Etre installé soit :
  - en groupe avec au moins un autre infirmier, lié par un contrat (collaboration libérale, SCP, SEL, etc.)
  - en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA) sous réserve d'être dans les mêmes locaux
  - seul mais ayant recours à un infirmier remplaçant

- Suivre les patients atteints de pathologies chroniques (notamment remplissage du carnet de suivi du patient diabétique)
- Réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- Utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80% de son activité ;
- Réaliser deux tiers de l'activité auprès des patients résidants la zone « très sous-dotée »

La mise en œuvre de ces nouvelles mesures démographiques est liée à la publication d'un nouveau zonage qui entrera en vigueur le 26 mai 2012 (délai fixé dans le cadre de la convention nationale infirmiers)
Dans l'attente, le zonage infirmiers arrêté en 2008 reste en vigueur jusqu'au 25 mai 2012.

- ✓ **Les dispositifs issus de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie**

Un avenant à la convention nationale est en cours de signature, celui-ci prévoit notamment des mesures de régulation démographique.

- ✓ **Les dispositifs nationaux relatifs aux chirurgiens dentistes**

Des négociations vont débuter prochainement entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens dentistes.

2. Les leviers dédiés au regroupement et à la coordination des acteurs de santé

Objectif spécifique

2.1 Elaborer un projet local de santé

Objectifs opérationnels

2.1.1 Susciter la mise en place de comités territoriaux dans les territoires de 1er recours
2.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et des dynamiques existantes sur les territoires de 1er recours
2.1.3 Définir une stratégie d'organisation ou de réorganisation de l'offre de soins, de la prévention et du secteur médico-social

Afin de tenir compte des réalités du terrain, l'identification des zones prioritaires est assez large. Ceci permettra, selon le contexte local, d'adopter une démarche anticipatrice ou d'accompagner une dynamique d'ores et déjà engagée par les différents acteurs de terrain.

L'ARS suscitera progressivement la mise en place, au sein de chaque territoire de 1er recours, d'un comité territorial regroupant les professionnels de santé, les élus, l'Assurance Maladie, les associations de patients, les établissements de santé et médico-sociaux.

Une première analyse est menée sur les dynamiques, les projets et les organisations professionnelles existants afin d'établir un diagnostic local partagé. Celui-ci permettra de définir un projet local de santé afin de garantir une prise en charge globale des patients grâce à une coordination des acteurs de la prévention, des soins et du secteur médico-social.

Dans le cadre de ce projet local, la nécessité de mettre en place une structure d'exercice regroupé, un pôle de santé ou une meilleure coordination des professionnels de santé peut émerger.
En effet, les jeunes générations ont de nouvelles aspirations : elles ne souhaitent plus exercer de façon isolée et cloisonnée. Désormais, les professionnels de santé s'orientent davantage vers des modalités d'exercice coordonné et pluri professionnelles.

A cette occasion, pourra également être défini le rôle des professionnels de santé de 1er recours dans les actions de prévention et d'éducation thérapeutique en proximité.

Cf. Schéma Régional de Prévention (SRP), volet Prévention et Promotion de la Sante (PPS)

Chapitre 4 : axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Objectifs opérationnel 3.1 Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

Chapitre 5 : axe 4 : *la prévention au bénéficie des patients de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique du patient*

Objectifs opérationnel 4.2 *Accompagner le développement de l'offre vers l'ambulatoire en veillant à améliorer la couverture des services*

Objectif spécifique

2.2 Promouvoir les modes d'exercice regroupé, coordonné et les nouveaux modes de rémunération.

Objectifs opérationnels

2.2.1 Accompagner les structures d'exercice coordonné et notamment des maisons pluridisciplinaires

Les maisons de santé pluridisciplinaires représentent une forme d'exercice rénovée, qui favorise la coopération et la coordination autour des professionnels de santé dans le cadre d'un projet de santé commun.
La loi définit la maison de santé comme « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens* ».
« *Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours*[3] *et, le cas échéant, de second recours*[4] *et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* ».L'unicité du lieu géographique n'est pas requise.

- ✓ Accompagnement financier

Objet :

- poursuivre le développement du programme national visant à financer les maisons de santé pluridisciplinaires pour la période 2010 – 2013.
- Assurer la continuité du dispositif et des financements au-delà de 2013 et du plan national

Elargir le dispositif aux projets implantés dans les quartiers sensibles de la politique de la ville

Mise en œuvre du dispositif : un comité de sélection régional installé en décembre 2010 qui a vocation à sélectionner les projets qui bénéficieront d'un financement.

Bénéficiaires : promoteurs de maisons de santé pluridisciplinaires implantés dans l'une des zones prioritaires ou dans une zone urbaine sensible des quartiers politique de la ville.
A titre dérogatoire et de manière exceptionnelle, des projets de MSP situés en dehors des zones éligibles fondées sur une dynamique sérieuse de projets, pourront bénéficier de l'ensemble des aides.

Cadrage financier :

- FIQCS (et à terme le FIR) pour les études préalables, l'ingénierie et le fonctionnement, dans la limite de 50 000 euros par projet.
- Pour les territoires ruraux : Dotation d'Equipement des Territoires Ruraux (DETR), Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire, fonds européens : de 25% à 35% du coût total du projet immobilier.

Condition principale : conformité au cahier des charges national pour les maisons de santé pluridisciplinaires. (Il sera tenu compte de la nécessité de favoriser l'accès au secteur 1 notamment au

[3] Article L. 1411-11
[4] Article L. 1411-12

travers de l'accompagnement aux MSP et dans les CPOM des établissements et de la pratique ou non de dépassements d'honoraires)

- ✓ **Accompagnement méthodologique = mise en place d'une cellule d'appui « territoire et santé »** [5]

La mise en place d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire prend plusieurs années et les démarches sont parfois difficiles. Il est nécessaire de faciliter l'émergence de projets, d'aider au montage des dossiers et de centraliser toutes les informations utiles.

La mission de la cellule d'appui consistera à

- Apporter une aide au diagnostic initial et aux études de faisabilité ;
- Apporter des conseils juridiques, comptables et architecturaux ;
- Identifier et étudier les différentes sources de financements ;
- Apporter une aide à l'élaboration du projet de santé ;
- Informer sur les outils et les aides ;
- etc.

Bénéficiaires : promoteurs de maisons de santé pluridisciplinaires implantés, en particulier, dans l'une des zones prioritaires ou dans une zone urbaine sensible des quartiers politique de la ville.
A titre dérogatoire et de manière exceptionnelle, des projets de MSP situés en dehors des zones éligibles fondées sur une dynamique sérieuse de projets, pourront bénéficier de l'ensemble des aides.

Composition / partenaires :
Cette cellule pourrait être composée d'un socle restreint :
- ARS / représentants des professionnels de santé (URPS - Ordres) / le conseil régional /la préfecture / autres collectivités territoriales / Assurance Maladie.

D'autres partenaires pourraient être sollicités de façon ponctuelle : les facultés et instituts de formation, cabinets conseils si nécessaire sur des aspects spécifiques (juridiques, comptable, etc.), etc.

Pour l'élaboration du projet de santé, un appui spécifique peut être apporté à l'écriture du volet prévention, comprenant notamment la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, prévention sélection, éducation thérapeutique du patient.

Cf. SRP Volet PPS

Chapitre 2 : axe 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.2. : *Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »*

Objectifs opérationnels

2.2.2 Favoriser la création d'une fédération régionale des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

Cette action consiste à apporter un appui à la création d'une fédération régionale ayant pour missions d' :
- Accompagner les porteurs de projets.
- Etre un lieu d'échange entre les structures.

[5] Propositions émanant de l'organisation mise en œuvre en région Franche Comté – et des conclusions du rapport interministériel Juilhard « bilan des maisons et des pôles de santé »

Objectifs opérationnels

2.2.3 Expérimenter les nouveaux modes de rémunération au sein des maisons et pôles de santé

Cette action vise à :

- Adapter les modes de rémunération aux nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux.
- Valoriser par une rémunération plus adaptée certaines missions (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique, coordination).

Des expérimentations ont été mises en place en France dès 2010, elles sont étendues jusqu'à fin 2013. La région Champagne-Ardenne proposera, si possible, de mettre en place une ou plusieurs expérimentations.

Bénéficiaires et condition principale : être une structure pluri-professionnelle ambulatoire offrant des soins de premier recours et ayant un projet de santé.

3. Les leviers régionaux

Objectifs spécifiques

3.1 Proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé et favoriser leur mise en relation

Objectifs opérationnels

3.1.1 Poursuivre le déploiement de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)

La Loi HPST porte création d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.
Les professionnels de santé en exercice et en formation ont exprimé leur méconnaissance des conditions d'exercice en libéral, des aides à l'installation et leur difficulté à identifier les bons interlocuteurs parmi l'offre de services actuelle.
A ce titre, une Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), s'appuyant sur un site internet, est mise en place : www.champagne-ardenne.paps.sante.fr.

Objet : outil de facilitation et de mise en réseau pour rendre l'offre actuelle mise à disposition des professionnels plus cohérente, compréhensible et accessible.
La PAPS permet de mieux orienter les professionnels de santé parmi les informations et services proposés et de les accompagner dans les moments clés de leurs carrières :

- les renseigner sur la formation initiale ;
- les aider dans le choix du mode d'exercice ;
- les accompagner dans les projets d'exercice regroupé ;
- les suivre dans leurs projets et leur développement.

Bénéficiaires : l'ensemble des professionnels de santé de Champagne-Ardenne.

Mise en œuvre:

Le CTR 1er recours est l'instance de pilotage de la PAPS chargée de :

- Décider des orientations stratégiques ;
- Partager l'état d'avancement ;
- Définir les différentes étapes.

Un groupe technique composé de l'ensemble des acteurs se réunit afin de :

- Proposer le plan de déploiement ;
- Proposer le plan de communication associé ;

- Alimenter et valider le contenu du site.

3.1.2 Réaliser des journées thématiques/forums d'information

A titre d'exemple, l'URPS Médecins organise chaque année une journée, destinée aux étudiants en médecine et aux médecins remplaçants, et consacrée à l'installation en milieu libéral.

Des évènements thématiques, territorialisés permettront de faciliter les échanges entre les étudiants et les professionnels installés, ainsi qu'entre professionnels de santé.

4. Les transports en secteur ambulatoire et en établissements de santé

Objectif spécifique

4.1 Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports du patient vers l'acteur de soins.

Objectifs opérationnels :

4.1.1 Mettre en place un groupe de travail spécifique
4.1.2 Réorganiser l'offre de transports sanitaires
4.1.3 Favoriser le développement de la télémédecine

Afin d'engager les travaux sur l'accessibilité aux soins notamment en matière de transports, l'ARS mettra en place un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs impliqués : professionnels de santé, Assurance Maladie, collectivités territoriales, établissements de santé et le cas échéant les transporteurs sanitaires.

 Cf Programme régional de développement de la télémédecine (p.16-17)

Chapitre 4 : Priorité de déploiement de la télémédecine en Champagne Ardenne

4.4 **Axes prioritaires de développement de la télémédecine**

4.4.2 Axe 2 : *Maillage territorial pour le premier recours*

Objectifs : Organiser un maillage territorial de points d'accueil de télémédecine afin d'améliorer l'accès aux soins de premier recours à proximité des lieux de vie dans tout le territoire, d'éviter les déplacements inutiles de patients et d'optimiser les transports sanitaires. Ce maillage doit à terme pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs de proximité.

Le point commun entre ces lieux est leur isolement, géographique ou organisationnel, vis-à-vis des structures de prise en charge sanitaire et de la médecine générale et/ou de spécialité. Les besoins en matière de télémédecine sont de ce fait relativement communs, et peuvent se traduire par la mise à disposition de points d'accès de téléconsultation ou de télé-expertise sur certaines spécialités médicales, parmi lesquelles la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie, la prise en charge du diabète et de ses complications.

Les premières actions consistent à tester une solution, reproductible, d'organisation de la télémédecine au sein de quelques structures de proximité existantes, à base de téléconsultation ou de télé-expertise en point à point avec des spécialistes libéraux ou hospitaliers

2.2. Objectif général : Favoriser l'installation des futurs professionnels de santé en Champagne Ardenne

Objectif spécifique

1. Sensibiliser, informer les futurs professionnels de santé lors de leur formation initiale.

Objectifs opérationnels

1.1 Poursuivre et développer les partenariats avec les facultés, les instituts de formation, les représentants des étudiants
1.2 Favoriser la réalisation de stages en milieu ambulatoire dans l'ensemble de la région, permettant également la découverte du secteur médico-social
1.3 Promouvoir la médecine générale auprès des étudiants de médecine
1.4 Informer sur les projets de structures d'exercice regroupé et sur les dispositifs d'aides à l'installation

Le partenariat doit être renforcé avec la faculté de médecine, les instituts de formation infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, la faculté d'odontologie, la faculté de pharmacie ainsi que les représentants des étudiants. Il permettra ainsi de recenser leurs besoins, leurs attentes, les freins à l'installation, de communiquer auprès des étudiants sur les projets en cours, les dispositifs d'aide à l'installation notamment et de favoriser les stages en ambulatoire sur des sites ayant un projet de structure d'exercice regroupé.

Ces travaux seront, dès à présent, entrepris en région Champagne Ardenne et seront, à terme, réalisés en inter-région.

- ✓ **Incitations à la réalisation de stages en ambulatoire**

Un dispositif spécifique est prévu à la faculté de médecine de l'Université de Reims Champagne-Ardenne pour inciter les jeunes internes à réaliser des stages chez le praticien en milieu ambulatoire. Ce dispositif consiste à :

- faciliter l'accès aux stages chez le praticien : des terrains de stage proposés aux choix, tous les semestres, avec la possibilité pour chacun d'être logé pour les stages les plus éloignés.
- proposer une diversité de terrains de stage : répartition harmonieuse sur le territoire de la région Champagne-Ardenne.
- Proposer un stage riche et varié : à chaque terrain de stage est associé un groupe de praticiens (chacun d'entre eux pouvant recevoir l'interne) avec des spécificités diverses (pédiatrie, médecine du sport, suivi gynécologique, médecin pompier, etc.), permettant également la découverte du secteur médico-social.

Il serait souhaitable de prévoir des incitations spécifiques pour les étudiants externes en second cycle lors de la réalisation du stage chez le praticien.

- ✓ **Diffusion annuelle d'un livret dédié à l'exercice de la médecine générale**

Objet : promouvoir la médecine générale et répondre aux idées reçues sur l'activité de médecin généraliste.

Bénéficiaires : étudiants de médecine de second cycle.

2.3. Objectif général : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

1. Les dispositifs liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Objectifs spécifiques

1.1 Favoriser le développement d'échanges entre les professionnels de santé, rompre l'isolement et dynamiser les parcours professionnels

Objectifs opérationnels

1.1.1 Favoriser la délégation de tâches en développant les protocoles de coopération

Le dispositif de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient.
L'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé. Ils doivent intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience et disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole.
Les protocoles doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés.

1.1.2 Apporter un appui à la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC)

Objet : l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

2. Les réseaux de santé

Objectif spécifique

2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs

Objectifs opérationnels

2.1.1 ***Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec les objectifs du projet régional de santé***
2.1.2 Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région
2.1.3 Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé (tel que le Dosser Médical Personnel et l'outil ORNICARE)

Le réseau addictions, précarité, diabète est conforté sur son volet « addictions » et ses missions devront se conformer aux orientations du volet addictologie du SROMS

Cf Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale Volet Addictologie

Chapitre 5 : Objectifs opérationnels et plans d'actions

Objectif opérationnel 3 - Mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient.

1.Placer le réseau Addica au centre du dispositif d'animation et d'articulation des acteurs : favoriser la culture du travail en réseau (en lien avec le SROS ambulatoire)

Le réseau Addica doit renforcer ses actions de coordination sur l'ensemble du territoire champardennais. Il doit également toucher l'ensemble des professionnels de 1ère ligne non spécialisés (médecins généralistes, médecins du travail, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes, dentistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, …).

Addica doit promouvoir le RPIB (Repérage Précoce et de l'Intervention Brève) au plus grand nombre de professionnels de 1ère ligne non spécialisés et les informer sur les prises en charge possibles.

Le maillage territorial des interventions d'Addica doit être suffisant pour proposer à l'ensemble des professionnels de 1ère ligne des actions de coordination.

Par ailleurs, Addica doit promouvoir l'utilisation de l'outil Ornicare, espace collaboratif qui permet :

a.de garantir le meilleur parcours de soins,
b.d'aider la concertation et la prise de décision,
c.de rendre le patient acteur de sa santé (Ornicare permet aux usagers d'accéder à leurs dossiers).

Cet outil est né de la volonté en Champagne-Ardenne de mettre à la disposition des professionnels de santé un seul et unique espace de coordination pour simplifier les transmissions d'informations et éviter d'en perdre. La promotion de cette plateforme d'échanges doit permettre une meilleure communication entre tous les professionnels de santé prenant en charge des patients confrontés à des difficultés liées aux addictions.

Le réseau régional de cancérologie est conforté et ses missions devront se conformer aux orientations du SROS

Cf. SROS Hospitalier – Cancérologie

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1.11 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale Améliorer la qualité et la sécurité des soins

1.11.2 Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : ONCOCHA

Tous les professionnels traitant des patients atteints de cancer doivent adhérer au réseau régional de cancérologie.
Les objectifs du réseau régional de cancérologie doivent se conformer aux objectifs du SROS, notamment en mettant l'accent sur la démarche qualité et l'évaluation des pratiques (fonctionnement des 3C, élaboration d'un PPS type, diffusion des référentiels, notamment sur les soins de support, déploiement du DCC…).
Les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC.
Le RRC participe à l'organisation du niveau de recours et d'expertise et doit également rendre lisible aux patients l'accès aux soins de recours (élaboration d'un annuaire).

Le réseau périnatal est conforté et ses missions devront se conformer aux orientations du schéma régional d'organisation des soins.

Cf. SROS Hospitalier – Périnatalité

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions
B. Le plan d'action en périnatalité

1. Réaffirmer le rôle du réseau périnatal régional

Les missions du réseau telles qu'établies par le SROS 2006-2011 sont réaffirmées :

- orientation des femmes enceintes vers une maternité disposant de l'environnement médical, obstétrical et pédiatrique adéquat pour leur prise en charge et celle de leur nouveau-né en fonction du risque encouru ;
- cadre d'organisation des dépistages néonataux ;
- organisation de la prise en charge primaire des femmes et de leur retour à domicile, en lien avec les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et les structures à caractère social et médico-social ;
- diffusion de référentiels par un système d'information adapté ;
- organisation du rassemblement et de la circulation entre les professionnels de santé de l'information médicale nécessaire à la prise en charge tout au long de la grossesse et après la naissance ;
- traitement d'indicateurs, analyse des données de prise en charge périnatale.

Ces missions trouvent de nouveaux prolongements dans le présent schéma (cf. infra). Le réseau périnatal de Champagne-Ardenne devra donc être conforté.
L'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des femmes enceintes puis des nouveau-nés et enfants vulnérables ont vocation à adhérer au réseau. C'est le cas, notamment, des maisons de santé pluridisciplinaires.

Les réseaux de personnes âgées REGECA, GERONTIS, REGEMA, ARDUIN'AGE sont confortés et leurs missions devront se conformer aux orientations du schéma régional d'organisation des soins et du schéma régional d'organisation médico-sociale.

Cf SROS Hospitalier- Gériatrie

Chapitre 5 : objectifs opérationnels et plan d'actions

A. Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

Plan d'action

Renforcer le lien entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées, et des structures : Renforcer le rôle de réseaux en particulier de REGECA en termes d'appui auprès des USLD, dans le cadre de la prévention des escarres par exemple.

Le réseau de soins palliatifs RECAP est conforté et ses missions devront se conformer aux orientations du SROS

Cf. SROS Hospitalier – Thématique Soins Palliatifs

Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plan d'actions liés aux orientations nationales et régionales

1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé

1.1 Évaluer le fonctionnement du réseau RéCAP

1.2 Elaborer un "projet réseau" pour renforcer la coordination de la pratique et de l'organisation des soins palliatifs au sein des établissements de santé

- Participer au suivi régional de la déclinaison du plan national soins palliatifs en lien avec la tutelle. La mission du réseau RéCAP serait, entre autres, de lancer, d'animer et de coordonner des groupes de travail identifiés concernant des actions retenues pour leur priorité.

1.4 Développer une réflexion sur les modalités et les logiques de coordination territoriale de proximité

- Développer une politique de coordination et d'appui par territoire de proximité en tenant compte de la dynamique des réseaux de santé, en référence aux perspectives qui se dégagent sur le plan national. Cette coordination couvrira un champ plus large que les soins palliatifs (maladies chroniques, perte d'autonomie, soins de support).

- Mettre en œuvre une dynamique de coordination pluri-thématique territoriale de proximité qui sera facilitée en l'absence de réseaux thématiques de proximité en Champagne-Ardenne.

- Mener une réflexion transversale au sein des réseaux existants (RéCAP / Périnatal – pédiatrie / Oncocha / RégéCA) avec l'appui du RéCAP, et en créant des passerelles afin de disposer d'un maillage efficient sur l'ensemble des territoires de santé.

2. **Renforcer l'offre de soins palliatifs en évaluant les pratiques et les structures de références**

2.4 Engager une démarche auprès des populations fragiles (population carcérale, santé mentale ou pathologies apparentées) coordonnée par le RéCAP qui a déjà entamé une réflexion en ce sens (population carcérale, réflexion soins palliatifs en milieu psychiatrique menée en région y compris dans les MAS)

2.1.4 Développer ou renforcer les actions de prévention au sein des réseaux

Objet : appui à l'écriture du volet prévention des réseaux de santé, comprenant notamment la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, prévention sélection, éducation thérapeutique du patient.

Cf.SRP– Volet Prévention et Promotion de la Santé (PPS)

Chapitre 2 : axe 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.2. : *Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »*

Chapitre 5 : Version synthétique du plan d'actions / Indicateurs de suivi et d'évaluation

Objectifs spécifiques	objectifs opérationnels	indicateurs
I/ 1.1 Attirer, fidéliser les médecins généralistes dans les zones prioritaires	1.1.1 Promouvoir, informer et mettre en place les mesures incitatives à l'installation prévues dans le cadre de dispositifs nationaux	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
		Nombre de médecins généralistes installés en zone prioritaire
		Evolution du nombre de médecins généralistes installés en zone prioritaire par rapport à l'année N-1
		Nombre de départs des médecins généralistes en zone prioritaire
		Nombre d'installations de médecins généralistes en zone prioritaire
		Nombre de contrats d'engagements de service public conclus par rapport au nombre de CESP proposés en région
		Nombre de médecins généralistes adhérents à l'option conventionnelle "démographie"
		Nombre de médecine généralistes adhérents à l'option "santé solidarité territoriale"
		Montant financier consacré aux aides conventionnelles par an
1.2 Attirer, fidéliser les infirmiers libéraux , les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes dans les zones sous denses	1.2.1 Promouvoir, informer et mettre en place les mesures incitatives à l'installation prévues dans le cadre de dispositifs nationaux	Nombre d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes installés en zone sous dense
		Evolution du nombre d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes installés en zone sous dense par rapport à l'année N-1
		Nombre de départs d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes en zone sous dense
		Nombre d'installations d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes en zone sous dense
		Nombre d'infirmiers adhérents au contrat santé solidarité
		Nombre de masseurs kinésithérapeutes adhérents à l'option conventionelle
		Montant financier consacré aux aides conventionnelles par an

2.1 Elaborer un projet local de santé	2.1.1 Susciter la mise en place de comités territoriaux dans les territoires de 1er recours	Nombre de comités territoriaux mis en place par rapport au nombre de comités prévus
	2.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et des dynamiques existantes sur les territoires de 1er recours	
	2.1.3 Définir une stratégie d'organisation ou de réorganisation de l'offre de soins, de la prévention et du secteur médico-social	
2.2 Promouvoir les modes d'exercice regroupé, coordonné et les nouveaux modes de rémunération	2.2.1 Accompagner les structures d'exercice coordonné et notamment les maisons de santé pluridisciplinaires (implantées en zones prioritaires et zones urbaines sensibles)	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants
		Nombre de projets réalisés par rapport au nombre de prévu
	2.2.2 Favoriser la création d'une fédération régionale des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires	Mise en place d'une fédération régionale (oui/non)
	2.2.3 Expérimenter les nouveaux modes de rémunération au sein des maisons et pôles de santé * (sous réserve de la possibilité de mener une expérimentation)	Mise en place d'une expérimentation de nouveaux modes de rémunération au sein d'un site (Oui/non) (sous réserve de la possibilité de mener une expérimentation)
3.1 Proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé et les mettre en relation	3.1.1 Poursuivre le déploiement de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)	Statistiques de fréquentation du site Internet PAPS
		Analyse des réponses au questionnaire d'évaluation mis en ligne
	3.1.2 Réaliser des journées thématiques / forums d'information	Nombre des évènements organisés par an

4.1 Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports du patient vers l'acteur de soins	4.1.1 Mettre en place un groupe de travail spécifique	Modification des cahiers des charges départementaux d'organisation des gardes ambulancières (oui/non)
	4.1.2 Réorganiser l'offre de transports sanitaires	Nombre de réunions du groupe technique
II/ 1. Sensibiliser, informer les futurs professionnels de santé lors de leur formation initiale	1.1 Poursuivre et développer les partenariats avec les facultés, les instituts de formation, les représentants des étudiants	Partenariats mis en œuvre (Oui / non)
	1.2 Favoriser la réalisation de stages en milieu ambulatoire	A définir pour les autres professions hors médecins généralistes
	1.3 Promouvoir la médecine générale auprès des étudiants de médecine	Nombre de stagiaires (médecine générale) accueillis en ambulatoire
		Proportion de stages réalisés hors de Reims
	1.4 Informer sur les projets de structures d'exercice regroupé et sur les dispositifs d'aides à l'installation	Nombre de réunions d'information organisées
III/ 1.1 Favoriser le développement d'échanges entre les professionnels de santé, rompre l'isolement et dynamiser les parcours professionnels	1.1.1 Favoriser la délégation de tâches en développement les protocoles de coopération	Nombre de protocoles de coopération crées / utilisés en région
	1.1.2 Apporter un appui à la mise en œuvre du développement professionnel continu	
2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs	2.1.1 Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec avec les objectifs du projet régional de santé	Nombre de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus
	2.1.2 Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région	Production d'un plan de mutualisation annuel par les réseaux (Oui / non)
	2.1.3 Développer ou renforcer les actions de prévention au sein des réseaux	Nombre de projets élaborés par les réseaux de santé sur l'axe prévention
	2. 1. 4 Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé (tel que le DMP et ORNICARE)	Nombre d'utilisateurs et de DMP crées
		Nombre d'utilisateurs et de dossiers ORNICARE crées

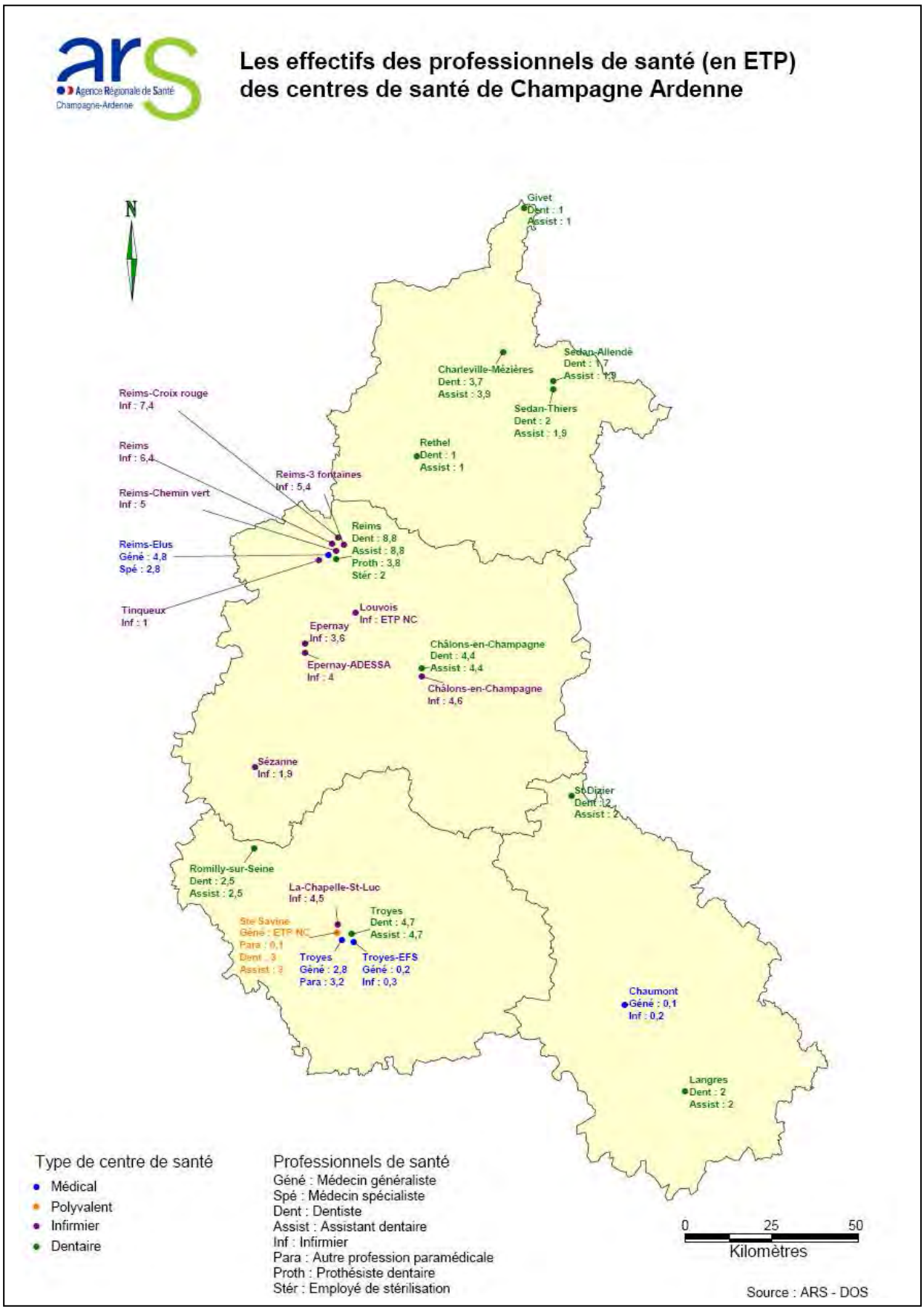
Chapitre 6 : listes des annexes

Annexe 1 : cartographie « les effectifs des professionnels de santé des centres de santé en Champagne Ardenne »
Annexe 2 : cartographie « les effectifs des professionnels de santé des SSIAD en Champagne Ardenne »
Annexe 3 : Définition des territoires de 1er recours en Champagne Ardenne
Annexe 4 : cartographie « implantation et densité des médecins généralistes »
Annexe 5 : cartographie « implantation et densité des infirmiers »
Annexe 6 : cartographie « implantation et densité des masseurs kinésithérapeutes »
Annexe 7 : cartographie « implantation et densité des chirurgiens dentistes »
Annexe 8 : cartographie « effectifs des pharmacies d'officine »
Annexe 9 : Note sur la méthodologie de ciblage des zones prioritaires

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

ANNEXES DU VOLET AMBULATOIRE

Annexe 1


Les effectifs des professionnels de santé (en ETP)
des centres de santé de Champagne Ardenne
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne
N
Givet
Dent : 1
Assist : 1
Charleville-Mézières
Dent : 3,7
Assist : 3,9
Sedan-Allende
Dent : 1,7
Assist : 1,9
Sedan-Thiers
Dent : 2
Assist : 1,9
Rethel
Dent : 1
Assist : 1
Reims-Croix rouge
Inf : 7,4
Reims
Inf : 6,4
Reims-Chemin vert
Inf : 5
Reims-3 fontaines
Inf : 5,4
Reims-Elus
Géné : 4,8
Spé : 2,8
Reims
Dent : 8,8
Assist : 8,8
Proth : 3,8
Stér : 2
Tinqueux
Inf : 1
Louvois
Inf : ETP NC
Epernay
Inf : 3,6
Epernay-ADESSA
Inf : 4
Châlons-en-Champagne
Dent : 4,4
Assist : 4,4
Châlons-en-Champagne
Inf : 4,6
Sézanne
Inf : 1,9
St-Dizier
Dent : 2
Assist : 2
Romilly-sur-Seine
Dent : 2,5
Assist : 2,5
La-Chapelle-St-Luc
Inf : 4,5
Troyes
Dent : 4,7
Assist : 4,7
Ste Savine
Géné : ETP NC
Para : 0,1
Dent : 3
Assist : 3
Troyes
Géné : 2,8
Para : 3,2
Troyes-EFS
Géné : 0,2
Inf : 0,3
Chaumont
Géné : 0,1
Inf : 0,2
Langres
Dent : 2
Assist : 2
Type de centre de santé
Médical
Polyvalent
Infirmier
Dentaire
Professionnels de santé
Géné : Médecin généraliste
Spé : Médecin spécialiste
Dent : Dentiste
Assist : Assistant dentaire
Inf : Infirmier
Para : Autre profession paramédicale
Proth : Prothésiste dentaire
Stér : Employé de stérilisation
0
25
50
Kilomètres
Source : ARS - DOS

Annexe 2

Les effectifs des professionnels de santé (en ETP) des SSIAD de Champagne Ardenne



Source : Finess au 29/08/2011, Enquête DRESS SSIAD 2008
ARS - OSA - SDa

Annexe 3

Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Les territoires de premiers recours en Champagne Ardenne

Note de présentation

SOMMAIRE

- Rappels
- Etat des lieux
- Critères de découpage
- Choix du zonage
- Les regroupements
- Carte des territoires de premiers recours

- Annexes
- Carte : superposition des territoires de 1er recours et les B.E.S.I.
- Données de démographie des professionnels de santé, par territoire
- Les cinq communes les plus importantes des territoires de premier recours

Les Territoires de Santé de 1er Recours dans la Loi HPST

Rappel des textes :

Article L 1434-16 du Code de la Santé Publique :

« L'Agence Régionale de Santé définit les territoires de santé pertinents
- pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé,
- de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. »

Article L 1411-11 du Code de la Santé Publique :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que 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 sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article 1434-16 du Code de la Santé Publique et conformément au schéma d'organisation des soins (…)
Ces soins comprennent:
1°La prévention, le dépistage, le diagnostic, le t raitement et le suivi des patients.
2°La dispensation et l'administration des médicame nts, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique.
3°L'orientation dans le système de soins et le sec teur médico-social.
4°L'éducation pour la santé
Les professionnels de santé dont les médecins traitants (…) ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et le cas échéant dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et les services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Création d'un Comité Technique Régional « 1er recours » :

Pour définir ces territoires de 1er recours, l'ARS a mis en place dès sa création un comité technique régional. Ce comité réunit un panel représentatif des professionnels de santé de l'offre de soins de premier recours dans la région : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens ainsi que des représentants de l'Assurance Maladie, des associations de patients et des collectivités territoriales.

Ce comité régional s'est réuni à 3 reprises pour définir les critères de ce découpage de la région en territoires de 1er recours, base de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins qui doit être établi par l'ARS dans le cadre du Projet Régional de Santé.

Etat des lieux :

La région Champagne Ardenne présente déjà un certain nombre de découpages créés au fil des ans pour satisfaire à des besoins spécifiques. Avant donc de partir « ex nihilo », un état des lieux des principaux zonages existants dans la région à été fait. Le CTR a ainsi répertorié :

1- Des territoires administratifs :

Les départements : (4 départements)
Les arrondissements : (15 arrondissements en Champagne-Ardenne).
Les cantons : (146 cantons)

Les Communautés de Communes et Communauté d'Agglomérations.
Les Pays : (22 territoires se sont engagés dans une démarche de Pays)

2- Des territoires créés par l'INSEE :

Les Pôles de services intermédiaires : (110 en Champagne Ardenne)

Les Bassins de Vie : (56 bassins de vie)

Le bassin de vie constitue la plus petite maille territoriale sur laquelle s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l'essentiel des services, que les actifs ont leur emploi et les élèves leur établissement scolaire.

3- Des territoires sanitaires :

La permanence des soins : (57 secteurs)

Une sectorisation pour la permanence des soins a été définie au sein de chaque département.

Les territoires de santé :

Dans le cadre de la mise en place du SROS, 5 territoires de santé avaient été définis.
Ces territoires de santé ont été revus par l'ARS.
2 nouveaux territoires de santé de concertation ont été établis (Nord , Marne/ Ardennes et Sud, Aube / Haute Marne) qui seront le siège des conférences de territoire prévues par la loi HPST.

Le recours aux spécialistes **: (**9 zones)

Une étude menée par l'ORS a défini 9 zones de recours aux spécialistes basées sur les bassins de vie.

4- Des Territoires « médico-sociaux »

Les circonscriptions d'actions sociales : (36 circonscriptions d'action sociale)

Des territoires gérontologiques : (16 territoires)

Critères de découpage

Au regard des objectifs à atteindre, des critères simples ont été examinés par le Comité Technique Régional qui a sélectionné ceux qui lui paraissaient le plus pertinent.
A chaque fois que cela était nécessaire, des seuils ont été fixés pour ces critères, en deçà ou en delà desquels le territoire présenterait un risque d'inadéquation. Les critères suivants ont été discutés et évalués :

- Accessibilité géographique

  Evaluée en distance et/ou en temps par rapport au cabinet le plus proche…
  Evaluée en distance et/ou en temps par rapport à la distance maximale entre deux communes du territoire : *(seuil retenu : 35 minutes)*
  Evaluée en nombre de cabinets, établissements, structures présentes sur le territoire.

- L'offre de soins

  Définir les professions de santé de premier recours

  Il a été convenu que sur chaque territoire devait être présents Médecins généralistes, infirmière(s), masseurs-kinésithérapeute(s), pharmacien(s) et dentiste(s).

  Déterminer le nombre minimal de professionnels de santé sur un territoire de premier recours permettant d'enclencher actuellement une dynamique.

  (seuil retenu : 50% des généralistes doivent avoir moins de 55 ans)
  Déterminer la densité minimale par rapport à la population. *(seuil retenu : 60 médecins généralistes pour 100 000 habitants)*

- Besoins de santé

  Prise en compte les besoins de santé au travers de certains indicateurs :

  L'âge : Part des moins de 30 ans, des plus de 50 ans, 60 ans, 70 ans.
  La morbidité : Part des personnes en ALD
  Précarité : Part de population précaire (RSA, CMU, CMU-C)

- Habitudes de vie

  Tenir compte des habitudes de la population pour satisfaire aux besoins de la vie courante (emploi, commerce, loisirs : principe des bassins de vie).

  Analyse des flux pour se rendre à un cabinet de médecin généraliste

  Utilisation des outils CartoSanté et Démosanté

Après discussions et réflexions au sein du CTR, il a été finalement retenu de baser le découpage avant tout sur les bassins de vie.

Choix du zonage :

Les contraintes qui découlent des critères de découpage retenus impliquent que ces territoires aient une taille ni trop petite pour permettre mise en place d'une organisation rationnelle et efficace; ni trop grande pour que tous les habitants soient à une distance acceptable du pôle d'offre de soins. Cette taille est également conditionnée par la permanence des soins de manière à permettre aux professionnels de santé d'exercer dans un rayon d'action limité.

L'usage, notamment dans le cadre des services d'urgence ou de la permanence des soins stipule que la durée maximale acceptable pour une intervention rapide se situe aux alentours de 35 minutes. Partant de ce postulat, on a estimé qu'en Champagne Ardenne la superficie idéale oscillait aux environs de 940 km². Ce qui découperait la région entre 27 et 40 zones.

Parmi les découpages existants étudiés, seuls les territoires de la permanence des soins, les circonscriptions d'action sociale et les bassins de vie ont une taille qui s'approche de cette dimension cible.
Les bassins de vie remplissent également le critère des habitudes de consommation puisque c'est à partir de cela qu'ils ont été crées.
D'autre part, les études faites par l'ORS de Champagne Ardenne sur un choix pertinent de zonage pour analyser la démographie des professionnels de santé avaient retenu le bassin de vie.
Le CTR a donc finalement acté le découpage de la région en bassins de vie pour structurer les territoires de premier recours.
Ce choix de partir des bassins de vie pour établir le découpage en territoire de 1er recours a été celui effectué aussi par la très grande majorité des ARS.

Une première démarche auprès de l'INSEE a permis de s'orienter sur un découpage plus récent que les bassins de vie, les Bassins d'Equipements et de Services Intermédiaires (B.E.S.I). [6]. Ce nouveau découpage réactualisé prend en compte notamment les services utilisés quotidiennement dont ceux des médecins généralistes et pharmaciens.

Néanmoins, si les B.E.S.I. répondent en partie à la problématique des territoires de premier recours, il reste trois inconvénients majeurs pour leur adoption in extenso.
Ils sont en effet encore nombreux (54), leur taille et leur population sont très variables et surtout, leurs frontières ne sont pas toutes contigües ou à l'intérieur de la région. Ce dernier point impliquerait que les régions périphériques retiennent également les B.E.S.I. comme découpage pour que les communes appartenant à une zone bi-régionale soient toutes gérées de la même manière.
De ce fait le CTR a proposé de regrouper un certain nombre de B.E.S.I.au sein de la région.
Cette décision a été confortée par le fait que certains B.E.S.I. trop petits n'avaient pas suffisamment de professionnels de santé pour répondre aux critères choisis en matière d' « offre de soins »

[6] « L'Insee Champagne Ardenne et le Conseil Régional ont réalisé cette étude qui vise à identifier la structuration du territoire régional par l'économie et les services »
cf : Site insee
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=13&ref_id=15591

Les regroupements :

Le regroupement s'est fait en deux étapes.

1. Regrouper les B.E.S.I. « à cheval » sur deux régions

Cette situation concerne 27 B.E.S.I..(Sur 54)
Sur ces 27 territoires :

- huit ont leur pôle d'attraction, et plus de 70% de leur population, en Champagne Ardenne et sont donc conservés en l'état avec cependant l'exclusion des communes hors régions.
(Carignan, Aix en Othe, Bar sur Seine, Reims, Ste Ménéhould, Joinville, St Dizier, Wassy)

- quatre autres sont conservés pour leur cohérence avec la permanence des soins.(Dormans, Bourbonne les Bains, Neufchâteau, St Florentin)

- Les quinze restants sont rattachés aux B.E.S.I. les plus proches en tenant compte des différentes contraintes, notamment la taille.

Châtilon sur Seine	regroupé avec	Chaumont
Is sur Tile	regroupé avec	Langres
Dampierre sur Salon	regroupé avec	Chalindrey
Jussey	Répartition des communes entre	Bourbonne les Bains et Chalindrey
Contrexeville	regroupé avec	Neufchâteau
La Ferté Gaucher	regroupé avec	Sézanne
Provins	regroupé avec	Sézanne
Stenay	regroupé avec	Vouziers
Hirson	regroupé avec	Rocroi
Montcornet	regroupé avec	Rethel
Nogent sur Seine	regroupé avec	Romilly sur Seine
Fismes	regroupé avec	Reims
Montmirail	regroupé avec	Sézanne
Revigny sur Ornain	regroupé avec	Vitry le François et Ste Ménéhould
Tonnerre	Répartition des communes entre	Bar sur seine et St Florentin

Ce premier regroupement ramène à 39, le nombre de territoire de premier recours.

2. Regrouper les B.E.S.I. dont la population est inférieure à 15 000 habitants.

Le guide méthodologique national de la mise en œuvre du SROS ambulatoire préconise des territoires d'au moins 20 000 habitants.
Hors sept territoires ont moins de 10 000 habitants[1] et trois, moins de 15000[2]. Ils ont été regroupés de la façon suivante :

Fumay[1] regroupé avec Givet
Monthermé[1] regroupé avec Nouzonville
Fère Champenoise[1] regroupé avec Sézanne et Vertus[2]
Bourbonne les Bains[1] regroupé avec Chalindrey
Montier en Der[1] regroupé avec Wassy
Neufchateau[1] regroupé avec Nogent et Chaumont[2]
Saint Florentin[1] regroupé avec Troyes et Aix en Othe. [2]

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne

Les territoires de 1er recours

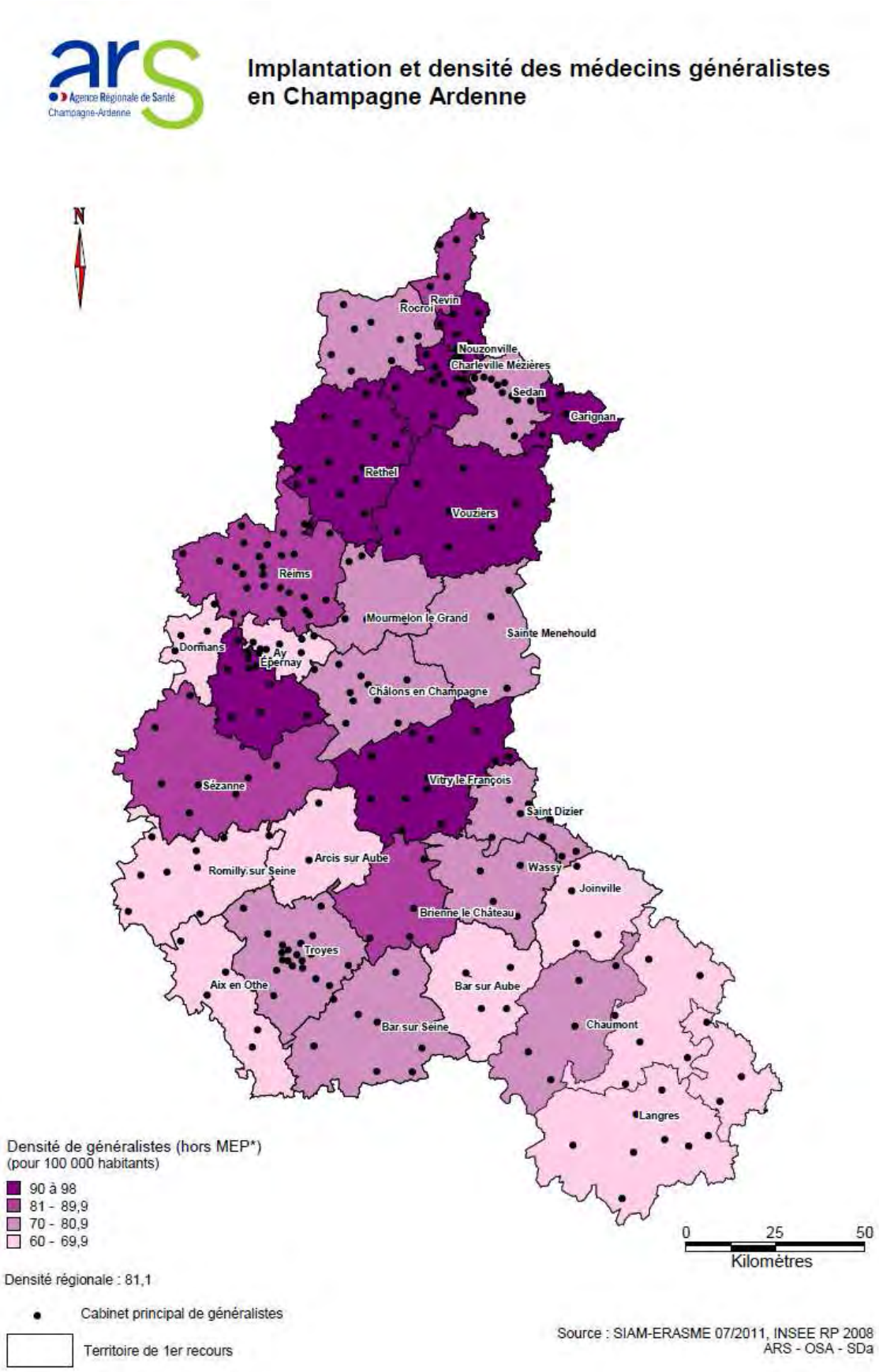
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne



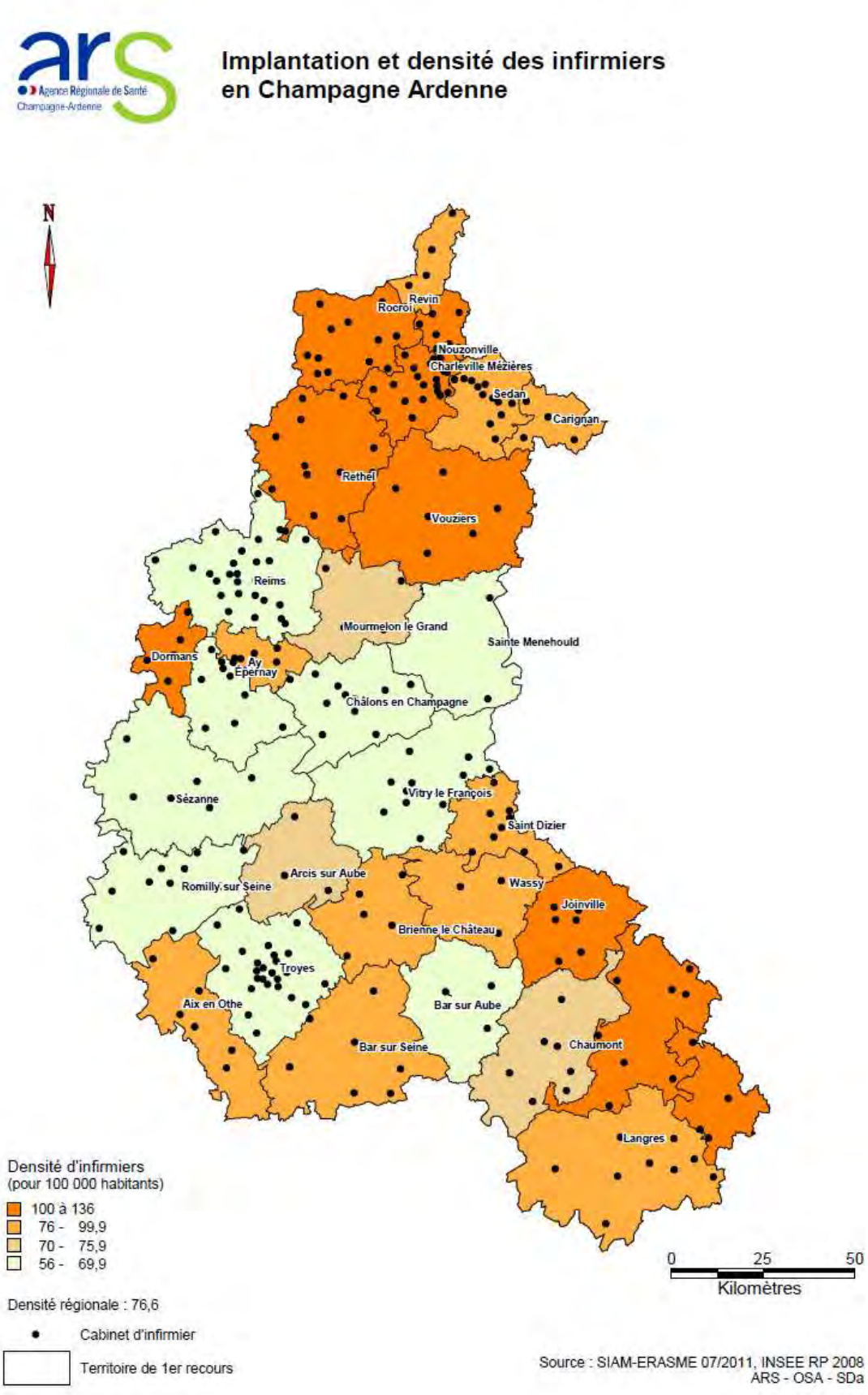
A l'issue des travaux menés par le CTR 1er recours qui a défini à cette première cartographie, des consultations départementales sur le découpage ont été menées afin de recueillir l'avis des acteurs de terrain. Au niveau de chaque département, le Préfet, le Président du Conseil Général et les représentants des professionnels de santé ont été consultés.
Des modifications ont été apportées à la suite des consultations pour aboutir à cette dernière version cartographique des territoires de 1er recours.



Annexe 4

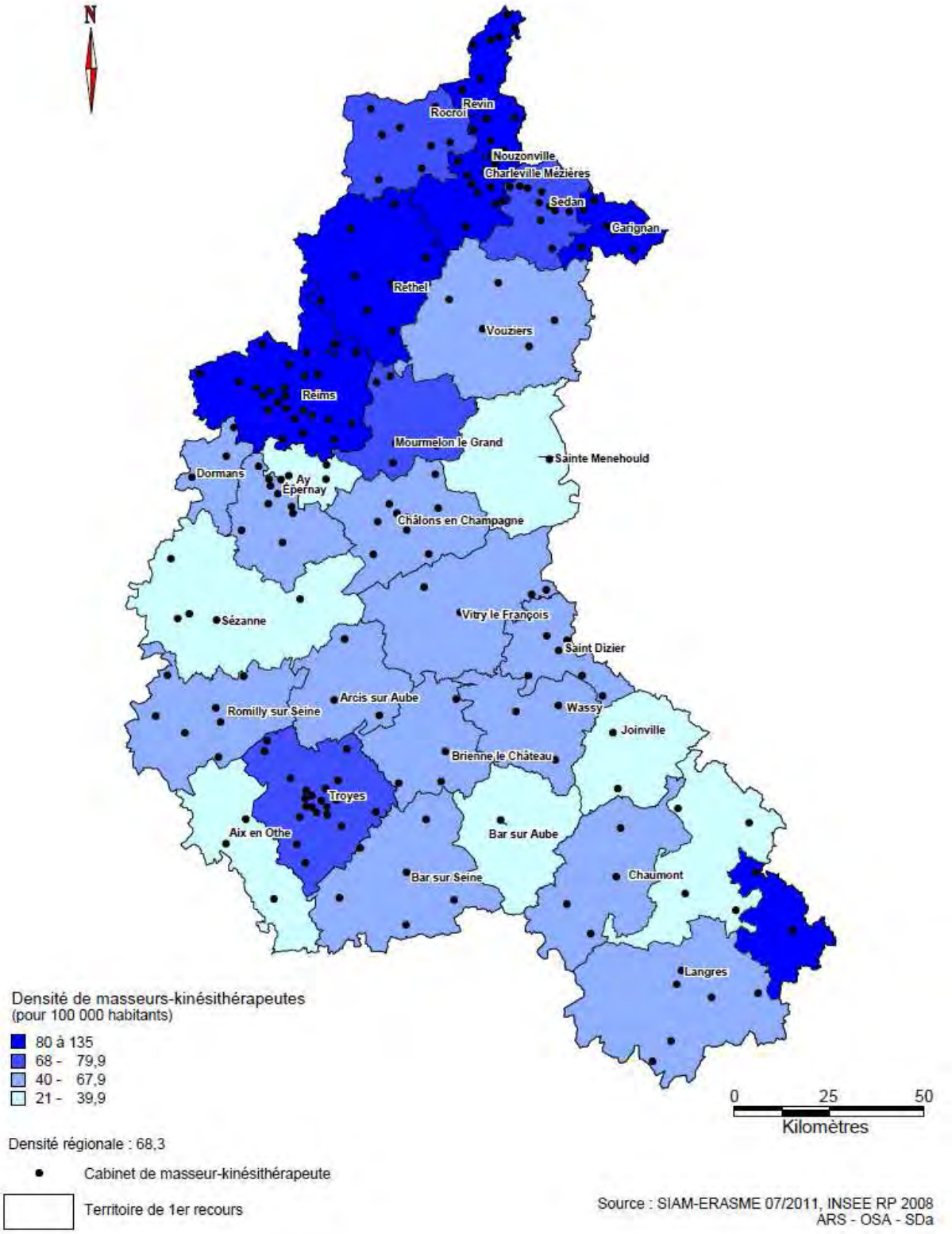

Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne
Implantation et densité des médecins généralistes en Champagne Ardenne
N
Revin
Rocroi
Nouzonville
Charleville Mézières
Sedan
Carignan
Rethel
Vouziers
Reims
Mourmelon le Grand
Sainte Menehould
Dormans
Ay
Epernay
Châlons en Champagne
Sézanne
Vitry le François
Saint Dizier
Arcis sur Aube
Romilly sur Seine
Wassy
Joinville
Brienne le Château
Troyes
Aix en Othe
Bar sur Aube
Bar sur Seine
Chaumont
Langres
Densité de généralistes (hors MEP*)
(pour 100 000 habitants)
90 à 98
81 - 89,9
70 - 80,9
60 - 69,9
Densité régionale : 81,1
Cabinet principal de généralistes
Territoire de 1er recours
0
25
50
Kilomètres
Source : SIAM-ERASME 07/2011, INSEE RP 2008
ARS - OSA - SDa

Annexe 5


Implantation et densité des infirmiers en Champagne Ardenne
Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne
N
Revin
Rocroi
Nouzonville
Charleville Mézières
Sedan
Carignan
Rethel
Vouziers
Reims
Mourmelon le Grand
Sainte Menehould
Dormans
Ay
Epernay
Châlons en Champagne
Sézanne
Vitry le François
Saint Dizier
Arcis sur Aube
Romilly sur Seine
Wassy
Joinville
Brienne le Château
Troyes
Aix en Othe
Bar sur Aube
Bar sur Seine
Chaumont
Langres
Densité d'infirmiers
(pour 100 000 habitants)
100 à 136
76 - 99,9
70 - 75,9
56 - 69,9
Densité régionale : 76,6
Cabinet d'infirmier
Territoire de 1er recours
0
25
50
Kilomètres
Source : SIAM-ERASME 07/2011, INSEE RP 2008
ARS - OSA - SDa

Annexe 6

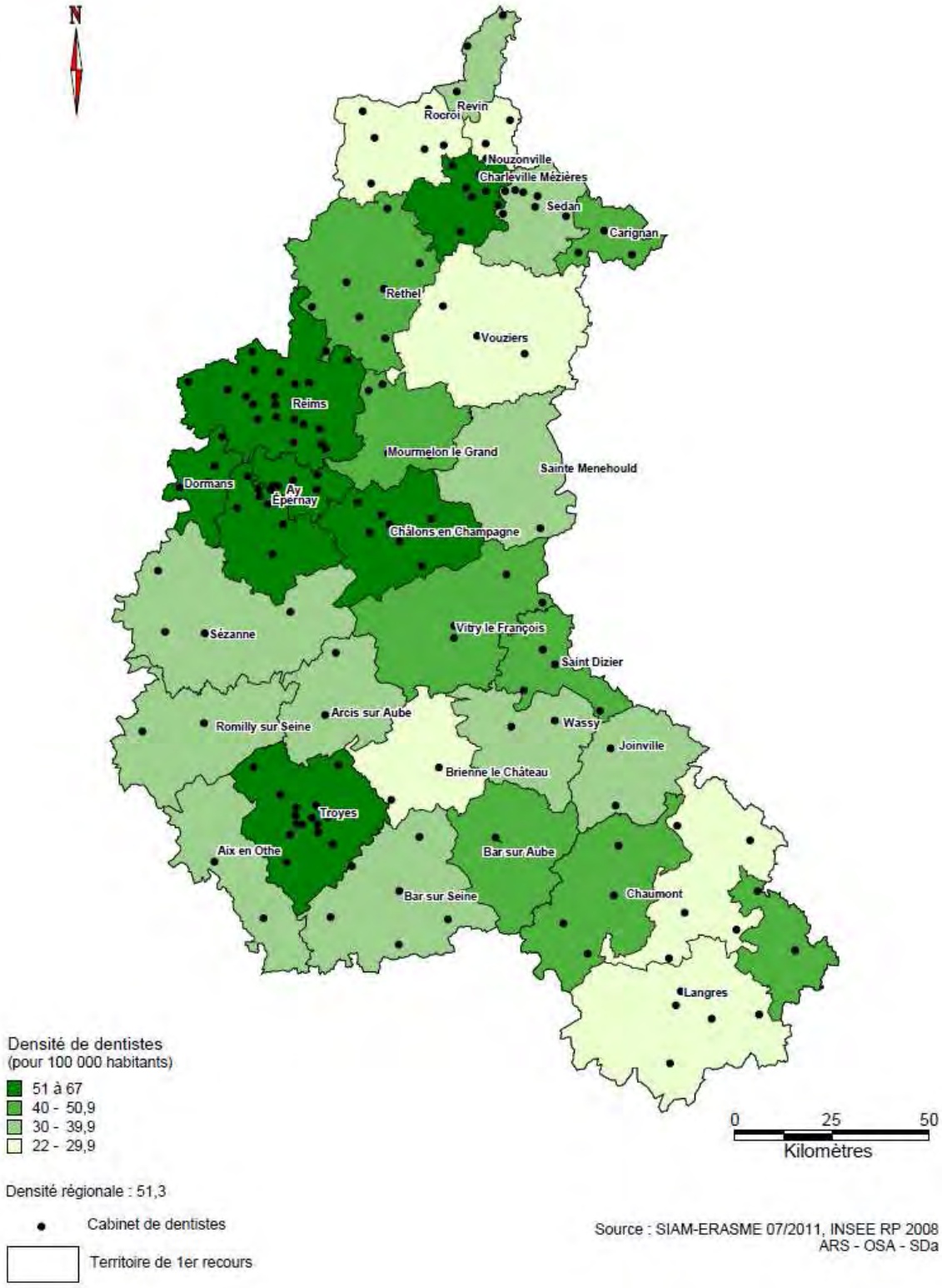
Implantation et densité des masseurs-kinésithérapeutes en Champagne Ardenne



Annexe 7

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Implantation et densité des dentistes en Champagne Ardenne



Source : SIAM-ERASME 07/2011, INSEE RP 2008
ARS - OSA - SDa

Annexe 8

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Implantation des pharmacies en Champagne Ardenne



Source : SIAM-ERASME 12/2010
ARS - OSA - SDa

Annexe 9 : Note sur la méthodologie de ciblage des zones prioritaires

L'objectif de cette note est de présenter la méthode qui a conduit à délimiter les zones dites prioritaires, espaces de proximité qui devront permettre une approche opérationnelle de mise en œuvre de projets.

Comme le prévoit l'article L1434-16 du code de la santé publique, « l'Agence Régionale de Santé définit les territoires de santé pertinents pour l'accès aux soins de premier recours ».
La proposition de découpage de la région en territoires de premier recours a reçu un avis règlementaire favorable de la CRSA en mai 2011.

Ces territoires de 1er recours permettent d'évaluer l'offre de soins de 1er recours d'un point de vue qualitatif et quantitatif sur la région Champagne Ardenne.
A partir de cette organisation spatiale jugée pertinente pour une observation des soins de 1er recours et validée par les instances décisionnelles, l'étape suivante consiste à déterminer des zones prioritaires à l'intérieur de ces territoires de 1er recours.

- **l'analyse des secteurs les plus fragiles au sein des territoires de 1er recours**

Cette analyse des territoires de 1er recours a pour objectif de déterminer et prioriser les zones les plus sensibles en Champagne-Ardenne. Ce **nouveau zonage doit permettre d**e maintenir, voire d'améliorer l'offre et l'accessibilité aux soins de 1er recours.

Pour les déterminer, deux principes retenus par le niveau national doivent être respectés en région :

- La part de la population vivant dans les zones, ainsi définies, ne pourra excéder la part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 30% de la densité moyenne nationale. En Champagne Ardenne, cela représente 10,6 % de la population soit 141 501 habitants.

- Le périmètre géographique de ces zones doit tenir compte d'un découpage reconnu par l'INSEE. Cette disposition permet de ne pas créer un nouveau découpage qui ne serait pas lisible pour l'ensemble des acteurs et pour les usagers mais de s'appuyer sur un zonage existant.

Les dispositions pour la détermination de ce zonage feront l'objet d'un arrêté pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un travail méthodologique a été mené et a permis d'élaborer un zonage sur des critères homogènes.
Les outils statistiques d'analyse ayant leurs propres limites et ne permettant pas de prendre en compte des éléments de nature plus qualitative, une approche ciblée sur les dynamiques portées par les professionnels a été nécessaire.

Méthodologie retenue :

- 1 Classement des territoires de 1er recours

Les territoires de 1er recours ont été classés par ordre décroissant de priorité mesurée au moyen d'un scoring basé sur 6 critères :

- La densité de professionnels de santé
- La proportion de professionnels de santé de plus de 55 ans
- La proportion de professionnels de santé de plus de 60 ans
- La proportion de professionnels de santé de plus de 65 ans
- L'activité des professionnels de santé
- Le nombre de patients par professionnel de santé

Ces 6 critères ont été calculés pour 4 des 5 catégories de professionnels de santé libéraux dits de 1er recours (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes). La présence d'officine est prise en compte dans la suite de la méthodologie.
Plusieurs scénarii basés sur une variation du poids accordés aux 4 spécialités ont été présentés au Comité Technique Régional 1er recours. Celui-ci a retenu unanimement les poids de :

- 4 pour les médecins généralistes
- 2 pour les chirurgiens-dentistes
- 1 pour les infirmiers
- 1 pour les masseurs-kinésithérapeutes

➢ 2 Recherche des zones regroupant les cinq professions de 1er recours, nommés les « bourgs-centres de santé »

La contrainte de population citée à l'article L1434-7 du code de la santé publique ne permet pas de retenir globalement l'ensemble du territoire de 1er recours. Si c'était le cas, seuls les cinq premiers territoires de 1er recours seraient retenus.
Il est donc nécessaire de déterminer au sein de chaque territoire de 1er recours, les zones les plus efficientes pour y favoriser les installations des professionnels de santé.
Au sein de ces territoires, les « bourgs-centres de santé » ont été privilégiés.

Le « bourg-centre de santé » a été défini de la manière suivante :
C'est une commune où exercent actuellement au moins un médecin généraliste, un chirurgien-dentiste, un infirmier, et un masseur-kinésithérapeute. La présence d'une officine ou la présence d'un projet de MSP ont également été pris en compte, c'est ainsi que les communes de Chavanges, Saint Rémy en Bouzemont et Vanault les Dames, où il manque au moins une des quatre spécialités, ont été retenues comme « bourg-centre de santé ».

Selon cette définition, la Champagne Ardenne compterait 139 « bourgs-centres de santé ».

➢ Classement des « bourgs-centres de santé » selon la criticité

La situation de chaque « bourg-centre de santé » a été étudiée afin de les classer et de déterminer si au sein d'un même territoire, il était pertinent de retenir un ou plusieurs « bourgs-centres de santé » présents.

Comme pour les territoires de 1er recours, un classement a donc été réalisé à partir des indicateurs suivants qui ont permis d'établir un scoring:

- âge et proportion de médecins généralistes libéraux
- l'éloignement par rapport au pôle principal du territoire de premier recours
- l'éloignement par rapport au bourg centre de santé le plus proche
- présence ou pas de structures ou projets de structures d'exercices coordonnés

3 Des territoires de 1er recours aux zones prioritaires

➢ Les bourgs-centres de santé ayant été scorés, il était ensuite nécessaire de déterminer exactement l'étendue de la zone autour du bourg centre qui serait retenu.

Le principe choisi a été de prendre :

- o L'unité urbaine si le « bourg-centre de santé » est situé en zone urbaine,
- o La commune si le « bourg-centre de santé » est situé en milieu rural.

Pour chaque « bourg-centre de santé », la population comprise dans la zone ainsi déterminée a été calculée.

- Eligibilité des zones

Pour tous les territoires de premier recours (classés selon l'ordre du tableau page 2), ont été retenu les bourgs centres de santé présentant le score maximum à condition que le cumul de la population, comptabilisée au fur et à mesure du processus, reste en deçà du seuil fixé par l'article L1434-7 du code de la santé publique (soit 141 501 habitants ± 1%).

Si ce cumul n'atteint pas ce seuil, un second balayage des bourgs centres de santé ayant un score immédiatement inférieur est réalisé et ainsi de suite de façon itérative jusqu'à ce que le seuil de la population soit atteint.

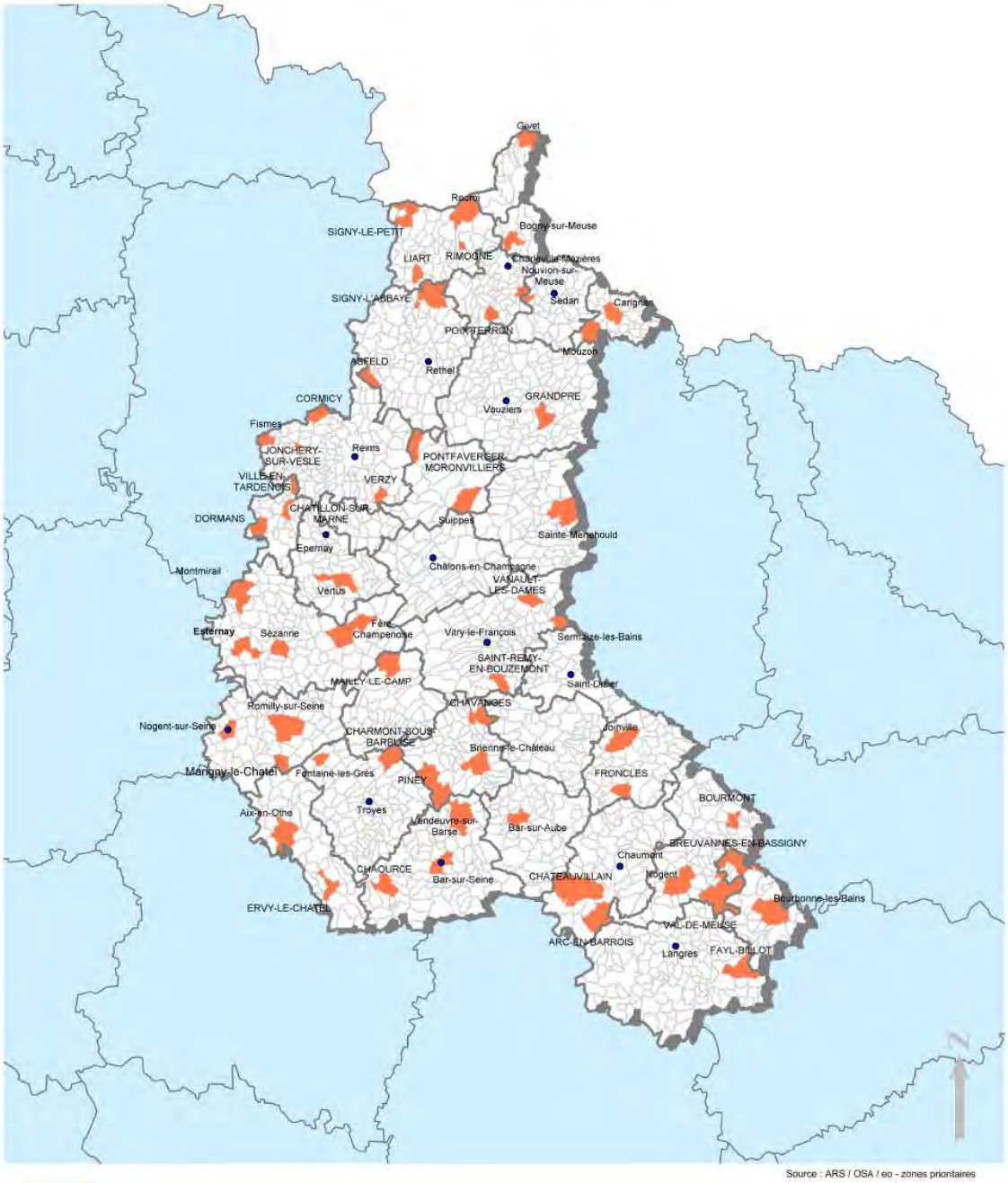
Proposition de ciblage des zones prioritaires

Au final, 56 zones sont retenues.

Territoire de 1er recours	Nom du bourg centre de santé
Brienne le Château	Chavanges
Mourmelon le Grand	Suippes
Vitry-le-Francois	Saint-Remy-en-Bouzemont-Saint-Genest-et-Isson
Sézanne	Montmirail
Brienne le Château	Piney
Bar sur Seine	Chaource
Chaumont	Bourmont
Langres	Bourbonne-les-Bains
Langres	Fayl-Billot
Epernay	Vertus
Vitry-le-Francois	Vanault-les-Dames
Romilly	Nogent-sur-Seine
Romilly	Romilly-sur-Seine
Aix en Othe	Erwy-le-Chatel
Joinville	Froncles
Sézanne	Fère-Champenoise
Sézanne	Sézanne
Bar sur Seine	Bar-sur-Seine
Carignan	Carignan
Carignan	Mouzon
Chaumont	Val-de-Meuse
Dormans	Ville-en-Tardenois
Dormans	Châtillon-sur-Marne
Rocroi	Rimogne
Sainte Ménéhould	Sainte-Ménéhould
Aix en Othe	Aix-en-Othe
Revin	Givet
Vitry-le-Francois	Sermaize-les-Bains
Bar sur Aube	Bar-sur-Aube
Brienne le Château	Brienne-le-Château
Bar sur Seine	Vendeuvre-sur-Barse
Arcis sur Aube	Mailly le Camp
Joinville	Joinville
Vouziers	Grandpré
Langres	Breuvannes-en-Bassigny
Chaumont	Châteauvillain
Chaumont	Arc-en-Barrois
Chaumont	Nogent
Charleville-Mézières	Poix-Terron
Troyes	Charmont-sous-Barbuise
Rethel	Asfeld
Sézanne	Esternay
Reims	Cormicy
Rocroi	Liart
Rethel	Signy-l'Abbaye
Troyes	Fontaine-les-Grès
Mourmelon le Grand	Pontfaverger-Moronvilliers
Reims	Fismes
Rocroi	Rocroi
Rocroi	Signy-le-Petit
Reims	Verzy
Charleville-Mézières	Nouvion-sur-Meuse
Reims	Jonchery-sur-Vesle
Nouzonville	Bogny sur Meuse
Romilly	Marigny-le-Chatel
Dormans	Dormans

Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Ciblage des zones prioritaires



SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS
VOLET AMBULATOIRE

PARTIE BIOLOGIE MEDICALE

Chapitre 1 : Cadre Général

La biologie médicale réalisée en ville est un élément essentiel du parcours de soins des patients. Chaque patient doit pouvoir accéder, sur son territoire de santé, à une biologie médicale de qualité prouvée et au juste coût.

1. Présentation générale

L'article 69 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 annonce les grands principes de la réforme de la biologie médicale.
Ces principes sont notamment :

- l'harmonisation des dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;
- la garantie de la qualité des examens de biologie médicale grâce à la procédure d'accréditation ;
- le caractère médical de l'activité ;
- la redéfinition des missions de biologiste, du personnel technique ;
- la mise en place de mesures assurant la pérennité de l'offre de biologie médicale dans les territoires ;
- la recherche de l'efficience.

Le présent volet a pour objet d'organiser la biologie médicale privée dans la région tout en préservant le meilleur accès à une biologie médicale de qualité pour la population régionale.

Il prend en compte l'activité de biologie médicale à l'exclusion :

- des activités spécialisées de diagnostic prénatal et d'aide à la procréation ;
- de l'anatomo-pathologie ;
- de la génétique post natale.

Les articles L6211-1 du Code de la santé publique prévoit que l'examen de biologie médicale « *est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain* ».

L'article L6211-2 complète et précise que cet examen « *se déroule en trois phases :*

- *La phase préanalytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon jusqu'à l'endroit où il est analysé ;*
- *La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;*
- *La phase post analytique, qui comprend la validation des résultats, l'interprétation contextuelle du résultat, la communication appropriée du résultat au prescripteur et […] au patient*[7]*, dans un délai compatible avec l'état de l'art.* »

[7] La communication des résultats au patient doit être effectuée dans le respect des conditions fixées par l'article L1111-2 du code de la santé publique

2. Les enjeux

- Accompagner la mise en œuvre de la réforme qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.

- Fixer, dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), des règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.

- Prévoir, dans le cadre du SROS, les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale.

3. Références réglementaires

- Décret n°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale.

- Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

- Instruction n°DGOS/R2/2010/333 du 9 septembre 2010 relative aux demandes d'ouverture de laboratoire de biologie médicale.

Chapitre 2 : Eléments du diagnostic régional

Le diagnostic régional de la biologie médicale, élaboré dans le volet biologie médicale du SROS hospitalier, dresse un état des lieux de la biologie médicale en Champagne Ardenne.

Le secteur libéral est composé de nombreux laboratoires polyvalents. L'enquête régionale sur la biologie médicale a permis d'identifier, par entité juridique, le lieu d'implantation des sites des laboratoires de biologie médicale privés.

Le diagnostic régional de biologie médicale :

- montre que les laboratoires de biologie médicale publics ou privés sont présents sur l'ensemble du territoire régional ;

- impose la définition d'une stratégie régionale pour l'organisation de la biologie médicale hospitalière ;

- positionne le développement de la coopération au cœur de l'organisation régionale de la biologie médicale hospitalière ;

- conforte l'assise régionale du CHU pour la prise en charge d'examens de biologie médicale spécialisée ou de recours ;

- permet de faire émerger des regroupements pertinents entre établissements de santé publics, de réfléchir à la possibilité de coopération(s) entre acteurs publics et privés,

Localisation des laboratoires publics et privés et nombre d'actes de biologie en Champagne Ardenne



Chapitre 3 : Objectifs régionaux

Les objectifs nationaux du volet biologie médicale du SROS hospitalier sont déclinés au niveau régional

1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale

2. Fixer les règles d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

2.1. Organiser l'activité de la biologie médicale hospitalière à l'échelle des territoires

2.2. Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents.

2.3. Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires.

3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action

1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale réforme le secteur de la biologie médicale en harmonisant les dispositions relatives aux laboratoires publics et privés, en édictant des mesures propres à assurer la pérennité de l'offre de soins et en fixant les normes sociétales d'exercice. Parallèlement, la qualité est renforcée à travers une redéfinition des missions du biologiste et la mise en place de l'accréditation obligatoire.

L'harmonisation de la qualité de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale impose une procédure stricte comportant un haut niveau d'exigence. Seule l'accréditation permet de parvenir au niveau requis et de prouver la qualité dans un domaine médical et technique.[8] L'accréditation est un processus par lequel un organisme indépendant vérifie la conformité d'une structure à des exigences spécifiques, conformité d'un système de gestion de la qualité et des compétences techniques. Elle est obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale et sur la totalité des examens.

La preuve de l'entrée dans la démarche d'accréditation doit intervenir dans les délais imposés par les textes.

Le laboratoire se doit :
d'avoir des équipes médicales et médico-techniques bien formées et techniquement performantes ;
de répondre aux attentes des utilisateurs cliniciens et patients par un service rendu clairement évalué.

Les Actions à réaliser :
susciter, en amont de l'entrée dans la démarche d'accréditation, le rapprochement entre établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale hospitalière ;
suivre l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation dans le respect des délais imposés par les textes.

2. Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

Organiser l'activité de la biologie médicale hospitalière à l'échelle des territoires

L'organisation de l'activité de biologie médicale répond aux critères d'autorisation et d'agrément des praticiens définis par le code de la santé publique.

A partir du 1er janvier 2012, les laboratoires de biologie médicale ne seront autorisés à transmettre pour analyse et interprétation que 15% des examens de biologie médicale qu'ils réalisent en totalité ou en partie. Dans l'objectif de mieux coordonner la prise en charge des examens de biologie médicale entre les laboratoires de biologie médicale d'un même territoire ou de territoires de santé différents, le développement de coopérations, sur tout ou partie des domaines de la biologie médicale permettra de répondre aux besoins des patients.

Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents

[8] Rapport BALLEREAU, septembre 2008, 4.1.1. L'accréditation médicalisée est l'outil restructurant d'une politique tournée vers le patient. **t**

La permanence des soins s'organise sur le territoire de santé et concerne l'ensemble des laboratoires de biologie médicale quel que soit leur statut (article L6212-3 du code santé publique).
Le diagnostic régional montre que la permanence des soins en biologie médicale est organisée par les acteurs publics et privés des territoires de santé. Dans certains sites de la région, la prise en charge des examens à caractère urgents pendant les horaires de permanence des soins est assuré par un opérateur unique. Il s'agit des sites d'Epernay, de Rethel, de Chaumont et de Langres.

Des collaborations entre établissements de santé et laboratoires de biologie médicale privés du territoire de la Communauté Hospitalière de Territoire peuvent être recherchées pour assurer la prise en charge des examens à caractère urgents pendant les horaires de permanence des soins..

Lorsque la permanence des soins en biologie médicale est assurée par un opérateur unique sur un territoire donné, la mutualisation de moyens entre laboratoires de biologie médicale doit garantir sur ce même territoire la prise en charge des examens urgents pendant les horaires de permanence des soins.

Les actions à mener :
Susciter des projets de coopération entre les laboratoires de biologie médicale privés et les établissements de santé pour organiser la prise en charge des examens à caractère urgents pendant les horaires de la permanence des soins.
Rationaliser l'organisation de la permanence des soins et limiter les doublons d'activité ou de moyens tout en veillant à garantir la réponse à l'urgence

Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires

Le diagnostic régional fait le constat d'une offre de biologie médicale répartie sur l'ensemble du territoire régional. Il n'a pas fait émerger de besoins en implantations nouvelles pour les laboratoires de biologie médicale sur les deux territoires de santé de la région.

Le décret N°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale, prévoit qu'à partir du 1er janvier 2012, chaque laboratoire de biologie médicale déclare avant le 1er février à l'ARS dans le ressort de laquelle il est établi, le nombre total d'examens de biologie médicale réalisé pendant l'année civile écoulée. Il appartiendra à l'ARS d'analyser annuellement et sur cette base, l'offre de biologie médicale publique et privée de chaque territoire de santé pour permettre l'application des règles en matière d'implantations territoriales[9].

Les actions à mener :
Veiller au respect de l'obligation de transmission du nombre total d'examens par les laboratoires de biologie médicale de la région.
Elaborer chaque année une cartographie de l'offre de biologie médicale
Indiquer par territoire les besoins en implantation de laboratoire de biologie médicale
S'assurer, en cas de regroupement de laboratoires de biologie médicale, de fermeture d'un laboratoire ou d'un site, du maintien d'un accès à une offre de biologie médiale compatible avec l'état de l'art sur chaque territoire de santé
Garantir, en cas d'implantation nouvelle, l'adéquation entre les besoins en examens de santé de la population et l'offre de soins du territoire de santé.

[9] Articles L.6222-2, L6222-3, L6223-4 du code de la santé publique.

3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale privée

L'évolution de l'offre de biologie médicale privée est encadrée : par l'application des règles prudentielles[10], part par la mise en œuvre de la loi Ballereau et enfin le regroupement des laboratoires de biologie médicale privés réalisés au cours de la période de validité du présent SROS.

Les actions à mener :
Favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation

[10] [10] Articles L.6222-2, L6222-3, L6223-4 du code de la santé publique.

Chapitre 5 : Transversalité

1. SROS Hospitalier, volet Biologie médicale

L'organisation de la biologie médicale hospitalière est décrite dans ce volet.

2. SROS Hospitalier, volet génétique

La génétique comprend des activités cliniques (consultations) et des activités de biologie médicale (analyse de cytogénétique, de biologie moléculaire). La génétique somatique est traitée à travers le volet hospitalier du SROS (thématique biologie médicale). La génétique constitutionnelle post-natale est abordée dans le volet hospitalier du SROS (thématique génétique).

3. SROS Hospitalier, volet périnatalité

L'assistance médicale à la procréation et les activités de biologie prénatale sont abordées dans le SROS hospitalier – Périnatalité

Glossaire

ADDICA – CAREDIAB : Réseaux addictions, précarité, diabète

ARDUIN'AGE : Réseau de personnes âgées dans le département des Ardennes

BESI : Bassin d'Equipements et de Services Intermédiaires

CTR : Comité Technique Régional

DETR : Dotation d'Equipement des Territoires Ruraux

DMP : Dossier Médical Personnel

DPC : Développement Professionnel Continu

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNADT : Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire

GERONTIS : Réseau de personnes âgées Bourbonne-les-Bains

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LORSEP : Groupe LORrain pour la prise en charge de la Sclérose En Plaques

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONCOCHA : Réseau de cancérologie de Champagne Ardenne

PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PDS : Permanence des Soins

PSRS : Plan Stratégique Régionale de Santé

RECAP : Réseau de soins palliatifs de Champagne Ardenne

REGECA : Réseau de personnes âgées régional

REGEMA : Réseau Gérontologie et Mémoire de l'Aube

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RRC : Réseau Régional de Cancérologie

SISA : Société Interprofessionnels des Soins Ambulatoires

SCP : Société Civile Professionnelle

SEL : Société d'Exercice Libéral

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRP PPS : Schéma Régional de Prévention - Prévention et Promotion de la Santé

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET HOSPITALIER

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 73
1. Présentation 73
2. Références réglementaires 73

Chapitre 2 : Diagnostic régional 74
1. Données épidémiologiques 74
2. Bilan organisationnel 76

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 77
1. Lien avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne (PSRS) 77
1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques 77
1.2. Enjeux transversaux 77
2. Orientations régionales 77

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 78
1. Améliorer l'accès aux soins 78
1.1 Organiser la filière AVC 78
1.2. Réduire les délais entre les symptômes et la prise en charge 78
1.3. Mettre en place un réseau de Télémédecine AVC 79
1.4. Améliorer la fluidité du circuit du patient entre les différentes structures de prise en charge 79
2. Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans 80

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 81
1. Prévention des AVC 81
2. Articulation avec le champ médico-social 81

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 82

Glossaire 83

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »
Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation

Le plan national d'actions AVC 2010-2014 positionne les AVC comme une priorité nationale de santé publique. Il est élaboré autour du principe - relativement récent - de non-fatalité de cette pathologie :

- d'une part, l'AVC est accessible à la prévention, tout comme les maladies cardio-vasculaires ;
- d'autre part, une prise en charge immédiate avec traitement et rééducation rapides, puis adaptés tout au long du parcours du patient, permet de diminuer la mortalité, le handicap et les récidives.

Ce type de prise en charge est rendu possible par le développement des Unités Neuro-Vasculaires (UNV), qui réunissent des équipes pluri professionnelles spécialisées et entrainées. Elles peuvent faire le diagnostic, identifier les facteurs étiologiques de l'AVC, administrer et surveiller la thrombolyse, débuter la rééducation précoce (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie) nécessaire pour minorer le handicap.

La prise en charge de l'AIT est superposable à celle de l'AVC.

2. Références réglementaires

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 72 « *Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC* » :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=2010090

Circulaire N°DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral :
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2010/06/cir_31324.pdf

Circulaire N°DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC :
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7243.pdf

Plan d'actions national AVC 2010-2014 :
http://www.sante-sports.gouv.fr/documentation,3919.html

Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC - Juin 2009 :
http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-sur-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux-avc.html

Programme pilote de la Haute Autorité de Santé (HAS), « Ensemble, améliorons la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral » :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891542/ensemble-ameliorons-la-prise-en-charge-de-laccident-vasculaire-cerebral-avc

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Données épidémiologiques

En Champagne-Ardenne, 2500 à 3000 personnes par an sont victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou d'un Accident Ischémique Transitoire (AIT)[11]. Il s'agit de la première cause de handicap acquis non traumatique chez l'adulte, de la seconde cause de démence et de la troisième cause de mortalité.

Données nationales issues du plan national AVC

Le plan national AVC indique qu'environ 130 000 nouveaux patients sont atteints chaque année en France (prévalence estimée à 400 000 patients), et que l'AVC a un taux d'incidence multiplié par deux tous les 10 ans après 55 ans. 25 % des AVC surviennent chez les moins de 65 ans (c'est à dire dans la population active), et plus de 50 % chez les personnes de 75 ans et plus.

L'AVC et les maladies cérébrovasculaires sont une des principales causes de mortalité en France, davantage chez la femme que chez l'homme. Après 65 ans, le nombre de décès par AVC chez la femme est égal au nombre de décès par infarctus du myocarde chez l'homme. L'athérothrombose[12] est la première cause de mortalité dans le monde aujourd'hui. Les AVC sont la deuxième cause de mortalité dans le monde pour les 15 ans à venir, tant dans les pays à revenus élevés que dans les pays en développement.

Données régionales

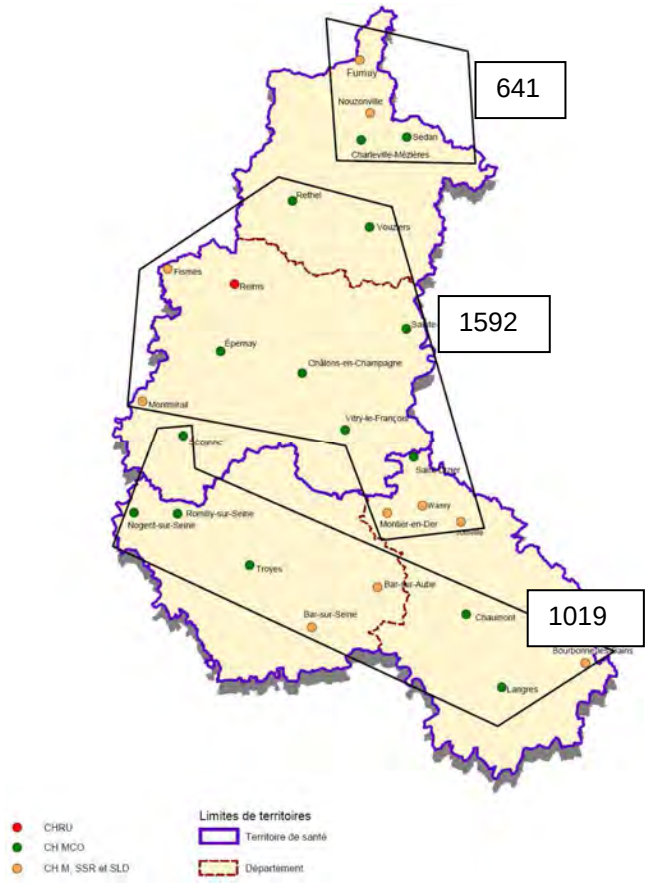
La projection de ces chiffres en Champagne-Ardenne donne une incidence moyenne d'environ 2800 cas d'AVC par an, ce qui est comparable à l'étude du PMSI pour les données de 2009.

	Champagne-Ardenne			France		
	AVC	AIT	AVC + AIT	AVC	AIT	AVC + AIT
Effectif	2422	830	3252	110004	42466	152470
Durée Moyenne de Séjour	12,6	12,8	12,7	11,6	11,5	11,5
Age moyen	72	78	75	73	76	75
Sexe ratio (% homme)	49,0%	46,2%	47,8%	49,1%	48,9%	49,0%
% décès	22,1%	2,1%	13,7%	22,2%	4,6%	14,8%

Source : PMSI 2009, extraction selon les recommandations de codes de l'annexe 13 du rapport national sur la prévention et la prise en charge des AVC de juin 2009.

L'étude des données PMSI 2009 donne par ailleurs la répartition géographique suivante des AVC et AIT sur les futures Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) :

[11] *Source : PMSI, Estimations*
[12] Athérothrombose : désigne l'athérosclérose et les processus thrombotiques qui lui sont souvent associés. Ensemble des remaniements de la paroi des artères de gros et de moyen calibre aboutissant à un rétrécissement de la lumière vasculaire



Source : PMSI 2009, extraction selon les recommandations de l'annexe 13 du rapport national sur la prévention et la prise en charge des AVC de juin 2009.

2. Bilan organisationnel

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins, 3ème génération (SROS 3) prévoyait les orientations suivantes en ce qui concerne les AVC :

Objectifs SROS III	Résultat
Maillage du territoire par les UNV : - Une UNV de recours à Reims - Deux UNV à Troyes et Charleville	Une seule UNV créée à Reims. Une UNV en cours de création à Troyes. Manque de neurologues à Charleville.
Organisation des transferts primaires et primo-secondaires vers Reims par le SAMU.	Perfectible. Tous les AVC ne font pas l'objet d'un appel au 15 (statistique nationale : 50%).
Prise en charge organisée dans le cadre du réseau des urgences (diffusion du protocole établi par l'UNV).	Protocole rédigé et globalement diffusé, mais pas suffisamment par le réseau des urgences. Ce point est à renforcer.
Contractualisation / protocolisation avec les structures d'aval (soins de suite et de réadaptation fonctionnelle).	Oui, entre l'UNV de Reims et les structures MPR/SSR du bassin de Reims.

La seule UNV de la région a été créée en 2007 au CHU de Reims et dispose de 4 lits de soins intensifs et de 10 lits dits « tièdes » de neurologie.
En 2009, l'UNV a pris en charge 416 cas d'AVC, avec une durée moyenne de séjour de 2,64 jours en soins intensifs, soit un taux d'occupation des lits de 72%.

Les patients proviennent, en toute logique, principalement du bassin de vie rémois. Il existe donc une réelle inégalité géographique d'accès aux soins.

La montée en charge de l'UNV de Reims est limitée par :
- ses ressources internes (nombre de lits, nombre de professionnels médicaux et paramédicaux, accès aux plateaux techniques adéquats) ;
- l'orientation des patients vers l'UNV ;
- la disponibilité en places dans les structures de soins d'aval : Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Lien avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne (PSRS)

1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques

L'AVC en termes de santé publique constitue à la fois une pathologie aigüe nécessitant une prise en charge en extrême urgence, et une maladie chronique dont les séquelles nécessitent la prise en charge de handicaps, y compris psychologiques.

La thématique AVC est en rapport avec les priorités suivantes du PSRS :

- Handicap et vieillissement :
  - Priorité n°1 : Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.
  - Priorité n°2 : Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.
- Maladies chroniques et leurs déterminants :
  - Priorité n°10 : Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques.
  - Priorité n°11 : Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins.

1.2. Enjeux transversaux

Outre les priorités précitées, ce volet contribue à répondre aux enjeux transversaux suivants :

- 4.4.3. Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé
- 4.4.4. Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
- 4.4.7. Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé

2. Orientations régionales

Les objectifs régionaux sont directement déclinés du plan national d'actions AVC 2010-2014. L'objectif principal, inscrit dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, est de « *réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC* ».

A l'échelon régional, il s'agit de mettre en place une « **filière AVC** » organisée, garantissant la prise en charge optimale de tout patient victime ou suspect d'AVC, depuis l'urgence extrême de la phase aigüe jusqu'au retour au domicile ou au secteur médico-social.

Cet objectif ambitieux implique :

- De développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles
- De réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée (l'entrée du patient dans la filière AVC).
- De disposer des outils nécessaires à la prise en charge spécifique des AVC en urgence : les UNV, réparties de façon adaptée sur le territoire régional et dotées de moyens humains et techniques suffisants.
- D'améliorer l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Organiser la filière AVC

Une « filière AVC » est constituée a minima d'une UNV (au sens de la circulaire N°DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires), des structures d'amont pour l'orientation des patients vers l'UNV (réseau des urgences) et des structures d'aval (Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), SSR, Unités de Soins de Longue Durée (USLD), structures médico-sociales et de retour au domicile) indispensables à la prise en charge des séquelles éventuelles.

Chaque territoire de CHT doit à terme disposer d'une filière AVC (donc d'une UNV), et la région doit distinguer une structure dite « de recours » disposant, en plus d'une UNV, d'un accès à la neurochirurgie, à la neuroradiologie interventionnelle, à la chirurgie vasculaire, à la médecine physique et de réadaptation et éventuellement à la pédiatrie.
La montée en charge de l'organisation de cette filière requiert une bonne coordination des différents acteurs.

Cette coordination nécessite de :

- cartographier la filière AVC au niveau régional, au fur et à mesure de son évolution, et de la rendre lisible par les professionnels ;
- organiser la permanence des soins, notamment en mettant en place un réseau de Télémédecine AVC ;
- établir, diffuser et faire évoluer les protocoles de prise en charge ;
- faire le lien avec le réseau des urgences pour l'amont, et avec le secteur médico-social pour l'aval ;
- suivre les indicateurs d'évaluation, y compris pour le dimensionnement des structures (UNV, SSR, …) ;
- coordonner l'élaboration des actions d'information et de prévention.

1.2. Réduire les délais entre les symptômes et la prise en charge

L'AVC ischémique peut faire l'objet d'un traitement médicamenteux devant être administré le plus rapidement possible (thrombolyse par voie intraveineuse, dans les trois heures selon son autorisation de mise sur le marché et dans les quatre heures trente selon les recommandations de la SFNV[13]) après réalisation d'un examen de résonnance magnétique nucléaire (Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)) afin de s'assurer du diagnostic.

Le facteur temps est donc primordial dans la prise en charge de l'AVC, depuis la détection des symptômes jusqu'au transfert vers la structure adéquate.

La régulation des appels par le Centre 15 est un facteur de diminution des délais pré-hospitaliers, par la mobilisation du mode de transport le plus adapté et la meilleure orientation possible du patient. L'orientation des patients se fait en fonction des zones de territoire des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), et est révisable en fonction des créations d'UNV et du déploiement du réseau de télémédecine. Cette cartographie d'adressage doit être connue de l'ensemble des intervenants (ambulanciers, Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)).

La réduction des délais entre les symptômes et la prise en charge nécessite de :

Améliorer la détection des premiers signes :

[13] SFNV : Société Française Neuro-Vasculaire

- Amélioration de la détection des premiers signes (Cf. guide HAS[14]).
- « Réflexe 15 », comme pour les infarctus du myocarde.
- Formation des acteurs du pré-hospitalier à la détection des AVC (pompiers, ambulanciers, médecins généralistes, …)...

Améliorer l'orientation des patients :

Détection ➔ Appel au 15 qui procède à l'orientation vers une structure adéquate (soit vers une UNV, soit vers un site d'urgence équipé « Télémédecine AVC » avant transfert vers une UNV).

1.3. Mettre en place un réseau de Télémédecine AVC

L'inégalité d'accès aux soins pour les AVC en Champagne-Ardenne est principalement géographique. La mise en place d'un réseau de Télémédecine AVC est indispensable, à la fois pour compléter le maillage du territoire et rapprocher au maximum le site de prise en charge du patient, mais également, et dans un premier temps, pour organiser l'accompagnement de la création des nouvelles UNV par l'UNV de référence du CHU de Reims.

Le réseau de Télémédecine AVC cible la prise en charge de l'AVC en phase précoce. L'UNV de recours est reliée au site de prise en charge par un système de télémédecine qui permet à l'équipe experte de s'assurer du diagnostic d'AVC ischémique, de valider l'indication d'une thrombolyse et éventuellement d'en donner le « feu vert ». La thrombolyse chimique peut alors être réalisée à distance, sous la responsabilité de l'UNV de référence. Le patient est ensuite transféré rapidement en transport médicalisé vers l'UNV où est assurée la surveillance post-thrombolyse et où une thrombolyse intra-artérielle peut éventuellement être secondairement réalisée. Le patient ayant bénéficié d'une thrombolyse sur place peut être pris en charge quelques jours dans l'UNV en soins intensifs.

La mise en œuvre de ce dispositif est réalisée dans le cadre du programme régional de développement de la Télémédecine.

Programme Régional de Développement de la Télémédecine §4.4.1 Axe 1, action 1

Action 1 : Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux

Objectifs opérationnels :

Dès 2012, déploiement d'un pilote du service de Télé-AVC entre les sites du CHU de Reims et d'un autre centre hospitalier périphérique de la CHT Champagne-centre. Prise en charge effective d'au moins 10 patients en 2012.

A échéance du programme, le maillage de la région sera à déterminer selon une trame garantissant un temps de prise en charge raisonnable depuis tout point du territoire régional..

1.4. Améliorer la fluidité du circuit du patient entre les différentes structures de prise en charge

La fluidité de la filière AVC passe bien entendu par une bonne orientation des patients vers les UNV, mais également par l'organisation de l'aval des UNV pour désengorger celles-ci. L'orientation en SSR doit notamment être optimisée ainsi que, par voie de conséquence, la sortie de SSR vers les différents modes de prise en charge médico-sociale (Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services d'Accompagnement Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)) et de retour à domicile.

La première étape consistera à répertorier puis à mettre en relation l'ensemble des acteurs susceptibles de contribuer à la filière de prise en charge AVC, de l'amont (premier recours) à l'aval

[14] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830203

(SSR, MPR, USLD) du MCO, voire en aval de l'aval (structures médico-sociales et de retour à domicile).
Il s'agira ensuite de trouver et de formaliser (par conventions entre acteurs) les organisations adéquates.

2. Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans

Du fait de sa localisation centrale et de la disponibilité de tous les moyens médicaux complémentaires nécessaires (neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire), l'UNV du CHU de Reims sera renforcée dans son rôle de structure de recours.

Deux UNV supplémentaires seront créées au sein des centres hospitaliers de Troyes (Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Sud) puis de Charleville-Mézières (CHT Nord).

Le maillage du territoire sera complété par l'utilisation du réseau de Télémédecine AVC, qui permet une prise en charge sur les sites d'accueil des urgences non pourvus d'une UNV.

UNV : éléments de cahier des charges

L'ouverture d'une UNV répond à des préconisations précises édictées dans les recommandations de la HAS et les circulaires.

Elle impose notamment une dotation spécifique en matériel et en personnel médical, infirmier, aide-soignant et de rééducation précoce. La continuité des soins doit être organisée dans les établissements, conformément aux termes de la circulaire N°DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires.

Le plan national AVC met par ailleurs à disposition un outil de dimensionnement pour les UNV et les filières associées : http://www.sante.gouv.fr/IMG/xls/calculette_UNV_et_filiere_AVC.xls.

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

1. Prévention des AVC

Les facteurs de risques de l'AVC sont identiques à ceux des maladies cardio-vasculaires : hypertension artérielle, mauvaise alimentation, inactivité physique, alcool, tabac, diabète … Il est donc proposé au niveau national que désormais, les programmes de santé publique utilisent la terminologie « *cardio-neuro-vasculaire* » dans les actions de prévention. De plus, la fibrillation auriculaire multiplie par 3 à 5 les risques d'AVC, ce qui renforce d'autant la nécessité de mutualiser la prévention autour de ces deux pathologies.

Par ailleurs, il est nécessaire d'informer les professionnels de santé et le grand public sur la détection des symptômes potentiels de l'AVC, sur la conduite à tenir (appel au Centre 15) et sur la non-fatalité de cette pathologie : une prise en charge adaptée réduit la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles.

2. Articulation avec le champ médico-social

L'articulation avec le secteur médico-social est fondamentale pour assurer la fluidité de l'ensemble de la filière AVC, dans la mesure où celui-ci constitue « l'aval de l'aval ». La visibilité du maillage médico-social doit être assurée pour tous les acteurs de la filière, ainsi que pour les patients. Les objectifs sont de :

- Fluidifier le passage en lits d'aval et faciliter le retour au domicile.
- Améliorer la prise en charge du handicap acquis.

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

Orientation	Objectif opérationnel	indicateurs
Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée (l'entrée du patient dans la filière AVC)	Promouvoir le reflexe 15, comme pour les infarctus du myocarde	Nombre d'actions ciblées d'information du grand public
	Formation des acteurs du pré-hospitalier à la détection des AVC (pompiers, ambulanciers, médecins généralistes, …)	Nombre d'actions de formation à la détection des AVC
	Détection ==> appel au 15 qui fait l'orientation vers une structure adéquate : soit une UNV, soit un site d'urgence équipé « Télémédecine AVC » (puis transfert vers une UNV)	Protocole d'orientation élaboré et signé par les UNV et les 4 SAMU
		Proportion de patients AVC admis en UNV
		Proportion de patients admis en UNV ou Télé-AVC, mais ayant dépassé le délai thrombolyse
Disposer des outils nécessaires à la prise en charge spécifique des AVC en urgence : les UNV, réparties de façon adaptée sur le territoire régional, dotées de moyens humains et techniques suffisants	Création des UNV de Troyes, puis Charleville, dotées des moyens nécessaires. Renforcement de l'UNV de Reims comme UNV de recours.	Nombre d'UNV créées et fonctionnelles.
		Nombre de patients pris en charge par UNV
Mettre en place une « filière AVC » organisée, garantissant la prise en charge optimale de tout patient victime ou suspect d'AVC, depuis l'urgence extrême de la phase aigüe jusqu'au retour au domicile ou au secteur médico-social	cartographier la filière AVC au niveau régional, au fur et à mesure de son évolution, et la rendre lisible par les professionnels	Cartographie exhaustive (amont/premier recours, UNV et SAU, SSR et MPR, médico-social et aval) établie et diffusée.
	Mettre en place un réseau de Télé-AVC	Nombre de patients pris en charge en Télé-AVC
		Nombre de sites d'accueil des urgences équipés en Télé-AVC
	• faire le lien avec le réseau des urgences pour l'amont, avec le secteur médico-social pour l'aval	Nombre de conventions signées entre structures : UNV, SSR, MPR, et structures médico-sociales et de retour au domicile.

Glossaire

AIT : Accident Ischémique Transitoire
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAMSAH : Services d'Accompagnement Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours
SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UNV : Unité Neuro-Vasculaire
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

BIOLOGIE MEDICALE

BIOLOGIE MEDICALE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre Général 86
1. Présentation générale 86
2. Les enjeux 87
3. Références réglementaires 87

Chapitre 2 : Eléments du diagnostic régional 88
1. Organisation de l'offre de biologie médicale 88
1.1. Les laboratoires de biologie médicale hospitalière 90
1.2. Démographie médicale et paramédicale des laboratoires de biologie médicale hospitalière 94
1.3. Les laboratoires de biologie médicale libéraux 95
1.4. L'immunohématologie 98
2. La permanence des soins pour la biologie médicale 102

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 103
1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale 103
2. Fixer les règles d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale 103
3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale 103

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'action 104
1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale 104
2. Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale 105
2.1. Mettre en place une organisation graduée de l'activité de la biologie médicale hospitalière à l'échelle des territoires 105
2.2. Identifier et renforcer le rôle de recours régional du CHU 106
2.3. Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents 106
2.4. Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires 107
2.5. Dérogation à la règle d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale 107
3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale pour les établissements de santé publics 107
3.1. Identifier les coopérations efficientes entre laboratoires de biologie médicale hospitalière 107
3.2. Envisager des mutualisations de moyens pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation, ... 108

Chapitre 5 : Schéma cible envisagé 109

Chapitre 6 : Transversalité 111
1. SROS Ambulatoire 111
2. Volet Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) du SROS Hospitalier 111
3. Volet périnatalité 111

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi 112

Glossaire 116

Chapitre 1 : Cadre Général

La biologie médicale est un élément essentiel du parcours de soins, déterminante pour le dépistage, le diagnostic et le suivi des pathologies. Chaque patient doit pouvoir accéder, sur son territoire de santé, à une biologie médicale de qualité prouvée et au juste coût.

1. Présentation générale

L'article 69 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 annonce les grands principes de la réforme de la biologie médicale.
Ces principes sont notamment :

- l'harmonisation des dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;
- la garantie de la qualité des examens de biologie médicale grâce à la procédure d'accréditation ;
- le caractère médical de l'activité ;
- la redéfinition des missions de biologiste, du personnel technique ;
- la mise en place de mesures assurant la pérennité de l'offre de biologie médicale dans les territoires ;
- la recherche de l'efficience.

Le présent volet a pour objet d'organiser la biologie médicale hospitalière dans la région tout en préservant le meilleur accès à une biologie médicale de qualité pour la population régionale.
Il s'est attaché, au niveau du diagnostic, à une approche globale de la biologie médicale publique et privée, de manière à restituer une vision régionale de cette activité et à proposer, plus spécifiquement pour la biologie médicale hospitalière, les orientations stratégiques de son organisation régionale.

Il prend en compte l'activité de biologie médicale à l'exclusion :

- des activités spécialisées de diagnostic prénatal et d'aide à la procréation ;
- de l'anatomo-pathologie ;
- de la génétique post natale.

Les articles L6211-1 du Code de la santé publique prévoit que l'examen de biologie médicale « *est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain* ».

L'article L6211-2 complète et précise que cet examen « *se déroule en trois phases :*

- *La phase préanalytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon jusqu'à l'endroit où il est analysé ;*
- *La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;*
- *La phase post analytique, qui comprend la validation des résultats, l'interprétation contextuelle du résultat, la communication appropriée du résultat au prescripteur et […] au patient*[15]*, dans un délai compatible avec l'état de l'art.* »

[15] La communication des résultats au patient doit être effectuée dans le respect des conditions fixées par l'article L1111-2 du code de la santé publique

2. Les enjeux

- Accompagner la mise en œuvre de la réforme qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.

- Fixer, dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), des règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.

- Prévoir, dans le cadre du SROS, les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale.

3. Références réglementaires

- Décret n°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale.

- Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

- Instruction n°DGOS/R2/2010/333 du 9 septembre 2010 relative aux demandes d'ouverture de laboratoire de biologie médicale.

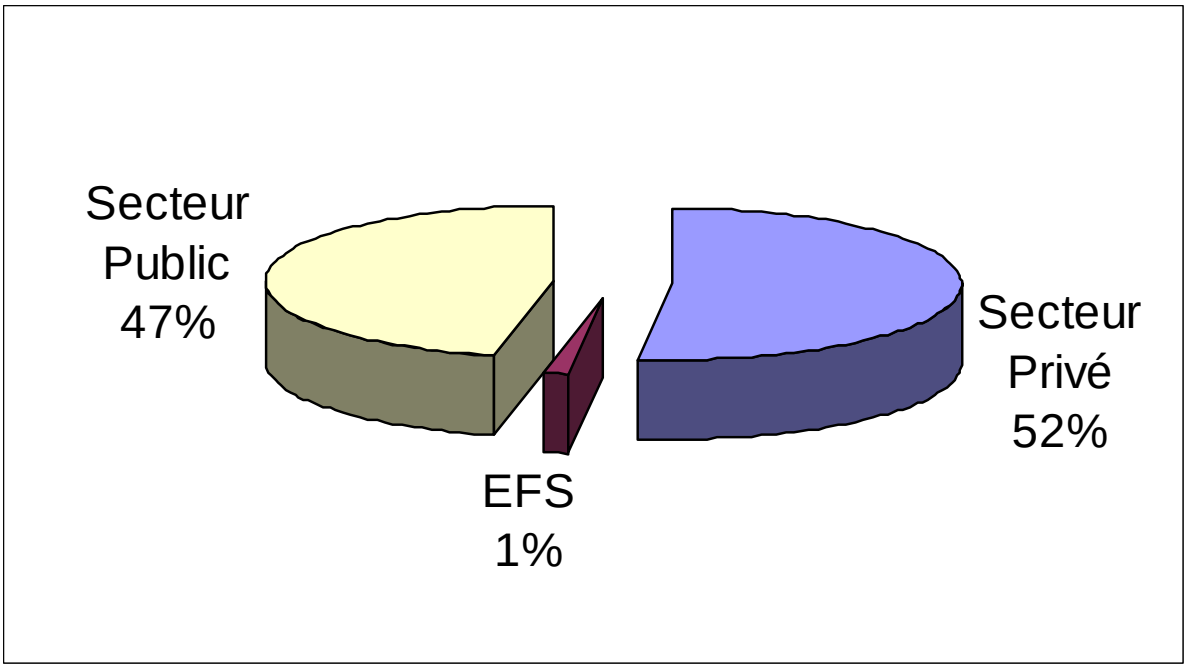
Chapitre 2 : Eléments du diagnostic régional

1. Organisation de l'offre de biologie médicale

En Champagne Ardenne, les examens de biologie médicale sont réalisés par :

- les laboratoires de biologie médicale hospitalière ;
- les laboratoires de biologie médicale installés en ville ;
- les laboratoires de l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Répartition des volumes d'activité entre laboratoires publics, privés et EFS en 2010



Source enquête biologie ARS 2010

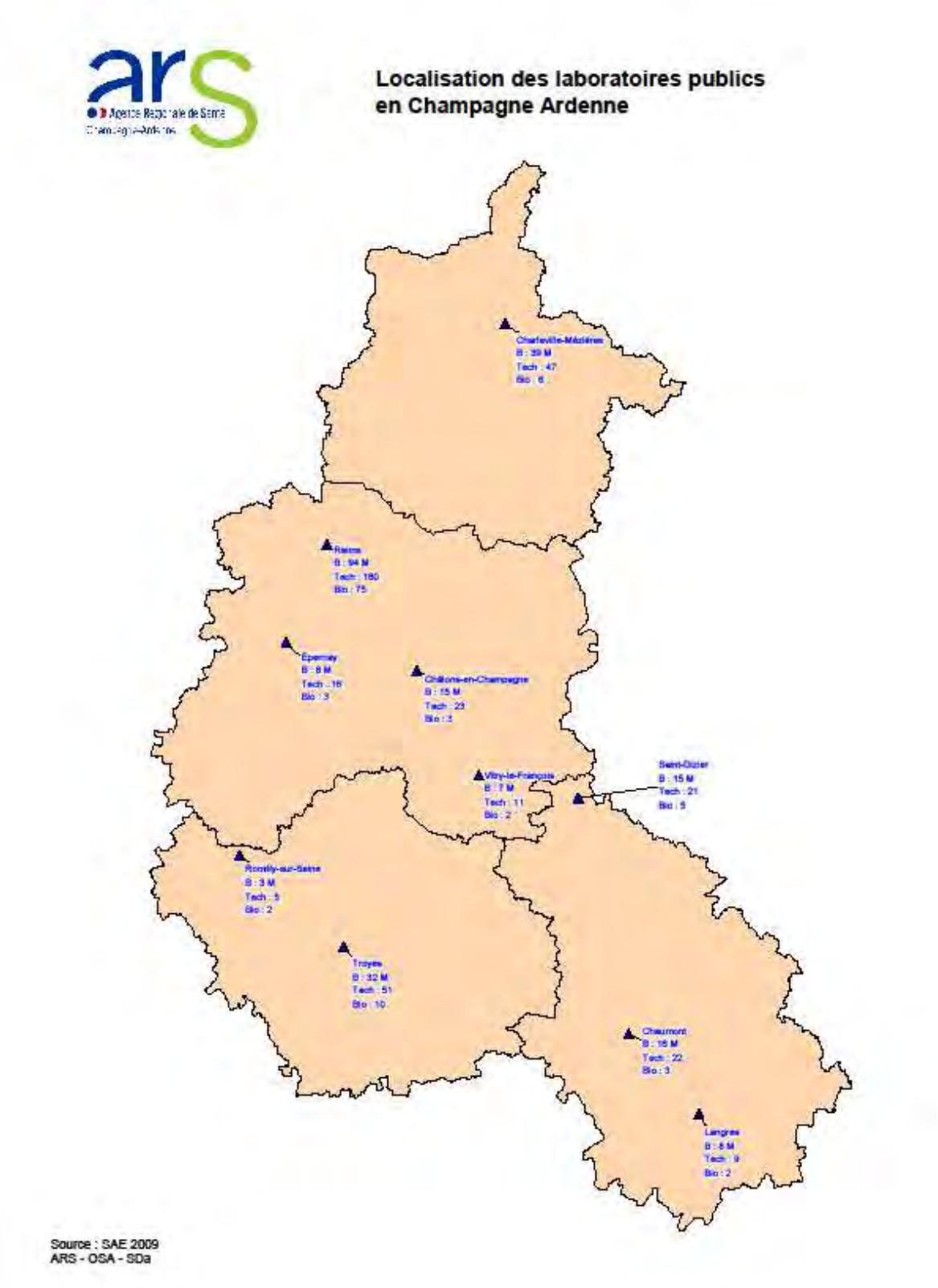
L'activité des laboratoires de l'EFS est étudiée dans le chapitre sur l'activité d'immunohématologie du présent volet.

Localisation des laboratoires publics et privés et nombre d'actes de biologie en Champagne Ardenne



1.1. Les laboratoires de biologie médicale hospitalière

Dix établissements de santé publics ayant une activité de Médecine Chirurgie Obstétrique et le Centre de Lutte contre le Cancer Jean Godinot disposent d'un laboratoire de biologie médicale en Champagne-Ardenne.



Approche territoriale de l'activité de biologie médicale hospitalière

250 millions d'actes de biologie médicale (= « *de B*[16] ») ont été produits en 2010 pour les patients hospitalisés et pour les patients en soins externes dans les établissements de santé publics et Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), soit millions de 174 millions de B dans le territoire Nord et 76 millions de B dans le territoire Sud (*Source : enquête biologie ARS, année 2010*).

L'activité sous-traitée par les laboratoires de biologie médicale hospitalière de la région est relativement faible avec un taux de 2% en 2010.

En revanche, près de 37 millions d'actes de biologie médicale, soit 15% de l'activité totale des laboratoires de biologie médicale hospitalières, ont été réalisés en 2010 pour le compte d'autres établissements de santé publics ou privés.

Territoire Nord

Territoire Nord	CH de charleville	CHU de Reims	Institut Jean Godinot	CH d'Epernay	CH de Vitry le François	CH de Châlons
Nombre de séjours	43 870	92 240	34 838	12 230	7 093	17 320
Passage aux urgences	33 893	46 747		16 048	9 915	19686
Nombre de B (y compris BHN)	**39 471 314**	**99 996 620**	**6 964 762**	**8 355 496**	**7 299 144**	**12 406 542**
dont Nombre de BHN	1 230 516	31 585 216	2 229 575	NR	16 815	71 360
Pourcentage de BHN	3,12%	31,59%	32,01%	NR	0,23%	0,58%
dont Nombre de B et BHN produits pour un autre ES	7 787 576	24 023 274	1 730 000	278 675	78 802	365 542
Pourcentage de B et BHN produits pour un autre ES	**20%**	**24%**	**25%**	**3%**	**1,08%**	**2,95%**
Sous traitance en nombre de B (y compris BHN)	1 524 358	1 800	631 583	254 364	305 352	627 900
Taux de sous-traitance	**4%**	**0,18%**	**9%**	**3%**	**4%**	**5%**

Source Enquête régionale sur la Biologie médicale

Le territoire Nord se compose de 13 établissements de santé : 7 Centres Hospitaliers (CH) MCO, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims, le Centre de lutte contre le Cancer, 4 anciens établissements locaux. Parmi ces 13 établissements de santé, 6 possèdent un laboratoire de biologie médicale hospitalière. Trois laboratoires de biologie médicale hospitalière ont un volume d'activité supérieur à 10 millions de B.

Le CH de Charleville prend en charge les examens de biologie médicale du CH de Sedan, et répond aux demandes d'examens de biologie médicale pendant les horaires de permanence des soins pour les CH de Nouzonville et de Fumay. L'activité de biologie médicale réalisée pour le compte d'autres établissements représente 20% de l'activité totale du CH de Charleville.

[16] Cf. Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM)

Le CH de Châlons-en-Champagne prend en charge les examens de biologie médicale du CH de Sainte-Menehould et de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSMM). Cette activité reste cependant marginale (2.95% de l'activité globale) au regard de l'activité globale du laboratoire de biologie médicale de l'établissement, qui provient essentiellement des patients hospitalisés.

Au regard du volume d'activité, le CHU de Reims possède le plus important laboratoire de biologie médicale hospitalière de la région, tant au niveau de la biologie médicale de routine qu'au niveau de la biologie médicale spécialisée ou de recours. Le rôle de recours régional du CHU est reconnu par la communauté des biologistes hospitaliers de la région. Le volume d'examens hors nomenclature produit par l'établissement apporte un éclairage sur l'activité de pointe développée par l'établissement dans le domaine de la biologie médicale.
D'autre part, il apparaît que le CHU réalise 24% de son activité de biologie médicale pour le compte d'autres établissements de la région. Néanmoins à l'exception du partenariat avec l'Institut Jean Godinot, dans le cadre de la plate-forme régionale de biologie médicale innovante, il existe peu de coopérations formalisées entre le CHU et les autres laboratoires de biologie médicale hospitalière de la région.

L'activité du laboratoire de biologie médicale de l'Institut Jean Godinot concerne essentiellement des examens de d'examens de biologie médicale spécialisés.

Etant donné la proximité géographique de l'Institut Jean Godinot avec le CHU et le partenariat existant entre ces établissements de santé, une étude approfondie des examens de biologie médicale réalisée dans ces deux structures permettrait d'identifier de nouvelles pistes de coopération.

Alors que l'entrée dans la démarche d'accréditation se traduira inévitablement par une augmentation des coûts de structure des laboratoires de biologie médicale hospitalière, les projets de coopération dans le domaine de la biologie médicale restent peu développés par les autres établissements du territoire. Le développement de coopérations en matière de biologie médicale représente un enjeu fort pour les établissements de santé du territoire nord et leurs laboratoires de biologie médicale hospitalière.

Territoire Sud

Le territoire Sud se compose de 11 établissements de santé : 5 Centres Hospitaliers MCO, 6 établissements « *ex-hôpitaux* » locaux. Parmi ces 11 établissements de santé, 5 possèdent un laboratoire de biologie médicale hospitalière. Trois laboratoires de biologie médicale hospitalière ont un volume d'activité supérieur à 10 millions de B.

Territoire Sud					
	GHAM Romilly	CH de Troyes	CH de St Dizier	CH de Chamont	CH de Langres
Nombre de séjours	4 110	61 740	13 905	13 389	5 461
Passage aux urgences	14 259	31 462	18 402	11 005	8 001
Nombre de B (y compris BHN)	**3 230 000**	**38 938 493**	**14 118 278**	**13 511 924**	**6 318 432**
Dont Nombre de BHN	NC	4 115 939	168 317	212 285	36 400
Pourcentage de BHN	NC	10,57%	1,19%	1,57%	0,58%
dont Nombre de B et BHN produits pour un autre ES	NC	191 584	951 544	46 877	810 160
Pourcentage de B et BHN produits pour un autre ES	NC	0,49%	6,74%	0,35%	12,82%
Sous traitance en nombre de B (y compris BHN)	500 000	788 536	740 669	266 543	196 291
Taux de sous-traitance	**15,48%**	**2,03%**	**5,25%**	**1,97%**	**3,11%**

Source Enquête Biologie, PMSI

Trois établissements de santé du territoire sont aujourd'hui impliqués dans des projets de coopération sur la biologie médicale. Le Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM - dont l'activité est de 3.2 millions de B) et le CH de Troyes ont un projet de convention de coopération pour la biologie dite non urgente
Le CH de Saint-Dizier, le CH de Vitry-le-François et le CH de Bar le Duc travaillent ensemble à la mise en œuvre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens pour la réalisation des examens de biologie médicale.
Ces projets de coopération seront vraisemblablement mis en œuvre dans le cadre du présent SROS.

Cependant il serait souhaitable que d'autres projets de coopération sur la biologie médicale se développent dans le territoire Sud.

L'organisation du recours régional

Le laboratoire de biologie médicale hospitalière fait partie du plateau technique des établissements de santé. La sophistication des techniques, notamment en biologie moléculaire, interdit l'émiettement des moyens qui conduirait à un sous-équipement des laboratoires de biologie médicale hospitalière. La plate-forme régionale de biologie médicale innovante implantée au CHU a été créée dans cette optique. Il s'agit d'une plate-forme d'appui dont l'objet est de répondre aux besoins en examens spécialisés de la population régionale, notamment en matière de biologie moléculaire des cancers. D'autres plates-formes spécialisées doivent être organisées sur un schéma comparable.

1.2. Démographie médicale et paramédicale des laboratoires de biologie médicale hospitalière

Territoire Nord						
	CH de Charleville	CHU de Reims	Institut Jean Godinot	CH d'Epernay	Ch de Châlons	CH de Vitry le François
Effectif en ETP Biologiste	6	51	2,55	2,6	7	2
Effectif en ETP Techniciens	47	161	7,9	16	23	9,25
Territoire Sud						
	GHAM - CH Romilly	CH de Troyes	CH de St Dizier	CH de Chaumont	CH de Langres	
Effectif en ETP Biologiste	1,2	6,7	3,5	3	2	
Effectif en ETP Techniciens	5	41,5	18	22	9	
Sources SAE 2009, enquête Biologie						

En 2010, environ 10 000 biologistes étaient en activité[17]. La biologie médicale est, comme de nombreuses spécialités, soumise à un vieillissement accentué de ses effectifs. En 1999, 31% des biologistes avaient 50 ans et plus. Selon les projections effectuées en 1999, la part des biologistes de 50 ans et plus représenterait 51.3% des biologistes en 2010 et 56.2% en 2020.

En Champagne Ardenne, 87.9 ETP de biologistes hospitaliers ont été dénombrés en 2010, lors de l'enquête régionale sur la biologie médicale. La région n'échappera pas au vieillissement de la population des biologistes hospitaliers et à la diminution attendue des effectifs dans les dix prochaines années. Les perspectives démographiques ainsi que les évolutions réglementaires, qui imposent notamment la présente d'un biologiste responsable dans chaque site ouvert, nécessitent de réfléchir à des ajustements progressifs et plaident en faveur de la mise en place de coopérations et de regroupement de structures.

La biologie médicale de recherche et d'innovation développée notamment au CHU fait également partie de la réflexion à engager en région, afin d'anticiper les changements organisationnels futurs au regard des besoins en effectif et en formation des biologistes. Le maintien d'une biologie hospitalo-universitaire de haut niveau est une dès condition de la poursuite des activités de recherche, non seulement en biologie, mais dans l'ensemble des disciplines cliniques pour lesquelles la biologie est un soutien majeur. Elle garantit également le bon niveau de formation des étudiants et de l'expertise scientifique.

On dénombre 359.65 ETP de techniciens de biologie médicale au sein des laboratoires de biologie médicale hospitalière de la région en 2010.

[17] Drees, Etudes et Résultats, février 1999

1.3. Les laboratoires de biologie médicale libéraux

Le secteur libéral est composé de nombreux laboratoires polyvalents. L'enquête régionale sur la biologie médicale a permis d'identifier, par entité juridique, le lieu d'implantation des sites des laboratoires de biologie médicale privés.

Entité Juridique	Lieu d'implantation	nombre de sites
Laboratoire de Bar-sur-Aube	BAR-SUR-AUBE	1
GURY/(laboratoire de Bar-sur-Seine)	BAR-SUR-SEINE	1
CRAVERO	CHALONS-EN-CHAMPAGNE	1
DALLE	CHALONS-EN-CHAMPAGNE	1
LEGENTIL	CHALONS-EN-CHAMPAGNE	1
ROSE-COURTILLY-THEILLIER	CHARLEVILLE-MEZIERES	1
BIO ARD'AISNE	CHARLEVILLE-MEZIERES-RETHEL	3
BELLIER	EPERNAY	1
BOSSERT-BARROIS	EPERNAY	1
Laboratoire des Archers	EPERNAY	1
Hippodrome	FISMES - REIMS	3
LAURENT-THIBORD	LA CHAPELLE SAINT LUC	1
COLLAS-HEBERT	MONTMIRAIL	1
Laboratoire de l'Hôtel Dieu	NOGENT-SUR-SEINE	1
COMBREMONT	REIMS	1
LAPSIEN	REIMS	1
ROUALET	REIMS	1
BIOXA	REIMS - TINQUEUX	9
Laboratoire de la Gare	ROMILLY-SUR-SEINE	1
LIMASSET	SAINT-DIZIER	1
NGUYEN/(laboratoire de Sainte-Savine)	SAINTE-SAVINE	1
NORDEN	SEDAN-REVIN-GIVET	4
ROUSSEAU-GUIOT/(laboratoire de la Halle)	SEZANNE	1
CONTINANT-DROMIGNY	TROYES	1
Dr HADJADJ	TROYES	1
Laboratoire du 1er RAM	TROYES	1
Laboratoire du Parvis de la Gare	TROYES	1
MOLLET/(laboratoire Pasteur)	TROYES	1
TANG-LAHITETE	VITRY-LE-FRANCOIS	1
DOUCET	WASSY	1
BIO SANTE	CHAUMONT-St Geosmes - Joinville	5
DELVINCOURT/(laboratoire Pommery)	REIMS	1
ENOCH-LAHITETE	SAINT-DIZIER	1
Laboratoires du Val de Meuse	SAINTE-MENEHOULD	1
MAILLET	TROYES	1
POUILLOT-MAIRE	TROYES	1

Source Enquête biologie ARS 2010, Données Assurance Maladie

La région comprend 35 entités juridiques et 60 sites répartis sur les deux territoires de santé. Cinq laboratoires de biologie médicale sont multi-sites : 4 dans le territoire Nord et 1 dans le territoire Sud.

Approche territoriale de l'activité des laboratoires de biologie médicale privés

Environ 303 millions de B ont été produits en 2010[18] par les laboratoires de biologie médicale privés : 200 millions dans le territoire nord, 102 millions dans le territoire sud.

[18] Données issues des bases de l'assurance maladie – Année 2010

Au regard de l'enquête régionale sur la biologie médicale en 2010, le taux de sous-traitance est de 17%.



Source : FINESS au 30/06/2011, ERASME - remboursements 2010
ARS - OSA - SDa

Territoire Nord

Territoire Nord Lieu d'implantation	Nombre de sites / laboratoires par lieu d'implantation	Total en B
Châlons	3	18 798 310
Vitry le François	1	9 361 095
Reims	15	82 357 545
Tinqueux	1	3 662 704
Epernay	3	19 511 918
St Menehould	1	2 511 139
Montmirail	1	1 146 448
Sezanne	1	4 589 176
Charleville	4	25 645 700
Fismes	1	2 752 950
Sedan	2	12 134 981
Revin	1	2 326 385
Rethel	1	11 019 511
Givet	1	4 394 638
Total	**36**	**200 212 500**

Source Enquête biologie ARS 2010

Six villes du territoire nord concentrent une activité de biologie médicale supérieure à 10 millions de B, notamment à Reims (82millions de B), Charleville (25 millions de B), Epernay (19 millions de B) et Châlons-en-Champagne (18 millions de B).

Territoire Sud

Territoire Sud Lieu d'implantation	Nombre de sites / labo par lieu d'implantation	Total en B
Romilly	1	7 624 479
Troyes	8	39 899 571
La Chapelle St Luc	1	4 975 645
Sainte Savine	1	2 578 937
Bar sur Seine	1	1 597 792
Nogent sur Seine	1	1 947 004
Bar sur Aube	1	1 597 792
Wassy	1	1 788 434
ST Dizier	2	10 638 641
Joinville	1	1 906 861
Chaumont	4	20 839 170
Langres (St Geosmes compris)	2	6 852 006
Total	**24**	**102 246 332**

Source Enquête biologie ARS 2010

En 2010, le territoire Sud comprend 16 laboratoires de biologie médicale, dont un laboratoire multi-site. Trois villes du territoire concentrent une activité en biologie médicale supérieure à 10 millions de B.

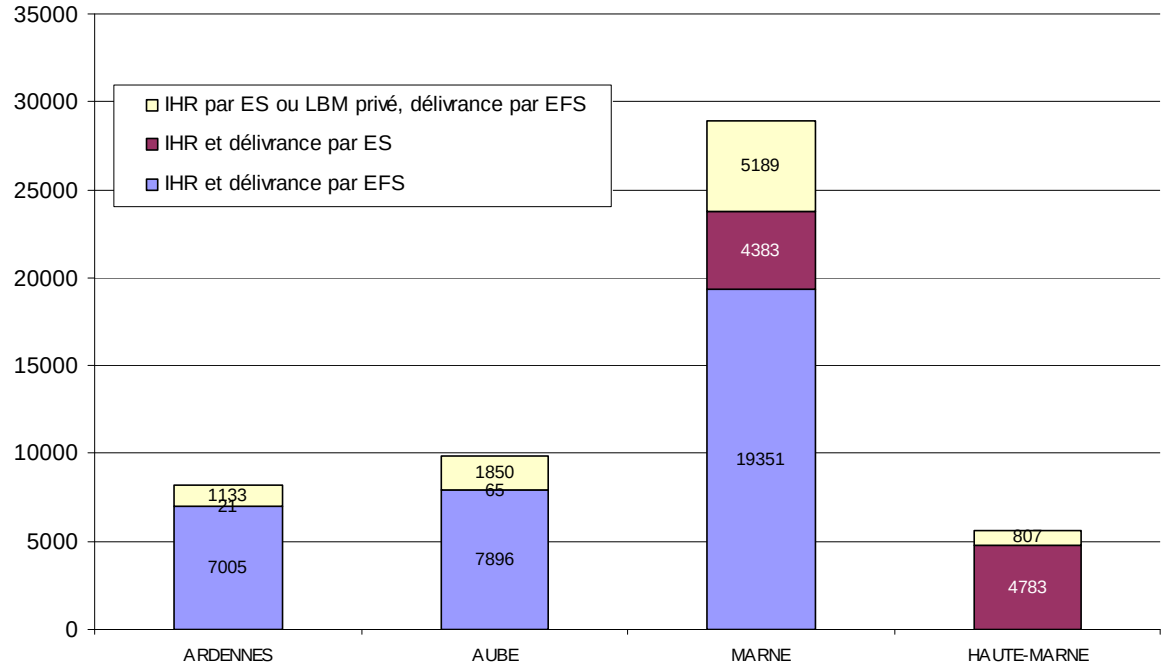
1.4. L'immunohématologie

Lien avec l'activité transfusionnelle

L'activité d'ImmunoHématologie Receveur (IHR) est pratiquée par les laboratoires des établissements de santé (ES) publics, les laboratoires de biologie médicale (LBM) du secteur privé et les laboratoires des Etablissements Français du sang (EFS). Dans tous les cas, la délivrance[19] de produits sanguins labiles (PSL) n'est effectuée que sur présentation des résultats d'analyses IHR pré-transfusionnelles obligatoires et se doit de respecter les règles de bonnes pratiques[20] permettant d'assurer une sécurité transfusionnelle optimale.

Pour 83% des PSL transfusés dans la région, l'activité d'IHR et la délivrance de PSL pour un patient donné sont pratiquées sur le même établissement (EFS ou ES). Par contre, pour 17% des PSL transfusés, l'IHR est effectuée dans un laboratoire autre (majoritairement privé) que le site EFS qui délivre les PSL (voir graphique suivant).

Nombre de PSL transfusés par département selon le laboratoire effectuant l'IHR et le site de délivrance des PSL



Source : rapports d'activité d'hémovigilance 2010

Laboratoires des établissements de santé publics

Pour les laboratoires des ES publics, l'activité d'IHR représente actuellement entre 2 et 5% de l'activité globale du laboratoire, en termes de nombre de B générés.

Pour la plupart de ces laboratoires, il s'agit des examens pré-transfusionnels « de routine » : groupe sanguin ABO-Rh (B35) et phénotype Rh-Kell (B40), parfois étendu à d'autres systèmes (B15), Recherche d'Agglutinines Irrégulières (ou RAI, B42) et test direct à l'antiglobuline (Coombs direct, B15 +15). Quelques laboratoires d'ES publics effectuent aussi des épreuves directes de compatibilité, des identifications et titrages d'anticorps, bien que ces analyses « spécialisées » plus élaborées et coûteuses soient le plus souvent réalisées dans les laboratoires des EFS.

[19] Délivrance : mise à disposition de produits sanguins labiles sur prescription médicale en vue de leur administration à un patient déterminé. Elle est effectuée en veillant à la compatibilité immunologique, dans le respect de la prescription médicale et de la mise en œuvre des règles d'hémovigilance.
[20] Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique.

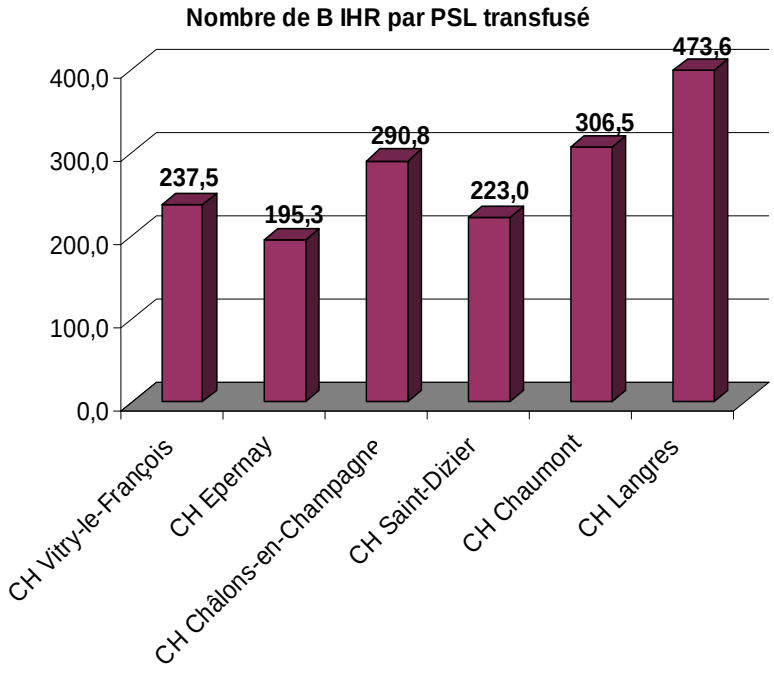
Parmi les 34 ES transfuseurs de la région Champagne-Ardenne, 6 ont un **dépôt de délivrance** (DD)[21] de PSL (3 dans la Marne et 3 dans la Haute-Marne) dont l'activité d'IHR et transfusionnelle est présentée dans le Tableau 1 qui suit :

Tableau 1 : Activité d'IHR et transfusionnelle des ES possédant un dépôt de délivrance, en 2010

ES	Activité IHR	Part des PSL transfusés délivrés par le DD	PSL délivrés par le DD	PSL transfusés	Malades transfusés
CH de Vitry-le-François	276447 B	82%	964	1164	208
CH d'Epernay	296850 B	72%	1086	1520	374
CH de Châlons-en-Champagne	494000 B	95%	1601	1699	406
CH de Saint-Dizier	536560 B	97%	*	2406	533
CH de Chaumont	456000 B	100%	*	1488	397
CH de Langres[22]	421000 B	99%	878	889	149

*Les nombres de PSL délivrés par les dépôts de délivrance des CH de Saint-Dizier et de Chaumont ne concernant pas toute l'année 2010, ils ne sont donc pas utilisables. **DD** : dépôt de délivrance. **PSL** : produits sanguins labiles.

Source : Enquête auprès des établissements concernés et rapports d'activité d'hémovigilance 2010



Source : Enquête auprès des établissements concernés et rapports d'activité d'hémovigilance 2010

On constate une variation importante d'un ES à un autre du nombre de B IHR par PSL transfusé. Les raisons de ces variations seront étudiées.

[21] Dépôt de délivrance : dépôt qui conserve des PSL distribués par l'EFS référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'ES.
[22] Le dépôt de délivrance du CH de Langres assure aussi la délivrance de PSL pour la Clinique de la Compassion.

L'implantation de ces DD est justifiée par l'activité transfusionnelle soutenue de ces établissements (entre 900 et 2400 PSL transfusés/année) et leur éloignement (en temps et en distance) du site EFS de distribution de PSL. Les arrêtés du 17 avril 2007 relatifs aux Schémas d'Organisation de la Transfusion Sanguine (SOTS) des régions EFS Nord-de-France et Lorraine-Champagne ont fixé la liste des dépôts de sang de la région Champagne-Ardenne et il n'est pas prévu de modification de ces dépôts dans le cadre du prochain SOTS 2012.

Ces 6 DD sont gérés chacun par le laboratoire de biologie du CH qui effectue aussi les examens d'IHR. Le but de ces dépôts est de permettre une accessibilité et une sécurité transfusionnelle optimale pour les patients hospitalisés dans l'établissement, renforcée par le lien étroit entre la réalisation des actes d'IHR et la délivrance de PSL. Il est donc important que les établissements de santé délivrant des PSL assurent l'activité IHR pour ces mêmes patients.

Le fonctionnement d'un dépôt de sang est réglementairement sujet à de très hauts standards de qualité (les mêmes que pour l'EFS). La gestion d'un dépôt de délivrance représente donc un réel investissement pour l'ES, en termes de coûts, de temps de travail et de formations spécialisées du personnel encadrant et assurant la délivrance des PSL, ces paramètres devant être pris en compte dans le détail des activités de ces laboratoires. Tout dépôt de sang est soumis à autorisation de l'ARS, après avis de l'EFS et du coordonnateur régional d'hémovigilance, renouvelée tous les 5 ans.

Laboratoires de biologie médicale du secteur privé

Les LBM du secteur privé assurent l'activité IHR pour tous les ES qui ne possèdent pas de laboratoire propre effectuant cette activité. Il s'agit principalement d'ES privés (14), mais aussi de 5 ES publics (Groupement Hospitalier Sud Ardennes (GHSA) - sites de Rethel et de Vouziers pour 20% des PSL transfusés, CH d'Argonne, Hôpitaux locaux de Bar-sur-Aube et de Bar-sur-Seine).

Idéalement, les résultats d'IHR effectués dans ces laboratoires privés sont transmis en formats pivots à l'EFS référent par le biais du système informatique ERA (Echange de Résultats d'Analyses). L'EFS peut donc intégrer ces résultats dans sa base de données. La délivrance de PSL par l'EFS ne se fait cependant qu'après présentation des documents originaux des résultats d'analyse requis pour la transfusion (carte de groupe et RAI valides).

Actuellement, seul l'EFS a accès aux données d'ERA. Un dépôt de délivrance d'ES ne peut donc pas récupérer informatiquement ces résultats et doit les saisir manuellement dans sa base de données, voire effectuer une nouvelle détermination de groupe sanguin à des fins de sécurité.

Laboratoires des Etablissements Français du sang (EFS)

L'IHR est effectuée par le laboratoire du site EFS, en lien direct avec l'activité de délivrance des PSL pour un patient donné, sur les 3 sites hospitaliers les plus « gros transfuseurs » de la région. Ces sites représentent 65% de l'activité transfusionnelle régionale (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Lien IHR et délivrance de PSL en 2010 sur les sites EFS

Département	Sites EFS	Activité IHR annuelle de l'EFS	Nombre total de PSL transfusés et PSL délivrés par l'EFS dans le département	ES nombre de PSL transfusés pour lesquels IHR et délivrance sont faites par l'EFS	Part des PSL délivrés par l'EFS dont IHR faite à l'EFS
Ardennes	**Charleville-Mézières**	1 783 076 B	**8189** 8138 délivrés par l'EFS*	CH de Charleville GHSA Rethel (80%) GHSA Vouziers (80%) CH de Sedan (7005 PSL transfusés)	86%
Aube	**Troyes**	1 717 045 B	**9811** 9746 délivrés par l'EFS*	CH de Troyes (7896 PSL transfusés)	81%
Marne	**Reims**	3 800 000 B	**28923** 24501 délivrés par l'EFS*	CHU de Reims Institut Jean Godinot Centre de soins EFS (19 351 PSL transfusés)	79%
Haute-Marne	**aucun**	0	**5590** 807 délivrés par l'EFS de Troyes ou Nancy*	aucun	0%

*Les autres PSL sont délivrés par des dépôts de délivrance et d'urgence des ES.Source : Enquête auprès des sites EFS concernés -201 Source : Enquête auprès des établissements concernés et rapports d'activité d'hémovigilance 2010

Objectifs et propositions pour l'activité d'immunohématologie

Renforcer le lien entre l'activité d'IHR et la délivrance de PSL

Le lien entre IHR et délivrance de PSL est assuré sur un même site EFS ou ES pour 83% des PSL transfusés, ce qui est un gage de qualité et de sécurité transfusionnelle.

- *Il faut maintenir et promouvoir ce lien. Là où ce n'est pas possible, il faut travailler, en collaboration avec l'EFS, à assurer une transmission informatique sûre et efficace des résultats d'analyses d'IHR au site de délivrance (EFS et éventuellement les dépôts des ES). Là où la transmission informatique ne se fait pas encore, il faut tâcher d'en comprendre les raisons. Un projet de réseau régional informatique pour la transfusion est d'ailleurs envisagé et faciliterait les échanges de données entre les divers acteurs (EFS, ES, LBM privés).*

Les propositions :
Des groupements de coopération sanitaire entre 2 ES ou plus pourraient se mettre en place pour la gestion de dépôts de délivrance, dans le cadre d'évolutions législatives (👁 Schéma sur La Transfusion Sanguine).

- *Dans l'esprit de conserver le lien entre IHR et délivrance, il faudra tenter de récupérer sur l'ES possédant le dépôt de délivrance la globalité de l'activité IHR pour les malades et PSL transfusés concernés.*

Harmoniser des pratiques sur la pertinence des examens

Il existe des variations importantes d'activité d'IHR entre les différents ES.

Les propositions :

- *Ces données feront l'objet d'une étude approfondie détaillant les activités d'IHR de chaque ES et analysant leur cohérence vis-à-vis de l'activité transfusionnelle.*
- *Tout en veillant au respect des bonnes pratiques transfusionnelles, il sera éventuellement aussi intéressant de revoir la pertinence de la fréquence de certains examens au sein de chaque ES, et de redistribuer la pratique d'examens d'IHR spécialisés plus élaborés et coûteux (moins rentables car effectuées peu fréquemment) actuellement effectués par des laboratoires d'ES vers les laboratoires des sites EFS référents.*

Finalement, il sera important d'étudier l'impact qu'aura la réforme des conditions de réalisation des analyses d'immunohématologie prévue sur les bonnes pratiques transfusionnelles et l'activité des différents laboratoires.

Indicateurs de suivi de l'activité IHR :

- Taux de PSL transfusés avec concordance de site pour l'IHR et la délivrance de PSL
- Nombre de B IHR par PSL transfusé

2. La permanence des soins pour la biologie médicale

La permanence des soins s'organise sur chaque territoire de santé et concerne l'ensemble des laboratoires, quel que soit leur statut (art. L6212-3 du Code de santé publique).

Selon l'enquête régionale sur la biologie médicale, 4.7 millions d'examens ont été produits en 2010 pendant les horaires de permanence des soins, dont près de 4 millions d'examens par les laboratoires de biologie médicale hospitalière. Onze laboratoires de biologie médicale privés ont eu une activité pendant les horaires de permanence des soins en 2010

L'ensemble des laboratoires de biologie médicale hospitalière est ouvert pendant les horaires de permanence des soins (la nuit et le week-end à partir du samedi à 12 heures).

Selon l'enquête régionale sur la biologie, sur les sites d'Epernay, Langres et Chaumont, le laboratoire de biologie médicale hospitalière est le seul opérateur ouvert pendant les horaires de permanence des soins.

L'activité des laboratoires de biologie médicale publics et privés durant les heures de permanence des soins se concentre dans les villes de Charleville-Mézières, Saint-Dizier, Reims, Epernay, Troyes, Vitry-le-François et Châlons-en-Champagne. Sur ces différents sites, le laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier et le laboratoire de biologie médicale privé ouvert, assurent par une astreinte à domicile ou une garde sur place en biologie médicale pour la prise en charge des demandes d'examens urgents qui leur parviennent.

A Rethel, le laboratoire de biologie médicale privé réalise les examens de biologie médicale pendant les horaires de permanence des soins.

Le diagnostic régional de biologie médicale :

montre que les laboratoires de biologie médicale publics ou privés sont présents sur l'ensemble du territoire régional ;

impose la définition d'une stratégie régionale pour l'organisation de la biologie médicale hospitalière ;

positionne le développement de la coopération au cœur de l'organisation régionale de la biologie médicale hospitalière ;

conforte l'assise régionale du CHU pour la prise en charge d'examens de biologie médicale spécialisée ou de recours ;

permet de faire émerger des regroupements pertinents entre établissements de santé publics, de réfléchir à la possibilité de coopération(s) entre acteurs publics et privés,

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

Les objectifs nationaux du volet biologie médicale du SROS hospitalier sont déclinés au niveau régional

1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale

Veiller à la mise en œuvre de l'accréditation complète de tous les laboratoires de biologie médicale publics et privés dans les délais imposés par les textes.

2. Fixer les règles d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

- Mettre en place une organisation graduée de l'activité de la biologie hospitalière à l'échelle des territoires.
- Identifier et renforcer le rôle de recours régional du CHU.
- Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents.
- Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires.

3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale

- Identifier les coopérations efficientes entre laboratoires de biologie médicale hospitalière.
- Schéma cible envisagé à l'échéance du présent schéma
- Envisager des mutualisations de moyens pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'action

1. Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale réforme le secteur de la biologie médicale en harmonisant les dispositions relatives aux laboratoires publics et privés, en édictant des mesures propres à assurer la pérennité de l'offre de soins et en fixant les normes sociétales d'exercice. Parallèlement, la qualité est renforcée à travers une redéfinition des missions du biologiste et la mise en place de l'accréditation obligatoire.

L'harmonisation de la qualité de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale impose une procédure stricte comportant un haut niveau d'exigence. Seule l'accréditation permet de parvenir au niveau requis et de prouver la qualité dans un domaine médical et technique.[23] L'accréditation est un processus par lequel un organisme indépendant vérifie la conformité d'une structure à des exigences spécifiques, conformité d'un système de gestion de la qualité et des compétences techniques. Elle est obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale et sur la totalité des examens.
L'accréditation garantit la qualité de l'activité de biologie médicale. Il en résulte deux conséquences pour la démarche de certification des établissements santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale :

- la certification est allégée lorsque le laboratoire est accrédité ;
- les résultats d'accréditation viennent alimenter le regard de la certification.

La preuve de l'entrée dans la démarche d'accréditation doit intervenir au plus tard dans les délais imposés par les textes.

Le laboratoire doit :

- avoir des équipes médicales et médico-techniques bien formées et techniquement performantes ;
- répondre aux attentes des utilisateurs cliniciens et patients par un service rendu clairement évalué.

Les actions à mener :

- structurer les différents secteurs de biologie médicale de chaque établissement de santé en un seul laboratoire de biologie médicale ;
- susciter, en amont de l'entrée dans la démarche d'accréditation, le rapprochement entre établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale hospitalière ;
- suivre l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation dans le respect des délais imposés par les textes.

[23] Rapport BALLEREAU, septembre 2008, 4.1.1. L'accréditation médicalisée est l'outil restructurant d'une politique tournée vers le patient. **t**

2. Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

2.1. Mettre en place une organisation graduée de l'activité de la biologie médicale hospitalière à l'échelle des territoires

Les besoins en matière de biologie médicale hospitalière comprennent d'une part la réponse à la prise en charge des patients hospitalisés, d'autre part , les demandes d'examens des patients ambulatoire. Il faut également distinguer les besoins relevant de la biologie médicale de routine et ceux relevant de la biologie spécialisée. Enfin des besoins de proximité peuvent également émerger soit par la nécessité d'une relation étroite entre les cliniciens, les patients, les biologistes, soit en raison de l'urgence médicale.

Quatre grandes catégories d'activités répondant aux besoins en biologie médicale peuvent être identifiées :

- les examens à caractère urgents, à prendre en charge immédiatement par le laboratoire de biologie médicale,
- les examens biologiques de routine répondant aux besoins de soins des patients et dont les résultats sont disponibles dans la journée,
- les examens de biologie non urgente, réalisés à J+1 avec un délai de résultat pouvant atteindre quelques jours.
- les examens de biologie médicale de recours ou spécialisée.

La biologie médicale hospitalière publique doit s'organiser selon un maillage cohérent avec ces grandes catégories d'activité permettant :

- d'assurer la prise en charge de tous les patients en termes de délais et de qualité des examens ;
- d'intégrer les coopérations entre laboratoires de biologie médicale hospitaliers dans l'organisation de la CHT,;
- de préserver et d'assurer le développement de la biologie hospitalo-universitaire.

L'organisation graduée de l'activité de biologie médicale hospitalière répond aux critères d'autorisation et d'agrément des praticiens définis par le code de la santé publique.

A partir du 1er janvier 2012, les laboratoires de biologie médicale ne seront autorisés à transmettre pour analyse et interprétation que 15% des examens de biologie médicale qu'ils réalisent en totalité ou en partie. Dans l'objectif de mieux coordonner la prise en charge des examens de biologie médicale entre les établissements de santé publics d'un même territoire ou de territoires de santé différents, le développement de coopérations, sur tout ou partie des domaines de la biologie médicale permettra de répondre aux besoins des patients.

Les actions à mener :

- Identifier, pour chaque territoire de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), un laboratoire de biologie médicale de référence.
- Susciter le rapprochement des établissements de santé publics par territoire et / ou par CHT autour de ce laboratoire de référence.
- Organiser la prise en charge des examens de biologie médicale de routine, de la biologie non urgente au sein des groupements de coopération de la CHT
- Orienter la réalisation des examens de biologie médicale spécialisée vers le laboratoire de référence de la CHT ou vers le CHU.

2.2. Identifier et renforcer le rôle de recours régional du CHU

Aujourd'hui, l'assise régionale du CHU de Reims pour la prise en charge des examens de biologie médicale spécialisée, et en lien avec l'Institut Jean Godinot pour la biologie moléculaire des cancers, apporte une réponse aux besoins des patients des différents territoires de santé de la région.
Cependant, le rôle du CHU dans le recours régional en biologie médicale est beaucoup plus large. En tant que recours régional hospitalo-universitaire de biologie médicale, il a pour missions d'assurer d'une part, l'égal accès aux examens de recours pour tout patient qui le nécessite et, d'autre part, l'enseignement, la recherche, et l'accès à l'innovation.

Les actions à mener :
- Doter le CHU d'un véritable projet de coopération avec les laboratoires de biologie médicale des autres établissements de la région ;
- Favoriser l'accès aux examens de biologie médicale spécialisée pour tous les patients de la région ;
- Garantir l'implication du CHU dans les projets de recherche en biologie médicale.

2.3. Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents

Le diagnostic régional montre que la permanence des soins en biologie médicale est organisée par les acteurs publics et privés des territoires de santé.

Les collaborations dans le domaine de la biologie médicale, entre établissements de santé, entre établissements de santé et laboratoires de biologie médicale privés, ne doivent pas se heurter à la prise en charge de l'urgence en biologie médicale.
D'autre part, lorsque la permanence des soins en biologie médicale est assurée par un opérateur unique sur un territoire donné, la mutualisation de moyens entre laboratoires de biologie médicale doit garantir sur ce même territoire la prise en charge des examens urgents pendant les horaires de permanence des soins.

Il est possible d'envisager deux scenarios pour assurer la réalisation d'une demande d'examens de biologie médicale urgente sur le site de l'établissement de santé:
- Soit la phase analytique est réalisée au sein du laboratoire de biologie médicale;
- Soit la phase analytique est réalisée par des automates localisés au sein des services de soins.

La biologie médicale délocalisée fait partie du processus d'accréditation et entre dans le cadre de la norme ISO 22870. Elle s'accompagne nécessairement de la formation des équipes cliniques et des personnels paramédicaux.

Les actions à mener :
- En cas de coopération, définir les conditions de réalisation des examens de biologie médicale à caractère urgent.
- Accompagner la formation des équipes cliniques et des personnels paramédicaux pour la réalisation des examens de biologie médicale urgents dans le cadre de la biologie médicale délocalisée.
- Susciter des projets de coopération avec les laboratoires de biologie médicale privés pour l'organisation de la permanence des soins
- Rationnaliser l'organisation de la permanence des soins en biologie médicale et limiter les doublons d'activité ou de moyens sur le territoire de la CHT

2.4. Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires

Le diagnostic régional fait le constat d'une offre de biologie médicale répartie sur l'ensemble du territoire régional. Il n'a pas fait émerger de besoins en implantations nouvelles pour les laboratoires de biologie médicale sur les deux territoires de santé de la région.

Le décret N°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale, prévoit qu'à partir du 1er janvier 2012, chaque laboratoire de biologie médicale déclare avant le 1er février à l'ARS dans le ressort de laquelle il est établi, le nombre total d'examens de biologie médicale réalisé pendant l'année civile écoulée. Il appartiendra à l'ARS d'analyser annuellement et sur cette base, l'offre de biologie médicale publique et privée de chaque territoire de santé pour permettre l'application des règles en matière d'implantations territoriales[24].

Les actions à mener :

- Veiller au respect de l'obligation de transmission du nombre total d'examens par les laboratoires de biologie médicale de la région.
- S'assurer, en cas de regroupement de laboratoires de biologie médicale, de fermeture d'un laboratoire ou d'un site, du maintien d'un accès à une offre de biologie médiale compatible avec l'état de l'art sur chaque territoire de santé
- Garantir, en cas d'implantation nouvelle, l'adéquation entre les besoins en examens de santé de la population et l'offre de soins du territoire de santé.

2.5. Dérogation à la règle d'implantation territoriale des laboratoires de biologie médicale

Les sites d'un laboratoire de biologie médicale peuvent être localisés soit sur un même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes.[25]Toutefois cette règle ne doit pas s'opposer au développement de projets de coopération entre laboratoires de biologie médicale hospitalière situés sur des territoires de santé différents et doit privilégiée l'accès de la population aux examens de biologie médicale.

3. Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale pour les établissements de santé publics

Tout projet de coopération sera soumis à l'avis de l'ARS ; toute convention sera transmise à l'ARS préalablement à toute action.

3.1. Identifier les coopérations efficientes entre laboratoires de biologie médicale hospitalière

Les principaux enjeux de l'offre de biologie médicale hospitalière en Champagne Ardenne sont :

- Préserver au sein de chaque territoire un accès aisé aux examens de biologie médicale de la population.
- Préserver une activité de biologie médicale hospitalière en région

[24] Articles L.6222-2, L6222-3, L6223-4 du code de la santé publique.
[25] Art. L6222-5 du Code de Santé Publique

- Organiser la coopération en biologie médicale entre centres hospitaliers au regard de l'évolution démographique et dans le cadre de l'accréditation.

Les établissements de santé disposant de laboratoires de biologie médicale sont invités à envisager :

- le partage de champs de compétence pour la biologie non urgente (ex : auto-immunité, biologie moléculaire,…) ;
- la réalisation d'examens de biologie médicale urgents de manière délocalisée ;
- la recherche, pour les examens actuellement sous-traités par les laboratoires publics et privés, de ceux qui pourraient faire l'objet d'une reprise par l'un des laboratoires du territoire pour le compte des autres ;
- Le rapprochement avec le laboratoire de biologie médicale hospitalière du CHU de Reims pour les examens de biologie médicale nécessitant un niveau d'expertise spécialisée dit de recours.

Au niveau de chaque territoire, tout développement technologique ou entreprise innovante doit s'inscrire obligatoirement dans une logique de collaboration et de partage avec les équipes existantes du territoire.

3.2. Envisager des mutualisations de moyens pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation,

L'entrée dans le processus d'accréditation dans le respect du délai prévu par les textes impose aux laboratoires de biologie médicale hospitalière de réorganiser les activités des équipes médicales et médico-techniques afin de dégager du temps dédié à la qualité (formation du personnel, formalisation des procédures, audits internes…), dans le mesure des moyens humains dont ils disposent.

Le déploiement de projets de coopération s'accompagne généralement d'une réflexion sur la connexion des systèmes d'information entre établissements de santé et sur le déploiement de solutions logistiques permettant l'acheminement des prélèvements.

Les actions à mener :

- Créer au niveau régional, une véritable communauté de biologistes hospitaliers pour mener des projets dans les domaines de la formation et de la qualité des personnels médicaux et médico-techniques
- Harmoniser les procédures au niveau régional pour la réalisation d'examens qui le nécessiteraient (notamment dans le cadre de l'insuffisance rénale chronique en lien avec le volet Insuffisance rénale Chronique)
- Au niveau de chaque projet de coopération, réfléchir à l'interopérabilité des serveurs de résultats et à la gestion stricte de l'identité du patient.
- Travailler à la transmission fiable, traçable, sécurisée et sans délai des résultats d'examens de biologie médicale d'un établissement de santé à l'autre.
- Organiser entre établissements le transport des prélèvements dans le respect des contraintes de délai et de conservation (chaîne du froid) et de maîtrise de la prestation logistique.

Les orientations régionales à retenir en matière de qualité, de sécurité et d'optimisation des coûts ainsi que les actions de coopérations sont à décliner au niveau des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chaque établissement de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale.

Chapitre 5 : Schéma cible envisagé

Le schéma cible de la biologie médicale hospitalière vise à favoriser des projets de coopérations entre les laboratoires de biologie médicale hospitalière de la région. Il présente les coopérations qu'il serait souhaitable d'engager à l'échéance du présent schéma.

Le schéma d'organisation cible respecte l'organisation par territoire de santé. Il intègre cependant les Communautés Hospitalières de territoire.

Le territoire de la CHT Champagne Ardenne centre se situe à la fois sur le territoire Nord et sur le territoire sud. Afin de privilégier la lecture par territoire de santé, il est fait mention par territoire de santé des laboratoires de biologie médicale hospitalière des établissements de santé de la CHT.

Territoire Nord

Le territoire Nord est composé de deux projets de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) :

- La CHT Nord Ardennes. Elle comprend un laboratoire de biologie médicale hospitalière de référence ;

- Le territoire de la CHT Champagne Ardenne centre. Des projets de coopération sont à engager entre le Centre Hospitalier Universitaire, le Centre de Lutte contre le Cancer, le centre hospitalier d'Epernay, le centre hospitalier de Châlons en Champagne.

- La CHT Champagne Ardenne centre comprend également les laboratoires de biologie médicale hospitalière du CH de Vitry-le-François et du Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM) engagés tous deux dans un projet de coopération en biologie médicale avec un centre hospitalier situé sur le territoire Sud. Pour une meilleure lisibilité, il est fait mention du laboratoire de biologie médicale de Vitry-le-François et du laboratoire de biologie médicale du GHAM au niveau du territoire Sud.

Sur le territoire Nord, le schéma d'organisation cible prévoit, à échéance du présent schéma, de conserver les deux laboratoires de biologie médicale hospitalière suivants :

_ Le laboratoire de biologie médicale hospitalière du Centre Hospitalier de Charleville Mézières ;

_Le laboratoire de biologie médicale issu de la coopération associant le CHU de Reims, le Centre le Lutte contre le Cancer, le Centre Hospitalier d'Epernay, le Centre Hospitalier de Châlons en Champagne.

.

Territoire Sud

Le territoire Sud comprend deux CHT au sein desquelles s'inscrivent différents projets de coopération dans le domaine de la biologie médicale hospitalière :

- La CHT Champagne Ardenne centre : le projet de coopération entre les CH de Vitry-le-François, Saint-Dizier et Bar-le-Duc devrait être mis en œuvre durant la période de validité du présent SROS.
- La CHT Sud-Champagne : elle comprend un laboratoire de biologie médicale de référence. Un projet de coopération entre le Centre Hospitalier de Troyes et le GHAM est engagé et devrait être mis en œuvre durant la période de validité du présent schéma. Un projet de coopération associant les laboratoires de biologie médicale des centres hospitaliers de Chaumont et Langres est à engager pendant la période de validité du présent schéma.

Les coopérations entre les établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médical permettront de structurer l'organisation de la biologie médicale sur le territoire Sud. L'activité des laboratoires de biologie médicale du centre hospitalier de Troyes, du Groupement Hospitalier Aube Marne, du centre hospitalier de Vitry-le-François, du centre hospitalier de Saint-Dizier, du centre hospitalier de Chaumont, du centre hospitalier de Langres ne peut s'envisager que dans le cadre de collaborations.

Sur le territoire Sud, le schéma cible prévoit, à l'échéance du présent schéma, de conserver les trois laboratoires de biologie médicale hospitalières suivants :

- Le laboratoire de biologie médicale issu de la collaboration entre le CH de Troyes et le GHAM
- Le laboratoire de biologie médicale issu de la coopération entre le CH de Saint-Dizier, le CH de Vitry-le-François, le CH de Bar-le-Duc
- Le laboratoire de biologie médicale issu de la collaboration entre le CH de Chaumont et le CH de Langres.

Chapitre 6 : Transversalité

1. SROS Ambulatoire

L'organisation de la biologie médicale privée est décrite dans le SROS ambulatoire.

- **Schéma régional d'organisation des soins – volet ambulatoire**
  Partie Biologie médicale

2. Volet Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) du SROS Hospitalier

L'organisation de la permanence des soins en biologie médicale est décrite au sein du volet PDSES du SROS Hospitalier.

- **Schéma régional d'organisation des soins – volet PDSES**
  IV Objectifs spécifiques et plans d'action – L'efficience du dispositif de PDSES

3. Volet périnatalité

L'assistance médicale à la procréation et les activités de biologie prénatale sont abordées dans le SROS hospitalier - Périnatalité

- **Schéma régional d'organisation des soins – volet périnatalité**
  Chapitre 4 Objectifs opérationnels – 5. Conforter l'offre en Assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et le diagnostic préimplantatoire.

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi

Objectifs	Actions	Indicateurs	Source	Lien
Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale				
Veiller à la mise en œuvre de l'accréditation de tous les laboratoires de biologie médicale dans les délais prévus par les textes	Structurer les différents secteurs de biologie médicale de chaque établissement de santé en un seul laboratoire de biologie médicale Susciter en amont de la démarche d'accréditation, le rapprochement entre établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale	Suivi annuel de l'activité de biologie médicale hospitalière (suivi du nombre d'unité fonctionnelle de chaque laboratoire de biologie médicale hospitalière)	Etude régionale sur la biologie	Volet génétique Volet périnatalité
	Suivre l'entrée des laboratoires de biologie médicale hospitalière dans la démarche d'accréditation dans le respect des délais imposés par les textes	Part des laboratoires engagés dans la démarche d'accréditation Part des laboratoires accrédités	Etude régionale sur la biologie	Volet génétique Volet Périnalité
Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale				
Mettre en place une organisation graduée de l'activité de biologie médicale	Identifier dans chaque territoire de la CHT, un laboratoire de biologie médicale de référence Susciter le rapprochement des établissements de santé autour du laboratoire de référence de la CHT Organiser la prise en charge des examens de	Suivi du développement des coopérations en biologie médicale	Etude régionale sur la biologie	

	biologie médicale de routine, de la biologie non urgente au sein des groupements de coopération de la CHT	Part des examens de biologie médicale réalisés au sein des groupements de coopération de la CHT		
	Orienter la réalisation des examens de biologie médicale spécialisée vers le laboratoire de référence de la CHT ou vers le CHU.	Part des examens de biologie médicale spécialisée réalisée au sein de la CHT Part des examens de biologie médicale re recours régional réalisés au CHU	Etude régionale sur la biologie médicale	
Identifier er renforcer le rôle de recours régional du CHU	Doter le CHU d'un véritable projet de coopération avec les laboratoires de biologie médicale de la région	Part des examens de biologie médicale de routine réalisés par le CHU pour les laboratoires partenaires		
	Favoriser l'accès aux examens de biologie médicale spécialisée pour tous les patients de la région	Part des examens de biologie médicale réalisés au niveau de la plate forme régionale de biologie moléculaire	Rapport d'activité	
	Garantir l'implication du CHU dans les projets de recherche de biologie médicale			
Organiser la réalisation des examens de biologie médicale urgents lors de la permanence des soins	Définir de manière claire au sein des établissements, les conditions de prise en charge des examens de biologie médicale à caractère urgents	Rédaction de convention pour la prise en charge des examens à caractère urgent		
		Pour la biologie délocalisée :rédaction d'engagements formalisés entre les services cliniques émetteurs de prescription et le laboratoire de biologie médicale pour la formation du personnel, la maintenance des automates, les délais de rendus de résultats.	Document qualité (norme ISO 22870)	
	Accompagner la formation des équipes cliniques et des personnels soignants pour la réalisation d'examens de biologie médicale urgents	Part des personnels médicaux et médico-techniques formés pour la réalisation d'examens de biologie médicale délocalisée	Rapport d'activité	
	Susciter des projets de coopération avec les			

	laboratoires de biologie médicale privés pour l'organisation de la permanence des soins	Part des laboratoires de biologie médicale ouvert pendant les horaires de permanence des soins	Enquête biologie	
Indiquer par territoire les besoins en implantations pour les laboratoires de biologie médicale	Veiller au respect de l'obligation de transmission du nombre total d'examens par les laboratoires de biologie médicale de la région	Part des laboratoires ayant transmis pour le 1er février, le nombre total d'examens qu'ils réalisent	Remontée des laboratoires	
	S'assurer, en cas de groupement de laboratoires de biologie médicale, de fermeture d'un laboratoire ou d'un site, du maintien d'un accès à une offre de biologie médicale compatible avec l'état de l'art	Cartographie annuelle des laboratoires de biologie médicale ouverts au public		
Prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale pour les établissements de santé publics	Garantir en cas d'implantation nouvelle, l'adéquation entre les besoins en examens de santé de la population et l'offre de soins du territoire	Nombre d'examens de biologie médicale réalisés par territoire de santé au cours de l'année N-1	Remontée des laboratoires	
Identifier les coopérations efficientes entre laboratoires de biologie médicale hospitalière	Structurer l'offre de biologie médicale hospitalière par territoires de santé et au sein des CHT	Suivi de la mise en œuvre des projets de coopération au sein des territoires, des CHT	Rapport d'activité	
Envisager les mutualisations de moyens pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation	Respecter le schéma organisation cible de chaque territoire	Suivi de la mise en œuvre du schéma d'organisation cible	Rapport d'activité	
	Créer une véritable communauté de biologistes hospitaliers	Suivi des projets menés au niveau régional sur la biologie médicale		
	Harmoniser les procédures au niveau régional pour la réalisation des examens qui le nécessiteraient	Protocole d'analyse réalisé au niveau régional		
	Au niveau de chaque projet de coopération,			

	réfléchir à l'interopérabilité des systèmes d'information Travailler à la transmission fiable, traçable, sécurisée et sans délai des résultats d'examens de biologie médicale d'un établissement à l'autre Organiser entre établissement le transport des prélèvements dans le respect des contraintes de délai et de conservation et de maîtrise de la prestation logistique			

Glossaire

ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DD	Dépôt de Délivrance
EFS	Etablissement Français du Sang
ERA	Echanges de Résultats d'Analyses
ES	Etablissement de Santé
ESPIC	Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHAM	Groupement Hospitalier Aube-Marne
GHSA	Groupement Hospitalier Sud-Ardennes
IHR	ImmunoHématologie Receveur
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
PSL	Produit Sanguin Labile
RAI	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
SOTS	Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins

CANCER

CANCER

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 119
1. Présentation 119
2. Politique nationale de lutte contre le cancer 119
3. Références réglementaires 119

Chapitre 2 : Diagnostic régional 120
1. Données épidémiologiques 120
2. Prévention et dépistage 121
3. Bilan organisationnel 122
3.1. La chirurgie carcinologique 125
3.2. La chimiothérapie 127
3.3. La radiothérapie 128
3.4. L'activité de curiethérapie 128
3.5. L'utilisation des radioéléments en source non scellée à des fins thérapeutiques 128
3.6. Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) 129
3.7. Les Centres de Coordination en Cancérologie (3 C) 129
3.8. Les prises en charge spécifiques 130

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 131
1. Lien avec le Plan Stratégique Régionale de Santé (PSRS) 131
1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques 131
1.2. Enjeux transversaux 132
2. Orientations régionales 132

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 133
1. Améliorer l'accès aux soins 133
1.1. Assurer une offre de soins graduée en cancérologie 133
1.2. Assurer la constitution d'un pôle régional de cancérologie 134
1.3. Améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie 134
1.4. Améliorer la coordination 135
2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins 136
2.1. Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale 136
2.2. Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : ONCOCHA 139
2.3. Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en radiothérapie 139
3. Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans 140

Chapitre 5 : Indicateurs de suivi 144

Chapitre 6 : Eléments de transversalité 147
1. Prévention et dépistage 147
2. Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie 147

Glossaire 148

Note d'attention pour le lecteur

Cf « intitulé du schéma ou programme »
Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU - la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation

Le cancer entraîne une surmortalité importante en Champagne-Ardenne et, représente l'une des priorités de santé publique dans la région.
Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) 1999/2004 consacrait déjà un volet spécifique au cancer, repris et amendé dans le SROS 3.
Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), retient également cette thématique comme axe prioritaire en région.

2. Politique nationale de lutte contre le cancer

Les orientations nationales relatives à l'organisation des soins en cancérologie, fixées dans la circulaire du 22 février 2005 pour l'élaboration du SROS 3, comportaient deux grands axes :

- Garantir une prise en charge de qualité à tous les patients atteints de cancer. Cette prise en charge comprend : une information du patient et son accord sur l'orientation, un accès rapide au diagnostic et au traitement, des conditions d'annonce organisées, un avis pluridisciplinaire, un programme personnalisé de soins, un accès aux soins de support.
- Une organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie, identifiant : des structures disposant d'une autorisation spécifique avec des coopérations à construire ; un pôle régional de cancérologie pour l'accès aux soins complexes, spécialisés et innovants ; des structures de soins associées répondant à un besoin de proximité ; des réseaux de cancérologie.

Le Plan cancer 2009-2013 reprend ces orientations et s'inscrit dans la continuité du précédent, il s'engage sur trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Le Plan cancer est construit autour de 5 axes (Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer).

3. Références réglementaires

Circulaire DHOS/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie :
Critères d'agrément de l'INCa pour les pratiques de chimiothérapie, de chirurgie du cancer, de radiothérapie et pour la pratique du traitement du cancer des enfants et des adolescents.

Circulaire N° DHOS/O/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer
Plan cancer 2009 - 2013

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Données épidémiologiques

Les cancers et les maladies cardiovasculaires sont les deux principales causes de décès en Champagne-Ardenne : pour la période 2005-2007, elles représentaient 59,3 % des décès chez les hommes et 55,3 % chez les femmes[26]

En 2008, du point de vue de la morbidité, trois catégories d'Affections de Longue Durée (ALD) sont surreprésentées dans la région, en cohérence avec les causes de décès, notamment les tumeurs et affections malignes[27].

Quelques chiffres sur la mortalité en Champagne-Ardenne sont dressés ci-dessous :

- 3 600 décès par tumeur en 2008[28].

- Le nombre de décès par tumeur dans la région a augmenté de 10,2 % entre 1990 et 2008 contre 8,7 % en France entière ;

- Taux comparatif de mortalité par tumeur chez les hommes de 335,5 décès pour 100 000 habitants contre 308,1 en France entière ;

- Taux comparatif de mortalité par tumeur chez les femmes de 201,8 décès p.100 000 habitantes contre 199,5 en France entière.

- En 2007, en région, 43% des cancers concernaient des personnes de 70 ans et plus. L'oncogériatrie fera ainsi l'objet d'une attention particulière dans ce schéma.

Incidence du cancer en Champagne-Ardenne *(Estimations 2005)*

Taux comparatifs d'incidence du cancer (en nombre de cas pour 100 000 habitants)

	Champagne-Ardenne		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Prostate	230,9	-	204,3	-
Sein	-	148,9	-	153,3
Poumon	99,0	21,0	78,6	20,7
Colon-Rectum	72,2	57,8	65,3	53,9
VADS	65,9	14,4	54,2	13,0
Tous cancers	678,4	432,4	602,1	418,3

Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon, INSEE - Exploitation ORSCA

L'analyse des taux comparatifs d'incidence du cancer montre que les hommes champardennais sont davantage touchés par le cancer de la prostate, du poumon, du colon-rectum et des Voies Aéro Digestives Supérieures (VADS).
Quant aux femmes, l'incidence du cancer du colon-rectum et des VADS est plus forte en Champagne-Ardenne.

[26] PSRS Champagne-Ardenne, avril 2011
[27] Réf. préc
[28] Source : Inserm, CépiDC

2. Prévention et dépistage

La Champagne Ardenne compte 4 structures de gestion et de dépistage organisé du cancer du sein et du colon, soit une par département, respectivement situées à Reims, Charleville Mézières, Saint-Dizier, et Troyes.

Dépistage organisé du cancer

Dépistage organisé du cancer du sein	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Invitations de 2007 à 2009	61 973	67 979	122 522	45 530	298 004
Dépistages Mammo de 2007 à 2009	35 325	41 013	65 968	25 906	168 212
Taux de couverture	57,0%	60,3%	53,8%	56,9%	56,4%
Part de cancers du sein dépistés	6,1%	6,5%	7,8%	7,6%	7,1%

Source : Centres de dépistage (SAC08-ADECA10-ADPS51-ADECA52)

Dépistage organisé du cancer du colon	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Date de démarrage Campagne Colon	déc.-04	sept. 08	déc.-04	oct. 08	
Invitations de 2007 à 2009	114 962	69 875	196 428	36 990	418 255
Dépistages Hemoccult de 2007 à 2009	47 380	16 101	80 861	8 218	152 560
Taux de couverture	41,2%	23,0%	41,2%	22,2%	36,5%
Polypes dépistés	0,9%	1,2%	1,0%	1,0%	1,0%
Cancers dépistés	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Source : Centres de dépistage (SAC08-ADECA10-ADPS51-ADECA52)

Le taux de couverture est plus important pour le cancer du sein que pour le cancer colo rectal, pour lequel les départements de l'Aube et de la Haute Marne ont des taux relativement faibles du fait d'un démarrage ultérieur des structures de gestion.

👁 Schéma Régional de Prévention, volet Prévention et Promotion de la Santé,
Chapitre 4, Axe 3 :
3.1. Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

3. Bilan organisationnel

Le volet cancer du SROS 3 a été révisé en septembre 2008 par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).
Il a pris en compte les décrets de mars 2007 et les critères d'agrément de l'INCa (Institut National du Cancer).
Les autorisations d'activité de soins en cancérologie ont été délivrées en 2 vagues : au 30 juin puis au 30 septembre 2009. Elles ont été basées sur les 5 territoires de santé existants à cette période.

		CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE		Chirurgie mammaire		Chirurgie digestive		Chirurgie Urologie		Chirurgie gynécologique		Chirurgie ORL et maxillo faciale		Chirurgie toracique	
Territoires de santé ARS	**Territoires de santé SROS 3**	**P**	**E**	**P**	**E**	**P**	**E**	**P**	**E**	**P**	**E**	**P**	**E**	**P**	**E**
Nord	Nord Ardennes	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0
	Sud Ardennes – Marne	6	6	4	4	6 à 4	6	3	3	4	4	3	3	2	2
	Marne moyenne	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	0	0
Sud	Aube	4 à 3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1
	Sud Haute-Marne	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
TOTAL		**15 à 16**	**16**	**13**	**13**	**13 à 15**	**15**	**12**	**12**	**10**	**10**	**7**	**6**	***3***	***3***

P : implantations prévues par le SROS 3
E : implantations existantes

En chirurgie carcinologique, les implantations prévues par le SROS 3 correspondent à celles existantes, excepté dans l'Aube, en chirurgie ORL et maxillofaciale.
Chaque territoire de santé dispose d'une offre chirurgicale pour les six activités listées.

Sites autorisés en chirurgie des cancers



A noter, le pôle de santé sparnacien, autorisé en 2009, a été dissous en septembre 2011.

De la même façon, les implantations prévues par le SROS 3 correspondent à celles existantes, excepté en chimiothérapie dans le territoire Sud Ardennes-Marne.

		Chimiothérapie		Radiothérapie		Curiethérapie		Radioéléments en sources non scellées	
Territoires de santé ARS	Territoires de santé SROS 3	P	E	P	E	P	E	P	E
Nord	Nord Ardennes	2	2	1	1	0	0	1	1
	Sud Ardennes – Marne	5	4	2	2	2	2	1	1
	Marne moyenne	3	3	0	0	0	0	0	0
Sud	Aube	1	1	1	1	0	0	1	1
	Sud Haute-Marne	1	1	1	1	0	0	0	0
TOTAL		12	11	5	5	2	2	3	3



A noter, le centre d'oncologie et de radiothérapie de Chaumont le Bois dispose d'une autorisation dérogatoire au sens de l'article R.6123-93.

Un état des lieux des prises en charge selon les différentes modalités de traitement est présenté ci-dessous. Cet état des lieux doit être considéré au regard des seuils d'activité et des critères d'environnement fixés par les décrets n°2007-388 et 2007-389 du 21 mars 2007.

En effet, aux termes de ces dispositions ne pourront être autorisés que les sites réalisant un nombre d'actes supérieur aux minima réglementaires et/ou disposant des équipements correspondants.
Les prises en charge à seuils concernent la chirurgie de certains cancers, la chimiothérapie, la radiothérapie.

Pour être autorisés, les établissements devront atteindre au minimum 80 % des seuils d'activité. Ils bénéficieront d'une période de 18 mois de mise en conformité pour atteindre les 100 % pour la chirurgie et la chimiothérapie.
Le nombre de séjours produits dans l'établissement et sur le site considéré, quelle que soit l'origine géographique du patient, sont recensés dans les tableaux de ce chapitre,

Les visites de conformité de 2011 ont permis de confirmer, ou non, les autorisations délivrées en 2009.

3.1. La chirurgie carcinologique

Pour les pathologies pour lesquelles un seuil a été défini *(voir tableau ci-dessous*), d'importantes disparités apparaissent entre les établissements et les territoires de santé sur les quatre années de référence.

Chirurgie des cancers : seuils fixés par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer :

Nature du seuil	Nombre d'interventions par structure de soins comprise dans l'autorisation
Pathologies mammaires (tumeur du sein)	**30**
Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	**30**
Pathologies urologiques	**30**
Pathologies thoraciques	**30**
Pathologies gynécologiques	**20**
Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	**20**

Le tableau de la page suivante montre que certains établissements sont limites au regard des seuils d'activité fixés par la réglementation. D'autres poursuivent des activités non autorisées.

PROJET REGIONAL DE Santé Champagne-Ardenne

Chirurgie carcinologique
(Source PMSI-MCO 2007 à 2010)

Seuils à 30	SEIN, DIGESTIF, UROLOGIE, THORAX	n < 24	24 <= n < 30	n >= 30
Seuils à 20	GYNECOLOGIE, ORL/MF	n < 16	16 <= n < 20	n >= 20

					Source PMSI-MCO		MAMMAIRE				DIGESTIVE				UROLOGIQUE				GYNECOLOGIQUE				ORL-MF				THORACIQUE			
Territoire de santé	DEP	Statut	Autorisation	site autorisé	Etablissement		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Nord	08	public			Centre hospitalier de Sedan		8	7	2	2	15	18	14	11	19	11	14	6	9	2	4	1	2		1	1			1	2
	08	public	M-D-U-G-O		CH de Charleville Mézières		104	98	115	125	76	57	72	64	78	75	114	123	35	44	49	34	14	16	14	11	6	4	6	3
	08	public			Groupe hospitalier Sud-Ardennes		1	1	4	2	15	27	15	24			3	1	2	3				1				
	08	Privé	M-D-U		Polyclinique du Parc		42	27	30	24	61	59	34	45	18	42	64	57	8	6	5	6	5	10	5	5	2	1	2	1
	08	Privé			Clinique du Dr Lhoste								2	4									1		1					
	51	public	M-D-U-G-O-T		CHRU		74	63	35	52	172	195	198	186	269	230	228	196	50	38	50	51	156	127	147	105	104	126	114	96
	51	public	D : caduque		Centre hospitalier d'Epernay	pole de sante sparnacien : D	2	2	5	1	33	30	31	25	4	1		1	6	5	8	3	1		1	1			2	1
	51	Privé			Clinique Saint-Vincent		16	17	10	6	34	28	30	5	11	5	4	2	11	8	11	6	6	1			5	5	5	1
	51	public	M-D-U-O	X	Centre hospitalier de Châlons-en-C.	pole de sante chalonnais : M D U O	21	17	12	2	38	39	52	31	52	56	50	57	7	6	9	7	24	17	19	16	6	7	5	8
	51	Privé			Polyclinique du Dr Jean Priollet		44	37	32	11	40	29	20	24	2	5	4	5	4	5	5	1	5	3	5	2		1		
	51	public			Centre hospitalier Vitry-le-Francois		1	3	3		16	14	11	10	3		3		2	2			4	2	3	1				
	51	Privé			Clinique de la renaissance		8	3	4				1	1	3	4	20	16			1		1		1	1				
	51	Privé	M-D-U-G-O-T		Polyclinique de Courlancy		399	352	347	353	161	126	134	152	239	245	286	315	51	63	80	51	174	180	170	180	152	146	225	259
	51	Privé	M-D-G-O		Polyclinique Saint-André	SA saint andré : M D G U O	108	98	110	131	77	99	99	103	2	1		3	37	27	32	37	36	58	33	50	2	3		3
	51	Privé	D-U		Polyclinique des Bleuets		18	24	16	4	35	43	29	22	112	110	127	41	3	3	5	4	3	6	4	3	2	1		1
	51	PSPH	M-D-G		Institut Jean Godinot		397	483	533	553	24	51	41	38		2	4	3	49	43	61	54	64	61	86	85	13	15	12	3
Sud	10	public	M-D-U-G-O-T		Centre hospitalier de Troyes		28	30	42	36	59	86	71	66	5	23	30	47	21	13	21	21	25	37	28	20	46	59	40	38
	10	public			GHAM				1																					
	10	Privé			Polyclinique des Pays de Seine		8	5	4	1	14	12	14	6		3	3	5	3	7	1	4	4	1	1	2				
	10	Privé	M-D		Polyclinique Montier-la-Celle	SA clinique des ursulines : M D U G	38	39	26	39	64	81	71	74		5	8	6	5	1	2	17	20	15	19	21				
	10	Privé	M-U-G		Polyclinique des Ursulines		135	151	104	121	8	2	1	1	52	44	99	80	24	16	24	8	2	7	7	4	2			
	10	Privé	M-D-U-G		Clinique de Champagne		25	45	25	45	51	46	61	54	148	125	194	214	20	24	26	32	2	5	3	1	1	1		1
	52	public	M-D-U-G		Centre hospitalier de Saint-Dizier		11	19	17	20	24	22	29	26	10	15	32	28	14	18	19	25	2	8	10	9	1		1	1
		privé	M-D-U		Clinique Francois 1er		84	67	70	77	51	39	40	40	45	50	72	72	7	14	12	4	5	5	9		8	5	3	1
	52	public	D-U-G	X	Centre hospitalier de Chaumont	GCS pole cancerologie sud haut marnais : M D U G	6	4	7	23	20	11	15	33			2	15	9	6	4	9					11	3	3	4
	52	public			Centre hospitalier de Langres		2				2			1					1		2	1				1					
	52	Privé			Clinique de la compassion		18	6			32	22	26	11	1	1	8	6	7	2	1	2								
	52	Privé	M		Centre médico-chirurgical de Chaumont		31	36	42	34	9	22	28	13	26	17	23	13	3	8	10	6	14	10	8	9				

3.2. La chimiothérapie

Rappel concernant les seuils : *Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.*

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer :
Chimiothérapie : 80 patients par structure de soins, dont chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour : 50 patients.

Nombre de patients de 18 ans et plus hospitalisés pour chimiothérapie Source PMSI MCO OSA /BC Méthodologie Inca du 4 avril 2011	Nombre de patients Nombre de patients en ambulatoire	n <64 n <40	64 <= n < 80 40 <= n < 50	n >=80 n >=50						
	2007		2008		2009		2010		moyenne 2008-2010	
Établissements (en gris les non autorisés)	Nombre de patients	dont ambulatoire	Nombre de patients	dont ambulatoire	Nombre de patients	dont ambulatoire	Nombre de patients	dont ambulatoire	Nombre de patients	dont ambulatoire
Centre hospitalier de Sedan	24	19	12	9	17	13	19	14	16	12
Polyclinique du Parc	327	288	327	279	311	282	298	268	312	276
CH de Charleville Mézières **	222	186	215	184	210	184	213	180	213	183
Centre hospitalier de Troyes	797	722	714	635	672	588	695	611	694	611
Clinique de Champagne			3	3	7	7	1	1	4	4
CHRU	648	572	723	627	822	724	822	718	789	690
Centre hospitalier de Châlons-en-C.	85	56	95	61	105	69	99	62	100	64
GHAM			1	1					0	0
Centre hospitalier d'Epernay	82	67	62	49	84	72	98	82	81	68
Centre hospitalier Vitry-le-Francois	3	3	2	1	1		2	1	2	1
Polyclinique de Courlancy	1 220	1 123	1 306	1 229	1 286	1 225	1 439	1 371	1 344	1 275
Polyclinique du Dr Jean Priollet	84	84	160	160	205	205	219	219	195	195
Clinique Saint-Vincent	53	45	55	51	45	41	28	24	43	39
Institut Jean Godinot	1 016	860	1 024	877	1 046	907	1 028	894	1 033	893
Polyclinique des Bleuets	492	491	419	414	406	403	373	367	399	395
Centre hospitalier de Chaumont	94	67	69	53	80	55	94	68	81	59
Centre hospitalier de Langres	75	71	77	75	74	68	64	63	72	69
Centre hospitalier de Saint-Dizier	72	52	59	48	67	54	85	75	70	59
Clinique Francois 1er	154	154	170	170	181	181	177	177	176	176
Centre médico-chirurgical de Chaumont	271	271	247	247	280	278	215	214	247	246
Total région	5 719	5 131	5 740	5 173	5 899	5 356	5 969	5 409		
part de l'ambulatoire		90%		90%		91%		91%		

En chimiothérapie, 11 sites disposent d'autorisation ; 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.

3.3. La radiothérapie

La radiothérapie est également une activité de soins dont l'exercice est soumis à seuil.

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer : radiothérapie externe par site disposant au moins de 2 appareils, conformément aux dispositions de l'article R.6123-92 du code de la santé publique (le seuil est de 600 patients par structure de soins disposant d'au moins deux appareils).

Les sites autorisés sont respectivement,
- pour le territoire Nord :
  - ✓ la Société Civile Professionnelle (SCP) de Courlancy : sites de Reims et Charleville Mézières ;
  - ✓ l'Institut Jean Godinot ;

- pour le territoire Sud :
  - ✓ le Centre Hospitalier (CH) de Troyes ;
  - ✓ le centre d'oncologie et de radiothérapie de Chaumont le Bois (autorisation dérogatoire au sens de l'article R.6123-93).

Activité de radiothérapie (*source : centres de radiothérapie, 2011*)

Activité en nombre de patients		**2008**	**2009**	**2010**	**Moyenne 2008/2010**
CH de Troyes		393	447	447	**429**
Centre d'oncologie et de radiothérapie de Chaumont le Bois		290	286	224	**267**
Institut Jean Godinot		1165	1148	1221	**1178**
SCP radiothérapie et oncologie de Courlancy	Reims	1902	1924	1937	**1921**
	Charleville	526	403	517	**482**

3.4. L'activité de curiethérapie

Deux sites, localisés à Reims, pratiquent la curiethérapie : l'Institut Jean Godinot et le centre de radiothérapie-oncologie médicale de Courlancy.

3.5. L'utilisation des radioéléments en source non scellée à des fins thérapeutiques

Trois établissements pratiquent cette activité : le CH de Troyes, le CH de Charleville-Mézières et l'Institut Jean Godinot.

3.6. Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC)

Le réseau régional de cancérologie, nommé ONCOCHA, est en place dans la région Champagne-Ardenne depuis 2004.

Les objectifs du réseau ONCOCHA sont les suivants :

- ✓ la coordination et l'animation des acteurs de la cancérologie – actions mutualisées ;
- ✓ l'amélioration de la qualité : réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), diffusion et appropriation des référentiels ;
- ✓ le développement du DCC (Dossier Communiquant en Cancérologie) ;
- ✓ - l'Information-formation des professionnels de santé et l'information des usagers ;
- ✓ la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques ;
- ✓ l'évaluation de l'activité du RRC et des Centres de Coordination en Cancérologie ou 3C (évaluation quantitative et qualitative).

Chargé de la diffusion des référentiels nationaux et de l'adhésion des professionnels de la région à la mise en place et à l'opérationnalité des RCP, le réseau a un rôle majeur dans l'accessibilité et l'équité des soins dispensés dans l'ensemble de la région. Il est le garant de l'accès de chaque patient à un programme personnalisé de soins (PPS).

Tous les professionnels traitant des patients atteints de cancer adhèrent au réseau régional de cancérologie. Son rôle doit cependant être renforcé.

3.7. Les Centres de Coordination en Cancérologie (3 C)

Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) ont quatre objectifs principaux (Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie) :

1 / Engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent les moments importants de leur parcours diagnostique et thérapeutique. Cette mesure garantit en particulier le fonctionnement des RCP. La mise en œuvre de cette pluridisciplinarité est essentielle. Conformément au plan cancer, elle doit bénéficier à chaque patient.

2 / Rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie au sein des établissements, ce qui est un indicateur de mobilisation des acteurs et facilite la coordination des prises en charge des patients.

3 / Mettre en place une traçabilité des pratiques.

4 / Permettre le développement d'un suivi plus individualisé pour chaque patient en assurant à leur attention une fonction de point de contact et d'information.

Les 3C sont de « véritables cellules qualité opérationnelles », avec pour objectif l'augmentation de l'efficience de tous.

Leurs missions sont centrées sur :

- la qualité, la coordination et la continuité du processus de prise en charge du patient
- le respect des droits du patient et son association aux décisions qui le concernent
- l'évaluation de la qualité des soins, des pratiques professionnelles et leur amélioration continue. Elles correspondent à l'approche « management par la qualité » centrée sur le patient et son parcours de soins.

Référentiel des missions et des domaines de compétence des 3C :

- ✓ Appui à la diffusion des référentiels, bonnes pratiques et protocoles, et évaluation de leur utilisation (y compris sur le bon usage des médicaments en lien avec l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux, des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) et le RRC) ;
- ✓ Appui à l'organisation et à la coordination des RCP intra ou extra établissements et évaluation de leur fonctionnement ;
- ✓ Appui à l'organisation du dispositif d'annonce et à l'élaboration du PPS et évaluation de leur fonctionnement ;
- ✓ Suivi individualisé du parcours du patient intégrant soins de support et soins à domicile ;
- ✓ Relations avec les établissements membres du pôle régional pour permettre l'accès au recours ;
- ✓ Traçabilité des pratiques et rétro information sur les activités médico chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement ;
- ✓ Évaluation de la satisfaction des patients, de leur famille et des équipes soignantes.

Le réseau régional de cancérologie assure un service de support et de relais aux 3C et recense les services à développer ou à améliorer, ainsi que les besoins et les offres dans la région. Il définit et propose des plans d'action communs, notamment en termes de mutualisation des moyens et des outils.

En région, 5 Centres de Coordination en Cancérologie sont financés. Quatre 3C sont effectifs et un 3C est en cours de création. Les 3C effectifs sont le 3C Nord-Ardennes, le 3C libéral de Reims, le 3C public de Reims et le 3C de l'Aube, le 3C Sud Haute-Marne est en cours de création.

3.8. Les prises en charge spécifiques

La prise en charge des enfants et des adolescents :

Jusqu'à l'âge 18 ans, cette prise en charge est spécifique au CHU de Reims où est implanté le service d'oncologie pédiatrique. La radiothérapie est très majoritairement réalisée à l'Institut Jean Godinot.
Une convention a été signée entre le CHU et le CH de Troyes : le CHU est l'établissement autorisé, le CH de Troyes l'établissement associé, ces deux sites étant les seuls à dispenser aux enfants des traitements de chimiothérapie dans la région.

Une RCP interrégionale est organisée avec les CHU de Nancy, Strasbourg, Besançon et Dijon depuis fin 2010, par webconférence.

Personnes âgées :
L'oncogériatrie est encore peu développée en région malgré l'augmentation des besoins.
Un projet d'UCOG (Unité de Coordination d'OncoGériatrie) a été déposé à l'INCA.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Lien avec le Plan Stratégique Régionale de Santé (PSRS)

1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques

Le cancer est une maladie chronique. Le PSRS a identifié trois priorités portant sur cette thématique déclinées en objectifs :

Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques

Objectifs :
Développer l'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques, en formant les professionnels.
Associer les associations d'usagers à la conception et la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique.

Conforter et développer la prévention sur les facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires, du diabète et des cancers, et plus globalement les risques communs à l'ensemble des maladies chroniques, en développant l'activité physique adaptée, l'éducation pour la santé, notamment sur les thèmes tabac et alcool, nutrition/alimentation, sédentarité, VIH/IST.

Renforcer le suivi des maladies chroniques, notamment maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, maladies psychiatriques, …

Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins

Les deux objectifs à citer sont les suivants :

Favoriser l'accès des patients à l'innovation thérapeutique

Renforcer le nombre et le rôle des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins scolaires.

Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et maladies rares

Les deux objectifs à citer sont les suivants :

Favoriser le repérage et l'orientation des patients atteints de maladies et de handicaps rares

Coordonner les soins tout au long de la vie.

1.2. Enjeux transversaux

Outre les trois priorités précitées, la thématique du cancer est concernée par les quatre enjeux transversaux et objectifs les déclinant listés ci-dessous :

4.4.3. Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé

Améliorer l'accès aux soins et le « prendre soin » des personnes au plan géographique, économique et psycho-social

Offrir au patient un dispositif d'orientation dans son parcours de prise en charge

4.4.4. Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

Promouvoir le travail en réseau notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés

4.4.5. Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge par la professionnalisation des acteurs et des actions

4.4.6. Développer la prévention tout au long de la vie (promotion de la santé, éducation et dépistage)

2. Orientations régionales

Outre le PSRS, le plan d'action régional concernant le traitement du cancer s'inscrit dans la continuité du volet cancer du SROS précédent arrêté en septembre 2008, du diagnostic régional, et s'appuie sur le « plan national cancer » 2009/2013.

Les orientations régionales sont les suivantes :

Améliorer l'accès aux soins :
- Assurer une offre de soins graduée en cancérologie
- Identifier et renforcer le rôle du pôle régional hospitalo-universitaire (mesure du plan cancer 2009/2013).
- Améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie
- Améliorer la coordination (des filières de prise en charge spécifique, la coordination ville hôpital)

Améliorer la qualité et la sécurité de soins :
- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale
- Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) ONCOCHA
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en radiothérapie

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

L'objectif principal de ce schéma vise à garantir la qualité des soins et leur coordination, tout en assurant une accessibilité suffisante pour l'ensemble des patients de la région.

La prise en charge du cancer est une prise en charge globale du patient : préventive, curative, palliative et tenant compte des soins de support (lutte contre la douleur, soutien psychologique et social), des services d'hospitalisation à domicile, des soins palliatifs...

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Assurer une offre de soins graduée en cancérologie

La parution des décrets portant autorisation conduit à une organisation du territoire selon deux niveaux de soins : l'établissement autorisé et l'établissement associé, ne disposant pas d'autorisation spécifique mais pouvant participer à la prise en charge des patients porteurs de cancer.

Il s'agira de disposer, dans une logique de répartition territoriale équitable, de l'ensemble des maillons de l'offre de soins, allant des soins de proximité aux soins de recours en région (plate-forme régionale de génétique moléculaire - plateaux techniques de radiothérapie de haute technicité – centre d'essais précoces – sites de recherche intégrés en cancérologie).

Objectifs :

- **Cette offre, graduée, devra répondre aux critères d'autorisation.**
- **Il s'agira d'identifier les activités de recours (= de 2ème avis) et de préciser les modalités d'accès aux activités de recours (voir 4.2.2. « Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : ONCOCHA »).**

Développer la coopération entre les établissements de santé constitue l'un des objectifs importants de ce schéma, tant pour la chirurgie carcinologie, la chimiothérapie que pour la radiothérapie.
La coopération constitue un moyen pour garantir une offre de proximité, en permettant notamment l'atteinte des seuils fixés. Les travaux engagés dans le sud de la région illustrent cet enjeu.

Focus sur la chimiothérapie :
Les sites autorisés développeront avec des structures de proximité (sites associés) des liens permettant une prise en charge de proximité de qualité.

Objectif :
Toute association sera soumise à l'avis de l'ARS. Toute convention sera transmise préalablement à toute action à l'ARS.

Préparation des anticancéreux :
Pour tout établissement titulaire de l'autorisation, l'unité de préparation des médicaments anticancéreux doit être conforme aux textes en vigueur.
Toute sous-traitance de la préparation des médicaments anticancéreux devra faire l'objet d'une autorisation explicite de l'ARS, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

1.2. Assurer la constitution d'un pôle régional de cancérologie

Comme le prévoyait déjà le plan cancer 2003/2007, les établissements assurant des missions de recours en cancérologie devront d'ici fin 2014 se coordonner, dans un pôle de référence et de recours appelé pôle régional de cancérologie.

Il prévoit notamment que (extraits du plan cancer 2003/2007) :

- *« Les établissements constituant le pôle régional sont les centres de lutte contre le cancer, les centres hospitaliers universitaires qui devront avoir identifié la cancérologie dans leur organisation, et éventuellement des centres hospitaliers ou des cliniques hautement spécialisées en cancérologie ».*
- *« Au sein du pôle régional de cancérologie les établissements mettent en cohérence, dans le cadre de leur projet d'établissement, leur stratégie médicale et l'organisation de leur plateau technique. Cette cohérence se concrétise sous la forme d'un projet médical commun. Un schéma d'organisation du pôle est produit, décrivant l'organisation des missions et des moyens : enseignement, recherche, plateau technique, équipements et activités spécialisées ou onéreuses. Ce schéma d'organisation est avalisé par l'agence régionale de santé ».*
- *« Le pôle régional de cancérologie constitue la tête du réseau régional du cancer. Il assure des missions de recherche et d'enseignement* ».

La constitution d'un pôle régional hospitalo-universitaire de cancérologie, composé du CHU de Reims et du Centre de Lutte contre le cancer Institut Jean Godinot[29], constitue la première étape du pôle régional de cancérologie.

Actions :

- Constituer un pôle régional hospitalo-universitaire de cancérologie comportant :

- un véritable projet médical commun ;
- un schéma d'organisation décrivant l'organisation des missions et des moyens. Il visera notamment à :
  - Sur le plan des soins, un parcours lisible et fluide pour les patients dans toutes les spécialités cancérologiques ;
  - La mise en commun du plateau technique ;
  - Un projet pédagogique commun ;
  - Un accès aux techniques et molécules innovantes pour tous les patients de la région, notamment en augmentant le nombre d'inclusions dans les essais cliniques ;
  - La coordination des projets de recherche clinique et translationnelle des deux établissements en cancérologie, et leur contribution aux travaux de recherche du Cancéropôle Grand-Est.

- Elargir le pôle régional de cancérologie au CH de Troyes et à la polyclinique Courlancy.

1.3. Améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie

L'optimisation des délais d'accès aux plateaux techniques, notamment scanner et imagerie par résonance magnétique (IRM), favorisera la réalisation des phases initiales et donc la possibilité de mise en œuvre plus précoce de la phase thérapeutique.
L'étude réalisée par l'Imagerie Santé Avenir (ISA) en 2010 a montré que le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous en Champagne Ardenne est de 32 jours (la moyenne nationale est de 34 jours).

[29] A noter, les deux établissements coopèrent dans le cadre de la tumorothèque de Champagne Ardenne. Cette coopération présente une double mission sanitaire et de recherche, et, a permis la structuration d'un réseau ouvert aux établissements publics et aux hôpitaux privés de la région.

Il s'agira ainsi d'améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie pendant les phases de dépistage et de traitement du cancer et de réduire les délais de rendez-vous (IRM principalement).

Le nombre d'autorisations d'IRM sera donc augmenté de 4 appareils, pour parvenir à 21 appareils, par substitution à un nombre équivalent de scanners.

Les implantations d'appareils supplémentaires dédiés aux examens ostéo-articulaires et/ou du rachis – parfois dits « *plus efficients pour l'ostéo-articulaire et le rachis* » - seront privilégiées, sur des sites disposant déjà d'une activité importante de remnographie et de tomodensitométrie. Chaque nouvelle autorisation sera étudiée *a minima* au regard de différents critères (…)

Par ailleurs, l'utilisation des Tomographie par Emission de Positons (TEP) en cancérologie est importante. A ce jour, 2 TEP sont installées en Champagne Ardenne, à Reims.
L'étude de l'installation d'un nouvel appareil sur l'agglomération de Troyes est en cours, notamment en termes d'impact sur l'activité des deux appareils existants sur l'agglomération de Reims.

Schéma régional d'organisation des soins – volet hospitalier – Imagerie
Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plan d'actions
4.1 : Elargissement du parc IRM et 4.2 Elargissement du parc TEP (Tomographes à Emissions de Positons).

1.4. Améliorer la coordination

- ✓ **Structurer les filières de prise en charge spécifiques**

Développer l'oncogériatrie :
Le poids de la population concernée demande un suivi spécifique et continu.

Actions :
Favoriser une organisation régionale autour de l'oncogériatrie, notamment par l'implantation d'une UCOG (unité de coordination d'oncogériatrie) sur le pôle hospitalo-universitaire, qui aura pour rôle :

- d'assurer la coordination entre les structures de la région
- de diffuser les référentiels
- de développer la formation des professionnels de santé (équipes mobiles de gériatrie…)
- de développer la recherche en oncogériatrie (**objectif : 5% de personnes âgées incluses dans les essais**).

Structurer les filières enfants – adolescents :
La prise en charge des enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) est spécifique au CHU de Reims où est implanté le service d'oncologie pédiatrique.
Afin de favoriser le rapprochement des enfants de leur famille, le site de référence pourra associer à ses activités d'autres établissements de la région, avec lesquels il passera des conventions.

Actions :

- identifier une filière de prise en charge pour les enfants (rôle de recours du CHU) ; structurer le parcours des adolescents (15/18 ans) au sein du CHU et en région.

L'oncopédiatrie fait partie des spécialités inclues dans l'élaboration du projet médical commun du pôle hospitalo-universitaire.

- ✓ **Renforcer la coordination ville-hôpital : pendant le traitement et après**

Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge. Cela passe nécessairement par :

- ✓ un dossier médical partagé et une meilleure information du médecin traitant via une transmission rapide et efficace des données concernant ses patients,
- ✓ un accès plus facile aux réunions de concertation pluridisciplinaires (participation depuis son cabinet par l'intermédiaire d'un système de visioconférence notamment).

Un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné pourra être élaboré et remis au(x) patient(s) par le médecin traitant.

- ✓ **Favoriser les filières d'aval et les alternatives à l'hospitalisation (articulation avec les soins palliatifs et les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) orientés sur la cancérologie, Hospitalisation A Domicile (HAD))**

Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) doivent développer leur activité auprès des établissements autorisés ou associés à la prise en charge des patients atteints de cancer. Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) doivent permettre le maintien des patients au sein des services ou des pôles dans lesquels ils sont habituellement suivis.
Il s'agira :

- de faciliter l'accès aux services de SSR ;
- de développer les collaborations avec l'HAD tout en identifiant mieux son périmètre d'intervention (notamment dans le domaine de la lutte contre la douleur).

Schéma régional d'organisation des soins – volet hospitalier – HAD
Chapitre 3 : objectifs généraux
Titre 2 : objectifs spécifiques
Sous titre 3 : Améliorer l'insertion de l'HAD dans les filières de prise en charge

Schéma régional d'organisation des soins – volet hospitalier – Soins Palliatifs
Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action liés aux orientations nationales et régionales
1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé
1.4 Développer une réflexion sur les modalités et les logiques de coordination territoriale de proximité

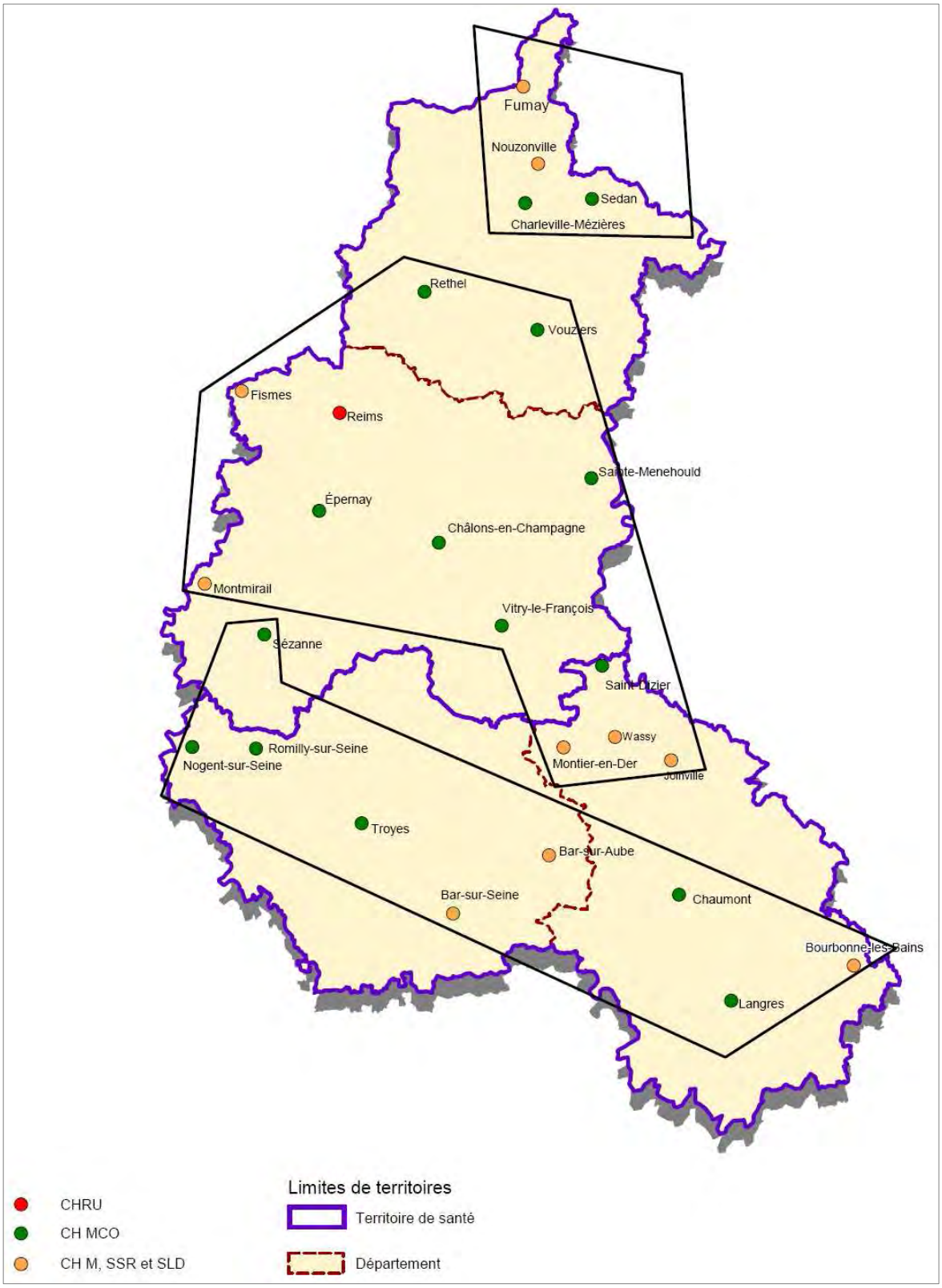
Schéma régional d'organisation des soins – volet hospitalier – SSR
Chapitre 4 : Plan d'actions par objectif
4.5 Mettre en place une animation et une concertation territoriale en SSR. Les recommandations d'organisation sont articulées avec celles définies dans les autres volets du PRS (médecine d'urgence, gériatrie, addictologie, cancérologie, ….) et du SIOS (chirurgie cardiaque, grands brûlés, etc…).

2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

2.1. Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale

Objectifs :
- Tous les établissements autorisés dans la prise en charge du cancer devront adhérer à un 3C.
- L'objectif est d'avoir un 3C par territoire de coopération hospitalière.
Dans un premier temps, deux 3C pourront coexister sur le second territoire (celui incluant REIMS).

Les 3 territoires de coopération hospitalière



Le dispositif d'annonce :
Tous les nouveaux patients devront bénéficier du dispositif d'annonce (avec traçabilité).

Les actions d'évaluation sociale devront être généralisées dans le cadre du dispositif d'annonce.
L'objectif est que chaque patient bénéficie, au moment où il apprend sa maladie, des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.
Tous les sites autorisés à la prise en charge du traitement du cancer, selon une ou plusieurs modalités, devront mettre en place des dispositions conformes aux recommandations du Code de la santé publique[30] concernant le dispositif d'annonce.
Les sites associés devront pouvoir bénéficier du dispositif d'annonce, par eux-mêmes ou en lien avec les sites autorisés auxquels ils seront liés.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) :
Tous les nouveaux patients devront être vus en RCP.

Chaque référent de RCP devra identifier les RCP de recours (=2ème avis) pour sa ou ses spécialités.
Tous les praticiens ayant un essai en cours devront le communiquer auprès de l'animateur de RCP.

Le Programme Personnalisé de Soins (PPS) et les soins de support :
Chaque patient devra se voir remettre systématiquement un PPS, qui devra intégrer d'emblée les soins de support.

Un travail quant à l'harmonisation du PPS en région devra être mené. Le PPS sera adapté au regard de l'évolution de l'état de santé du patient.
Outre la remise du PPS, la lisibilité des soins de support doit être une priorité pour les établissements de santé.
Les centres de coordination en cancérologie (3C) organisent la transversalité d'un point de vue qualitatif, en s'assurant que le patient a accès à l'ensemble des besoins principaux auxquels doivent répondre les soins de support : la douleur ; les problèmes nutritionnels ; les problèmes professionnels ; la souffrance psychique ; les difficultés sociales...

L'après cancer constitue un axe à part entière dans le plan cancer 2009/2013. Un volet social pourra être intégré au PPS, et, une consultation sociale proposée à chaque patient en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre du volet social (en vue d'un réajustement et de la préparation à l'après cancer).

L'organisation des systèmes d'information :

Les établissements de santé autorisés ou associés à la prise en charge des patients atteints de cancer devront notamment :

- développer les systèmes d'information liés au Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) afin de faciliter les échanges entre les structures, les professionnels concernés, dans le but de fluidifier la prise en charge du patient et d'assurer une continuité de soins optimale ;
- mettre en place une possibilité de web conférence.

[30] Article R 6123-88 du CSP.

2.2. Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : ONCOCHA

Schéma régional d'organisation des soins – volet ambulatoire
Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions
III/ Objectif général : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
2. Les réseaux de santé
Objectif spécifique :
2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs
Objectifs opérationnels :
2.1.1 Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec les objectifs du projet régional de santé
2.1.2 Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région
2.1.3 Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé

Tous les professionnels traitant des patients atteints de cancer doivent adhérer au réseau régional de cancérologie.
Les objectifs du réseau régional de cancérologie doivent se conformer aux objectifs du SROS, notamment en mettant l'accent sur la démarche qualité et l'évaluation des pratiques (fonctionnement des 3C, élaboration d'un PPS type, diffusion des référentiels, notamment sur les soins de support, déploiement du DCC…).
Les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC.
Le RRC participe à l'organisation du niveau de recours et d'expertise et doit également rendre lisible aux patients l'accès aux soins de recours (élaboration d'un annuaire).
Le RRC est impliqué dans l'évaluation de la mise en œuvre et du suivi du volet cancer du SROS.

2.3. Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en radiothérapie

Les centres de radiothérapie sont autorisés par les ARS en application du décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif à l'activité de soins de traitement du cancer. Au titre de ces autorisations, les centres sont tenus de mettre en œuvre des mesures transversales de qualité, (notamment l'organisation de l'accès au dispositif d'annonce, de la remise d'un programme personnalisé de soins aux patients), de maintenir un seuil minimal d'activité (600 patients) et d'assurer la conformité vis-à-vis des critères d'agrément de l'INCa visant à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. Ils doivent également disposer au minimum de deux accélérateurs de particules.
Un régime dérogatoire est prévu pour certains centres en situation d'isolement géographique. Ces derniers, ne disposant que d'une seule machine et non soumis à la condition d'activité minimale, doivent mutualiser leur autorisation avec un autre centre autorisé dans les 36 mois suivants la délivrance de l'autorisation. Les centres en situation d'isolement géographique[31] sont soumis à l'ensemble des mesures transversales et des critères d'agrément.

Actions :

- Respecter les exigences de l'INCa et de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) en termes de démarche qualité. En lien avec l'ASN, la qualité des équipements et des prises en charge sera régulièrement évaluée. Les éléments du dossier médical devront être conformes aux exigences des critères d'agrément.
- Harmoniser les plateaux techniques en termes d'accélérateurs de particules pour les centres de radiothérapie qui travaillent ensemble et faciliter une protocolisation des prises en charge.
- Renforcer la sécurisation des prises en charge en radiothérapie, notamment par l'organisation de la permanence en radiophysique médicale sur chacun des sites (en constituant des équipes de territoires inter-établissements en radiophysique médicale).

[31] Ces centres, ne disposant pas des capacités nécessaires à la délivrance d'une autorisation de radiothérapie (qualification des personnels et deux machines notamment) peuvent, s'ils sont adossés à une structure autorisée en radiothérapie, faire l'objet d'une externalisation dérogatoire pour un appareil unique.

3. Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans

En cancérologie, l'échelle territoriale pertinente est le territoire de santé. La Champagne-Ardenne comprend deux territoires de santé (Cf. arrêté n°2010-654 pris par le directeur général de l'ARS de Champagne Ardenne le 7 octobre 2010) :

- **le territoire Nord, composé de la Marne et des Ardennes,**
- **le territoire Sud, composé de l'Aube et de la Haute Marne.**

L'organisation cible peut évoluer suite aux résultats des visites de conformité et avec la perspective de l'évolution des critères d'agrément et des seuils d'activité.

Organisation cible des soins en chirurgie carcinologique :

L'activité de chirurgie carcinologique sera réalisée sur des sites dont les implantations sont définies en fonction des seuils fixés par type de pathologies (*art. R. 6123-90 à R 6123-93 et D. 6124-131 à D. 6124-132 du CSP, arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer*).

Autorisation en chirurgie carcinologique :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	7
Sud	6

Autorisations de chirurgie carcinologique par activité à seuil :

Territoires	sein	digestif	urologie	gynécologie	ORL	thorax
Nord	5 ou 6	7*	5	4	4	2
Sud	5	6	6	4	2	1

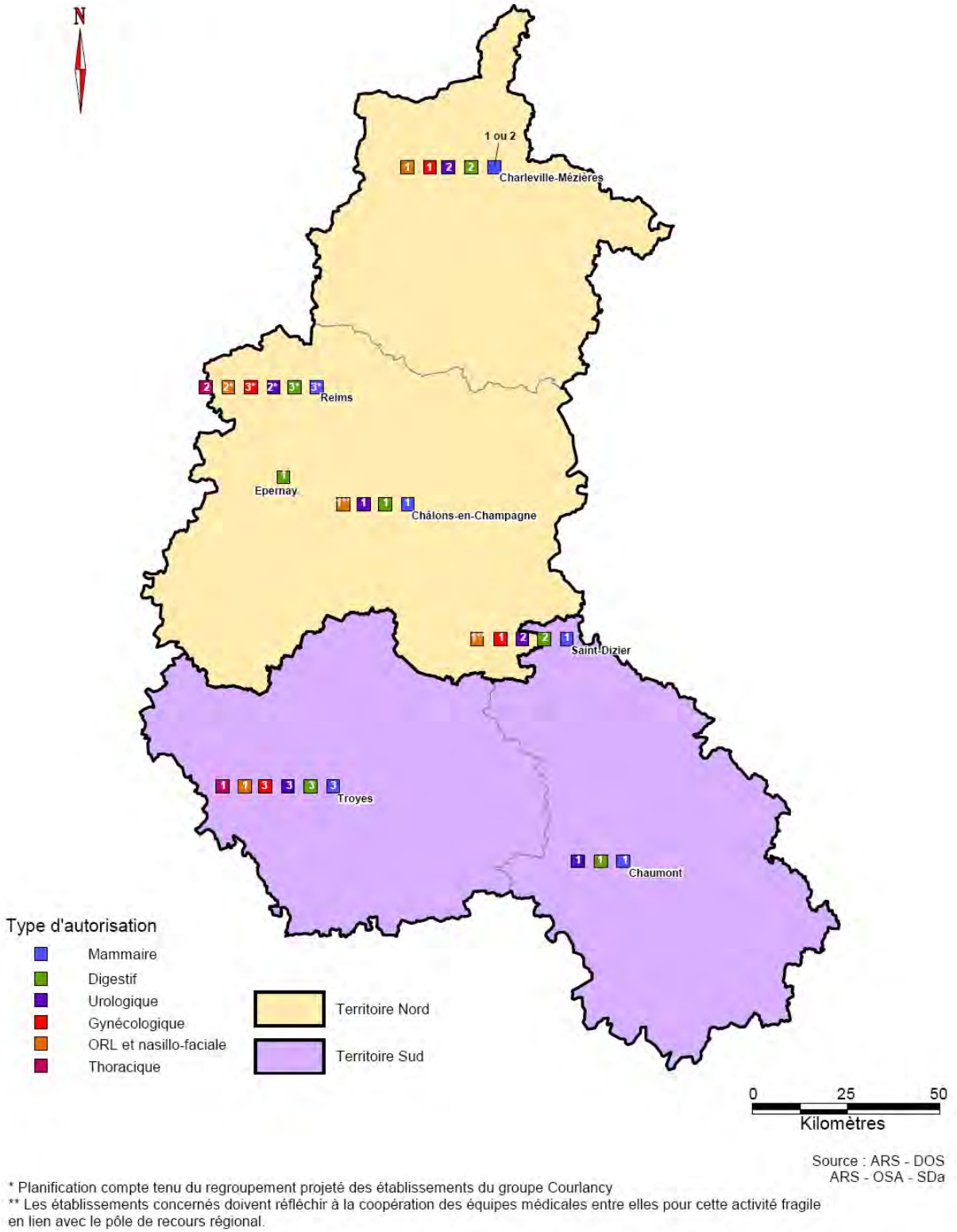
* Cette autorisation sera conditionnée à la mise en œuvre d'une coopération entre les deux opérateurs implantés à Epernay.

Le détail des implantations par agglomération figure sur la carte à la page suivante.
Sur le territoire Nord, les agglomérations d'implantation sont les suivantes : Charleville-Mézières, Reims, Châlons-en-Champagne et Epernay.
Sur le territoire Sud, les agglomérations d'implantation sont les suivantes : Troyes, Saint-Dizier et Chaumont.

Il est à noter que chaque établissement autorisé devra se conformer aux critères d'agrément publiés par l'INCa. Les praticiens intervenant dans ces établissements devront participer aux RCP, conformément aux recommandations des critères d'agrément publiées par l'INCa.

Des conventions pourront lier les établissements afin de permettre une orientation en adéquation avec les besoins du patient (délai d'accessibilité, plateau technique adapté…).
Il appartiendra aux établissements autorisés de permettre aux chirurgiens des établissements non autorisés d'accéder à leur plateau technique suivant des modalités juridiques adaptées à chacune des situations particulières. Pour les établissements ne disposant pas en propre d'un accès à l'anatomopathologie, des conventions devront préciser les moyens par lesquels ils auront accès aux examens, notamment extemporanés.

Autorisations d'activité de soins en cancérologie en Champagne Ardenne



Source : ARS - DOS
ARS - OSA - SDa

* Planification compte tenu du regroupement projeté des établissements du groupe Courlancy
** Les établissements concernés doivent réfléchir à la coopération des équipes médicales entre elles pour cette activité fragile en lien avec le pôle de recours régional.

A noter, l'autorisation sur Epernay sera conditionnée à la mise en œuvre d'une coopération entre les deux opérateurs implantés à Epernay.

Organisation cible des soins en chimiothérapie :

La chimiothérapie sera réalisée sur les sites définis dont l'activité atteint les seuils et dont les qualifications des médecins répondent aux critères d'agrément.

Sites autorisés pour la chimiothérapie :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	6
Sud	4

Les sites autorisés devront permettre aux établissements antérieurement autorisés de réaliser des chimiothérapies de proximité en tant que sites associés (article 6123-94 du Code de la Santé Publique).

Organisation cible des soins en radiothérapie :

Les sites autorisés sont les sites possédant au minimum deux appareils et une activité conforme aux seuils (*article R.6123-93, D. 6124-133, arrêté du 29 mars 2007*).

Sites autorisés pour la radiothérapie :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	2
Sud	1

Possibilités d'externalisation dérogatoire d'un appareil unique (*article R. 6123-93 CSP*) :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	1
Sud	1

Organisation cible en curiethérapie :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	2
Sud	0

Organisation cible pour l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées :

Territoires de santé	Nombre de sites
Nord	2
Sud	1

Le détail des implantations par agglomération figure sur la carte à la page suivante.

Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Sites autorisés en chimiothérapie, radiothérapie,
curiethérapie et utilisation de radioéléments en sources non scellées



Source : ARS-DOS

ARS-OSA-MFN

* planification compte tenu du regroupement projeté des établissements du groupe Courlanc

** implantation dérogatoire au tire de l'article R. 6123.93 du Code de la Santé Publique

Chapitre 5 : Indicateurs de suivi

Objectifs	Actions	Indicateurs	Source	Lien
Améliorer l'accès aux soins :				
Assurer une offre de soins graduée en cancérologie	Assurer une offre de proximité et de recours en région (dont une plate-forme de génétique moléculaire). Cette offre, graduée, devra répondre aux critères d'autorisation.	Suivi annuel des seuils et visites de conformité (nombre de séjours en chirurgie des cancers, nombre de séances et séjours en chimiothérapie, nombre de séances en radiothérapie) Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jours	PMSI	
	Identifier les activités de recours (= de 2ème avis) et préciser les modalités d'accès aux activités de recours.	Existence d'un annuaire spécifique aux activités de recours.	ONCOCHA	
	Développer la coopération entre les établissements de santé : Toute association pour l'activité de chimiothérapie sera soumise à l'avis de l'ARS. Toute convention sera transmise préalablement à toute action à l'ARS.	Nombre de conventions reçues à l'ARS et analysées Part des patients en chimiothérapie pris en charge dans les établissements associés	PMSI	
Assurer la constitution d'un pôle régional de cancérologie	Constituer un pôle régional hospitalo-universitaire de cancérologie	Existence : - d'un projet médical commun - d'un schéma d'organisation décrivant l'organisation des missions et des moyens	CHU-IJG	
	Elargir le pôle régional de cancérologie au CH de Troyes et à la polyclinique Courlancy.	% de patients inclus dans les essais cliniques Existence du pôle régional de cancérologie composé des établissements suivants : CHU, IJG, CH de Troyes et polyclinique Courlancy.	ONCOCHA	

Améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie	Réduire les délais de rendez-vous aux IRM.	Délai moyen de rendez-vous		Volet imagerie
Améliorer la coordination	Favoriser une organisation régionale autour de l'oncogériatrie	Existence d'une UCOG (unité de coordination d'oncogériatrie), à visée régionale, répondant aux critères de l'INCa % de personnes de plus de 75 ans incluses dans les essais (objectif : 5%)	UCOG	
	Structurer les filières enfants – adolescents	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une RCP inter-régionale / nombre d'enfants pris en charge	CHU	
	Intégrer le médecin traitant dans le parcours de soin	Nombre de médecins connectés au DCC	ONCOCHA	
Améliorer la qualité et la sécurité des soins Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale	Tous les établissements autorisés dans la prise en charge du cancer devront adhérer à un 3C. L'objectif est d'avoir un 3C par territoire de coopération hospitalière. Dans un premier temps, deux 3C pourront coexister sur le second territoire (celui incluant REIMS).	Nombre de 3C et liste des établissements par 3C	ONCOCHA	
	Tous les nouveaux patients devront bénéficier du dispositif d'annonce.	% de patients bénéficiant du dispositif d'annonce (avec traçabilité)	ONCOCHA	
	Tous les nouveaux patients devront être vus en RCP.	% de patients vus en RCP	ONCOCHA	
	Chaque patient devra se voir remettre systématiquement un PPS, celui-ci devra intégrer d'emblée les soins de support.	% de patients bénéficiant d'un PPS Engager une démarche d'harmonisation du PPS en région, avec soins de support et volet social	ONCOCHA	
	Les établissements de santé autorisés ou			

	associés à la prise en charge des patients atteints de cancer devront notamment : - développer les systèmes d'information liés au Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) - mettre en place une possibilité de web conférence pour les RCP.	Liste des établissements ayant mis en place des outils.	ONCOCHA	
Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : ONCOCHA	Tous les professionnels traitant des patients atteints de cancer doivent adhérer au réseau régional de cancérologie. Les objectifs du réseau régional de cancérologie doivent se conformer aux objectifs du SROS et notamment mettant l'accent sur la démarche qualité, l'évaluation des pratiques, l'identification des activités de recours.	Suivi des objectifs fixés à ONCOCHA (convention FIQCS) A minima, 1 protocole d'évaluation régionale doit être écrit et réalisé par an (rôle d'ONCOCHA)	ONCOCHA	SROS ambulatoire
Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en radiothérapie	Harmoniser les plateaux techniques en termes d'accélérateurs de particules pour les centres de radiothérapie qui travaillent ensemble et faciliter une protocolisation des prises en charge.	Harmonisation des plateaux techniques Existence de protocoles de prise en charge		
	Renforcer la sécurisation des prises en charge en radiothérapie, notamment par l'organisation de la permanence en radiophysique médicale sur chacun des sites (en constituant des équipes de territoires inter établissements en radiophysique médicale).	Constitution d'équipes de territoires en radiophysique médicale.		

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

1. Prévention et dépistage

Le chapitre 2 « diagnostic régional », paragraphe 2.3 intitulé « prévention et dépistage » : revoie au Schéma Régional de Prévention – Volet Prévention Promotion de la Santé :

Axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques
3.1. Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective
Favoriser l'articulation entre les structures en charge de la prévention sélective (dépistages, vaccinations) et les autres professionnels en amont (professionnels de premier recours, intervenants en éducation pour la santé et en promotion de la santé) ou en aval (professionnels intervenant dans la prise en charge, professionnels spécialisés,), notamment en améliorant la circulation de l'information.

2. Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie

Le chapitre 4 « objectifs opérationnels et plan d'actions », paragraphe 4.2.2. intitulé « renforcer le rôle du réseau régional de cancérologie » : revoie au SROS – volet ambulatoire :

Schéma régional d'organisation des soins – volet ambulatoire
Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions
3 / Objectif général : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
3.2. Les réseaux de santé
Objectif spécifique :
2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs
Objectifs opérationnels :
2.1.1 Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec les objectifs du projet régional de santé
2.1.2 Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région
2.1.3 Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé (tel que le Dosser Médical Personnel et l'outil ORNICARE)

Glossaire

ALD : Affections de Longue Durée
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASN : Autorité de Sureté Nucléaire
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CSP : Code de la Santé Publique
3 C : Centres de Coordination en Cancérologie
DCC : Dossier Communiquant en Cancérologie
EMSP : Equipes Mobiles de Soins Palliatifs
ERM : ElectroRadiologue Médical
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation à Domicile
IJG : Institut Jean Godinot
INCa : Institut National du Cancer
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISA : Imagerie Santé Avenir
LISP : Lits Identifiés en Soins Palliatifs
OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux, des Innovations Thérapeutiques
ONCOCHA : Réseau Régional en Cancérologie
ORL : Oto Rhino Laryngologie
PPS : Programme Personnalisé de Soins
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
RECAP : Réseau Régional de Soins Palliatifs
REGECA : Réseau Régional de Gériatrie
RRC : Réseau Régional en Cancérologie
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SCP : Société Civile et Professionnelle
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TEP : Tomographie par Emission de Positions
UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie
VADS : Voies Aéro Digestives Supérieures

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Références législatives et réglementaires 151

Chapitre 2 : Diagnostic régional..... 152

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 156

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 156

Chapitre 5 : Schéma cible 157

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 158

Chapitre 1 : Références législatives et réglementaires

- Décret n°2009 – 409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- Décret n°2009 – 410 du 14 avril 2009 relatif 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 annuel d'actes pour les activités interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du code de la santé publique.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

La part de la population âgée en Champagne-Ardenne est identique à celle observée en France métropolitaine (21,7%). Mais cette moyenne est le résultat d'une répartition contrastée entre les départements (20% pour la Marne, 25,1% pour la Haute-Marne).
L'espérance de vie est plus faible dans la région de 0,75 ans.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine de 25% des décès chez les hommes et de 31,2% des décès chez les femmes. Ces taux, légèrement inférieurs pour les hommes et légèrement supérieurs pour les femmes à ceux observés en France métropolitaine, en font la deuxième cause de décès après les tumeurs.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3ème génération a fait l'objet d'une révision en mars 2010, en application des décrets nos 2009-409 et 2009-410 et de l'arrêté du 14 avril 2009 venant encadrer la pratique des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie.
L'activité de cardiologie conventionnelle (y compris la pose de stimulateurs simples et double chambre) est traitée comme une activité de médecine et chirurgie.

Le présent volet concerne donc les activités de cardiologie interventionnelle, qui sont exercées selon trois modalités :

1. les 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 ;
2. les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ;
3. les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

La révision du SROS III opérée le 23 mars 2010 prévoyait les implantations suivantes :

Types d'actes	Agglomérations d'implantation	Nombre d'implantations
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	Reims Troyes	2
Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	Reims	1
Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	Reims Troyes	3

Ces implantations n'ont pas été modifiées par rapport à celles de la révision du SROS 3 du 23 mars 2010 pour les cardiopathies de l'enfant et de l'adulte.

L'état des lieux est par contre modifié en ce qui concerne la modalité des actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation.

En effet, cette activité se caractérise en 2010 comme suit :

Nombre actes en rythmologie interventionnelle

2010

actes non soumis aux seuils (N)

	département de résidence du patient																		
Finess	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Aisne**	**Alpes-Maritimes**	**Isère**	**Meuse**	**Moselle**	**Bas-Rhin**	**Haut-Rhin**	**Paris**	**Seine-et-Marne**	**Vosges**	**Yonne**	**Val-de-Marne**	**99**	**Total hors région**	**Ensemble**
Polyclinique du Parc	23	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	23
CH de Charleville Mézières	180	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	181
Groupe hospitalier Sud-Ardennes	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	1
Centre hospitalier de Troyes	.	110	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	111
Polyclinique Pasteur	.	39	14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	53
Polyclinique Montier-la-Celle	.	98	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	99
Clinique de Champagne	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	3
Groupe hospitalier Aube-Marne	.	5	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	6
CHRU	112	8	290	5	52	.	1	.	1	1	1	1	1	.	.	.	3	61	476
Centre hospitalier de Châlons-en-C.	.	.	35	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	35
Centre hospitalier d'Epernay	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	5
Polyclinique de Courlancy	33	.	102	.	20	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	23	158
Polyclinique Saint-André	19	1	139	2	51	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	51	212
Clinique Saint-Vincent	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	2
Centre hospitalier de Chaumont	.	11	.	52	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	2	65
Centre hospitalier de Langres	.	.	.	26	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	26
Centre hospitalier de Saint-Dizier	.	.	.	37	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	38
Clinique de la compassion	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	5
Clinique Francois 1er	.	.	.	9	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	11
Centre médico-chirurgical de Chaumont	.	2	.	12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	14
Total	368	276	588	149	124	1	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	3	143	1524

Source: ARS/OSA/BC PMSI MCO 2010

Actes soumis aux seuils (O)

	département de résidence du patient							
Finess	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Aisne	Yonne	Total hors région	Ensemble
Centre hospitalier de Troyes	.	39	.	.	.	1	1	40
CHRU	53	5	95	1	28	.	28	182
Polyclinique de Courlancy	11	.	53	.	5	.	5	69
Total	64	44	148	1	33	1	34	291

Source: ARS/OSA/BC PMSI MCO 2010

Ce tableau montre que le centre hospitalier de Troyes n'atteint pas le seuil de 50 ablations endocavitaires, mais que la polyclinique de Courlancy le dépasse en 2010.

En 2009, la situation au regard des seuils était la suivante :

actes soumis aux seuils (O)

	département de résidence du patient									
Finess	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Aisne	Orne	Seine-et-Marne	Yonne	ensemble	Total hors région
Centre hospitalier de Troyes	.	21	.	1	.	.	.	1	23	1
CHRU	45	4	71	.	27	1	1	.	149	29
Polyclinique de Courlancy	2	.	5	.	.	.	.	.	7	0
Institut Jean Godinot	1	.	.	.	.	.	.	.	1	0
Total	48	25	76	1	27	1	1	1	180	30

Source: ARS/OSA/BC PMSI MCO 2009

En 2009, seul le CHU de Reims atteignait le seuil de 50 ablations endocavitaire.

Le développement de l'activité de rythmologie interventionnelle est constaté pour le CHU comme pour la Polyclinique de Courlancy. La progression d'activité touche les deux établissements, sans doute du fait de nouvelles indications.

Le développement d'une offre par deux opérateurs sur Reims correspond de ce fait à un réel besoin de la population. Ce besoin est encore plus important si l'on considère les fuites constatées pour notre région.

Elles sont en effet importantes vers les régions limitrophes, notamment l'Ile-de-France et la Lorraine :

Rythmologie interventionnelle (alinéa 1 de l'article 1er du décret n°2009-409 du 14 avril 2009) - Nombre d'actes réalisés en 2010 sur des patients champardennais dans un établissement hors région

actes non soumis aux seuils (N)

	département de résidence du patient				
Région de l'établissement de santé	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**ensemble**
97	1	.	.	.	1
Bourgogne	1	6	1	22	30
Bretagne	.	.	1	1	2
Ile de France	36	180	93	12	321
Languedoc Roussillon	1	.	.	.	1
Lorraine	9	10	19	115	153
Nord Pas de Calais	1	.	.	.	1
PACA	1	2	1	.	4
Pays de Loire	1	.	1	.	2
Poitou Charente	1	.	.	.	1
Rhône-Alpes	.	.	1	.	1
Total	52	198	117	150	517

Source: ARS/OSA/BC PMSI MCO 2010

Actes soumis aux seuils (O)

	département de résidence du patient				
Région de l'établissement de santé	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**ensemble**
Aquitaine	.	1	.	2	3
Bourgogne	.	1	.	6	7
Ile de France	10	62	42	11	125
Lorraine	14	4	18	54	90
Midi Pyrénées	1	1	1	.	3
PACA	.	.	2	.	2
Rhône-Alpes	.	.	1	.	1
Total	25	69	64	73	231

Source: ARS/OSA/BC PMSI MCO 2010

Ces fuites sont plus importantes dans l'Aube, la Marne et la Haute Marne.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

L'objectif essentiel est d'améliorer l'accès aux soins, priorité du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS):

par la consolidation des sites existants et le développement de l'offre en matière d'actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation. Pour cette dernière modalité, l'état des lieux ci-dessus montre que l'ensemble de la demande ne peut être satisfaite par les seules implantations autorisées en application du précédent schéma ;

par l'insertion des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie dans la filière de soins cardiologique globale.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

Les sites de pratique des activités relatives aux cardiopathies de l'enfant et de l'adulte seront pérennisés.

En ce qui concerne la modalité relative aux actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, une autorisation supplémentaire pourra être accordée à Reims, sous réserve toutefois du partenariat à construire entre les établissements concernés permettant la régulation de l'activité et son insertion dans une filière de cardiologie incluant les activités de chirurgie avec CEC.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sont insérées dans la filière de soins cardiologiques, qui comprend la chirurgie cardiaque, la cardiologie interventionnelle, la cardiologie « simple », la rééducation cardio-vasculaire. Dans cette optique, ces activités sont articulées avec la prise en charge des urgences cardiologiques : l'organisation avec le SAMU-centre 15 doit en particulier être effective afin de préserver les chances du patient dans des délais cours de prise en charge.

Chapitre 5 : Schéma cible

Le territoire de santé pertinent en matière d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie est le territoire régional.

Les implantations de ces activités sont les suivantes :

Types d'actes	Agglomérations d'implantation	Nombre d'implantations
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	Reims Troyes	3 La seconde implantation à Reims devra s'accompagner d'un engagement du promoteur à réguler son activité en veillant à maintenir un équilibre entre les deux opérateurs rémois et à garantir l'organisation d'une filière régionale pour ce qui concerne en particulier la chirurgie cardiaque sous circulation extra-corporelle.
actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	Reims	1
actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	Reims Troyes	3

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

Evolution du nombre d'actes en rythmologie interventionnelle par établissement soumis et non soumis à seuil,
Evolution du nombre d'intervention en chirurgie cardiaque avec CEC au CHU

Le guide SROS national (V3) inclut les indicateurs suivants :
Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence
Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Le cadre général 162
1. Présentation générale 162
2. Les enjeux 162
3. Les références réglementaires 163

Chapitre 2 : Le diagnostic régional 164
1. L'activité clinique 164
1.1. La consultation de génétique 164
1.2. La consultation de génétique dans le cadre du Centre de Référence pour les anomalies du développement et syndrome malformatif 164
1.3. La consultation en oncogénétique 165
2. Les activités des laboratoires 165
3. Le lien entre l'activité clinique et l'activité d'analyses réalisé par les laboratoires 168

Chapitre 3 : Les objectifs régionaux 169
1. Les priorités et objectifs du PSRS 169
2. Les orientations Régionales 169
2.1. Améliorer l'accès aux soins 169
2.2. Améliorer la qualité des Soins 169

Chapitre 4 : Les objectifs opérationnels 170
1. Améliorer l'accès aux soins 170
1.1. Organiser, au sein de filières, les moyens du diagnostic et de la prise en charge des personnes et de leur famille concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale, qui relèvent le plus souvent de maladies rares 170
1.2. Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers 170
2. Améliorer la qualité des Soins 171
2.1. Mettre en œuvre une offre graduée au niveau des laboratoires de biologie médicale 171
2.2. Structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge 171

Chapitre 5 : Schéma cible 172

Chapitre 6 : Transversalité 173
1. Volet Biologie médicale du SROS Hospitalier 173
2. SROMS 173

Chapitre 7 : Indicateurs 174

GLOSSAIRE 176

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Le cadre général

1. Présentation générale

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.

Cette analyse a pour objet de :

- poser, confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- 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 ;
- adapter la prise en charge médicale d'une personne en fonction de ses caractéristiques génétiques.

La génétique constitutionnelle post-natale est pour la première fois abordée dans le cadre d'un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Le champ de ce chapitre du SROS exclut le diagnostic prénatal, le dépistage néonatal et certains domaines particuliers : la génétique des populations, la génétique somatique (recherche de marqueurs génétiques des tumeurs) et l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques aux fins d'établissement d'une preuve par ou sous contrôle judiciaire.

Cette discipline comprend des activités cliniques (consultations) et des activités de biologie médicale (analyses de cytogénétique, de biologie moléculaire).
La consultation de génétique permet, à partir d'une approche clinique, d'établir une juste prescription d'analyse, une interprétation pertinente des résultats, un diagnostic précis, une information encadrée et si besoin, une orientation pour la prise en charge des personnes concernées et leur famille.
Les analyses de cytogénétique (y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, ex : FISH[32]), les analyses de génétique moléculaire ainsi que toute autre analyse de biologie médicale équivalente (liste arrêtée par le ministère de la santé), contribuent à la recherche d'informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne.

2. Les enjeux

Améliorer l'accès aux soins :

- Organiser des filières de prise en charge structurées intégrant le diagnostic et la prise en charge médicale des personnes et de leur famille.
- Rendre lisible cette offre auprès des professionnels et des usagers.

Améliorer l'efficience et la qualité :

- Veiller à la mise en place d'une offre de soins graduée.
- Structurer l'offre entre les laboratoires très spécialisés et les filières de prise en charge.

[32] FISH : Fluorescent In Situ Hybridization

3. Les références réglementaires

- Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

- Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.

- Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires de biologie médicale nécessaire à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.

Chapitre 2 : Le diagnostic régional

1. L'activité clinique

L'activité de consultation en génétique peut être assurée par une équipe médicale pluridisciplinaire (association de différents spécialistes, par exemple neuropédiatre, généticien, endocrinologue...) ou uniquement par un généticien dans le cadre d'un conseil génétique.

1.1. La consultation de génétique

Une consultation de génétique est organisée dans l'ensemble des départements à l'exception de la Haute-Marne. Les consultations avancées sur les sites de Troyes et de Charleville-Mézières apportent une réponse aux besoins exprimés localement en conseil génétique. L'activité de consultation en conseil génétique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) représente près de 65% des consultations de génétique de la région. Cette activité est globalement stable. Ces consultations sont longues (45 minutes à une heure) et sont généralement suivies par un travail bibliographique à partir des bases de données internationales..L'oncogénétique s'est développée grâce au soutien de l'Inca et représente le tiers des consultations de conseil génétique sur la ville de Reims.

Etablissement de santé	Nbre praticiens	Nbre consultations pluridisciplinaires	Nbre consultations conseil génétique	Thématiques
CH de Charleville-Mézières	*1 (consultation avancée du CHU de Reims)*			toutes
CHU de Reims - Pr Gaillard	7	150	1331	toutes, plus particulièrement: anomalies du développement et sd malformatifs, maladies neuromusculaires, métaboliques, rares endocrines, neurofibromatose, rénales, oncogénétique
CHU de Reims - Pr Nguyen	2	*accord avec Pr Gaillard*	327	hémophilie, thrombophilie
Institut Jean Godinot	2	*accord avec Pr Gaillard*	462	oncogénétique
Clinique de Courlancy	2		154	oncogénétique
CH de Troyes	*1 (consultation avancée du CHU de Reims)*		284*	toutes
Total	13	150	2558	

Sources Enquête Génétique, rapports d'activité 2010 des consultations oncogénétiques
** volume d'activité probablement sous-estimé en raison d'erreurs administratives*

1.2. La consultation de génétique dans le cadre du Centre de Référence pour les anomalies du développement et syndrome malformatif

Le centre de référence a été labellisé au cours de la période de mise en œuvre du plan maladies rares 2005-2008. L'évaluation du centre de référence est prévue en 2011. Les 8 centres de référence français sur les anomalies du développement et syndrome malformatifs sont fédérés en réseau et utilisent une base de données commune (CEMARA). En 2010, l'activité du centre de référence du CHU de Reims a permis de prendre en charge 869 patients et 681 apparentés souhaitant s'informer.
Dans le cadre de l'activité de ce centre de référence, il serait souhaitable d'organiser un réseau de suivi des patients présentant des maladies génétiques (souvent maladies rares) accueillis dans les CAMSPS de la région et les services d'aide au handicap pour les sujets âgés de plus de 6 ans.

1.3. La consultation en oncogénétique

Une consultation d'oncogénétique est présente sur les villes de Reims, Charleville-Mézières et Troyes. Il n'y a pas de consultation en oncogénétique en Haute-Marne.
Sur la ville de Reims, cette activité est pratiquée sur trois sites distincts (CHU, Jean Godinot et la polyclinique de Courlancy), par les praticiens attachés à ces établissements. Au total, 766 consultations d'oncogénétique ont été réalisées en 2010 à Reims. L'Institut Jean Godinot en réalise la part la plus importante. Des réunions mensuelles de concertation pluridisciplinaire clinico-biologique ont lieu à l'Institut Jean Godinot avec la participation du CHU. Il convient également d'ajouter aux deux praticiens réalisant les consultations d'oncogénétique, les praticiens exerçant des consultations d'oncogénétique dans le cadre exclusif de prise en charge des néoplasies endocriniennes. La concentration de cette activité sur la ville de Reims s'explique par la file active de patients suivis pour un cancer dans les établissements de santé rémois.
Les consultations en oncogénétique à Troyes et Charleville-Mézières sont organisées par le CHU. Au niveau de la consultation avancée sur le site de Troyes, la demande en consultation d'oncogénétique est en augmentation.

2. Les activités des laboratoires

Les activités des laboratoires réalisant des examens de génétique post-natale font l'objet d'une autorisation. Le cadre des autorisations concerne les laboratoires réalisant des analyses de cytogénétique et de biologie moléculaire. Les autorisations délivrées peuvent être limitées ou non à une seule catégorie d'analyse.

Les analyses sont réalisées sous la responsabilité d'un praticien agréé. L'agrément des praticiens est délivré par l'Agence de la Biomédecine, pour une durée de cinq ans[33].

Tableau 1 : laboratoires autorisés et praticiens agréés en région

Laboratoires de Biologie médicale et secteurs concernés		Autorisations préfectorales du laboratoire en cours		Praticiens agréés par l'ABM	Techniciens	
		Cytogénétique	Génétique moléculaire		Effectif	ETP
Laboratoire du CHU de Reims	**Génétique**	Oui	Oui	4		5.6
	Biologie et recherche pédiatrique	*Sous couvert du service de génétique*		0	2	1
	Hématologie	Non	Oui	4	3	0.15
	Immunologie	Non	Oui	2		2
	Histologie, cytologie, biologie cellulaire	Non	Oui	1		2.2
	Pharmacologie	*Sous couvert du service d'hématologie*				
Laboratoire de l'Institut Jean Godinot		*Sous couvert du service de génétique du laboratoire de biologie médicale du CHU*		2	2	1.3
Laboratoire de la Porte de Paris		Oui	Non	2	4	4
Laboratoire du CH de Troyes	**Cytogénétique**	Oui	Non	1	4	1.5
	Génétique moléculaire	Non	Oui	2	6	5.8
Total		**3**	**5**	**18**	**ND**	**23.6**

Enquête sur la génétique post natal de l'ARS

[33] Articles R1131-6,R1131-7, R1131-9 du Code de Santé Publique.

Les activités de cytogénétique et de génétique moléculaire sont présentent sur les deux territoires de santé en Champagne Ardenne, plus spécifiquement à Reims et Troyes.

Reims dispose d'un plateau technique permettant de réaliser :

- des examens de cytogénétique (Laboratoire du CHU de Reims, Laboratoire Porte de Paris) et des examens de cytogénétique moléculaire et de CGH- Array (CHU)
- des examens de biologie moléculaire de niveau 1 et 2 (CHU de Reims et Institut Jean Godinot).

Le plateau technique du Centre Hospitalier de Troyes permet de réaliser :

- des analyses de cytogénétique ;
- des analyses de biologie moléculaire de niveau 1.

Sur les deux territoires de santé, l'activité de biologie moléculaire est supérieure à l'activité de cytogénétique.

L'activité de cytogénétique des laboratoires de la région regroupe des analyses pour le diagnostic prénatal, des analyses liées à la génétique des tumeurs, des analyses de génétique constitutionnelle, ces dernières étant concernées par le chapitre génétique du SROS. La pratique de ces examens mobilise des équipements et des personnels identiques. Avec le développement de thérapeutiques ciblées, les examens liés à la génétique des tumeurs connaissent un essor important alors que, au contraire, l'activité de cytogénétique constitutionnelle est en déclin. Ce déclin s'explique en partie par le développement de l'usage, en première intention, d'analyses de génétique moléculaire telle que la CGH – ARRAY .

Tableau 2 : l'activité des laboratoires autorisés en Champagne Ardenne

Laboratoire de biologie médicale et secteurs concernés		**Activité de cytogénétique constitutionnelle (en nombre d'examens)**				**Activité de Génétique Moléculaire (en nombre d'examens)**				**Champ d'activité**
		Propre	Pour compte	Totale réalisée	Non réalisée	Propre	Pour compte	Totale réalisée	Non réalisée	
Laboratoire du CHU	Génétique	1129	3579	4708		313	1532	1845		**Non limité**
	Biologie et recherche pédiatrique					53	12	65		**Sous couvert du service de génétique** : Maladie de Fabry, MTHFR
	Hématologie					339	615	954	26	**Limité** :coagulation, pharmacogénomique des traitements anticoagulants oraux
	Immunologie					916	21	937	13	**Limité** : immunologie et hémochromatose
	Histologie, cytologie et biologie cellulaire					136	456	592	16	**Non limité** : mucoviscidose, chorée de Huntington
	Pharmacologie					3	4	7	4	**Sous couvert du service d'hématologie :** pharmacogénétique
Institut Jean Godinot						520	26	546		**Sous couvert du service de génétique du labo du CHU :** oncogénétique
Laboratoire de la Porte de Paris		163	393	556	15					
Laboratoire du CH de Troyes	Génétique	126	15	141						
	Génétique moléculaire					1140	2	1142		**Limité** : hématologie, étude de coagulation, oncogénétique
TOTAL		**1418**	**3987**	**5405**	**15**	**3420**	**2668**	**6088**	**59**	

En région, l'activité de cytogénétique constitutionnelle est essentiellement concentrée à Reims avec 5264 examens réalisés en 2010 sur les 5405 que totalise la région. Le CHU de Reims est responsable de la majorité de ces examens (87%).
L'activité de cytogénétique du laboratoire du Centre Hospitalier de Troyes concerne essentiellement la réalisation d'examens de cytogénétique somatique en lien avec le développement de l'hématologie clinique à Troyes (768 examens en 2010). Les examens de cytogénétique constitutionnelle du laboratoire représentent environ 15% de l'activité totale de cytogénétique.

Les examens de biologie moléculaire comportent deux niveaux de complexité :

- les analyses courantes de niveau 1, souvent inscrites à la nomenclature, relevant de l'offre de proximité ;
- les analyses de niveau 2, hyperspécialisées dont le niveau de recours peut-être, selon la rareté des pathologies en cause et de la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international.

En région, 66% des examens de biologie moléculaire sont réalisés à Reims, le reste au Centre Hospitalier de Troyes. L'activité de biologie moléculaire du laboratoire du Centre Hospitalier de Troyes concerne des analyses de niveau 1, et relève de l'offre de proximité.

L'institut Jean Godinot réalise, dans le cadre d'une convention avec le service du Pr GAILLARD, les études des gènes BRCAs (activité de niveau 2) pour les consultations d'oncogénétique du CHU et de l'Institut Jean Godinot, des centres hospitaliers de Troyes et de Charleville-Mézières. Les demandes d'examens émanant de la consultation privée d'oncogénétique sont très ponctuelles et sont pour la plupart réalisées par des laboratoires extra-régionaux.

Le laboratoire du CHU de Reims est le recours régional en matière d'analyses de biologie moléculaire de niveau 1 et 2. La technique des analyses chromosomiques par puce à ADN (CGH-Array) est utilisée au CHU de Reims. L'analyse chromosomique par puces à ADN est une technique d'analyse globale du génome offrant un niveau de résolution bien supérieur à celui du caryotype pour la détection d'anomalies déséquilibrées. La sensibilité de cette technique dépend en partie du nombre, de la distribution, de la taille des sondes, et des critères biostatistiques utilisés pour l'analyse des données.

Les études génomiques conduites par le laboratoire du CHU de Reims sont réalisées en partie en partenariat avec le CHU de Nancy. Néanmoins, ce projet limite à 66 le nombre de cas analysés par an, alors que les besoins en Champagne Ardenne sont estimés à environ 300 patients au total par an. Par conséquent, l'équipe du laboratoire du CHU réalise sur place avec un équipement moins performant, les examens ne pouvant intégrer le programme de travail défini avec le CHU de Nancy.

3. Le lien entre l'activité clinique et l'activité d'analyses réalisé par les laboratoires

L'articulation entre l'offre des laboratoires de biologie médicale et l'activité de consultation en génétique est essentielle pour garantir une offre de soins structurée et lisible pour les patients et leur famille.

Le lien entre l'activité de consultation et l'activité de laboratoires s'organise de manière privilégiée lorsque l'activité clinique et l'activité de biologie médicale sont réalisées au sein du même établissement de santé. En Champagne-Ardenne, les consultations en génétique sont majoritairement organisées par le CHU de Reims et pratiquées par des praticiens du laboratoire de biologie médicale de l'établissement. Ainsi, pour une part importante des cas traités en consultation de génétique dans la région, les examens biologiques ont été réalisés, soit au niveau du plateau technique du CHU de Reims, soit au Centre Hospitalier de Troyes.
Néanmoins, lorsque les analyses de laboratoires ne sont pas réalisées par l'établissement de santé responsable de la consultation de génétique, il est nécessaire de favoriser les échanges entre le laboratoire responsable des examens et le praticien en charge du conseil génétique.

D'autre part, en raison de la complexité de certaines analyses et de la spécialisation des laboratoires dans la recherche de certaines maladies rares, il est nécessaire de favoriser la coopération avec ces laboratoires spécialisés et de travailler en réseau.
Le laboratoire du CHU de Reims, de par son activité de recours régional, et son activité de Centre de Référence travaille en réseau avec plusieurs laboratoires français ou étrangers.

Chapitre 3 : Les objectifs régionaux

1. Les priorités et objectifs du PSRS

Le SROS Génétique est établi en lien avec 3 priorités du PSRS et certains des objectifs les déclinant :

Priorité : l'accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social.

- Assurer le dépistage : de la souffrance psychique de l'enfant, des troubles des conduites et des comportements ;
- Après le dépistage, assurer le diagnostic et prendre en charge les enfants, en lien avec les centres de référence, et coordonner leur suivi médical, paramédical, éducatif et social.

Priorité : la prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques

Priorité : l'amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares

- Favoriser le repérage et l'orientation des patients atteints de maladies et handicaps rares ;
- Accentuer le partenariat entre structures de soins, professionnels de santé, Education nationale et associations de patients.

2. Les orientations Régionales

Le plan d'actions régionales s'appuie également sur le diagnostic régional et doit répondre aux priorités suivantes :

2.1. Améliorer l'accès aux soins

- organiser, au sein de filières, les moyens du diagnostic et de la prise en charge des personnes et de leur famille concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale, qui relèvent le plus souvent de maladies rares ;

- rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers.

2.2. Améliorer la qualité des Soins

- mettre en œuvre une offre graduée comprenant : les analyses de cytogénétique (répondant aux besoins de proximité), les analyses de biologie moléculaire de niveau 1 (offre de proximité), de niveau 2 (de recours), les analyses chromosomiques par puce à ADN qui nécessitent une expertise clinique et biologique importante développées à u niveau régional ou interrégional ;

- structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge.

Chapitre 4 : Les objectifs opérationnels

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Organiser, au sein de filières, les moyens du diagnostic et de la prise en charge des personnes et de leur famille concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale, qui relèvent le plus souvent de maladies rares

Il s'agit de permettre aux personnes et à leurs familles confrontées aux problématiques de génétique post-natale, d'accéder à un conseil en génétique pour ensuite être orientées vers les moyens du diagnostic adaptés aux pathologies recherchées. La consultation de génétique est un des points d'entrée dans la filière de prise en charge des problématiques de génétique post-natale.

Objectifs :

- Préserver une activité de consultation en génétique au niveau de chaque Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

- En lien avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), permettre au sein des CAMSPS, des IME, l'orientation des enfants potentiellement atteints de maladies génétiques vers le conseil génétique de la CHT. Le volet génétique du SROS doit également permettre de reconsidérer la prise en charge des personnes plus âgées, atteints de handicaps rares, qui n'ont pas pu bénéficier des progrès de la génétique.[34]

1.2. Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers

Il s'agit de permettre aux professionnels de santé et aux usagers de mieux connaître les filières de prise en charge existantes dans la région, sur leur territoire de santé ou au sein des CHT.

Objectif :

- Identifier les activités de recours en génétique et en oncogénétique au sein de la région et en préciser les modalités d'accès, notamment pour les usagers haut-marnais.

[34] Etude conduite par l'association nationale des CREAI (ANCREAI) en mai 2011

2. Améliorer la qualité des Soins

2.1. Mettre en œuvre une offre graduée au niveau des laboratoires de biologie médicale

Il s'agira de disposer, dans une logique de répartition territoriale équitable, de l'ensemble des maillons de l'offre de soins, allant des soins de proximité (dans chaque territoire de santé) aux soins de recours en région (plate-forme régionale de génétique moléculaire).

Objectifs :

- Cette offre, graduée, devra répondre aux critères d'autorisation et d'agrément des praticiens définis par le Code de santé publique.

- Renforcer le rôle du CHU de Reims en temps que recours régional pour les examens de cytogénétique et génétique moléculaire de niveau 2 pour la prise en charge de patients et de leur famille atteints de maladies génétiques rares.

- Identifier le CHU en lien avec l'Institut Jean Godinot en temps que recours régional pour la réalisation des examens en oncogénétique.

- Etendre la coopération entre le CHU de Reims et les autres CHU pour les analyses de biologie moléculaire de niveau 2 non développées au CHU de Reims.

Toute association sera soumise à l'avis de l'ARS ; toute convention sera transmise à l'ARS préalablement à toute action.

2.2. Structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge

La structuration de l'offre de soins implique le développement de coopérations, d'une part entre les laboratoires, au sein de réseaux organisés, d'autre part entre les praticiens responsables de consultation de génétique.

Le lien entre l'activité des laboratoires autorisés et l'activité clinique de consultation est à renforcer.

Objectifs :

- Favoriser les coopérations entre le CHU, l'Institut Jean Godinot et la Polyclinique de Courlancy pour les examens de biologie moléculaire, les activités de consultations en oncogénétiques.

- Renforcer les réunions de concertation pluridisciplinaire pour les maladies génétiques et l'oncogénétique, de manière à intégrer les cas des patients de l'ensemble de la région.

- Permettre la création d'une base de données régionale unique pour le suivi des patients reçus en consultation d'oncogénétique.

- Rechercher la mutualisation de compétences rares (ex : bio informaticiens).

- Permettre une concertation régionale et des échanges entre les experts régionaux en génétique et oncogénétique.

Chapitre 5 : Schéma cible

Territoire Nord

Activité clinique
Maintenir les consultations avancées en conseil génétique du CHU à Charleville-Mézières.

Favoriser la collaboration des acteurs dans le cadre des consultations en oncogénétique à Reims.

Maintenir le CHU de Reims comme Centre de référence pour les anomalies du développement et syndrome malformatifs.

Activité des Laboratoires
Maintenir les autorisations actuelles en cytogénétique et génétique moléculaire. Le CHU de Reims est un Centre de recours régional pour les activités de cytogénétique et de génétique moléculaire.

Territoire Sud

Activité clinique
Maintenir les consultations avancées en conseil génétique du CHU à Troyes.

Activité de Laboratoires
Maintenir les autorisations actuelles en cytogénétique et génétique moléculaire.

Tableau de synthèse des autorisations prévues pendant la période de validité du schéma

Etablissements de santé /Laboratoire de biologie médicale	**Les évolutions d'autorisations prévues**	
	Cytogénétique	**Génétique moléculaire**
CHU de Reims	Oui	Oui
Institut Jean Godinot	*Sous couvert du service de génétique du laboratoire du CHU*	
Laboratoire de la Porte de Paris	Oui	Non
CH de Troyes	Oui	Oui
Total	**3**	**2**

Les autorisations seront délivrées par établissement de santé ou laboratoire de biologie médicale.

Chapitre 6 : Transversalité

1. Volet Biologie médicale du SROS Hospitalier

Le volet biologie médicale du SROS hospitalier décrit l'organisation régionale de la biologie médicale hospitalière

Schéma régional d'organisation des soins – volet biologie médicale
Chapitre 4 - Objectifs opérationnels et plan d'action

2. SROMS

Le volet génétique du SROS Hospitalier doit permettre une meilleure orientation de la prise en charge des enfants et des patients plus âgées atteints de maladies rares ou de handicaps rares.**? Schéma régional d'organisation médico-social – volet personnes handicapées**

Titre 2 Diagnostic régional -2.4 Une fluidité des parcours de vie et de soins à améliorer
Titre 3 Les objectifs opérationnels du PSRS-SROMS - 3.2 Description des objectifs opérationnels déclinés par actions, leviers et territoires- Objectif opérationnel n°2 : Décliner au niveau régional, le schéma national relatif aux handicaps rares

Chapitre 7 : Indicateurs

Objectifs	Actions	Indicateurs	Source	Lien
Améliorer l'accès aux soins				
Organiser au sein de filières, les moyens du diagnostic et de la prise en charge des personnes et de leur famille concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natal, qui relèvent le plus souvent de maladies rares	Préserver une activité de consultation de génétique au niveau de chaque territoire, de chaque Communauté Hospitalière de Territoire.	Nombre de consultations de conseil génétique réalisées au sein de chaque CHT	Rapport d'activité	
	En lien avec le Schéma médico-social, permettre l'orientation des enfants et personnes plus âgées potentiellement atteints de maladies génétiques vers le conseil génétique de la communauté hospitalière de territoire.	Evolution du nombre de consultation en conseil génétique, par CHT	Rapport d'activité	
Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers	Identifier les activités de recours en génétique au sein de la région et en préciser les modalités d'accès.			
Améliorer la qualité des soins				
Mettre en œuvre une offre graduée Structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge	Renforcer le rôle du CHU en temps que recours régional pour les analyses de niveau 2	Nombre d'examens de biologie moléculaire de niveau 2 réalisé par le CHU pour des patients de la région et des patients hors région	Rapport d'activité	
	Etendre la coopération entre le CHU de Reims et les autres CHU pour les analyses de biologie moléculaire de niveau 2 non développées au CHU de Reims	Nombre d'examens de biologie moléculaire transmis aux autres CHU	Rapport d'activité	
Structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge	Favoriser les coopérations entre le CHU, l'Institut Jean Godinot, la Consultation d'oncogénétique de Courlancy pour les examens de biologie moléculaire, l'activité de	Nombre de consultations d'oncogénétique Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire	Rapport d'activité	

	consultation. Renforcer les réunions de concertation pluridisciplinaires pour la génétique et l'oncogénétique à l'échelon régional Permettre la création d'une base de données régionale unique pour le suivi des patients reçus en consultation d'oncogénétique Rechercher la mutualisation de compétences rares Permettre une concertation régionale et des échanges entre les experts régionaux en génétique et oncogénétique	Nombre de cas très en consultations pluridisciplinaires de génétique, d'oncogénétique Participation des différents experts aux réunions de concertation pluridisciplinaires	Rapport d'activité Rapport d'activité	

.

GLOSSAIRE

ADN : Acide DésoxyriboNucléique
ARS : Agence Régionale de Santé
BRCA : BReast CAncer
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
FISH : Fluorescent In Situ Hybridization
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

GERIATRIE : USLD-PATHOLOGIES DU VIELLISSEMENT- RESEAUX

GERIATRIE :
USLD-PATHOLOGIES DU VIELLISSEMENT- RESEAUX

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 179
1. Définitions 179
2. Réglementation 180
3. Orientations nationales 181

Chapitre 2 : Diagnostic régional 182
1. Contexte démographique 182
1.1. Démographie en Champagne Ardenne 182
1.2. Démographie Médicale (source : Atlas de la démographie médicale en France et en région Champagne-Ardenne-situation au 1er janvier 2011 – Conseil national de l'ordre des médecins) 182
2. Priorités de santé régionales « Vieillissement » 184

Chapitre 3 : La filière gériatrique en Champagne Ardenne 186
1. Unité de soins de longue durée (USLD) 186
2. La filière gériatrique hors USLD 187
2.1. Le court séjour gériatrique (circulaire de 2007) 187
2.2. Les soins de suite pour personnes âgées 188
2.3. Les équipes mobiles de gériatrie 188
2.4. Les consultations mémoire (circulaire du 30 mars 2005) 188
2.5. Le centre mémoire de ressources et de recherche (plan Alzheimer : mesure 38) 189
2.6. Les réseaux gériatriques 189

Chapitre 4 : Objectifs régionaux 190

Chapitre 5 : Objectifs opérationnels et plan d'action 191
1. Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation 191
2. Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence 192
3. Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 192
4. Adapter et diversifier l'offre 194

Chapitre 6 : Schéma cible 195

Chapitre 7 : Eléments de transversalité 196

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi 197

GLOSSAIRE 199

Chapitre 1 : Cadre général

1. Définitions

Le **Plan Solidarité Grand Age 2007-2012**, puis le P**lan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012** ont décliné des mesures visant à mettre en place des prises en charge adaptées au vieillissement de la population, à la dépendance et aux pathologies liées au grand âge. Celles-ci, sont chiffrées à 3,9 milliards d'Euros pour la durée des plans et comprennent – outre les volets prévention, médico-social et recherche – un volet « sanitaire ».

Parmi les 44 mesures du **Plan Alzheime**r, 10 mesures phares sont présentées pour améliorer le diagnostic, soigner, accompagner, aider et chercher. Les financements correspondants à ces mesures sont chiffrés à 1,6 Md sur 5 ans. Les dépenses consacrées au volet médico-social représentent plus d'1,2 Md € financés par la CNSA, le volet sanitaire du dit plan représente plus de 200 millions d'euros financés par l'assurance maladie, 200 millions d'euros sont destinés à la recherche. Les mesures correspondant au volet sanitaire concernent en particulier les consultations mémoire, les unités cognito-comportementales, au sein des services de soins de suite, le développement d'unités d'hébergement renforcé au sein des unités de soins de longue durée.

L'arrêté du 12 mai 2006 définit les **Unités de Soins de Longue Durée** (USLD) : « *unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie […] dont les situations cliniques 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 s'inscrivent dans les filières gériatriques dont les différentes composantes sont les suivantes :

- Le court séjour gériatrique : L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. L'unité de court séjour gériatrique répond à trois fonctions : assurer une hospitalisation directe, - assurer le cas échéant une hospitalisation après passage aux urgences, assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement,
- les équipes mobiles gériatriques ;
- les unités de consultations et d'hospitalisations de jour gériatriques ;
- les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance : les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entrainer l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

2. Réglementation

- Plan solidarité grand âge 2007- 2012 du 27 juin 2006
- Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 de novembre 2007
- Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 – Art 46
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD
- Circulaire DHOS /O2 /DGS N 2002-157du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les USLD
- Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- Circulaire DHOS/02/03/CNAMTS/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire2008 des établissements de santé.
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.
- Circulaire N°DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé
- Circulaire N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 MAI 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé
- Rapport de la mission d'évaluation des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche établi par Daniel NIZRI et Bernard VERRIER, Conseillers généraux des établissements de santé - Décembre 2009
- Recommandations professionnelles (Haute Autorité de Santé) : Diagnostic et Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées – Mars 2008
- HAS - Guide médecin - Affection de Longue Durée - Maladie d'Alzheimer et autres démences – Mai 2009

3. Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Favoriser le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, des maladies apparentées et des troubles psychiatriques.

Evaluer les besoins et assurer une activité de soins de longue durée dans un contexte de proximité adapté aux différentes populations.

Définir les évolutions de l'offre et les coopérations à développer qui permettraient de privilégier un retour à domicile, lorsque cela est possible.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Améliorer la continuité des prises en charge.

Limiter le recours aux unités de médecine d'urgence pour les soins qui ne relèvent pas de cet environnement.

Assurer un bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires de santé.

Définir les conditions d'accès aux filières plus spécialisées.

Améliorer l'efficience

Clarifier la place des différents acteurs, en axant la démarche sur une analyse des complémentarités et des substitutions d'activité afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et de réduire le nombre d'hospitalisations injustifiées.

Fluidifier les filières de prise en charge.

Développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico –sociaux

👁 Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) « volet personnes âgées » :

« que ce soit pour l'entrée ou la sortie , l'hospitalisation est la circonstance la plus visible où peuvent se révéler les défaillances de la coordination de la prise en charge des personnes âgées , deux dysfonctionnements essentiels sont relevés, en amont de l'hospitalisation , le suivi continu des personnes âgées par le système de soins de premier recours, et au moment de la sortie d'hospitalisation, l'absence d'anticipation et de coordination à la sortie de l'hôpital »

Evaluer l'activité des USLD issues de la réforme organisant la partition des USLD pour personnes âgées.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Contexte démographique

1.1. Démographie en Champagne Ardenne

En raison du contexte réglementaire précité qui fixe des ratios relatifs aux personnes de plus de 75 ans, l'étude ci-après concerne la tranche d'âge supérieure à 75 ans.

- ✓ Projection OMPHALE d'ici 2030

La région Champagne Ardenne comptait 114.000 personnes âgées de plus de 75 ans au recensement de 2007. Selon les projections OMPHALE (INSEE), leur nombre augmenterait de 55 % d'ici 2030, soit pour atteindre 176 700 personnes alors que la population régionale diminuerait d'un peu plus de 1%. La part des plus de 75 ans passerait ainsi de 8,5% de la population régionale en 2007 à plus de 13% en 2030.

- ✓ Projection OMPHALE d'ici 2015

La population âgée de plus de 75 ans augmentera de 13 637 personnes entre 2007 et 2015. Le poids de cette tranche d'âge par rapport à la population totale augmentera de 1 point entre ces deux années, passant de 8,57% à 9,59% alors que la population Champagne Ardenne resterait stable (1 339 490 habitants).

	2007	2015	2007/2015 *(%)*	2007/2015 *(valeur)*
08	24 158	27 432	13,55%	3 274
10	27 394	30 904	12,81%	3 510
51	44 191	49 329	11,63%	5 138
52	19 070	20 785	8,99%	1 715
région	114 813	128 450	11,88%	13 637

1.2. Démographie Médicale (source : Atlas de la démographie médicale en France et en région Champagne-Ardenne-situation au 1er janvier 2011 – Conseil national de l'ordre des médecins)

La densité moyenne de médecins en Champagne-Ardenne est de 254 pour 100 000 habitants, contre 306.7 au niveau national. La région fait partie des régions les moins dotés, et se situe au 4ème rang.

Médecins généralistes :

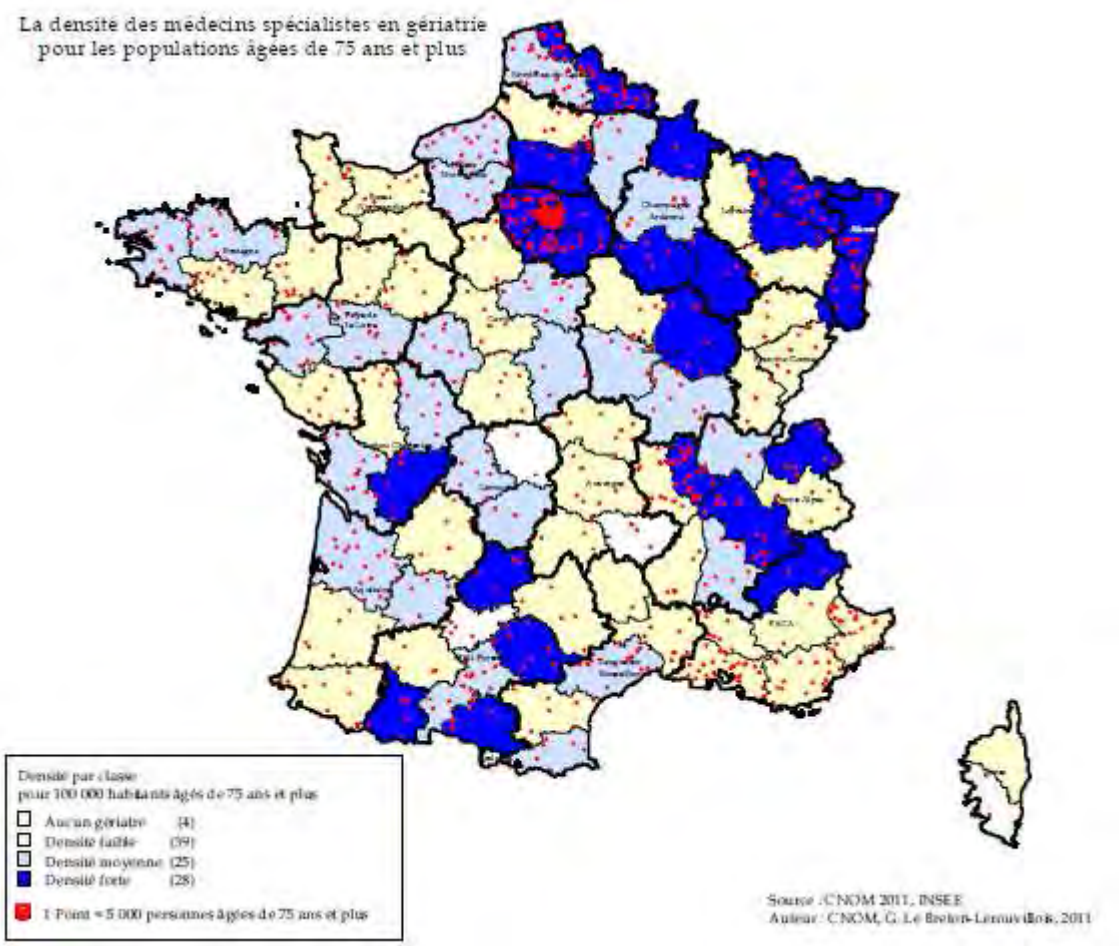
- ✓ Une densité médicale inférieure à la Métropole : 129 médecins pour 100 000 habitants, cette moyenne étant de 147 généralistes pour 100 000 habitants en France.

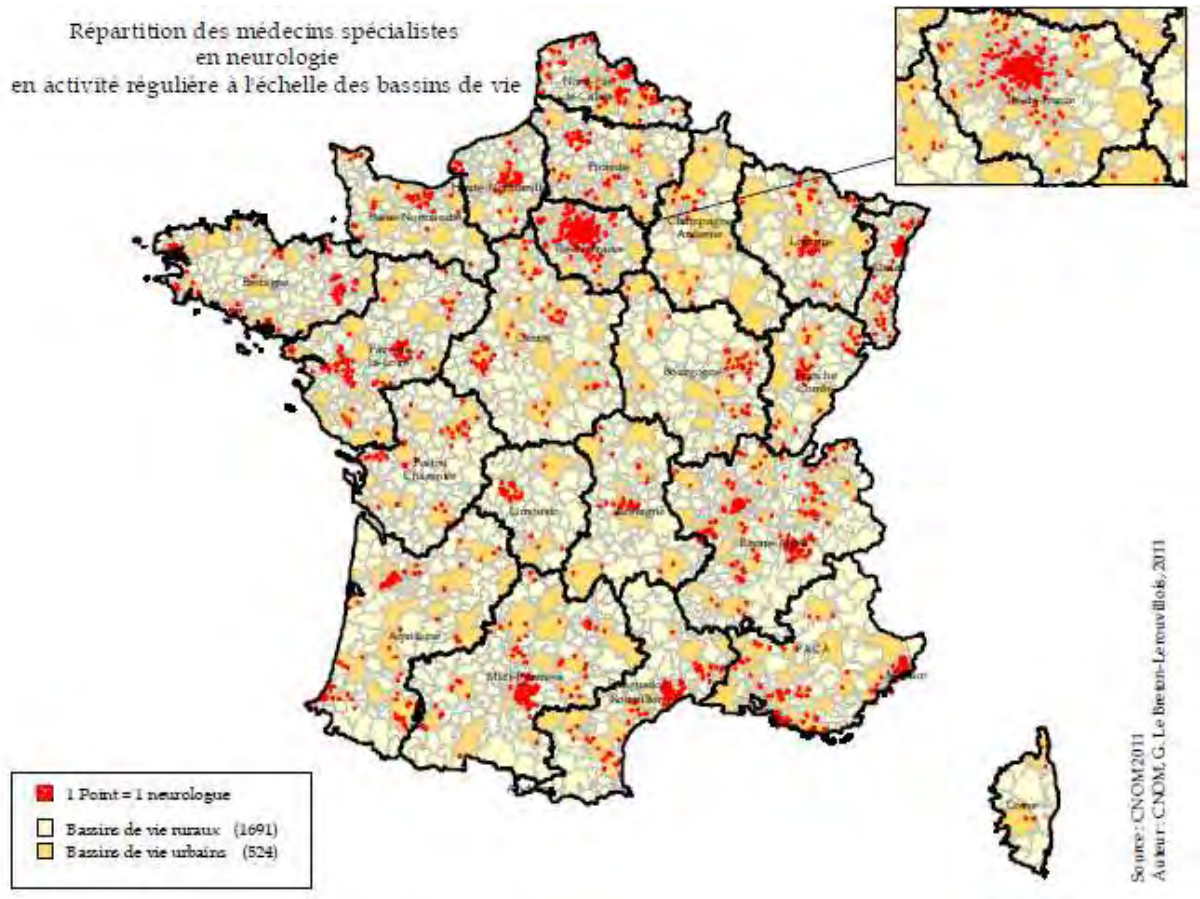
Département	Nombre de médecins	Pour
Ardennes	132	100 000 habitants
Marne	138	
Aube	112	
Haute-Marne	127	

Médecins spécialistes :

- ✓ Une densité médicale régionale de 124 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne de 137 spécialistes pour 100 000 habitants en France.

Département	Nombre de médecins	Pour
Ardennes	81	100 000 habitants
Marne	165	
Aube	103	
Haute-Marne	98	





2. Priorités de santé régionales « Vieillissement »

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne Ardenne, révèle un indice de vieillissement légèrement supérieur à celui de la France, avec de fortes disparités infra régionales, variables de 84,4 dans la Haute Marne à 61,1 dans la Marne[35].

Le PSRS précise par ailleurs que 4/5ème des personnes de plus de 85 ans vivent à leur domicile. La moitié d'entre elles sont seules et un tiers vivent dans une commune rurale[36].

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) précisait dans ses statistiques 2010 que 7683 personnes étaient recensées par l'assurance maladie en Affection de Longue Durée 15 ou ALD 15 (Alzheimer) dans la région Champagne Ardenne en 2007.

L'une des priorités pour la région[37] est l'adaptation et la continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie. Les objectifs définis au titre de cette priorité corroborent les orientations nationales.

[35] Cf. PSRS, p.15
[36] *Ibid.*
[37] Priorité définie dans le cadre de l'élaboration du PSRS et portant sur le domaine d'action stratégique « Handicap et vieillissement », p 26 du PSRS.

Ces objectifs sont les suivants

- ✓ Améliorer l'organisation et la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et personnes handicapées
- ✓ Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et handicapées
- ✓ Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- ✓ Développer la formation des personnels.
- ✓ Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et handicapées en adaptant et en diversifiant l'offre.

Pour répondre à ces priorités régionales, le volet gériatrie du SROS devra s'articuler :

- avec le volet personnes âgées (PA) du SROMS ;
- avec les différents volets du SROS, notamment ceux consacrés à la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES), à l'Hospitalisation à Domicile (HAD), à la télémédecine et aux soins palliatifs ;
- avec le Schéma Régional de Prévention (SRP).

Chapitre 3 : La filière gériatrique en Champagne Ardenne

La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique généralise et renforce les dispositions de la circulaire DHOS /O2 /DGS N 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Elle précise que l'organisation de la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, l'accès à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité tout en permettant le recours à un plateau technique en cas de nécessité. Cette filière et les évaluations gériatriques doivent garantir au patient âgé une orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

1. Unité de soins de longue durée (USLD)

Dans le volet gériatrie du SROS 3 (2006-2011), les propositions concernant plus particulièrement les USLD étaient les suivantes :

- Assurer la continuité des soins 24h/24, assurer une charge plus lourde en période d'acutisation ou d'épidémie, sans recourir aux structures d'urgence.
- Evaluer les USLD avec la grille AGGIR, pour la dépendance, et avec la grille PATHOS, pour les pathologies et le recours en soins.

Les coupes PATHOS des USLD de la région ont été réalisées en juin 2006. Elles ont permis d'identifier les patients justifiant de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI), dont l'état de santé justifiait un maintien en USLD.

En application de l'article 46 de la Loi n°2005-157 9 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et de la Circulaire DHOS/02/03/CNAMTS/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées », les transformations de lits d'USLD en lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), avec transfert de l'enveloppe correspondante du sanitaire vers le médico-social, ont été mises en œuvre en 2009 et 2010. Après partition, la capacité des USLD est de 655 lits.

Répartition des capacités en soins de longue durée en région Champagne Ardenne (source ARS 2011)

NORD (378 lits)		SUD (277 lits)	
ARDENNES (3 implantations) – CH CHARLEVILLE – CH SEDAN – GHSA (Rethel*)	 65 43 30	HAUTE MARNE (.3 implantations) – CH BOURBONNE – CH CHAUMONT – CH de la Haute-Marne (St Dizier)	 32 40 35
– MARNE (5 implantations) – CH CHALONS (inst 2010) – CH EPERNAY – CH FISMES – CHU REIMS – CH SAINTE MENEHOULD	 30 30 30 120 30	AUBE (4 implantations) – CH BAR SUR AUBE – CH BAR SUR SEINE – GHAM (site de Nogent-sur-Seine) – CH TROYES	 30 30 40 70

(*)GHSA Rethel : 24 des 30 lits ont été installés, en octobre 2011, 3 à 4 résidents étaient installés – au moment de la rédaction du SROS, une coupe PATHOS est en cours de réalisation au sein de l'EHPAD pour vérifier si des résidents de l'EHPAD relèvent de l'USLD

Une évaluation de la première partition USLD sera réalisée pour mesurer si ce type de prise en charge doit éventuellement évoluer.

2. La filière gériatrique hors USLD

2.1. Le court séjour gériatrique (circulaire de 2007)

SROS - Médecine-Chirurgie

La structuration des filières de soins est le gage d'une prise en charge adaptée, modulable et fluide.

Principes d'identification des filières
Les filières de soins médico-chirurgicales devront être établies soit dans chaque territoire de CHT, le recours régional étant également repéré, soit à l'échelle régionale autour de centres experts.
Chaque établissement devra identifier son rôle dans ces filières, elles-mêmes articulées avec les professionnels de santé libéraux, les autres établissements du territoire de coopération hospitalière, le niveau de recours régional, les acteurs médico-sociaux.

Objectifs des filières
Les filières de soins médico-chirurgicales visent notamment à :

- Identifier clairement les différents acteurs d'une prise en charge, et garantir la connaissance par chacun d'entre eux des interlocuteurs compétents ;
- Garantir, en lien avec la gradation des soins hospitaliers, l'adaptation de chaque phase et de chaque lieu de prise en charge à l'évolution de l'état du patient (consultation de diagnostic et/ou de suivi, hospitalisation de jour, intervention chirurgicale sur le plateau adéquat, hospitalisation complète en phase aigue, en phase de stabilisation et de surveillance) ;
- Permettre une adaptation des durées de prise en charge à la stricte nécessité de l'état du patient ;
- Permettre l'accès à un diagnostic précoce, notamment pour les pathologies complexes, l'annonce du diagnostic étant une étape majeure dans l'adhésion et l'observance du projet de soins, notamment pour les malades chroniques ;
- Garantir la fluidité des parcours, et notamment la rapidité de l'orientation en aval des urgences, voire l'admission directe en service de court séjour pour des prises en charge non programmées.

- Référentiel circulaire du 28 mars 2007 - court séjour gériatrique : 25 séjours pour 1000 habitants de plus de 75 ans, 20 lits minimum, dans un établissement disposant d'une structure d'accueil des urgences ou ayant conventionné avec un établissement disposant d'une telle structure.
-
- L'équipe pluridisciplinaire de services court séjour gériatrique devrait pouvoir être composée de 2 ETP de gériatre, 12 ETP d'IDE, 12 ETP d'aides-soignants, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social.
-
- Les implantations régionales se répartissent de la façon suivante :

  - Ardennes : Charleville-Mézières et Sedan ;
  - Aube : Troyes et le GHAM à Nogent-sur-Seine ;
  - Marne : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims et Centre Hospitalier (CH) de Chalons en Champagne, CH d'Epernay ;
  - Haute Marne : Saint Dizier, (Chaumont : médecine polyvalente à orientation gériatrique)

2.2. Les soins de suite pour personnes âgées

- Référentiel circulaire du 28 mars 2007 – SSR pour personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance - de 1000 à 2600 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de plus de 75 ans, 20 lits minimum, soit pour la région entre 114 000 et 298 000 journées.
- L'équipe pluridisciplinaire de services SSR devrait pouvoir être composée de : 1 ETP de gériatre, 8 ETP d'IDE, 12 ETP d'aides-soignants, temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social, orthophoniste, podologue.
- Les implantations régionales se répartissent de la façon suivante :
  - Ardennes : Charleville-Mézières et Sedan ;
  - Aube : Troyes et le GHAM ;
  - Marne : CHU, Sainte Marthe, Sézanne (GHAM), Unité Cognitivo-Comportementale au CHU ;
  - Haute Marne : Saint Dizier, (Chaumont : médecine polyvalente à orientation gériatrique).

2.3. Les équipes mobiles de gériatrie

- Rôle : les équipes mobiles de gériatrie (EMG) assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques non spécialisés sur le plan médical dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés accueillis,en apportant un avis spécialisé.
- Leur intervention s'effectue dès l'accueil aux urgences. Il est souhaitable que ces équipes assurent des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. L'intervention d'EMG pouvait être organisée à titre expérimental au sein des EHPAD.
- 1 ETP de gériatre, 1 ETP d'IDE, 1ETP d'assistance sociale, temps de psychologue, ergothérapeute diététicien et secrétaire.
- Implantations régionales (financement dans le cadre des MIG, 231 000€ par équipe):
  - Ardennes : Charleville-Mézières et Sedan ;
  - Aube : Troyes et le GHAM ;
  - Marne : CHU de Reims;
  - Haute Marne : projet commun Chaumont Langres (actuellement une demi-équipe), Saint-Dizier.

2.4. Les consultations mémoire (circulaire du 30 mars 2005)

- ✓ Rôle : les consultations mémoire visent à affirmer le trouble mnésique, à diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le cas échéant, le type de démence, à mettre en place un projet de soins personnalisé…
- ✓ L'équipe pluridisciplinaire - pour une file active de 200 à 400 patients par an - est composée d'au moins 0,5 ETP de praticien hospitalier, gériatre ou neurologue, avec une possibilité de faire appel à un psychiatre, d'1 ETP de psychologue ou d'orthophoniste, de temps de secrétariat.
- ✓ L'objectif visé pour 2007 était d'effectuer 1 consultation mémoire pour 15 000personnes âgées de plus de 75 ans.
- ✓ Les implantations régionales se répartissent de la façon suivante (financement dans le cadre des MIG, 158 000€ par équipe) :

Ardennes : Charleville-Mézières et Sedan ;
Aube : Troyes et le GHAM ;
Marne : Chalons en Champagne, Epernay ;
Haute Marne : Chaumont, Saint-Dizier.

2.5. Le centre mémoire de ressources et de recherche (plan Alzheimer : mesure 38)

Rôle : être un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les cas difficiles ;

- développer des travaux de recherche ;
- assurer des formations universitaires ;
- structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire ;
- aborder et traiter les questions à caractère éthique.

Ces centres sont obligatoirement implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire

Dans la région Champagne Ardenne, il est implanté au CHU Reims.

2.6. Les réseaux gériatriques

Ils permettent aux personnes âgées de plus de 75 ans de bénéficier d'une prise en charge plus adaptée à leurs besoins et favorisent la coordination autour de la personne âgée. Ils sont financés par le FIQCS.

Les réseaux gériatriques implantés en Champagne-Ardenne sont les suivants :

- RéGéCA : intervention régionale en appui aux établissements et réseaux
- RéGéMA : Aube (agglomération Troyenne)
- GERONTIS : Haute Marne (Bourbonne-les-Bains)
- ARDUINN'AGE : Ardennes (Charleville-Mézières et communes de l'agglomération)

Chapitre 4 : Objectifs régionaux

A l'horizon 2030, la population des personnes âgées de plus de 80 devrait augmenter de plus de 25%.

Le PSRS a retenu les objectifs spécifiques suivants :

- Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'entrée, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge.
- Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et personnes handicapées.
- Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Développer la formation des personnels (médico-technique, scientifique, éthique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration ...).
- Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et personnes handicapées en adaptant et diversifiant l'offre.

Chapitre 5 : Objectifs opérationnels et plan d'action

En déclinaison des objectifs définis ci-dessus, les objectifs et actions proposés sont les suivants :

1. Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

L'amélioration de la prise en charge en amont de l'hospitalisation passe par un diagnostic de la pathologie le plus précoce possible. Pour ce faire, outre les consultations mémoires qui doivent être confortées pour un dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les outils développés dans la télémédecine doivent permettre non seulement un diagnostic précoce de pathologies invalidantes (AVC par exemple) mais auront aussi pour effet de limiter les conséquences de ces pathologies.

Le décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-social par l'intervention des équipes mobiles de gériatrie au sein des EHPAD, par l'intervention de l'HAD au domicile et en établissement, la mise en place de conventions entre le sanitaire et le médico social aideront l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée après un passage en secteur hospitalier.

La mise en place du dossier médical partagé sera un outil à privilégier pour les personnes âgées qui présentent des polypathologies, et pour lesquelles il convient lorsqu'un diagnostic est posé d'informer tous les professionnels de santé qui interviennent auprès de la personne.

Enfin, les actions de prévention et de promotion de la santé devront concerner les personnes âgées.

Plan d'action :

- ✓ **Renforcer le rôle des Equipes mobile gériatrique** : rôle expérimental auprès des EHPAD, assurer des consultations avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'une EMG, rechercher une mutualisation des EMG entre plusieurs établissements de santé

- ✓ **Adapter le nombre de consultations mémoire à l'évolution démographique** : créer ou renforcer au moins une consultation mémoire supplémentaire d'ici 2015 pour tenir compte de l'évolution démographique et offrir des consultations délocalisées (hôpitaux locaux, maisons médicales…e-consultations).

- ✓ **Permettre un diagnostic précoce, développer des e-consultations.**

Programme régional de télémédecine - Objectifs : Organiser un maillage territorial de points d'accueil de télémédecine afin d'améliorer l'accès aux soins de premier recours à proximité des lieux de vie dans tout le territoire, d'éviter les déplacements inutiles de patients et d'optimiser les transports sanitaires. Ce maillage doit à terme pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs de proximité et notamment les EHPAD.

Le point commun entre ces lieux est leur isolement, géographique ou organisationnel, vis-à-vis des structures de prise en charge sanitaire et de la médecine généraliste et/ou de spécialité. Les besoins en matière de Télémédecine sont de ce fait relativement communs, et peuvent se traduire par la mise à disposition de points d'accès de Téléconsultation ou de Télé-expertise sur certaines spécialités médicales

Les premières actions consistent à tester une solution, reproductible, d'organisation de la télémédecine au sein de quelques structures de proximité existantes, à base de téléconsultation ou de télé-expertise en point à point avec des spécialistes libéraux ou hospitaliers.

- ✓ **Prévenir :** Développer les actions de prévention et de soins en faveur des personnes âgées vivant en établissement et à domicile en utilisant les réseaux, et coordinations dans 3 domaines : bucco-dentaire, nutrition et troubles sensoriels. En veillant, pour les établissements, à ce que ces actions de prévention soient inscrites dans les projets d'établissements. (👁 Articulation avec le SRP volet Prévention et Promotion de la Santé (SRP) sur la prévention des chutes, hygiène bucco-dentaire)

- ✓ **Renforcer le lien entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées, et des structures** : Renforcer le rôle de réseaux, en particulier de RéGéCA, en termes d'appui auprès des USLD, dans le cadre de la prévention des escarres par exemple, (👁volet PA du SROMS : objectif opérationnel n°5 : coordonner les réponses autour de la personne âgée).

- ✓ **Informer et communiquer sur la filière gériatrique dans la région** : en direction des médecins libéraux et professions de santé, des EHPAD, des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), des services d'HAD, établissements et publics.

- ✓ **« Institutionnaliser » les échanges libéraux / hospitaliers** : mettre en place un numéro unique, une plate forme.

- ✓ **Inscrire la thématique « gériatrie »** dans le cahier des charges des maisons de santé.

2. Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence

Réduire les inadéquations au sein des établissements de santé (Médecine, SSR, passages aux urgences injustifiés) et permettre un accès direct au court séjour gériatrique, les services de médecine, le SSR, en renforçant la communication entre la médecine de ville et l'hôpital.

Plan d'action : privilégier, chaque fois que possible, en lien avec les médecins traitants les entrées directes en service de médecine, chirurgie, SSR

3. Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Coordonner, informer, prévenir
Parmi les objectifs du plan Alzheimer, l'optimisation du parcours de soins du malade est l'une des priorités. La mise en place d'un parcours de prise en charge personnalisée doit permettre d'apporter une réponse graduée et adaptée à chaque situation.
Les consultations mémoires, visées en titre 1, ont un rôle majeur dans le diagnostic.
Le lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico social constituera un guichet unique. Les « **M**aisons pour l'**A**utonomie et l'**I**ntégration des malades d'**A**lzheimer (MAIA) », mesure n° 4du plan Alzheimer sont expérimentées jusque 2012, 100 nouvelles MAIA sont prévues en 2012.

👁 SROSMS – Volet PA

Action n°1 : Labelliser en Champagne-Ardenne des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

La priorisation des territoires tient compte d'une part de l'option d'une MAIA par département et d'autre part de la densité de population sur les territoires regroupés.

Ces 9 territoires devant être couverts par une MAIA constituent le maillage régional à atteindre. Il est entendu que le démarrage d'une MAIA s'effectue sur un territoire plus restreint. Il est prévu, dans la région Champagne Ardenne, le déploiement à terme de 9 MAIA : 5 MAIA Territoire Nord, et 4 territoire Sud

Plan d'action :

- ✓ **coordonner, informer, prévenir** :

La complémentarité des prises en charge de la personne âgée sera privilégiée, par **l'utilisation des réseaux gériatriques, des MAIA, des CLIC ou pôles vieillesse des conseils généraux (SROSM volet PA – coordonner les réponses autour de la personne âgée) .**

- Informer le grand public, les professionnels de santé, de la filière gériatrique sur le site Internet de l'ARS et liens avec les acteurs de la filière

L'optimisation des systèmes d'information, l'utilisation du dossier médical partagé seront recherchés pour mettre en œuvre cette coordination nécessaire des différents acteurs de la prise en charge.

- ✓ **Développer les services ad hoc prenant en compte l'évolution de la maladie :**

1. La création des **U**nités d'**H**ébergement **R**enforcé **(UHR),** mesure 16 du Plan Alzheimer, a pour objectif l'hébergement séquentiel de personnes malades, qui présentent des symptômes psychologiques et comportementaux, ou des troubles comportementaux, venant du domicile, de l'USLD, de l'EHPAD.

La CNSA, a déterminé dans la circulaire du 7 janvier 2010 le nombre d'UHR nécessaires à échéance 2012 par région selon le nombre de personnes en ALD 15.
Dans la région Champagne Ardenne, il est convenu de créer 7 UHR

Plan d'action :

SROSMS volet PA

Action 2.1 Créer les 7 UHR prévus par le plan Alzheimer (mesure n°16 du plan Alzheimer)

En conséquence, pour la mise en place des 7 UHR au niveau de la région, il sera tenu compte :

- de la densité de la population âgée sur le territoire infra départemental
- de la proximité d'un établissement psychiatrique
- du caractère effectif de la convention de partenariat établi avec un établissement ou une équipe psychiatrique

Actions à conduire :

Implanter 1 UHR sur le territoire Centre Ardennes Charleville de préférence en USLD (NORD)
Implanter 1 UHR sur la zone 4 en EHPAD (Résidence de l'Isle)
Implanter 1 UHR sur la zone 2 en USLD (SUD)
Implanter 1 UHR sur le Pays Rémois en USLD (**CHU) (NORD)**
Implanter 1 UHR sur le Pays d'Epernay en EHPAD (Château d'Ay
Implanter 1 UHR sur le Pays Chalons et Argonne ou sur le Pays Rémois en USLD
Implanter 1 UHR sur l'arrondissement de Saint-Dizier ou celui de Chaumont de préférence en EHPAD

2. L'individualisation, au sein des services de soins de suite et de réadaptation, d'**U**nités **C**ognitivo-**C**omportementale (UCC), mesure 17 du plan Alzheimer vise à assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

L'objectif des UCC est de stabiliser les troubles du comportement grâce au programme de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation.

Plan d'action :

- conforter l'UCC du CHU
- implanter deux UCC supplémentaires, sous réserve de disposer des enveloppes financières correspondantes: Nord : Charleville-Mézières, Sud : Troyes

4. Adapter et diversifier l'offre

Il est indispensable de poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière pour l'adapter au contexte démographique et couvrir l'ensemble de la région. Les filières de soins gériatriques feront l'objet d'une contractualisation avec les établissements de santé.

Plan d'action :

- **Unités de soins de longue durée (USLD)** : Evaluer la partition USLD suite à la réforme de 2006. Un décret fixant les nouvelles missions des USLD est attendu, un avenant au SROS pourra le cas échéant être élaboré.
- **Court séjour gériatrique :** mailler le territoire, adapter l'offre selon l'évolution démographique, et l'évolution des pathologies dans un contexte de diagnostic précoce et de progrès médical, et dans un contexte de maîtrise des dépenses.
- **Hospitalisation à domicile** Mesurer les possibilités d'intervention de l'HAD dans les EHPAD, adapter la prise en charge sanitaire aux besoins en soins des résidents dans les EHPAD pour le bien être et le respect de la personne âgée, sans transfert inutile.

> **SROS – Volet HAD** ***3. Améliorer l'insertion de l'HAD dans les filières de prise en charge***
>
> L'articulation des structures d'HAD dans les filières de prise en charge, autour des projets thérapeutiques, notamment pour les populations fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, patients souffrant de maladies chroniques), doit être établie. L'HAD est en effet un acteur à part entière de ces filières, aux côtés des structures d'hospitalisation complète, des acteurs du premier recours (médecins de ville, infirmiers libéraux notamment) et des acteurs médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, intervenants à domicile). L'intervention de l'HAD en EHPAD, actuellement très faible, devra être renforcée, notamment pour la prise en charge des patients en fin de vie.
>
> La fluidité des filières doit être favorisée, par une recherche d'efficience des complémentarités et par une anticipation tant en amont de l'entrée en HAD qu'en aval de cette prise en charge.

Chapitre 6 : Schéma cible

Les sites autorisés au titre de l'activité de soins de longue durée à la parution du présent schéma sont maintenus.

Le nombre d'implantations de cette activité est décrit dans le tableau ci-dessous.

Implantations	Nombre d'implantations
Territoire de santé Nord Charleville-Mézières Sedan Rethel Reims Epernay Fismes Sainte-Ménéhould Châlons en Champagne	8
Territoire de santé Sud Nogent-sur-Seine Troyes Bar-sur-Aube Bar-sur Seine Chaumont Saint-Dizier Bourbonne-les-Bains	7

Chapitre 7 : Eléments de transversalité

La prise en charge coordonnée du parcours de soins de la personne âgée constitue le thème transversal central visant à répondre aux besoins des personnes âgées

Dans ce cadre, des articulations sont relevées :

- entre les différents volets du SROS[38] ;
- et entre le SROS et le volet PA du SROMS ;

dans l'objectif de promouvoir une prise en charge coordonnée du parcours de soins de la personne âgée. »

[38] Ces éléments d'articulation figurent au fil du texte

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi

Objectif opérationnel	Plan d'action	Indicateurs de suivi
Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation	Renforcer le rôle des équipes mobiles gériatriques	Nombre de conventions signées avec les EHPAD
		Nombre de convention avec les établissements de santé
	Adapter le nombre de Consultations mémoire à l'évolution démographiques	Nombre de consultations annuelles
		Origine géographique (établissement, secteur géographique) des patients
	Permettre un dépistage précoce, développer des e-consultations	Nombre d'e-consultations Test prévus avant déploiement
	Prévention	Nombre de personnes âgées ciblées dans les programmes de prévention
	Renforcer les liens entre les acteurs de la gériatrie	Exploitation des rapports d'activité des réseaux gériatriques, définition d'indicateurs de suivi en concertation avec les acteurs
	Informer sur la filière gériatrique Informer sur le site Internet de l'ARS et liens avec les acteurs de la filière	Enquête auprès des acteurs et professionnels
	Inscrire la thématique gériatrie dans les cahiers des charges des maisons de santé	Nombre de maisons de santé concernées
Améliorer la réponse en matière d'accueil d'urgence	Privilégier les entrées directes en médecine, court séjour, chirurgie, SSR	Exploitation des bases PMSI , mode d'entrée
		Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de plus de 75 ans sont arrivés par les urgences
Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer	Coordonner, informer, prévenir	Exploitation des rapports d'activité des réseaux
		Nombre de MAIA dans la région
	Développer les services ad hoc prenant en compte l'évolution de la maladie	Nombre d'UHR en USLD installées
		Durée des séjours en UHR USLD
		Nombre de patients suivis en UCC
		Durée des séjours en UCC
		Mode d'entrée
		Mode de sortie

Objectif opérationnel	Plan d'action	Indicateurs de suivi
Adapter et diversifier l'offre	Evaluer la partition USLD	Coupes PATHOS
		Critères d'évaluation définir en concertation avec les acteurs de la gériatrie
	Court séjour gériatrique	Exploitation des bases PMSI : mode d'entrée, origine géographique, pathologies principales
		Taux de ré hospitalisation dans les 6 mois pour un motif identique des personnes âgées de plus de 75 ans
	HAD	Nombre de conventions avec les EHPAD

GLOSSAIRE

ALD	:	Affection de Longue Durée
CLIC	:	Centre Local d'Information et de Coordination
EHPAD	:	Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	:	Equipe Mobile de Gériatrie
FIQCS	:	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HAD	:	Hospitalisation A Domicile
MAIA	:	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MIG	:	Mission d'Intérêt Général
PATHOS	:	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les traitements des états pathologiques des personnes âgées
PDSES	:	Permanence Des Soins en Etablissement de Santé
RéGéCA	:	Réseau Gériatrique Champagne-Ardenne
SMTI	:	Soins Médico-Techniques Importants
SROSMS volet PA	:	Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale volet personnes âgées
SSR	:	Soins de Suite et de Réadaptation
UCC	:	Unité Cognitivo-Comportementale
UHR	:	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD	:	Unité de Soins de Longue Durée

HOSPITALISATION A DOMICILE

HOSPITALISATION A DOMICILE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 202
1. Présentation de la thématique 202
1.1. Définition 202
1.2. Les enjeux 202
2. Références législatives ou réglementaires 203
3. Orientations nationales 205

Chapitre 2 : Diagnostic régional 206
1. Rappel des objectifs du SROS 2006-2011 206
2. Les constats 206
3. Les données d'activité 209

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 211
1. Objectifs généraux du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne 211
2. Objectifs spécifiques 211
2.1. Conforter les structures d'HAD actuelles 211
2.2. Promouvoir l'HAD comme mode d'hospitalisation à part entière 212
2.3. Améliorer l'insertion de l'HAD dans les filières de prise en charge 212

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 213
1. Optimiser le nombre actuel d'HAD 213
2. Encourager le conventionnement de l'ensemble des acteurs avec une ou plusieurs structures d'HAD 213
3. Favoriser les actions de coopération des ou avec les structures d'HAD 214

Chapitre 5 : Schéma cible 215

Chapitre 6 : Eléments de transversalité 216
1. Enjeux généraux 216
2. Articulations avec les professionnels du premier recours 216
3. Articulations avec les acteurs de la prise en charge en urgence 216
4. Articulations avec le secteur médico-social 217

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi 218

Glossaire 219

Note d'attention pour le lecteur

cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU
- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique

1.1. Définition

Né aux Etats-Unis avec le « home care », la première expérience française d'Hospitalisation à Domicile (HAD) voit le jour à l'hôpital Tenon en 1951. L'HAD consiste en la prise en charge sur leur lieu de vie, de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Cette prise en charge globale et coordonnée du patient lui offre la possibilité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement habituel. Elle est une forme d'hospitalisation à part entière, polyvalente et généraliste.

L'article L6111-1du Code de la santé publique énonce les missions des établissements de santé et précise que ces établissements délivrent des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou « à domicile ». Le domicile peut s'entendre au sens du « lieu de résidence » ou d'un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles.

L'article R6121-4-1 stipule que les structures d'HAD « *permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent également intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées, mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles* ».

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 [39] (dite « *loi HPST* » (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)) consacre la notion de soins délivrés à domicile et protège l'utilisation de l'appellation « hospitalisation à domicile ». Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile dans les conditions précisées à l'article L6122-1 peuvent faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile.

L'HAD est une forme d'hospitalisation à part entière et plus une alternative à l'hospitalisation complète. Elle participe d'un système d'organisation des soins gradués entre la ville et l'hôpital. Son objectif principal est de raccourcir, retarder ou éviter l'hospitalisation en service de soins aigus ou de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

1.2. Les enjeux

L'HAD a connu un développement rapide ces dernières années, notamment du fait de la fixation d'un objectif gouvernemental consistant à atteindre 15.000 places d'HAD installées d'ici 2010.

Ce mode d'hospitalisation participe de la modernisation des établissements de santé et sa promotion contribue à la maîtrise des coûts. Les structures d'HAD appartiennent principalement au secteur public et privé à but non lucratif. La loi HPST renforce la place de l'HAD au sein du système de santé.

L'un des enjeux concerne le périmètre d'intervention des structures d'HAD. Elles sont au cœur du décloisonnement dans les relations qu'elles entretiennent notamment avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les équipes mobiles, les structures médico-sociales, les prestataires de services ou encore avec les réseaux de santé.

[39] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires

2. Références législatives ou réglementaires

La Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réform e hospitalière : donne à l'HAD une existence légale.

La circulaire CNAM du 29 octobre 1974 relative à l'hospitalisation à domicile ; précise les conditions d'admission en HAD, les critères relatifs aux états pathologiques pouvant entraîner une HAD, ainsi que les conditions de fonctionnement de l'HAD.

Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics : elle étend le champ de l'hospitalisation à domicile à l'ensemble des pathologies (jusqu'à la psychiatrie).

Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux stru ctures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la Santé Publique : ce texte donne une définition claire des missions de l'HAD.

Circulaire ministérielle du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile : « *l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et ou instables qui, en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible* ».

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant s implification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Elle supprime le « taux de change » qui limitait la création de places d'HAD obligatoirement corrélée à la suppression de lits d'hospitalisation complète et crée un volet « HAD » obligatoire dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS).

Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 rela tive à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplificat ion de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé.

Circulaire DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile : détermine les modalités de prise en charge générale.

Circulaire DHOS/O3 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Elle affirme le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein de l'offre de soins locale.

Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme d e l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : reconnaissance de l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et garantissant la protection de l'appellation « hospitalisation à domicile ».

Circulaire N°DGOS/PF2/2011/290 du 15 juillet 2011 r elative à la convention entre un établissement d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur et le(s) titulaire(s) d'une pharmacie d'officine.

Le code de la santé publique et notamment les articles suivants :

- Articles relatifs à la définition de l'HAD :

  - Article L6125-2
  - Article R6121-4
  - Article R6121-4-1
  - Article D6121-8
  - Article D6124-306
  - Article D6124-307
  - Article D6124-308
  - Article D6124-309
  - Article D6124-310
  - Article D6124-311
  - Article R6145-21

- Articles relatifs à la pharmacie :

  - Article L5126-2
  - Article R5121-83
  - Article R5126-5
  - Article R5126-9
  - Article R5126-10
  - Article R5126-14
  - Article R5126-15
  - Article R5126-16
  - Article R5126-34

- Article relatif au droit des autorisations : Article L6122-1

- Articles relatifs aux soins psychiatriques : Article L3211-2-1 et Article R3211-1

3. Orientations nationales

Au niveau national, 98% des territoires de santé sont désormais couverts par au moins un établissement pratiquant l'HAD. Cependant, l'offre reste inégalement répartie, les zones rurales étant moins bien couvertes du fait, notamment, de la dispersion des populations et des temps de transport.

Un objectif majeur du volet hospitalier du SROS est d'orienter la restructuration de l'offre de soins hospitalière à travers une évolution des modes de prise en charge, en optimisant l'offre existante notamment par le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète.

Au-delà de cet objectif, le développement de l'HAD apparaît comme un enjeu organisationnel majeur dans l'évolution de l'organisation des soins.

Les constats de départ sont les suivants :

- ✓ Malgré le développement important de l'HAD dans les années récentes, l'offre reste inégalement répartie sur le territoire, les zones rurales accusant un net déficit.
- ✓ Les structures d'HAD sont de taille hétérogène, avec une forte proportion de petites unités, notamment rattachées à des établissements disposant de capacités d'hospitalisation complète.
- ✓ L'activité couverte par les structures d'HAD est variée, ce qui ne permet pas de disposer d'une appréciation concrète du besoin et du périmètre d'intervention normal d'une HAD. Des activités de soins qui se sont développées dans le passé sont aujourd'hui remises en questions (par exemple les prises en charges en post-partum physiologiques) tandis que d'autres champs d'activité pourraient être développés (ex : SSR, pédiatrie, cancérologie).

- ✓ Les modes d'accès à l'HAD sont aujourd'hui très « mono-profil » : en général en suites d'hospitalisation à temps complet.

Les orientations données au SROS doivent poursuivre les objectifs suivants :

- ✓ Développer l'accès direct à l'HAD ;
- ✓ Analyser le périmètre d'intervention, avec notamment une réflexion :
  - ✓ sur la répartition d'activité entre l'hospitalisation complète traditionnelle et l'HAD (par substitution, l'activité devant être maintenue à son niveau global) ;
  - ✓ sur les collaborations avec les autres modalités d'hospitalisation ou avec les autres intervenants à domicile (y compris avec les EHPAD) ;
- ✓ Clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires (notamment pour les soins aux personnes âgées, suivi de certaines pathologies chroniques, soins palliatifs, post-partum physiologique) ;
- ✓ Développer la télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) ;
- ✓ Analyser l'activité des prestataires de matériel à domicile pour bien la positionner par rapport aux d'activités d'HAD ;
- ✓ Organiser précocement le relais de l'hospitalisation complète, notamment par l'HAD ;
- ✓ Assurer une continuité des soins suffisamment dense pour répondre à l'intensité des prises en charge en HAD ;
- ✓ Garantir la viabilité économique des structures d'HAD par la définition d'une taille minimale (en prévoyant, au besoin, le développement d'antennes à partir d'établissements déjà autorisés).
- ✓ Articuler l'HAD et le 1er recours pour prévenir les rechutes et retours vers l'hospitalisation complète ;
- ✓ Veiller à la complémentarité des interventions entre l'HAD et les SSIAD ;
- ✓ Permettre la fluidité dans l'orientation des patients vers les établissements médico-sociaux en aval de l'HAD.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Rappel des objectifs du SROS 2006-2011

L'HAD fait l'objet d'un volet obligatoire du SROS depuis 2006. Le SROS 3 (2006-2011) avait pour objectif principal le développement de l'HAD et une meilleure couverture du territoire champardennais. Consacrant la nature polyvalente de l'HAD, le SROS apportait toutefois des précisions sur certaines prises en charge spécifiques :

- en obstétrique (ante et post-partum), en fonction de l'état de santé et de l'environnement de la parturiente, en articulation avec les PMI ;
- en gériatrie, à domicile ou en EHPAD, en articulation éventuelle avec les SSIAD, et en lien avec le réseau REGECA ; le développement de l'accès à l'HAD pour les patients hébergés en EHPAD était plus particulièrement une priorité du schéma ;
- pour les prises en charge postopératoires (soins et surveillance) ;
- pour les pathologies chroniques au long cours ;
- en cancérologie (en tant que sites associés) ;
- en soins palliatifs : conventions avec les structures disposant de lits identifiés, équipes mobiles de soins palliatifs, liens avec le réseau RECAP ;
- en SSR, pour les filières des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux.

Le SROS 3 prévoyait de développer l'HAD en passant de 3 à 15 implantations sur la durée du SROS (2006-2010).

2. Les constats

Au 1er janvier 2011, 12 implantations sont autorisées et 10 mises en œuvre (cf tableau infra). Le nombre de places potentiellement exploitables (si toutes les places d'HAD prévues dans l'ensemble des projets étaient installées) est passé de 48 en 2006 à 287 en 2010.

Développement de l'hospitalisation à domicile 2006-2010

* Source : Données direction de l'offre de soins, ARS Champagne Ardenne

2006	2007	2008	2009
Mutualité de l'Aube	GHAM	CHU	Polyclinique du Parc
Mutualité des Ardennes	CH Epernay	HAD France (châlons)	AGESPANA
Croix Rouge Reims	GHSA (Vouziers)	Gcs Der et Perthois	
		HAD France (Chaumont-Langres	

Mise en œuvre en 2008
Mise en œuvre en 2009
Mise en œuvre en 2010

Le CHU a renoncé à son autorisation au profit d'une coopération avec l'HAD Croix-Rouge.
L'autorisation de l'AGESPANA n'est pas mise en œuvre à ce jour.

Places potentielles d'hospitalisation à domicile en région Champagne Ardenne

* Source : Données direction de l'offre de soins, ARS Champagne Ardenne

Etablissements	Places potentielles				
	2006	2007	2008	2009	2010
HAD Mutualité Ardennes	11	11	20	25	25
HAD Mutualité Aube	12	16	30	40	40
GHAM				40	40
Croix Rouge Reims	25	25	25	25	25
Polyclinique du Parc					25
CH Epernay			30	30	30
GHSA			7	12	12
HAD France Châlons				30	30
GCS Der et Perthois					30
HAD France Chaumont					30
Total région	48	52	112	202	287

La couverture territoriale théorique est quasi complète (prise en compte des cantons couverts par chaque autorisation).

Les structures d'HAD en région Champagne-Ardenne



* Source : Données direction de l'offre de soins, ARS Champagne Ardenne, octobre 2011

3. Les données d'activité

Les données disponibles doivent être interprétées avec prudence, dans la mesure où l'offre d'HAD en région Champagne-Ardenne n'est pas encore stabilisée. Les comparabilités annuelles sont peu adéquates, si ce n'est pour observer la montée en charge de l'HAD.

Ainsi, il convient de noter que les 10 structures actuellement installées sont le fruit d'une montée en charge progressive de l'HAD dans notre région. En 2010, ces structures ne fonctionnaient pas encore en exercice de routine, puisque deux d'entre elles ont démarré leur activité en cours d'année.

L'activité régionale dispose donc encore d'un potentiel de développement.

Il est néanmoins possible de présenter une synthèse de l'activité en journées réalisées sur les dernières années et de leur montée en charge. On observe un doublement de l'activité dans la région entre 2007 et 2010.

Etablissements	***date d'ouverture***	***Activité en journées (source SAE 2007 à 2009 et PMSI 2010)***			
		2007	2008	2009	2010
HAD Mutualité Ardennes	décembre 1998	5 843	6 482	6 593	7 685
HAD Mutualité Aube	novembre 1999, extension en novembre 2008	5 878	8 274	9 654	9 830
GHAM	décembre 2008		40	2 809	3 842
Croix Rouge Reims	1978	12 285	12 344	11 401	12 895
Polyclinique du Parc	mars 2010				2 193
CH Epernay	septembre 2008		260	3 295	4 586
GHSA	juin 2008		495	2 239	3 210
HAD France Châlons	décembre 2009			18	1 436
GCS Der et Perthois	décembre 2009				2 243
HAD France Chaumont	octobre 2010				175
Total région		***24 006***	***27 895***	***36 009***	***48 095***

A titre indicatif, un taux de recours peut être calculé sur 2009 et 2010. Ce taux calculé correspond au nombre de journées pour 100 000 habitants. Le taux de recours en Champagne-Ardenne est très inférieur au taux de recours national. Il existe donc une grande marge de manœuvre encore au développement des structures d'HAD.

Taux de recours en nombre de journées / 100 000 habitants	Champagne-Ardenne	France
2009	2 686	5 275
2010	3 588	5 756

Source : ARS – DOS

Par ailleurs, une synthèse de l'activité 2010 par principaux modes de prise en charge peut être établie à partir des données du PMSI. Les grands constats sont les suivants :

- Au niveau régional, il existe une assez grande variété de l'activité, avec toutefois 60% des prises en charge réparties sur trois segments d'activité : les soins palliatifs (28,9%), les pansements complexes (20,7%) et les soins de nursing lourds (10,5%)[40]. On observe par ailleurs que l'HAD en périnatalité (que ce soit en surveillance de grossesse, suivi du post-partum physiologique ou pathologique, ou prise en charge du nouveau né) est presque inexistante avec 4 journées en 2010.
- La différence entre l'activité produite par les établissements d'HAD de la région et les journées d'HAD consommées par les patients domiciliés dans la région montre un déficit d'activité produite à hauteur de 1 466 journées en 2010. Cette fuite est relativement minime au regard de l'ensemble de la consommation des patients champardennais (3,03% de cette consommation). On peut donc penser que les enjeux de développement de l'HAD portent essentiellement, dans notre région, sur la substitution de ce mode d'hospitalisation à l'hospitalisation complète traditionnelle.

Les structures d'HAD interviennent encore assez peu dans les EHPAD. Au niveau de la région Champagne-Ardenne, la demande est encore très « territoire-dépendante ». Au final, l'activité en EHPAD reste marginale par rapport au reste.
A l'heure actuelle, très peu d'EHPAD ont signé une convention avec les structures d'HAD (seulement 3 établissements). Des difficultés sont ressenties par les structures d'HAD du fait de l'abattement de 13% du tarif à partir du moment où elles interviennent en EHPAD. A l'inverse, les EHPAD craignent de ne plus bénéficier du forfait soins en ayant recours à l'HAD.

Les difficultés d'insertion de l'HAD dans une véritable filière de prise en charge s'expliquent actuellement par une méconnaissance de l'HAD par les acteurs du premier recours (médecins de ville, infirmiers libéraux) et les acteurs médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, intervenants à domicile). Cette méconnaissance entraîne un faible recours à l'HAD.

En conclusion, on peut retenir :

- Une montée en charge récente de l'HAD en Champagne-Ardenne, avec un réel potentiel de développement ;
- Une proportion importante de structures très récentes, en phase de construction, fragiles ;
- Une couverture territoriale quasi complète, deux zones blanches restant à couvrir dans la Marne et dans l'Aube ;
- Que le cœur de métier des HAD, en Champagne-Ardenne comme au niveau national, est constitué des soins palliatifs, des pansements complexes et des soins de nursing lourds ;
- Un nombre actuel d'implantations supérieur à ce que l'on peut trouver dans d'autres régions ; ainsi par exemple la Champagne-Ardenne compte 10 implantations (11 autorisations) pour 1 336 000 habitants, quand la région des Pays de Loire compte 11 implantations pour 3 millions d'habitants.

[40] Source PMSI-ATIH – données 2008.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Objectifs généraux du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne comprend 9 enjeux transversaux. L' HAD est concernée par quatre d'entre eux :

- Relever le défi de la démographie des professionnels de santé.
- Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé.
- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux.
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge.

Des priorités de santé relevant de domaines spécifiques sont également énoncées dans le PSRS :

- Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire.
  Cette priorité est déclinée en deux objectifs, dont l'un étant d'améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières ;

- Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins ; cette priorité vise les patients atteints de maladies chroniques ;

- Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares ;

- Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.

2. Objectifs spécifiques

2.1. Conforter les structures d'HAD actuelles

Les structures d'HAD actuellement installées en Champagne-Ardenne couvrent la quasi-totalité du territoire. Il s'agit donc de favoriser, pour les HAD anciennement installées, leur stabilisation et l'accroissement de leur activité, et pour les HAD nouvellement installées, leur montée en charge.

Cet objectif doit permettre d'atteindre une viabilité médico-économique des structures, éventuellement par leur articulation mutuelle. A titre indicatif, la circulaire DHOS n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile énonce que « *compte tenu de la coordination et de la professionnalisation [des prises en charge en HAD], on peut considérer que le niveau d'activité minimum souhaitable correspondrait à environ 9 000 journées par an* ».
Cette viabilité médico-économique doit par ailleurs être appréciée compte tenu de la nécessité pour les structures d'HAD de couvrir l'ensemble de leur territoire d'intervention.

2.2. Promouvoir l'HAD comme mode d'hospitalisation à part entière

L'HAD est un mode d'hospitalisation spécifique, et non une simple alternative à l'hospitalisation. Elle fait l'objet d'une orientation des personnes pour les bénéfices propres qu'elle présente pour le patient, compte tenu de son état de santé et de son environnement.
Le développement de l'HAD devra permettre de substituer cette modalité d'hospitalisation à l'hospitalisation avec hébergement. Il sera important de veiller à impliquer les établissements dans cette démarche, sans pour autant fixer une cible quantitative.

Cet objectif doit notamment être poursuivi par la connaissance et la reconnaissance, par leurs partenaires, de l'offre de soins qu'elles apportent, autour d'un cœur de métier affirmé au niveau des prises en charge hospitalières gériatriques, soins palliatifs, soins de nursing lourds, pansements complexes.

L'HAD doit pouvoir être actionnée en suites d'hospitalisation complète, mais également en accès direct en dehors de tout passage en hospitalisation complète, en lien notamment avec les médecins de premier recours prescripteurs.

En termes de fonctionnement, les HAD seront par ailleurs encouragées à conventionner avec les SAMU - Centres 15, notamment pour permettre la transmission anticipée des informations nécessaires à la prise en charge en cas de recours au SAMU.

2.3. Améliorer l'insertion de l'HAD dans les filières de prise en charge

L'articulation des structures d'HAD dans les filières de prise en charge, autour des projets thérapeutiques, notamment pour les populations fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, patients souffrant de maladies chroniques), doit être établie. L'HAD est en effet un acteur à part entière de ces filières, aux côtés des structures d'hospitalisation complète, des acteurs du premier recours (médecins de ville, infirmiers libéraux notamment) et des acteurs médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, intervenants à domicile). L'intervention de l'HAD en EHPAD, actuellement très faible, devra être renforcée, notamment pour la prise en charge des patients en fin de vie.

Le rôle de l'HAD dans la prise en charge pédiatrique fera également l'objet d'une réflexion afin d'en étudier les modalités concrètes.

La fluidité des filières doit être favorisée, par une recherche d'efficience des complémentarités et par une anticipation tant en amont de l'entrée en HAD qu'en aval de cette prise en charge.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Optimiser le nombre actuel d'HAD

Le nombre d'autorisations de structures d'HAD à la date de parution du présent schéma correspond à un maximum au regard des besoins de la population sur la durée du SROS. Aucune implantation supplémentaire ne pourra être autorisée.

La nécessité de conforter l'activité des structures d'HAD existantes pourra conduire à réduire le nombre d'autorisations, suite à l'abandon éventuel de son activité par une structure autorisée à la date de parution du présent schéma ou au regroupement de structures, sous réserve que ces évolutions ne conduisent pas à la création d'une zone non couverte par au moins une HAD.

Les zones géographiques non couvertes devront l'être par des structures existantes.

Par convention et à titre exceptionnel, deux structures d'HAD pourront convenir ensemble, avec l'accord du patient, de l'intervention ponctuelle de l'une sur le territoire défini dans l'autorisation de l'autre structure, notamment en cas de saturation momentanée de cette dernière.

2. Encourager le conventionnement de l'ensemble des acteurs avec une ou plusieurs structures d'HAD

L'ensemble des établissements d'hospitalisation complète de la région Champagne-Ardenne devront conventionner avec une ou plusieurs structures d'hospitalisation à domicile en fonction des origines géographiques de leurs patients.
Ces conventions viseront à identifier les cas d'orientation de patients vers ces structures, ainsi que les modalités concrètes d'orientation permettant une fluidité des prises en charge.

Les structures d'HAD doivent adhérer aux réseaux pertinents au regard des prises en charge qu'elles offrent.

Le conventionnement avec les HAD sera également encouragé :

- ✓ avec les autres acteurs de la prise en charge sanitaire des patients, et notamment les infirmiers libéraux, les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) ou les pharmaciens d'officine, les masseurs-kinésithérapeutes… ;
- ✓ avec les professionnels du secteur médico-social (notamment EHPAD, établissements pour personnes handicapées, SSIAD, les équipes mobiles de soins palliatifs).

Ce conventionnement permettra de favoriser la connaissance de l'HAD par les autres acteurs de la prise en charge, de coordonner les acteurs en garantissant une étroite articulation, la non-redondance des interventions et le respect des compétences et caractéristiques propres de chaque intervenant.

Le développement des conventionnements avec les professionnels de santé libéraux devra notamment être favorisé pour les petites structures. L'intervention de ces professionnels devra être considérée comme un levier de renforcement permettant à ces structures d'assurer la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire qu'elles couvrent.

Le renforcement de la connaissance de l'HAD par les différents acteurs de la filière de prise en charge (infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, EHPAD, SSIAD, EMSP, établissements pour personnes handicapées…) sera favorisé par des rencontres entre acteurs et par des actions de promotion de l'HAD.

La mise en place de l'outil TRAJECTOIRE permettra d'assurer une meilleure orientation des patients et la fluidité de la filière de prise en charge.

3. Favoriser les actions de coopération des ou avec les structures d'HAD

Les actions de coopération entre structures d'HAD devront être recherchées, notamment sur :

- ✓ Le renforcement de l'attractivité des structures, susceptible de favoriser le recrutement en propre ou par convention des professionnels de santé intervenants dans le cadre de l'HAD ;
- ✓ Le partage des savoir-faire et des connaissances ;
- ✓ Les mutualisations, notamment de personnel, plus particulièrement pour l'organisation des astreintes ou la mobilisation de compétences spécifiques (hygiénistes, qualiticiens…) ;
- ✓ Les actions de communication autour de l'existence et des compétences de l'HAD, ainsi que de la connaissance des structures implantées par les partenaires (y compris les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ;
- ✓ Le développement d'un dossier médical du patient informatisé commun pour toutes les HAD.

Par ailleurs, les structures d'HAD sont des acteurs à part entière à prendre en compte dans le cadre de l'organisation territoriale des soins hospitaliers.

Schéma régional d'organisation des soins – volet hospitalier – Médecine et Chirurgie – Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plans d'actions – B. Du réseau local de soins à l'offre de recours interrégionale : définition d'une gradation des soins – C. Structurer les filières de soins médico-chirurgicales

Chapitre 5 : Schéma cible

Le territoire régional champardennais compte un maximum de 11 implantations. Si des structures autorisées à la date de parution du présent schéma devaient cesser leur activité, cet objectif serait réduit à due concurrence, sous réserve que cette réduction ne conduise pas à la création d'une zone non couverte par au moins une HAD.
Le nombre d'implantations pourra également diminuer à l'occasion d'opérations de regroupement de structures existantes ou de constitution d' « antennes légères » des structures d'HAD.

L'ensemble du territoire régional devra être couvert.

Le chevauchement éventuel de zones d'intervention ne pourra se faire qu'au regard de la démonstration d'un besoin résiduel non couvert, après optimisation de l'intervention des structures existantes et sans déstabilisation de l'efficience des prises en charge.

Le renforcement du taux de recours à l'HAD aura pour cible le rattrapage du taux de recours moyen national.

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

1. Enjeux généraux

Objectif opérationnel :
De façon globale, l'objectif majeur concerne **l'articulation des différents intervenants à domicile** (infirmiers libéraux, médecins de ville, SSIAD, EHPAD…) avec l'HAD et l'amélioration de la filière de prise en charge en amont comme en aval de l'HAD.

Plan d'action :
Des actions de communications devront être mises en œuvre afin de favoriser la rencontre de ces acteurs et leur connaissance de l'HAD afin de développer le recours à l'HAD et d'instaurer une complémentarité fructueuse entre ces différents acteurs.

2. Articulations avec les professionnels du premier recours

Objectifs opérationnels :
- ✓ prévenir les rechutes et les retours vers l'hospitalisation à temps complet. L'HAD, à ce titre, est un interlocuteur privilégié des professionnels du premier recours.
- ✓ développer le recours direct à l'HAD, c'est-à-dire le passage en HAD du patient à domicile sur prescription du médecin traitant sans hospitalisation préalable en établissement.
- ✓ assurer la permanence des soins en HAD. C'est l'un des problèmes auxquels sont confrontées les structures d'HAD (les médecins traitants et les infirmiers libéraux n'assurant pas la permanence des soins).

Plan d'action :
- ✓ Le conventionnement des médecins et autres professionnels de santé libéraux avec les structures d'HAD sera recherché.
- ✓ Des actions de communication auprès des médecins libéraux seront menées afin de susciter des entrés directes en HAD.

3. Articulations avec les acteurs de la prise en charge en urgence

Objectif opérationnel :
L'articulation avec le volet urgence du SROS concerne la sensibilisation des acteurs des urgences au fait que l'HAD est un service hospitalier. Par conséquent, les patients sont déjà hospitalisés et ne nécessitent pas d'être ré hospitalisés.

Plan d'action :
Des actions seront menées pour sensibiliser et favoriser une meilleure connaissance de l'HAD. par les SAMU.

4. Articulations avec le secteur médico-social

Les éléments de transversalités avec le SROMS concernent notamment l'intervention des structures d'HAD dans les EHPAD, interventions à ce jour peu développées, et les relations SSIAD / HAD.

Objectif opérationnel relatif aux interventions en EHPAD
L'objectif est de favoriser l'intervention des structures d'HAD en EHPAD, lorsque cela est médicalement justifié.

Plan d'action :
Des actions seront menées pour sensibiliser les EHPAD à l'intervention des structures d'HAD. Une meilleure délimitation du domaine d'activité des équipes de l'HAD et de l'EHPAD aura pour objectif de permettre la prise en charge de la personne âgée sur son lieu de vie si c'est son souhait ou celui de sa famille et que cela est médicalement justifié.
L'organisation d'une campagne de sensibilisation auprès des EHPAD permettra de lever les éventuels obstacles à l'intervention des HAD.

Objectif opérationnel :
Le deuxième objectif vise l'amélioration de l'articulation des interventions des SSIAD et des structures d'HAD.

Plan d'action :
Pour certains patients, l'intervention des HAD n'est plus nécessaire alors qu'ils représentent une charge en soins trop importante pour relever d'une seule prise en charge par un SSIAD. Une meilleure articulation de ces deux modes de prise en charge devra être recherchée par l'intermédiaire notamment d'actions de communication qui auront pour objectifs d'améliorer la connaissance des acteurs entre eux, ainsi que de leurs champs d'action et de compétences spécifiques.

👁 Cf. SROMS - Volet personnes âgées – Titre III. Les objectifs opérationnels du PRS-SROMS
3.2. Description des objectifs opérationnels déclinés par actions, leviers et territoires –
3.2.2. Objectif opérationnel n° 2 : Disposer d'une offre d'équipements médicalisés adaptée à l'évolution des besoins et des moyens
Action n°2 : Concourir au maintien à domicile en créant des places de SSIAD sur les territoires d'intervention prioritaires en veillant à une bonne articulation avec les autres prises en charge (SAD, HAD)

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi

Objectifs	Actions	Indicateurs
Optimiser les structures d'HAD – conforter l'activité des structures existantes	✓ Aucune implantation supplémentaire ne sera autorisée. ✓ Le cas échéant réduction du nombre d'implantations par abandon de l'activité ou regroupement de structures ✓ Les zones blanches seront couvertes par des structures existantes.	✓ Nombre de structures d'HAD ✓ Cartographie des zones d'intervention des HAD ✓ Nombre de journées réalisées (dont EHPAD) par structure et par territoire en HAD. ✓ Taux de recours standardisé à l'HAD pour 100 000 habitants. ✓ Nombre de structures présentant une activité inférieure à 9 000 journées annuelles
Encourager le conventionnement de l'ensemble des acteurs avec une ou plusieurs structures d'HAD	- L'ensemble des établissements d'hospitalisation complète de la région Champagne-Ardenne devront conventionner avec une ou plusieurs structures d'hospitalisation à domicile - Les structures d'HAD doivent adhérer aux réseaux - Le conventionnement des HAD sera encouragé avec les autres acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale - Le renforcement de la connaissance de l'HAD par les différents acteurs de la filière de prise en charge	- Nombre de médecins avec lequel les HAD travaillent - Nombre de conventions HAD / EHPAD - nombre de convention conclues avec d'autres structures et acteurs (SSIAD, infirmiers libéraux, réseaux …) - Modes d'entrée en HAD - Modes de sortie - Motifs des non-admissions en HAD
Favoriser l'optimisation du tissu régional en HAD	Actions de coopération entre structures d'HAD	nombre et nature des actions de coopération entre HAD

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
INCa : Institut National du Cancer
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
PRS : Projet Régional de Santé
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RECAP : Réseau Champardennais Accompagnement Soins Palliatifs
REGECA : Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

IMAGERIE MEDICALE

IMAGERIE MEDICALE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 222
1. Présentation 222
2. Références réglementaires 222

Chapitre 2 : Diagnostic régional 223
1. Equipements médicaux lourds installés en mai 2011 223
2. Démographie des professionnels de santé 225
3. Efficience des organisations 225

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 226
1. Liens avec le Plan Stratégique Régional de Santé de Champagne-Ardenne (PSRS) 226
2. Orientations régionales 226

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 228
1. Elargissement du parc IRM 228
2. Elargissement du parc TEP (Tomographes à Emissions de Positons) 229
3. Organisation de la Permanence Des Soins (PDS) 229
4. Développement de la téléradiologie 231
5. Mise en œuvre des outils organisationnels de l'ANAP 232
6. Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie 232

Chapitre 5 : Schéma cible 233

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 234

Glossaire 235

Note d'attention pour le lecteur

cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation

L'imagerie médicale recouvre les examens réalisés sur les équipements matériels lourds soumis à autorisation : Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), scanographe, Tomographe à Emission de Positons (TEP), gamma caméra.

2. Références réglementaires

Circulaire N°DHOS/SDO/O4/2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement d'imagerie en coupe par scanner et IRM :
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_8209.pdf
http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-19/a0191976.htm

Circulaire N°DHOS/SDO/O4/2002/242 du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positons (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission à positons (TEDC)
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13638.pdf

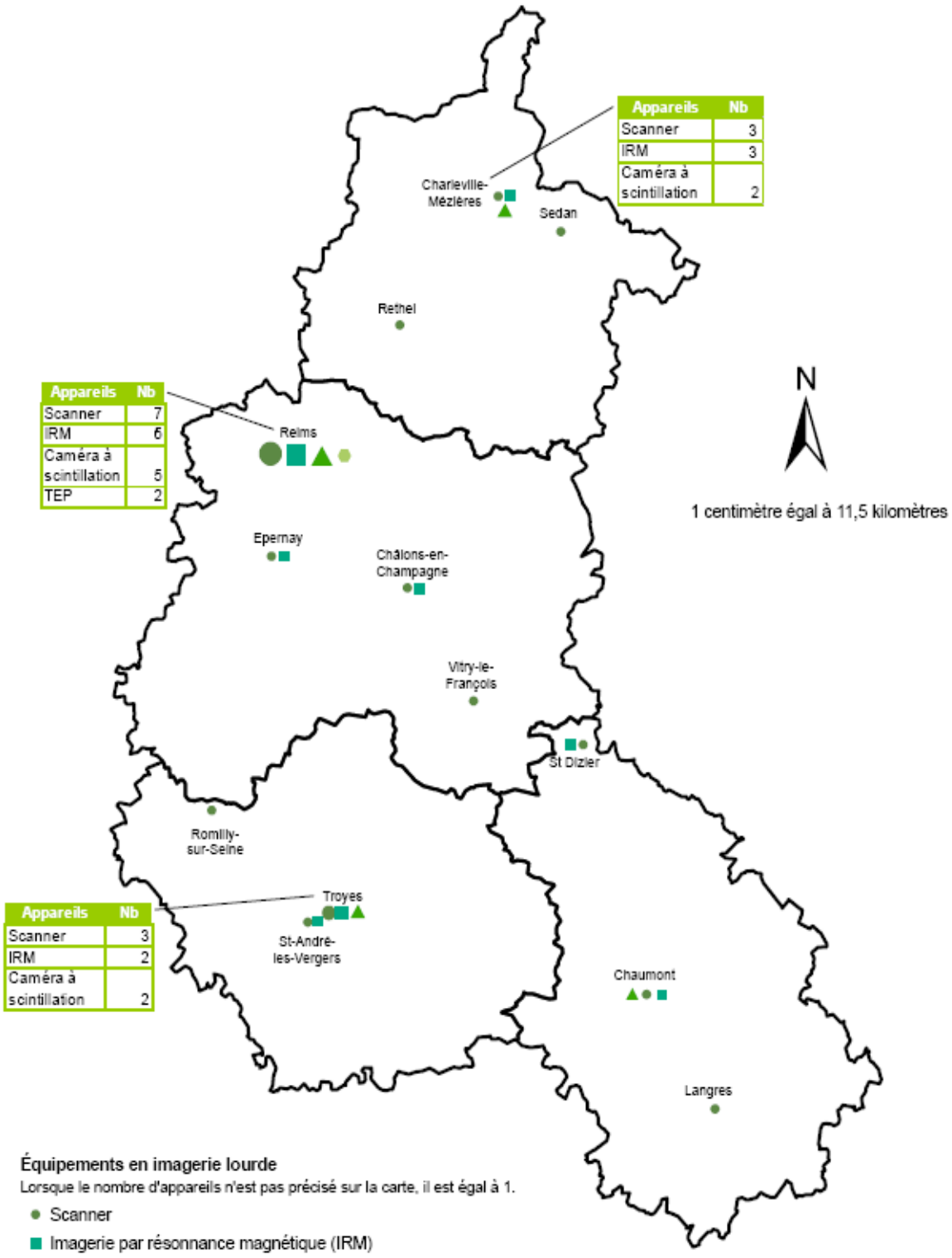
Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Equipements médicaux lourds installés en mai 2011

La région dispose de :
- 24 autorisations de scanner dont 23 appareils installés ;
- 17 autorisations d'IRM dont 15 appareils installés, soit un taux d'équipement de 10,4 appareils par million d'habitants (moyenne France : 8,7) ;
- 10 gamma-caméras ;
- 2 TEP.

Le maillage du territoire est bien adapté aux spécificités géo-démographiques de la région : un territoire vaste et faiblement peuplé, avec la coexistence d'une zone urbaine à forte densité (Reims) et de zones rurales isolées entourant de petites et moyennes agglomérations.
Les équipements sont répartis entre ces agglomérations et systématiquement adossés aux établissements de santé publics et privés.
Un scanner est systématiquement accessible aux services d'accueil des urgences, 24h/24.
Un appareil d'IRM est positionné sur les principaux sites accueillant des urgences (9 sites sur 14) mais sans pour autant être toujours accessible aux urgences, même vitales (ex : Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

Équipement en matériel d'imagerie lourd en Champagne-Ardenne



Source : SAE 2009 (Équipements installés au 31/12/2009)
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

2. Démographie des professionnels de santé

Pour compléter les constats établis dans la cadre de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne :

Le déficit de médecins radiologues est récurrent en région, on compte 135 médecins radiologues (soit environ 10 pour 100 000 habitants, moyenne française 12,7) :

- dont 50% de plus de 55 ans (équivalent au reste de la France) ;
- et 10 sont en cours de formation, mais disposent de trop peu de terrains de stage.

La démographie des professionnels de santé constitue l'enjeu majeur pour la région.

3. Efficience des organisations

Le benchmarking réalisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en 2010 nous donne des indicateurs pertinents du niveau d'utilisation des appareils installés. Ces indicateurs doivent toutefois être considérés avec prudence, notamment en ce qui concerne les délais de rendez-vous, du fait de la méthodologie déclarative de recueil des informations.

Pour l'IRM :

- Taux d'occupation moyen sur les plages programmées : 81% (moyenne France : 77%).
- Plages d'ouverture au programmé : 54 heures / semaine (moyenne France : 55 heures / semaine).
- « Productivité » des salles (nombre d'ICR - Indice de Coût Relatif - produits par heure d'ouverture à la programmation) : 180 ICR / heure (moyenne France : 160 ICR / heure).
- *Délais de RDV moyens constatés(*)*, tous types d'examens demandés confondus : 12 jours (moyenne France : 19 jours). Ces délais sont supérieurs à 20 jours dans 36% des structures (maximum : 23 jours) et inférieurs à 10 jours dans 45% des structures.

Ces chiffres montrent une utilisation des appareils d'IRM plutôt efficiente, même si l'on constate des disparités régionales entre les grandes agglomérations et les plus petites d'une part, et entre les structures privées et publiques d'autre part.
Les délais de rendez-vous semblent par ailleurs légèrement meilleurs que la moyenne nationale mais restent trop élevés. Pour le cancer, l'étude ISA (Imagerie Santé Avenir) réalisée en 2010 donne un délai de 32 jours en Champagne-Ardenne, pour une moyenne française de 34 jours, l'objectif du plan cancer étant de 10 jours.

Pour le scanner :

- Taux d'occupation moyen sur les plages programmées : 56% (moyenne France : 62%).
- Plages d'ouverture au programmé : 42 heures / semaine (moyenne France : 49 heures / semaine).
- « Productivité » des salles (nombre d'ICR produits par heure d'ouverture à la programmation) : 144 ICR / heure (moyenne France : 164 ICR / heure).
- *Délais de RDV moyens constatés(*)*, tous types d'examens demandés confondus : 3,5 jours (moyenne France : 6,9 jours).

Ces chiffres montrent une utilisation des scanners sensiblement moins efficiente que la moyenne nationale, alors que les délais de rendez-vous sont bien meilleurs. Le taux d'équipement élevé explique bien ce phénomène.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Liens avec le Plan Stratégique Régional de Santé de Champagne-Ardenne (PSRS)

Domaines stratégiques et objectifs spécifiques

L'imagerie médicale revêt une importance particulière pour le diagnostic et la prise en charge de nombreuses pathologies dont certaines, telles que les tumeurs, sont à forte prévalence en région Champagne-Ardenne. Deux priorités identifiées dans le PSRS sont liées à cette thématique :

- ✓ La prévention des pathologies chroniques (prévention et renforcement du suivi des pathologies chroniques, cancers et maladies cardio-vasculaires notamment) ;
- ✓ La réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins (innovations thérapeutiques, rôle du médecin généraliste).

Enjeux transversaux

Outre les deux priorités précitées, ce volet relève des trois enjeux transversaux suivants du PSRS :

- (4.4.1) Relever le défi de la démographie des professionnels de santé
- (4.4.3) Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé
- (4.4.7) Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé

2. Orientations régionales

Les orientations régionales concernant l'imagerie médicale sont issues d'une part du bilan régional, et d'autre part des constats dressés au niveau national par le G4 (Conseil professionnel de la radiologie française). Les priorités identifiées sont les suivantes :

- Réduire les délais de rendez-vous :
  - de façon générale pour les personnes hospitalisées, afin de réduire les durées moyennes de séjour ;
  - plus particulièrement pour l'IRM en cancérologie, afin de répondre aux objectifs du plan Cancer.
- Favoriser la substitution d'examens IRM / scanner (directives radioprotection de l'Autorité de Sureté Nucléaire), en particulier en pédiatrie :
  - environ un examen de TomoDensitoMétrie (TDM) réalisé sur deux est à indication préférentielle d'IRM (*source : étude ARH / DRSM 2008, analyse de l'organisation, du fonctionnement et de l'activité des tomodensitomètres*).
- Garantir l'accès à l'IRM 24h/24 pour :
  - les Urgences Neuro-Vasculaires (AVC) ;
  - les urgences pédiatriques.
- Organiser la Permanence Des Soins (PDS) de radiologie au niveau régional, en utilisant les moyens offerts par les technologies de l'information et de la communication et la télémédecine.
- Favoriser le rapprochement des radiologues ville / hôpital pour :
  - améliorer l'organisation de la PDS.

  - mutualiser les ressources.
  - rendre les territoires attractifs pour de nouveaux radiologues.

- Améliorer l'efficience des services d'imagerie :
  - en réduisant les délais de RDV ;
  - en optimisant l'utilisation des équipements.

- Garantir l'accessibilité tarifaire en secteur 1, pour le scanner et l'IRM.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

Les objectifs ci-après doivent contribuer aux priorités régionales identifiées.

1. Elargissement du parc IRM

Le maillage actuel du territoire semble pertinent, les nouveaux appareils seront donc positionnés sur les mêmes entités géographiques.

L'augmentation du nombre d'IRM est justifiée par :

- les délais de rendez-vous constatés actuellement, incompatibles avec les recommandations des sociétés savantes, notamment vis-à-vis du cancer ;
- le transfert prévisible et souhaitable d'une partie de l'activité des scanners vers les IRM du fait des évolutions des indications d'examens et des mesures de radioprotection ;
- l'augmentation prévisible de l'activité d'imagerie diagnostique et interventionnelle en général, conséquence notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'incidence des pathologies cancéreuses ;
- la nécessité de prendre en charge de façon optimale les pathologies cardio-neuro-vasculaires, dont les AVC.

Le nombre d'autorisations d'IRM sera donc augmenté de 4 appareils, pour parvenir à 21 appareils.

Les implantations d'appareils supplémentaires dédiés aux examens ostéo-articulaires et/ou du rachis – parfois dits « *plus efficients pour l'ostéo-articulaire et le rachis* » - seront privilégiées, sur des sites disposant déjà d'une activité importante de remnographie et de tomodensitométrie. Chaque nouvelle autorisation sera étudiée *a minima* au regard des critères suivants :

- L'engagement du candidat dans une démarche d'organisation territoriale de l'imagerie validée par l'ARS
- Equipes médicales et paramédicales radiologiques en nombre suffisant pour permettre un fonctionnement 24 H/24 ;
- Cohérence avec l'activité médicale autour de l'appareil et de son évolution (notamment pour l'ostéo-articulaire, le cancer) ;
- Démonstration que le ou les appareils existants sont « saturés » et bien exploités : taux d'occupation supérieur à 80%, plages d'ouverture programmée supérieure à 55 heures par semaine ;
- Nombre de passages machine (plus de 4500 passages par an, hors activité de recherche) ;
- Volume d'activité de scanner sur le « plateau technique » transférable à terme vers l'IRM, et nombre de scanners, ainsi que leur durée de vie restante (pour favoriser le remplacement de scanners par des IRM)

La transformation d'une autorisation de scanner en autorisation d'IRM sera possible , avec un temps de recouvrement suffisant et selon l'équipement des sites (par exemple : 2 scanner + 1 IRM, puis 2 scanner + 2 IRM pendant une courte période, et finalement 1 scanner + 2 IRM). Ceci nécessitera de la part des opérateurs d'anticiper les échéances des autorisations.

D'autre part, les demandes d'autorisation seront examinées selon les critères de priorisation suivants (sans ordre hiérarchique) :

- ✓ forte activité d'imagerie et de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO).
- ✓ installation d'appareils dédiés à une spécialité, dans le cas d'une forte activité constatée dans ladite spécialité (cancérologie, urgences...)
- ✓ Installation d'appareils dédiés à la prise en charge de certaines populations (enfants, femmes enceintes, personnes de forte corpulence, personnes handicapées et/ou appareillées, personnes souffrant de phobies,…).

2. Elargissement du parc TEP (Tomographes à Emissions de Positons)

L'étude de l'installation d'un nouvel appareil sur l'agglomération de Troyes est en cours, notamment en termes d'impact sur l'activité des deux appareils existants sur l'agglomération de Reims.

Il s'agit d'un besoin identifié dans le SROS Cancérologie.

3. Organisation de la Permanence Des Soins (PDS)

Le territoire pertinent pour l'organisation de la PDS est celui des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT).


Fumay
Nouzonville
Sedan
Charleville-Mézières
Rethel
Vouziers
Fismes
Reims
Sainte-Menehould
Épernay
Châlons-en-Champagne
Montmirail
Vitry-le-François
Sézanne
Saint-Dizier
Wassy
Romilly-sur-Seine
Nogent-sur-Seine
Montier-en-Der
Joinville
Troyes
Bar-sur-Aube
Bar-sur-Seine
Chaumont
Bourbonne-les-Bains
Langres
CHRU
CH MCO
CH M, SSR et SLD
Limites de territoires
Territoire de santé
Département

Sur la base des recommandations du G4 national, 2 niveaux de recours seront organisés en fonction de la typologie des sites :

- Centres “de référence” : sites d’urgences prenant en charge plus de 40000 patients par an : plateau technique complet (radio conventionnelle, échographie, scanner, IRM), garde (ou *a minima* astreinte) de radiologue et de manipulateur 24h/24 ; CHU de Reims, CH de Troyes et CH de Charleville-Mézières.

- Autres sites : plateau technique éventuellement restreint (avec *a minima* un scanner) avec astreinte de radiologue et de manipulateur. Certains examens de scanner peuvent être réalisés par un urgentiste avec un manipulateur, puis adressés à un radiologue de garde ou d'astreinte dans un centre de référence (protocole médical à mettre au point au préalable).

Chaque territoire de CHT dispose *à minima* d’un centre de référence avec un plateau technique complet. En fonction des thématiques et de la disponibilité des moyens humains nécessaires, le recours pourra se faire au niveau CHT ou régional.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au sein d'une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) implique nécessairement un accès à l’IRM 24h/24 sur le site.

La formalisation et la mise en place de cette organisation seront étudiées en partenariat avec le G4, ainsi que les partenaires adéquats réunis au sein d’un comité régional de l’imagerie : représentants de l’instance collégiale régionale du réseau régional des urgences de Champagne-Ardenne (Résurca), du réseau régional de cancérologie (ONCOCHA), de la filière de prise en charge des AVC…

4. Développement de la téléradiologie

L’organisation de la PDS doit pouvoir s’appuyer sur tous les moyens technologiques utiles et disponibles. La téléradiologie, dans ses deux composantes que sont le télé-diagnostic et la télé-expertise, doit permettre d’améliorer l’accès aux soins pour les patients :

- le télé-diagnostic qui permet à un praticien de proximité non radiologue d’obtenir un examen d’imagerie d’un télé-radiologue ;

- la télé-expertise : un radiologue, au contact du patient, souhaite obtenir l’avis d’un télé-radiologue ‘expert’ distant.

Le développement de la télé-radiologie en région débutera par un cas d’utilisation bien identifié : la prise en charge de la phase aiguë des AVC. Un projet spécifique sera lancé en lien avec les UNV de la région. Celui-ci, pour sa partie « infrastructures techniques », devra prévoir l’élargissement ultérieur à d’autres usages de la télé-radiologie.

La priorité sera donnée aux projets permettant :
- de pallier un manque de radiologues sur des sites accueillant des urgences ;
- de favoriser l’accès à des radiologues experts, pour la cancérologie notamment

Les activités de télé-radiologie se conformeront aux recommandations des différents guides élaborés par le G4 et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Une attention particulière sera notamment portée sur l’inclusion des aspects de déontologie médicale au sein des dispositifs contractuels réglementaires.
De plus, les porteurs de projet(s) devront démontrer que la charge de travail supplémentaire induite par l’activité de télé-radiologie est supportable par les équipes médicales, et que le projet a reçu l’adhésion de l’ensemble des professionnels médicaux impliqués.

Cf Programme Régional de développement de la Télémédecine – §4.4.1 Axe 1

5. Mise en œuvre des outils organisationnels de l'ANAP

Le benchmarking des services d'imagerie réalisé par l'ANAP en 2010 doit permettre d'identifier les axes majeurs d'amélioration de l'organisation des services d'imagerie.

Il est également nécessaire de diffuser les guides organisationnels de l'ANAP afin, notamment, d'optimiser le fonctionnement des services d'imagerie en intra-hospitalier, le but étant de réduire les durées moyennes de séjour.

6. Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie

La diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie aux prescripteurs hospitaliers (les premières cibles sont les urgentistes, les cancérologues, …) et de ville (médecins généralistes) doit permettre de rationaliser le recours aux examens radiologiques. Des actions ciblées seront privilégiées, comme celle conduite dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel, en coopération avec l'assurance maladie, et portant sur les examens de radiologie conventionnelle du crâne, du thorax et de l'abdomen sans préparation.

Chapitre 5 : Schéma cible

Les implantations des équipements matériels lourds seront les suivantes.

Territoire de santé Nord

Nature de l'équipement	*Implantations*	*Nombre d'appareils*
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	Charleville-Mézières Reims Epernay Châlons-en-Champagne	14 2 appareils supplémentaires à Reims 1 appareil supplémentaire à Charleville
Scanographe à utilisation médicale	Charleville-Mézières Sedan Rethel Reims Epernay Châlons-en-Champagne Vitry-le-François	12 à 15 1 appareil à Charleville pourra être remplacé par l' IRM supplémentaire prévue ci-dessus 2 appareils à Reims pourront être remplacés par les deux IRM supplémentaires prévues ci-dessus
Caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, caméra à positons	Charleville-Mézières Reims	7
Tomographe à émission de positons	Reims	2

Territoire de santé Sud

Nature de l'équipement	*Implantations*	*Nombre d'appareils*
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	Troyes Saint-Dizier Chaumont	3+1 2 1 7 1 appareil supplémentaire à Troyes
Scanographe à utilisation médicale	Troyes Romilly Saint-Dizier Chaumont Langres	7 à 8 1 appareil à Troyes pourra être remplacé par l'IRM supplémentaire prévue ci-dessus.
Caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, caméra à positons	Troyes Chaumont Saint-Dizier	4
Tomographe à émission de positons	Troyes	1

Un caisson hyperbare est par ailleurs implanté à Reims

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

Orientations	Objectifs opérationnels	Indicateurs
Réduire les délais de rendez-vous, particulièrement pour l'IRM en cancérologie	Elargissement ciblé du parc IRM	Délais de RDV IRM en cancérologie (enquête ISA)
	Diffusion des outils organisationnels de l'ANAP	Délais de RDV (méthode benchmarking ANAP)
Favoriser la substitution d'examens IRM / scanner (directives radioprotection de l'Autorité de Sureté Nucléaire), en particulier en pédiatrie	Elargissement ciblé du parc IRM	Proportion d'examens TDM réalisés, à indication préférentielle d'IRM selon le GBUEI (enquête médico-économique adhoc)
Organiser la PDS (permanence des soins) de radiologie au niveau régional, en utilisant les moyens offerts par les technologies de l'information et de la communication et la Télémédecine	Formaliser un dispositif d'organisation territoriale de l'imagerie	Nombre de structures / de radiologues / d'équipements impliquées dans l'organisation territoriale de l'imagerie
	Développer la téléradiologie pour : - pallier à un manque de radiologues sur des sites accueillant des urgences - favoriser l'accès à des radiologues experts, pour la cancérologie notamment	Nombre d'examens réalisés en Télé-radiologie, en PDS
		Nombre d'examens réalisés en Télé-radiologie, en activité programmée (hors PDS)
Garantir l'accès à l'IRM 24h/24 pour : Les urgences neuro-vasculaires (AVC) Les urgences pédiatriques		Proportion de sites prenant en charge les urgences pédiatriques disposant d'un accès H24 à l'IRM
		Proportion de sites prenant en charge les AVC et comportant une UNV ou équipées en Télé-AVC disposant d'un accès H24 à l'IRM

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DRSM : Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie
G4 : Conseil professionnel de la radiologie française
ICR : Indice de Coût Relatif
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISA : Imagerie Santé Avenir
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
PDS : Permanence Des Soins
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
TDM : TomoDensitoMétrie
TEP : Tomographe à Émission de Positons
UNV : Unité Neuro-Vasculaire

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 239
1. Présentation 239
2. Articulation SROS 3, programme de gestion du risque et SIOS Est 239
3. Références réglementaires 240

Chapitre 2 : Diagnostic régional 241
1. Données démographiques 241
2. Données épidémiologiques 241
3. Prévention et dépistage 241
3.1. Suivi annuel de la créatininémie et de l'albuminurie 241
3.2. Voie d'abord et contexte de prise en charge initiale en hémodialyse 242
4. Dialyse : modalités et structures de prise en charge 242
4.1. Structures 243
4.2. Accessibilité aux structures 243
4.3. Modalités de prise en charge 246
5. Prélèvements et greffe rénale 250
5.1. Prélèvements 250
5.2. Transplantation 250

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 253
1. Lien avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) 253
1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques 253
1.2. Enjeux transversaux 253
2. Orientations régionales 254

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 255
1. Réduire l'incidence de l'IRCT 255
1.1. Prévenir, retarder et dépister plus tôt l'IRC 255
1.2. Réduire le nombre de dialysés en urgence 256
2. Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge 256
2.1. Améliorer la situation démographique des néphrologues dans les départements de l'Aube et de la Haute-Marne 256
2.2. Maintenir l'offre existante en région et développer la dialyse hors centre 257
2.3. Faciliter l'accès à la greffe rénale 258
3. Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients 259
3.1. Le dispositif d'orientation des patients 259
3.2. Renforcer la coopération et les formations 260
3.3. Maintenir la qualité des données du registre du Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN) 260
4 Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans 260

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 266
1. Réduire l'incidence de l'IRCT 266
2. Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge 266
2.1. Développer la dialyse hors centre, et notamment la dialyse péritonéale en EHPAD 266

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 268

Glossaire 268

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire.

Elle devient terminale (IRCT) lorsque la prolongation de la vie n'est possible que grâce aux traitements de suppléance que sont l'épuration extra rénale ou la transplantation.

La transplantation rénale reste associée à la meilleure espérance et à la meilleure qualité de vie.

Les méthodes d'épuration extra rénale sont soit l'HémoDialyse (HD), soit la Dialyse Péritonéale (DP)

L'épuration extre rénale peut se faire selon diverses modalités[41] (HD en centre, HD en unité de dialyse médicalisée (UDM), HD en auto dialyse assistée ou non, dialyse à domicile par HD ou DP), et dont les degrés de médicalisation sont variables.

L'IRC constitue l'une des complications de nombreuses maladies chroniques (notamment le diabète et l'hypertension artérielle), dont la prévalence augmente. En 2009, en Champagne-Ardenne, 1231 patients bénéficiaient d'un traitement de suppléance (*source : registre REIN 2009*[42]*).*

2. Articulation SROS 3, programme de gestion du risque et SIOS Est

Le volet « insuffisance rénale chronique » du SROS 3 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3ème génération) a fait l'objet d'une révision en juillet 2004, conformément aux décrets n°2002-1197 et n°2002-1198 du 23 septembre 2002 su s-mentionnés (Cf. note de bas de page n°1).

Ces deux décrets ont modifié la typologie des différentes modalités de dialyse et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'expuration rénale.

Leur mise en œuvre vise à répondre aux objectifs suivants :

- ✓ Garantir le libre choix du patient.
- ✓ Offrir une prise en charge de qualité et adaptée.
- ✓ Préserver une offre de soins de proximité.
- ✓ Préserver une offre de soins diversifiée en permettant notamment le développement de la dialyse péritonéale (DP).
- ✓ Assurer la continuité de la prise en charge et l'orientation des patients entre les diverses modalités de traitement.

Outre le bilan du SROS 3, le présent Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS) « Insuffisance Rénale Chronique » devra s'articuler :

- ✓ d'une part, avec le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel (PRGDR) ;
- ✓ et d'autre part, pour les activités de greffe, avec le Schéma Interrégional d'Organisation des Soins (SIOS) de l'inter-région Est du 23 juin 2008, toujours en vigueur.

Les priorités de la gestion du risque ont été définies par une instruction validée par le Conseil National de Pilotage (CNP) du 17 décembre 2010. Celles-ci visent à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge, via :

[41] Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
Décret n°2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique

[42] Les données utilisées dans ce volet sont principalement issues du registre REIN 2009 (Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie), le cas échéant, la source sera mentionnée.

- ✓ la diffusion de recommandations médicales existantes ;
- ✓ le développement de la dialyse hors centre et notamment de la DP;
- ✓ le développement de la greffe rénale.

S'agissant des objectifs relatifs à la greffe de reins déterminés dans le SIOS de l'inter-région Est, ils consistent à :

- ✓ augmenter l'offre en développant les prélèvements à cœur arrêté/donneur vivant, et en adaptant les moyens humains et matériels

- ✓ améliorer l'efficacité par l'information et l'inscription précoce sur les listes d'attente ainsi que par la prise en compte des problématiques particulières des receveurs de reins âgés et des sujets diabétiques

3. Références réglementaires

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le Code de la santé publique.

Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémofiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/ 3 du 15 avril 2007, p. 51).

Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20).

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105).

Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293) : Directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011.

Lettre DHOS du 13 avril 2004 : éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration des volets des SROS relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale.
Recommandations pour la pratique clinique - Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte, ANAES, 2004.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Données démographiques

Néphrologues : situation au 31.12.2010

Départements	Néphrologues (en ETP)	Dont plus de 55 ans	Nombre de patients en dialyse
Ardennes	4	1	142
Aube	3	2	137
Marne	12	4	313
Haute Marne	3	2	149
TOTAL	**22 ETP**	**9 ETP**	**741**

Source : ARPDD, CHU.

22 ETP (Equivalents Temps Plein) de néphrologues (soit 24 praticiens) sont présents en région.

Une disparité Nord-Sud est observée. La démographie des néphrologues est particulièrement inquiétante dans les départements de l'Aube (à noter, les néphrologues aubois prennent en charge, en sus, une vingtaine de patients de Provins) et de la Haute-Marne.

2. Données épidémiologiques

En région Champagne-Ardenne, l'IRCT concernait 1231 patients au 31.12.2009 : il s'agit de patients prévalents traités par hémodialyse (627 patients), DP (61 patients) et greffe.

L'âge médian des personnes dialysées est de 69,7 ans.

En 2009, 184 nouveaux patients ont démarré un traitement de suppléance en région (86 % par HD, 10% par DP et 4% ont été greffés).

3. Prévention et dépistage

Si l'on dépiste l'IRC suffisamment tôt, il est possible de ralentir son évolution par l'initiation de traitements adéquats, le cas échéant, d'anticiper, avec le patient, le traitement de suppléance nécessaire de l'IRCT.

3.1. Suivi annuel de la créatininémie et de l'albuminurie

Le diabète et l'hypertension artérielle sont les deux principales causes de l'IRC et représentent à eux deux 50% des nouveaux cas. Le diabète fait partie des catégories d'Affections de Longue Durée (ALD) surreprésentées dans la région, il représente 27,2% des nouveaux cas en région, contre 22.3% au niveau national.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent, pour le suivi de la fonction rénale des patients diabétiques, la réalisation d'un dosage annuel de la créatininémie et de l'albuminurie.

Diabétiques avec au moins une albuminurie ou créatininémie en 2009	% créatininémie	% albuminurie
CPAM Charleville	82%	23%
CPAM Troyes	81%	29%
CPAM Reims	81%	39%
CPAM Chaumont	81%	19%

Source : CNAMTS, données 2009 régime général hors SLM

Le dépistage de la créatininémie chez le patient diabétique est réalisé en région à hauteur de 81-82%, en revanche, le dosage de l'albuminurie est plus faible et varie de 19% à 39% selon les départements.

3.2. Voie d'abord et contexte de prise en charge initiale en hémodialyse

L'IRC est dans la plupart des cas asymptomatique avant sa phase terminale. C'est pourquoi il faut la rechercher de principe, en ayant recours à des mesures de diagnostic extrêmement simples. Les experts estiment que 10% des IRCT pourraient être évitées et que 30% d'entre elles pourraient être retardées, sous réserve d'une détection précoce.
Pour les patients en hémodialyse, 31,4% ont démarré leur traitement en urgence en région. Ce taux varie de 15% pour le Limousin à 54% pour la Réunion.

La fistule artério-veineuse est la voie d'abord vasculaire de 78,4% des patients en hémodialyse (moyenne nationale). Pour la région, le taux de fistule native est de 70% pour les patients en hémodialyse.

4. Dialyse : modalités et structures de prise en charge

L'activité de soins relative au « traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra rénale » doit être autorisée. La durée de validité des autorisations est de 5 ans.
Le décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 [43] définit quatre modalités de traitement de l'IRC : l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, l'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et la dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.
Les articles R. 712-97 à R. 712-107 du Code de la santé publique précisent les caractéristiques de fonctionnement de chaque unité de prise en charge.
Le décret n°2002-1198 du 23 septembre 2002 [44] définit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra rénale.

[43] Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.
[44] Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif a ux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

4.1. Structures

En Champagne-Ardenne, on dénombre 4 centres lourds, dont 3 en établissements publics et 1 en clinique privée (le Centre Médico-Chirurgical (CMC)).
Le centre d'hémodialyse pour enfants est situé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims. Au 31 décembre 2009, la prévalence des malades pédiatriques s'élevait à 11 en région, 82% d'entre eux étaient greffés.

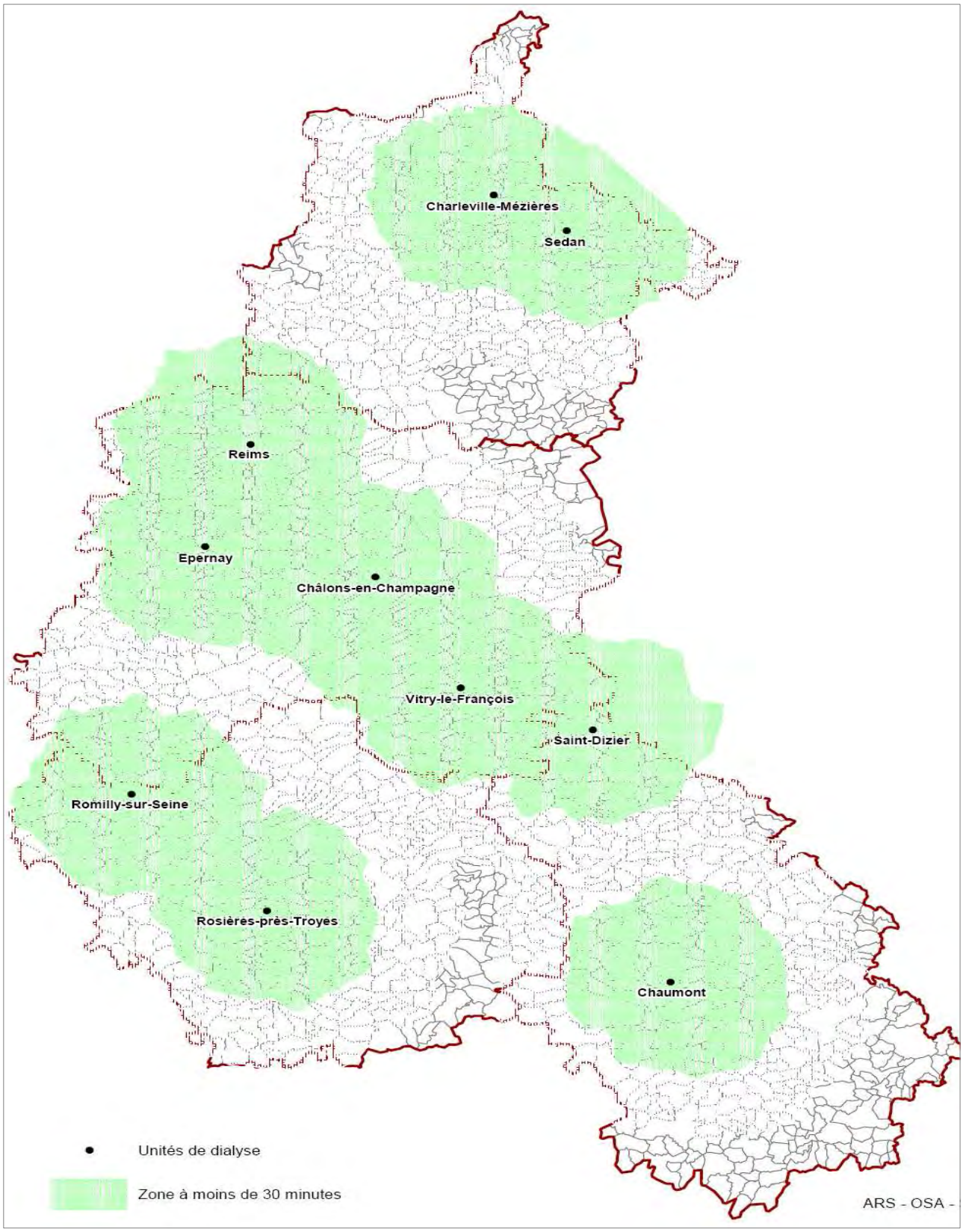
L'Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile (ARPDD) gère l'ensemble des unités de dialyse médicale (à l'exception de l'unité de Chaumont), les unités d'auto dialyse, la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile autorisées en Champagne-Ardenne.

Toutes les modalités de traitement sont offertes dans chaque département.

4.2. Accessibilité aux structures

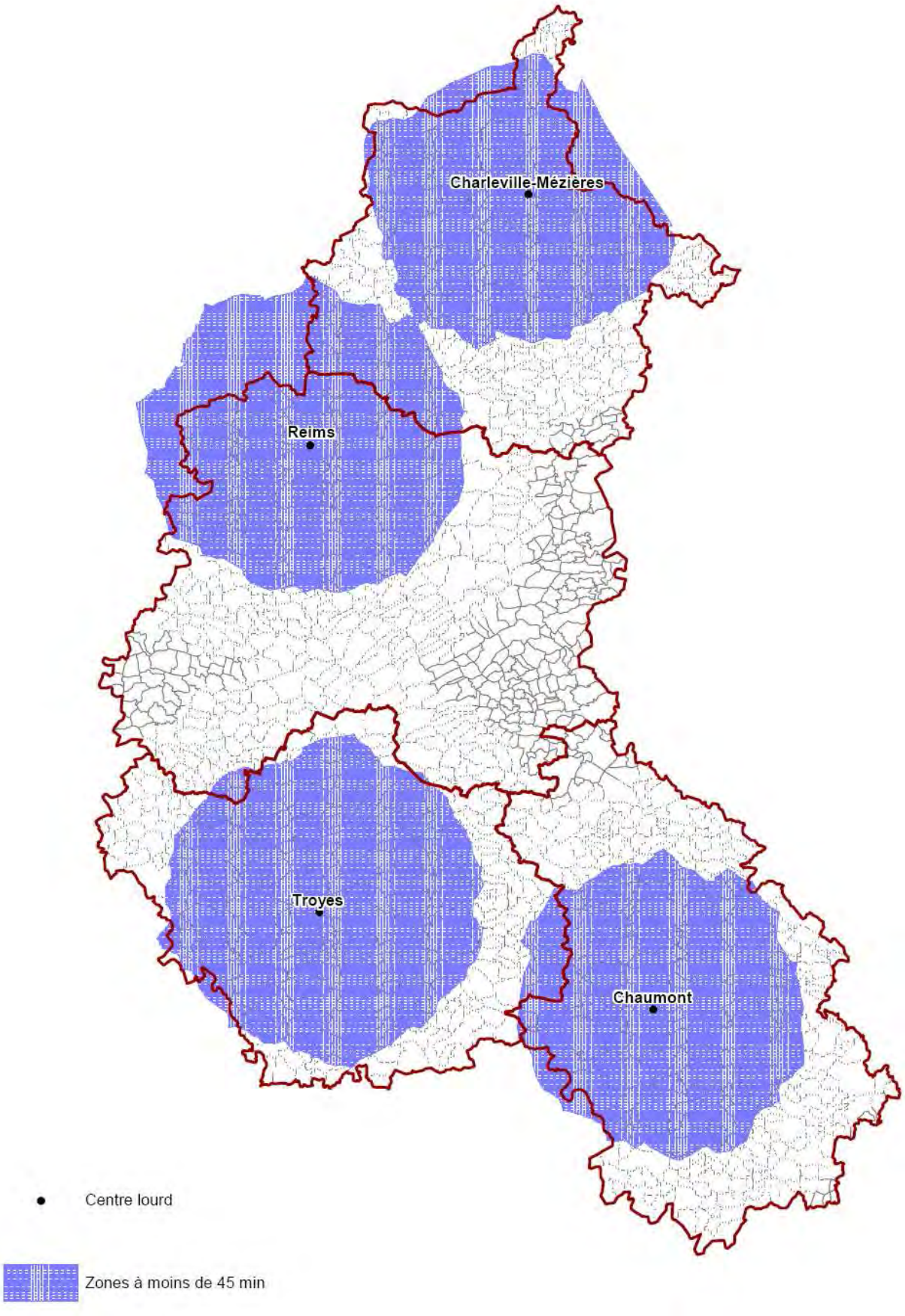
L'implantation des sites de dialyse en région permet un accès relativement rapide aux patients.

Zones à moins de 30 minutes d'une UDM ou unité d'autodialyse



Source : ARS, OSA, 2011

Zones à moins de 45 minutes d'un centre lourd de dialyse



Source : ARS, OSA, 2011

4.3. Modalités de prise en charge

- Techniques d'hémodialyse

En 2009, en Champagne-Ardenne, 99.4% des patients étaient traités par hémodialyse conventionnelle et 0.6% par hémodiafiltration, soit le taux le plus bas de France.
La moyenne nationale se situe à 10.7% des patients dialysés par hémodiafiltration.

Hémodialyse et dialyse péritonéale :

		2003		2009		2010	
		Nombre	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Hémodialyse	Centre lourd	330	53.2	384	53.7	389	52.5
	UDM et autodialyse	215	34.7	264	36.9	284	38.3
	domicile	9	1.5	4	0.6	4	0.5
Total régional		**554**	**89.4%**	**652**	**91.2%**	**677**	**91.3%**
Dialyse péritonéale	DP autonome	23	3.7	27	3.8		
	DP avec IDE	43	6.9	36	5.0		
Total régional		**66**	**10.6%**	**63**	**8.8%**	**64**	**8.7%**
Effectifs des patients dialysés		**620**	**100%**	**715**	**100%**	**741**	**100%**

Source : ARPDD, centres lourds, registre REIN 2009, cahier de planification de l'IRC 2006-2011.

Entre 2003 et 2009, le nombre de patients dialysés a augmenté de 15,3%.
Entre 2009 et 2010, le nombre de patients dialysés a augmenté de 3.6%.

Au regard du tableau, on constate que le nombre de patients pris en charge en UDM-autodialyse a augmenté.
La prise en charge en hémodialyse à domicile, bien que marginale, est constante, tout comme pour la DP.

En 2009, sur les 715 patients dialysés, le nombre de résidents hors région était de 59, soit un taux d'attractivité de 8.3% (le taux d'attractivité des nouveaux patients est de 11.7%).
Quant au taux de fuite, celui-ci est de 4.7% pour les cas prévalents et 6.2% pour les cas incidents.

- Analyse par modalité de dialyse (*source : ARPDD, centres lourds*)

Légende :

sous borne basse
dans fourchette
au dessus borne haute

La carte ci-dessus permet une visualisation des tableaux suivants.

Modalité de dialyse Titulaire de l'autorisation	***Lieu d'implantation***	***OQOS SROS3 Nombre de patients***		***Nombre de patients 2009***	***Nombre de patients 2010***
Hémodialyse en centre lourd		*borne basse*	*borne haute*		
CH Charleville	Charleville	68	84	81	82
CHU	Reims	109	133	130	124
CMC	Chaumont	71	87	106	108
CH de Troyes	Troyes	46	56	67	75
TOTAL		**294**	**360**	**384**	**389**

Le nombre de patients pris en charge dans les centres lourds du sud de la région dépasse la borne haute des OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins) définis dans le cadre du SROS 3.

Modalité de dialyse -Titulaire de l'autorisation **Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)**	***Lieu d'implantation***	***OQOS SROS3 Nombre de patients***		***Nombre de patients 2009***	***Nombre de patients 2010***
		borne basse	*borne haute*		
ARPDD	Charleville-Mézières	23	28	16	17
ARPDD	Reims	61	75	82	89
ARPDD	Troyes	16	20	15	21
CMC	Chaumont*	22	26	0	17
ARPDD	Saint-Dizier*			-	-
TOTAL		**122**	**149**	**113**	**144**

* Les UDM de Chaumont et de Saint Dizier ont respectivement été autorisées en 2009 et 2010, leur activité ne peut être analysée.

Le nombre de patients pris en charge dans les UDM de Reims et de Troyes est supérieur à la borne haute des OQOS, contrairement à l'UDM de Charleville-Mézières pour laquelle une marge de manœuvre est possible.

Modalité de dialyse -Titulaire de l'autorisation **Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée**	***Lieu d'implantation***	***OQOS SROS3 Nombre de patients***		***Nombre de Patients 2009***		***Nombre de Patients 2010***	
		borne basse	*borne haute*				
ARPDD	Charleville-Mézières	27	33	19	24	17	26
	Sedan			5		9	
	Reims	63	77	29	60	29	54
	Châlons-en-Champagne			12		8	
	Epernay			10		9	
	Vitry			9		8	
	Troyes	44	54	21	45	21	39
	Romilly			20		18	
	Bar / Aube*			4		0	
	Chaumont	25	31	11	22	11	21
	Saint Dizier			11		10	
TOTAL		**159**	**195**	**151**		**140**	

A noter, l'unité de Bar sur Aube a fermé début 2011.
Le nombre de patients pris en charge en unité d'autodialyse simple ou assistée est inférieur aux bornes basses des OQOS dans tous les départements de la région.

Modalité de dialyse Titulaire de l'autorisation **Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale**	***Lieu d'implantation***	***OQOS SROS3 Nombre de patients***		***Nombre de Patients 2009***		***Nombre de Patients 2010***	
		borne basse	*borne haute*				
ARPDD	Sites des Ardennes (HD) (DP)	19	23	1 15	16	1 16	17
	Sites de la Marne (HD) (DP)	28	34	3 44	47	3 43	46
	Sites de l'Aube (HD) (DP)	6	8	0 3	3	0 2	2
	Sites de la Haute-Marne (HD) (DP)	12	14	0 1	1	0 3	3
TOTAL		**65**	**79**	**67**		**68**	

A l'exception de la Marne où le seuil des OQOS est atteint pour la dialyse péritonéale, cette pratique reste à développer dans les autres départements de la région, notamment dans le territoire Sud (Aube et Haute Marne).

- Analyse par département

Au regard des tableaux précédents, on observe une disparité dans le recours aux différentes modalités de traitement en région.
La prise en charge hors centre a concerné, en région, 48% des patients en 2009 et 49.2% en 2010, soit, par département :

- ✓ 60% des patients pris en charge hors centre dans la Marne ;
- ✓ 42 % dans les Ardennes ;
- ✓ 28% dans la Haute Marne (quasiment aucun DP) ;
- ✓ 45% dans l 'Aube (quasiment aucun en DP).

- Formation des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) en région en 2009, 2010

	IDE Libéraux		**IDE Salariés**	
	2009	**2010**	**2009**	**2010**
Ardennes	6	2		
Aube		1		2
Haute-Marne	5	5		
Marne	30	45	1	
Total	**41**	**53**	**1**	**2**

Source : ARPDD
Très peu d'IDE sont formés à la DP dans l'Aube.

- Comorbidité et modalité de traitement

Indicateur de lourdeur de comorbidité :

Modalité de prise en charge	Total	Aucune	Une seule	2 et plus
HD en centre	339	6.8%	31.6%	61.6%
UDM	94	12.8%	30.9%	56.4%
Autodialyse	105	16.2%	46.7%	37.1%
DP	53	18.9%	28.3%	52.8%
Total région	**591**	**10.5%**	**33.8%**	**55.7%**

Ce tableau montre que les patients pris en charge en centres lourds, UDM et DP ont 2 comorbidités ou plus, seuls les patients traités en unités d'autodialyse ont, pour la majorité, une seule comorbidité associée.
La disparité dans le recours aux différentes modalités de traitement est sans rapport avec les comorbidités.

- Flux des patients

Le devenir des patients dialysés entre 2008 et 2009

Modalités de traitement au 31/12/2008								
Etat au 31/12/2009	Centre lourd		UDM		Auto dialyse		DP	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centre Lourd	**266**	**64.9**	0	0	2	1.3	7	9.6
UDM	27	6.6	**57**	**69.5**	8	5.1	3	4.1
Autodialyse	12	2.9	5	6.1	**117**	**74.1**	2	2.7
DP	**1**	**0.2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**41**	**56.2**
Greffon fonctionnel	6	1.5	5	6.1	20	12.7	7	9.6
Décédé	88	21.5	14	17.1	8	5.1	11	15.1
Sevré	5	1.2	0	0	0	0	1	1.4
Modalités ND	4	1	0	0	3	1.9	1	1.4
Transfert sortant	1	0.2	1	1.2	0	0	0	0
Total	410	100	82	100	158	100	73	100

Il apparaît que la majorité des patients pris en charge en centre lourd, en UDM, en dialyse ou en DP en 2008 ont poursuivi leur traitement de dialyse selon les mêmes modalités de traitement (ou sont décédés) en 2009.
Les transferts de patients entre les différentes modalités de traitement de la dialyse sont plutôt rares, et mêmes très rares, notamment pour la DP.
Dans ce cas, les actions à mener devront davantage porter sur les patients incidents.

- Nombre de séances

	Nombre de séances d'hémodialyse en 2009
CH Charleville-Mézières	12 856
Centre hospitalier de Troyes	10 166
CHRU	18 588
Centre médico-chirurgical de Chaumont.	14 181
TOTAL	**55 791**
Source : PMSI 2009	

	Nombre de séances 2009
Unité de dialyse médicalisée	14 201
Unité d'autodialyse assistée	23 051
hémodialyse à domicile	627
TOTAL HEMODIALYSE	**37 879**
Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire	6 263
Dialyse Péritonéale Automatisée	4 643
TOTAL DIALYSE PERITONEALE	**10 906**
TOTAL GENERAL	**48 785**
Source : ARPDD CA 2009	

5. Prélèvements et greffe rénale

5.1. Prélèvements

4 établissements disposent d'une autorisation de prélèvement rénale en région :

- ✓ Département des Ardennes : le CH de Charleville Mézières ;
- ✓ Département de l'Aube : le CH de Troyes ;
- ✓ Département de la Marne : le CHU et le CH de Châlons-en-Champagne.

En 2009, 58 greffons rénaux ont été prélevés en région[45].

5.2. Transplantation

L'article 1er du décret n°2007-1257 du 21 août 2007 [46] fixe les conditions générales applicables aux greffes rénales et notamment l'effectif minimal nécessaire en termes de personnels médical et paramédical.
En Champagne-Ardenne, la seule équipe de transplantation rénale se situe au CHU de Reims.

- Prévalence

En région, à fin 2009, l'IRCT concerne 1231 patients au 31/12/2009. 44.1% d'entre eux sont porteurs d'un greffon fonctionnel.
7% des patients diabétiques sont porteurs d'un greffon fonctionnel en région à fin 2009.
La greffe est le traitement privilégié chez les moins de 17 ans (89 % sont greffés et 11% dialysés).
En revanche, la dialyse est le traitement privilégié pour les patients âgés de 75 ans et plus. 95% des patients de cette tranche d'âge sont dialysés.

[45] Rapport d'activité des coordinations hospitalières 2009.

[46] Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique.

- Incidence

3.8% des patients ont pu bénéficier d'une greffe préemptive en 2009, c'est-à-dire que la transplantation rénale a été réalisée en première intention.

- Greffes rénales pratiquées en Champagne Ardenne

Inscription en liste d'attente de greffe rénale au 31/12/2009	
% de patients dialysés non diabétiques inscrits sur la liste et âgés de moins de 70 ans	23.2%
% de patients dialysés diabétiques inscrits sur la liste et âgés de moins de 70 ans	5.1%

Source : Registre REIN, Rapport d'activité 2009

23,2% des patients dialysés, non diabétiques, âgés de moins de 70 ans, sont inscrits sur la liste d'attente de greffe rénale, contre 5.1% des diabétiques.

En région, d'après le registre REIN 2009, 50% des patients attendent d'être inscrits sur la liste nationale d'attente d'une greffe en moyenne 22.9 mois. Cela fait partie des plus longs délais observés dans les autres régions.

	2006	2007	2008	2009
Inscrits au 1er janvier de l'année	66	77	82	131
Nouveaux inscrits	55	45	106	50
Greffés	**41**	**36**	**47**	**46**
Sorties de liste pour aggravation ou décès en attente	1	3	7	12
Décès en liste d'attente	1	2	1	8

Source : Coordination Hospitalière de Champagne Ardenne

	2009	2010
Greffe à partir d'un donneur décédé	45	47
Greffe à partir d'un donneur vivant	3	2

Source : Coordination Hospitalière de Champagne Ardenne, 2011

L'activité de greffe rénale est relativement stable en région et se réalise principalement à partir d'un donneur décédé.
La liste d'attente s'allonge.
La fragilité de l'équipe chargée des greffes rénales met en péril à court terme l'activité de greffe dans la région. En 2010, l'équipe d'urologues du CHU de Reims a été confrontée au départ du praticien hospitalier chargé des greffes sur donneur vivant. Un deuxième départ, celui du Chef de Service d'Urologie du CHU, est venu renforcer la fragilité de cette équipe
Bien qu'un praticien hospitalier soit arrivé en septembre 2011, les conditions techniques de réalisation de la greffe au CHU ne sont toujours pas réunies.

- Attractivité et fuite

En 2009, 25,3% des 573 patients porteurs de greffon fonctionnel suivis par l'équipe de greffe du CHU de Reims, étaient des patients résidant hors région (principalement issus de Picardie).
Le taux de fuite est plus faible : il était de 21.2%, les patients de la région allant se faire suivre en Ile-de-France, Lorraine et Bourgogne.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Lien avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

1.1. Domaines stratégiques et objectifs spécifiques

L'IRC est une maladie chronique. Le PSRS a identifié trois priorités sur cette thématique :

- ✓ Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques ;
- ✓ Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins ;
- ✓ Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares.

1.2. Enjeux transversaux

Outre les trois priorités précitées, ce volet est concerné par les cinq enjeux transversaux suivants :

- ✓ 4.4.1 **Le défi de la démographie des professionnels de santé**

  Les objectifs attachés à ce enjeu transversal et que nous pouvons citer ici sont les suivants :

  - Anticiper les évolutions de la démographie des professionnels de santé pour endiguer l'aggravation des déficits
  - Travailler sur la délégation de compétences
  - Développer la télémédecine

- ✓ 4.4.3. **L'amélioration de l'accès aux professionnels, établissements et services de santé** avec notamment l'objectif d'offrir au patient un dispositif d'orientation dans son parcours de prise en charge.

- ✓ 4.4.4. **Développer l'articulation, la coordination, les réseaux**

  L'objectif à citer ici étant celui de promouvoir le travail en réseau notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés

- ✓ 4.4.5 **Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge par la professionnalisation des acteurs** en garantissant la qualité, la sécurité de la prise en charge et favoriser la bientraitance, par le biais de la formation initiale et continue des professionnels.

- ✓ 4.4.6. **Développer la prévention tout au long de la vie**

  - ✓ par le dépistage et le repérage précoce et précoce
  - ✓ par des actions de prévention en direction des patients. L'objectif est ici de développer les pratiques d'éducation, les actions d'apprentissage et les programmes d'accompagnement dans la maladie pour retarder l'apparition des complications et réduire les hospitalisations pour phases aiguës.

2. Orientations régionales

Compte tenu des objectifs précités, des orientations nationales relatives à l'IRC et du diagnostic régional, les orientations régionales retenues sont les suivantes :

- ✓ Réduire l'incidence de l'IRCT ;
- ✓ Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge :
  - ✓ Améliorer la situation des néphrologues dans l'Aube et en Haute Marne ;
  - ✓ Maintenir l'offre de proximité existante et développer la dialyse hors centre ;
  - ✓ Faciliter l'accès à la greffe rénale ;
- ✓ Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

L'objectif principal est de promouvoir une prise en charge globale du patient allant de la prévention jusqu'à l'accès à la greffe.
La diversité et l'évolutivité des situations cliniques rencontrées chez les personnes en IRC imposent de mieux adapter l'offre aux besoins des malades. La filière doit intégrer différents types de dialyse et faciliter l'accès à la greffe rénale pour tous ceux qui peuvent en bénéficier.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Réduire l'incidence de l'IRCT

La prise en charge de l'IRC, dès son émergence, permet de différer de façon très significative la date de dialyse ou de transplantation et de préparer au mieux le patient. L'idéal est de repérer et de traiter toutes les IRC dès leur apparition, ainsi que d'éviter les prises en charge en urgence.

1.1. Prévenir, retarder et dépister plus tôt l'IRC

cf. Schéma Régional de Prévention (SRP)[47]

La prévention et le dépistage s'effectueront en particulier chez les patients à risque (diabétiques, souffrant d'hypertension artérielle sévère (HTA), ou d'affections urologiques (infections urinaires, malformations….), ainsi que chez les patients utilisant certains médicaments néphrotoxiques (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), Aminosides, Lithium).

Actions envers les professionnels de santé (médecins généralistes et médecins du travail) :

Sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance, pour les populations à risque, de :

- ✓ Prévenir l'IRC ;
- ✓ ralentir la progression de l'IRC par un meilleur suivi de certaines pathologies (diabète, HTA) ;
- ✓ dépister plus tôt l'IRC (recherche de la protéinurie à la bandelette urinaire, l'estimation du débit de filtration glomérulaire par calcul de la MDRD (*Modification of the Diet in Renal Disease*) est recommandée, recherche systématique de la micro-albuminuerie chez les sujets diabétiques).

Objectif quantitatif :
- 80% des patients diabétiques devront bénéficier d'un dosage annuel de la micro albuminurie, avec un premier objectif régional fixé à 50% pour la fin de l'année 2012.
Les recommandations de la HAS pourront être diffusées à cet effet.

Actions envers les autres professionnels de santé :

Dans le cadre du dépistage de l'IRC, un travail sur l'harmonisation régionale des techniques de dosage de la créatininémie et l'utilisation de la formule de la MDRD des laboratoires d'analyse médicale pourra être mené.

SROS - Biologie

Les anesthésistes et radiologues jouent également un rôle dans la prévention de l'IRC. En cas de bilan pré-opératoire anormal observé chez un patient (créatininémie…), un contact avec un service de néphrologie doit systématiquement être pris.

Il s'agira également de faciliter le rapprochement des équipes de néphrologie, diabétologie et cardiologie.

Actions envers les patients :

Favoriser la mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) mutualisés avec d'autres spécialités (notamment diabète, cardiologie).

[47] Voir le chapitre 5 sur les éléments de transversalité dans lequel les éléments de contenu du SRP sont intégrés.

Le réseau « addictions, précarité, diabète » s'adresse à toute personnes souffrant, entre autres, de diabète de type 1 et 2. Des actions de sensibilisation pourront être menées par ce réseau.
👁 cf. SROS Ambulatoire[48]

1.2. Réduire le nombre de dialysés en urgence

Afin de réduire le nombre de patients dialysés en urgence, il s'agira de favoriser une consultation précoce de néphrologie pour les patients dont un traitement par épuration extra-rénale doit être envisagé.

En région, le taux de fistule native est de 70% pour les patients en hémodialyse, l'objectif consiste à augmenter le taux de fistule native en région pour atteindre la moyenne nationale enregistrée en 2009, à savoir 78.4%.

2. Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge

2.1. Améliorer la situation démographique des néphrologues dans les départements de l'Aube et de la Haute-Marne

Objectif quantitatif :

Afin de maintenir une activité de dialyse dans le sud de la région, il s'agira de remplacer les départs à la retraite dans les départements de l'Aube et de la Haute-Marne, et de maintenir un minimum de 4 ETP dans l'Aube, les Ardennes, la Haute Marne

Par ailleurs, un suivi régulier de la situation démographique dans chaque département de la région sera indispensable.

Pour répondre à cet objectif, il s'agira de :
- ✓ Favoriser la formation des néphrologues :
  - ✓ ajuster le nombre d'internes en fonction des besoins (3 internes par an) ;
  - ✓ créer des postes post-internat pour les néphrologues.
- ✓ Favoriser la coopération entre les professionnels de santé.
  - ✓ envisager la possibilité de PH partagés ;
  - ✓ maintenir et valoriser les consultations avancées en néphrologie (à inscrire dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)).

Le développement de la télémédecine pour la surveillance et le suivi des patients constitue également une piste intéressante pour pallier le manque de néphrologues dans le sud de la région (*projet en cours à l'UDM de Saint-Dizier),* tout comme la possibilité de coopération entre néphrologues et IDE.

[48] Voir le chapitre 5 sur les éléments de transversalité dans lequel les éléments de contenu du SROS ambulatoire sont intégrés.

cf. Programme télémédecine, chapitre 2, 2.8 :
Points de vigilance particuliers :
La télémédecine doit apporter une valeur ajoutée supplémentaire au système de santé, soit en améliorant une prise en charge, soit en palliant une insuffisance de l'offre, soit en améliorant l'efficience de celle-ci. Elle ne doit en aucun cas venir en remplacement d'un mode d'organisation existant.
Par ailleurs, il convient de préciser que la télémédecine, modalité d'exercice de la médecine à distance s'appuyant sur les technologies de la communication, peut avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge du fait du risque de perte du lien social entre le patient et le médecin.

2.2. Maintenir l'offre existante en région et développer la dialyse hors centre

L'offre en région Champagne-Ardenne est relativement satisfaisante puisque toutes les modalités de traitement par épuration extra rénale sont offertes dans chaque département.

L'opportunité d'implantation de structures, hors centre lourd, devra être analysée au regard des besoins identifiés et des possibilités techniques de fonctionnement.

Le développement de la dialyse hors centre fait partie des principaux objectifs, et notamment :

- ✓ les prises en charge en UDM de proximité dans les Ardennes et la Haute-Marne ;
- ✓ le recours aux unités d'autodialyse simple et assistée dans l'ensemble des départements de la région ;
- ✓ l'hémodialyse à domicile en région ;
- ✓ la dialyse péritonéale en région, et la DP en EHPAD.

Objectifs quantitatifs :
- réaliser plus de 53% des traitements de dialyse hors centre en région, et atteindre, *à minima*, 50% dans les départements de l'Aube, des Ardennes et de la Haute-Marne.

Une fois pris en charge, le transfert des patients d'une modalité de prise en charge à une autre est rare. Dans ce cas, il apparaît nécessaire de fixer des objectifs pour les nouveaux patients (incidents).

- dialyse péritonéale (Cf. Fiche indicateur CPOM 6.5 : « % de patients prévalents traités par DP », soumise à modification ultérieure privilégiant les actions sur les patients incidents) :

Année	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	11%	13%	18%	23%

A noter, le développement de la DP constitue un axe prioritaire du programme régional de gestion du risque. Cette modalité de traitement ne pourra se développer uniquement sur les patients répondant aux critères. Un réel plan d'actions doit être engagé, en lien avec les organismes d'Assurance Maladie.

Actions visant à promouvoir le recours aux modalités de traitement hors centre :

Outre l'aspect démographique abordé dans le point précédent, plusieurs actions concourent à l'atteinte de cet objectif :

1- L'ETP et l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles)

- ✓ Les programmes d'ETP relatifs à l'IRC ont pour objectifs d'accroître l'autonomie du patient, afin de, les prendre en charge, lorsque cela est possible, en unité d'auto dialyse ou en dialyse péritonéale.
- ✓ Toujours dans une perspective d'adéquation entre le besoin du patient et la modalité de dialyse, la possibilité de mettre en place des consultations pluridisciplinaires d'orientation pourra être envisagée

2- La dialyse péritonéale : formation et information

- ✓ Développer la formation des professionnels de santé (IDEL, néphrologues) à la dialyse péritonéale dans les départements où cette pratique est peu développée (Ardennes, Aube, Haute-Marne).
- ✓ Diffuser les recommandations de la HAS concernant les indications de la DP auprès des néphrologues et des médecins généralistes.

3- La dialyse péritonéale en EHPAD :

👁 cf. Schéma Régional d'organisation Médico-sociale[49] (SROMS)

- ✓ Recenser le nombre de résidents en EHPAD sous dialyse péritonéale.
- ✓ Promouvoir le nouveau levier de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009[50] qui permet à un établissement de signer un contrat d'exercice libéral avec un IDE libéral pour les soins à domicile sur le financement de l'ONDAM hospitalier, pour favoriser le développement de la DP en institution.
- ✓ Développer des liens entre l'ARPDD et les EHPAD de la région.

Les conventions tripartites pourront constituer un levier pour développer la DP en EHPAD.

L'hémodialyse à domicile

Le développement de l'hémodialyse à domicile est sous-jacent à l'utilisation des nouveaux générateurs simplifiés.

Dans ce cas, la promotion des techniques innovantes est recommandée auprès des néphrologues, de même que l'information des patients.

2.3. Faciliter l'accès à la greffe rénale

La transplantation rénale constitue le meilleur traitement de l'IRC terminale, en termes de qualité de vie, de longueur de survie et sur le plan économique. Ces trois arguments conduisent à favoriser le développement de la transplantation.

Les objectifs relatifs à la greffe rénale sont de deux ordres : soutenir l'activité de prélèvements dans les sites autorisés et augmenter le nombre de patients greffés.

[49] Voir le chapitre 5 sur les éléments de transversalité dans lequel les éléments de contenu du SROSMS sont intégrés.
[50] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Soutenir l'activité de prélèvements :

Les actions sont les suivantes :

- ✓ Sensibiliser les familles et le grand public.
- ✓ Sensibiliser les services d'urgence à signaler aux équipes de coordination les patients pour lesquels il n'y a pas de projet thérapeutique (donneurs potentiels).
- ✓ Augmenter le nombre de prélèvements parmi les donneurs recensés.
- ✓ Inscrire l'activité de prélèvements dans les CPOM.

Augmenter le nombre de patients greffés

Afin de maintenir une activité de greffe en région, il est indispensable de conforter le service d'urologie du CHU dans les plus brefs délais afin de répondre aux exigences du décret n°2007-1257 du 21 août 2007[51].

Une fois la situation du CHU rétablie, les objectifs suivants pourront être poursuivis :

- ✓ Proposer la greffe à tous patients répondant aux critères.

Il s'agira également de prendre en compte les problématiques liées aux receveurs de reins âgés et de sujets diabétiques.

- ✓ Réduire les délais d'attente sur la liste de greffe.
- ✓ Faciliter l'inscription et l'accès à la greffe préemptive.
- ✓ Développer la greffe avec donneur vivant.
- ✓ Promouvoir un suivi de proximité et partagé des patients transplantés.

Il est pour cela nécessaire de disposer d'un dossier médical commun informatisé.

Objectifs quantitatifs :

- ✓ **Augmenter le nombre de patients greffés dont greffes préemptives (objectif à déterminer une fois la situation rétablie).**
- ✓ **Développer la greffe réalisée à partir de donneurs vivants et atteindra la moyenne nationale enregistrée en 2009, de 7.9%.**
- ✓ **100% des greffés doivent bénéficier d'une consultation de pré-greffe.**

3. Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients

3.1. Le dispositif d'orientation des patients

Pour permettre à chaque patient de choisir la modalité de dialyse la plus adaptée à son cas, il paraît indispensable que chaque patient bénéficie d'une information de prédialyse, pluridisciplinaire (médicale et paramédicale) et de qualité.

Objectif : 100% des patients mis en dialyse doivent bénéficier d'une information de pré dialyse.

[51] Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique.

3.2. Renforcer la coopération et les formations

La formation pluridisciplinaire des équipes qui prennent en charge les patients souffrant d'IRCT devra être privilégiée (médecins généralistes, IDEL, cardiologues, endocrinologues, diabétologues).
Le dossier médical partagé informatisé, déjà existant en région, devra se développer et être utilisé par tous les acteurs (centres lourds, ARPDD et CMC).

3.3. Maintenir la qualité des données du registre du Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN)

La majorité des données utilisées pour le suivi de l'IRC en région proviennent du registre REIN, il s'agira de poursuivre la tenue de ce registre.

4 Schéma cible de l'organisation régionale à 5 ans

Le territoire pertinent pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique est le département.
En termes d'implantations, le schéma cible consiste à maintenir, dans chaque département, toutes les modalités de traitement existantes, ainsi que l'activité potentielle de dialyse pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Reims, soit :

Département des Ardennes :

Modalité	Implantations	Nombre d'implantations
Hémodialyse en centre	Agglomération de Charleville Mézières	1
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	Agglomération de Charleville Mézières	1
Hémodialyse en unité d'autodialyse	Agglomérations de Charleville Mézières et de Sedan	2
Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	Département des Ardennes	

Département de l'Aube :

Modalité	Implantations	Nombre d'implantations
Hémodialyse en centre	Agglomération de Troyes	1
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	Agglomération de Troyes	1
Hémodialyse en unité d'autodialyse	Agglomérations de Troyes, Romilly-sur-Seine	2
Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	Département de l'Aube	

Département de la Marne :

Modalité	Implantations	Nombre d'implantations
Hémodialyse en centre	Agglomération de Reims	1
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	Agglomération de Reims	1
Hémodialyse en unité d'autodialyse	Agglomérations de Reims, Chalons en Champagne, Epernay, Vitry-le-François	4
Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	Département de la Marne	

Département de la Haute Marne :

Modalité	Implantations	Nombre d'implantations
Hémodialyse en centre	Agglomération de Chaumont	1
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	Agglomérations de Chaumont, Saint-Dizier	2
Hémodialyse en unité d'autodialyse	Agglomérations de Chaumont, Saint-Dizier	2
Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	Département de la Haute Marne	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Source	Lien
Implantations				
Maintenir l'offre existante	**Pas de nouvelle implantation régionale** Evaluation annuelle des besoins. Seule l'implantation de structures hors centre pourra être envisagée.	Analyse de l'offre et des besoins. Nombre de semaines de traitement (1 semaine d'hémodialyse = 3 séances) pour les modalités de traitement suivants : ✓ pour la dialyse en centre, ✓ hémodialyse en UDM, ✓ hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée, ✓ dialyse à domicile par hémodialyse, ✓ dialyse péritonéale.	REIN , OSA	
Volume / objectifs quantifiés				
Réduire l'incidence de l'IRCT : **- Prévenir, retarder, dépister plus tôt l'IRC**	**Sensibilisation des médecins généralistes et médecine du travail sur la prévention et le dépistage chez les populations à risque (diabétiques, HTA sévères…) :** diffusion des recommandations HAS…. **Une harmonisation régionale des techniques de dosage de la créatininémie** et l'utilisation de la formule de la MDRD des laboratoires d'analyse médicale pourra être menée. **Développer l'ETP mutualisée vers d'autres spécialités** (diabète, cardiologie)	% patients diabétiques ayant eu un dosage annuel de la micro albuminurie (objectif : 80%) Suivi des travaux menés par les biologistes Nombre de patients pris en charge par épuration extra rénale inclus dans un programme d'ETP et nom du programme	Assurance Maladie ARPDD	Schéma prévention PRGDR SROS biologie Schéma prévention
- Réduire le nombre de dialysés en urgence		% patients hémodialysés qui débutent un traitement en urgence % de fistule native	REIN REIN	
Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge :	**Favoriser la formation des néphrologues :** ajuster le nombre d'internes en fonction des besoins (soit 3) et les sensibiliser ; créer des postes post-internat pour les néphrologues.	Nombre de néphrologues par département, à mettre en corrélation avec le niveau d'activité. Objectif : Maintenir un minimum de 4 ETP dans l'Aube, la Haute Marne et les Ardennes.	ARPDD, CMC et centres lourds	

- Améliorer la situation démographique des néphrologues en région	**Favoriser la coopération entre les professionnels de santé** : envisager la possibilité de PH partagés, maintenir et valoriser les consultations avancées en néphrologie (à inscrire dans les CPOM établissements).			
	Favoriser le développement de la télémédecine pour la surveillance et le suivi des insuffisants rénaux.	Nombre de patients suivis en télémédecine		Programme télémédecine
	Développer la dialyse hors centre :	Répartition, pour chaque site, par modalité de traitement, du nombre de patient pris en charge.		
Développer la dialyse hors centre et plus particulièrement : - les prises en charge en UDM de proximité dans les Ardennes et la Haute Marne, - le recours aux unités d'autodialyse simple et assistée dans l'ensemble des départements de la région - la dialyse à domicile : DP et DP en EHPAD, hémodialyse à domicile	**Développer la DP en région** : former les IDEL et néphrologues à la dialyse péritonéale dans les départements des Ardennes, Aube, Haute Marne ; diffuser les recommandations HAS concernant les indications de la DP auprès des néphrologues et des médecins généralistes. **Développer la DP en EHPAD (lien avec les conventions tripartites)** : promouvoir le nouveau levier de la loi HPST qui permet à un établissement de signer un contrat d'exercice libéral avec un IDE libéral pour les soins à domicile sur le financement de l'ONDAM hospitalier, pour favoriser le développement de la DP en institution ; liens à créer entre l'ARPDD et les EHPAD de la région.	- part des patients suivis hors centre ; - part des nouveaux patients traités par DP - part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés Objectifs : à décliner dans les CPOM établissements - réaliser plus de 53% des traitements de dialyse hors centre en région, et atteindre, à minima, 50% dans les départements de l'Aube, des Ardennes et de la Haute-Marne. - dialyse péritonéale : 23% des patients incidents (distinguer DP simple et DP assistée) - nombre d'IDEL et de néphrologues formés à la DP, par département - modalités de diffusion des recommandations HAS et nombres de néphrologues visés - nombre de patients admis en EHPAD en DP	REIN, OSA ARPDD Enquête ARS	PRGDR Fiche CPOM
	Développer l'hémodialyse à domicile en région : informer les néphrologues et les patients sur les nouveaux générateurs simplifiés	- modalité de diffusion de l'information sur les nouveaux générateurs simplifiés.		Schéma régional d'organisation

Faciliter l'accès à la greffe rénale Soutenir l'activité de prélèvement Augmenter le nombre de patients greffés	Prélèvement : - sensibiliser les familles et le grand public. - sensibiliser les services d'urgences à signaler aux équipes de coordination les patients pour lesquels il n'y a pas de projet thérapeutique (donneurs potentiels) - augmenter le nombre de prélèvements parmi les donneurs recensés ; - inscrire l'activité de prélèvement dans les CPOM. **Afin de maintenir une activité de greffe en région, il est indispensable de conforter le service d'urologie du CHU dans les plus brefs délais.** **Une fois la situation du CHU rétablie, les objectifs suivants pourront être poursuivis :** - Proposer la greffe à tous patients répondant aux critères. - Réduire les délais d'attente sur la liste de greffe. - Faciliter l'inscription et l'accès à la greffe préemptive. - Développer la greffe avec donneur vivant. - Promouvoir un suivi partagé des patients transplantés	- nombre de prélèvements - Conforter le service d'urologie du CHU afin de répondre aux conditions techniques permettant l'activité de greffe. - Augmenter le nombre de patients greffés dont greffes préemptives (objectif à déterminer). - Développer la greffe réalisée à partir de donneurs vivants et atteindre la moyenne nationale enregistrée en 2009, de 7.9%. - 100% des greffés doivent bénéficier d'une consultation de pré greffe. - % de patients inscrits sur la liste de transplantation dont inscription préemptive (à distinguer) - Part des patients champardennais greffés (en région et hors région) dont part des patients ayant eu accès à la greffe préemptive (à distinguer) - Délai moyen d'attente sur la liste de greffe.	Agence de bio médecine REIN REIN	médico-sociale SIOS PRGDR
Améliorer la qualité et la sécurité des soins **Le dispositif d'orientation des patients**	Chaque patient doit bénéficier d'une information de prédialyse de qualité et pluridisciplinaire (médicale et paramédicale).	100% des patients mis en dialyse ont bénéficié d'une information de pré dialyse		

Renforcer la coopération	Le dossier médical partagé informatisé, déjà existant en région, devra se développer et être utilisé par tous les acteurs de la région (centres lourds, ARPDD et CMC).	Liste des acteurs utilisant le dossier médical partagé	Structures de la région	

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Cette partie développée ici consiste à recenser les transversalités repérées avec d'autres schémas et mentionnées dans le contenu de ce présent volet. Les éléments de contenu de ces autres schémas sont intégrés et figurent ci-dessous.

1. Réduire l'incidence de l'IRCT

👁 Lien avec le Schéma régional de prévention (SRP), volet prévention, promotion de la santé (PPS)

Faciliter le rapprochement des équipes de néphrologie, diabétologie et cardiologie pour étudier les possibilités de mutualisation entre les programmes d'ETP.

Extraits du SRP :
Axe 4 : la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique du patient
4.1. Conforter l'offre existante en éducation thérapeutique du patient
Améliorer la coordination des programmes existants

👁 Lien avec le SROS - volet ambulatoire

Le réseau « addictions, précarité, diabète » s'adresse à toutes personnes souffrant, en autres, de diabète de type 1 et 2, une des premières causes de l'IRC. Des actions de sensibilisation pourront être menées par le réseau.

Extraits du SROS ambulatoire :

Chapitre 3 : Objectifs régionaux
Titre 3 : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

Objectifs opérationnels :
Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région
Soutenir les réseaux de santé, relais pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs
Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé (tel que le DMP et ORNICARE)

2. Assurer un égal accès à l'offre de soins et diversifier les techniques de prise en charge

2.1. Développer la dialyse hors centre, et notamment la dialyse péritonéale en EHPAD

Favoriser le développement de la DP en EHPAD fait partie des points importants de ce schéma.

Pour cela, la contractualisation sur l'intervention des IDEL en EHPAD constitue un levier. Il s'agira également de développer des liens entre l'ARPDD et les EHPAD de la région.

Les conventions tripartites pourront également comporter un paragraphe sur cet objectif, les EHPAD s'engageant à prendre en charge les personnes sous dialyse péritonéale et proposer une offre adéquate.

👁 Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), volet personnes âgées

Titre III Les objectifs opérationnels du PSRS-SROMS 3.2.5 Objectif opérationnel n°5 : Coordonner les r éponses autour de la personne âgée Action n°2 : Décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social Action 2.2. Favoriser le recours à l'HAD en EHPAD

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

La liste des indicateurs de suivi figurent dans la partie relative au schéma cible en région.

Le suivi sera réalisé, annuellement, par un comité de pilotage (soit les membres du groupe de travail SROS), en lien avec le programme de Gestion Du Risque (GDR).

Glossaire

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD : Affections de Longue Durée
ARPDD : Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMC : Centre Médico Chirurgical
CNP : Conseil National de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DP : Dialyse Péritonéale
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP : Equivalent Temps Plein ou Education Thérapeutique du Patient
GDR : Gestion Du Risque
HAS : Haute Autorité de Santé
HD : HémoDialyse
HTA : Hypertension Artérielle
IDE : Infirmiers Diplômés d'Etat
IDEL : Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
MDRD : Modification of the Diet in Renal Disease
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
PRGDR : Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque assurantiel
REIN : Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie
SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
UDM : Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

MEDECINE – CHIRURGIE

MEDECINE-CHIRURGIE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 272
1. Présentation de la thématique 272
2. Références 272
3. Orientations nationales 272
3.1. Consacrer la gradation des soins hospitaliers 272
3.2. Améliorer l'accès aux soins 274
3.3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins 274
3.4. Améliorer l'efficience 275
3.5. Orientations spécifiques en matière de chirurgie ambulatoire 275

Chapitre 2 : Diagnostic régional 277
1. La mise en œuvre du SROS 2006-2011 277
2. Les constats 281
2.1. Une évolution démographique régionale peu dynamique : 281
2.2. Une démographie médicale défavorable : 281
2.3. L'évolution des souhaits en matière de conditions d'exercice des professionnels 282
2.4. Quelques données chiffrées. 282

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 291
1. Objectifs généraux : le Plan Stratégique Régional de Santé de Champagne-Ardenne 291
2. Objectifs spécifiques 292

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 293
1. Constitution de trois communautés hospitalières de territoire (nord Ardennes, Champagne Ardenne centre, Champagne Ardenne-sud). 293
1.1. Définition des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). 293
1.2. Mise en œuvre des CHT. 293
1.3. Cadrage spécifique des restructurations de l'offre de soins définies au sein des CHT 294
1.4. Coopérations public-privé dans le contexte des CHT 294
2. Du réseau local de soins à l'offre de recours interrégionale : définition d'une gradation des soins, ... 294
2.1. Niveau du réseau local de soins 294
2.2. Niveau de l'offre hospitalière de proximité 295
2.3. Niveau de recours infra régional 296
2.4. Niveau de recours régional 297
2.5. Niveau de recours inter-régional : 297
3. Structurer les filières de soins médico-chirurgicales 297
3.1. Principes d'identification des filières 297
3.2. Objectifs des filières 297
3.3. Champ des filières 298
4. Intégrer les plateaux techniques chirurgicaux fragiles dans un fonctionnement mutualisé. 298
5. Développer la substitution à l'hospitalisation complète. 299
5.1. En médecine 299
5.2. En chirurgie 299

Chapitre 5 : Le Schéma cible 300
1. Médecine (y compris à temps partiel) 300
2. Chirurgie (y compris ambulatoire) 301
3. Implantation des sites de réalisation des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale 302
4. Regroupements d'établissements 302

Chapitre 6 : Eléments de transversalité 303
1. Enjeux généraux 303
2. Continuité des prises en charge 303
2.1. Objectifs opérationnels 303
2.2. Plan d'actions 303
2. Prise en charge des personnes âgées 304
2.1. Objectif opérationnel 304
2.2. Plan d'actions 304
3. Prise en charge des personnes handicapées 305
3.1. Objectif opérationnel 305
3.2. Plan d'actions 305
4. Prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux 305
4.1. Objectif opérationnel 305
4.2. Plan d'actions 305
5. Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité 306
5.1. Objectif opérationnel 306
5.2. Plan d'actions 306
6. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques 306
6.1. Objectifs opérationnels 306
6.2. Plan d'actions 307
7. Prise en charge des personnes souffrant d'addictions 307
7.1. Objectifs opérationnels 307
7.2. Plan d'actions 307
8. Prise en charge des enfants et des adolescents 308
8.1. Objectif opérationnel 308
8.2. Plan d'actions 308
9. Participation des établissements de santé aux actions de sécurité des soins 308
9.1. Objectif opérationnel 308
9.2. Plan d'actions 309

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi 310

Glossaire 312

Note d'attention pour le lecteur

cf « intitulé du schéma ou programme »
Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique

Les activités de soins de médecine et de chirurgie sont les activités « princeps » des établissements hospitaliers hors établissements spécialisés en psychiatrie. L'ensemble des prises en charge spécifiques est lié à l'une, l'autre ou ces deux activités.
Ces activités doivent donc naturellement être couvertes par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).
Ces activités sont, en outre, soumises à autorisation au sens de l'article L.6122-1 du Code de la santé publique Le SROS doit donc en prévoir les principes d'implantation, opposables aux demandes d'autorisation.

2. Références

- Code de la santé publique, et notamment conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement en matière de chirurgie ambulatoire (article R.6121-4, articles D.6124-301 à D.6124-306).
- Circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins : extraits du guide pages 11 et 12, 25 à 27, 33 et 34, 47 à 50.
- Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire, sur les perspectives de développement et démarche de gestion du risque.
- Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).
- Plans nationaux de santé publique (cf. Le Livre des Plans de Santé Publique, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 3ème édition, Mai 2011).
- Courrier DHOS du 30 octobre 2006 relative à l'intégration des « actes exploratoires à visée diagnostique ou thérapeutique » dans les autorisations.
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.
- Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire.
- Association Nationale des Médecine Généralistes d'Hôpital Local, « *Constats et propositions aux ARS : Contributions des Hôpitaux Locaux dans la mise en place des Projets de Santé de territoire* », Synthèse de la réunion de l'association du 14 novembre 2001.

3. Orientations nationales

3.1. Consacrer la gradation des soins hospitaliers

Il s'agit de dépasser la notion de gradation des plateaux techniques telle qu'utilisée dans le cadre des SROS de troisième génération. L'objectif est de mettre en place une gradation des soins, du premier recours aux activités développées sur les plateaux techniques de recours inter-régional, voire de référence nationale. En matière de soins hospitaliers, les orientations nationales distinguent quatre niveaux :

- Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé (offre ville-hôpital de proximité, avec éventuellement une structure des urgences ou antenne de SMUR[52] intégrée au réseau des urgences ; centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire ; cabinets d'imagerie médicale de ville). Les

[52] SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

établissements de santé de proximité (anciens hôpitaux locaux, établissements de santé polyvalents mais de taille limitée et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine) constituent des acteurs à part entière de ce niveau. A ce titre, le cas des anciens hôpitaux locaux est exemplaire, notamment en termes de réponse organisationnelle possible, en articulation avec le premier recours et le secteur médico-social.

- Le niveau des plateaux techniques de recours infra-régional, avec une activité à la fois programmée et en urgence, et soumis à une obligation de permanence des soins.

- Le niveau des plateaux techniques de recours régional, qui 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 au niveau inter-régional voire national.

- Le niveau des plateaux techniques de recours inter-régional, 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 l'échelle inter-régionale, laquelle permet d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Cette gradation des soins, et notamment en son sein des plateaux techniques hospitaliers, a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence. Dès lors, il convient de :

- ✓ Définir le(s) bon(s) niveau(x) de plateau technique requis par activité de soins en tenant compte d'éléments structurants, tels que :
  - ✓ le niveau de complexité et/ou de rareté d'actes hautement spécialisés, justifiant un nombre très limité de plateaux techniques et à un niveau territorial régional, inter-régional voire national.
  - ✓ l'application de seuils d'activité opposables à la pratique de certaines activités ;
  - ✓ la recommandation de seuils d'activité justifiant le regroupement de moyens sur un nombre limité de sites (ex : 1500 séjours avec intervention chirurgicale) ;
  - ✓ l'organisation territoriale de la permanence des soins en établissement de santé ;
  - ✓ l'utilisation de la télémédecine ;
  - ✓ le développement des modes de prise en charge diversifiés et substitutifs à l'hospitalisation complète ;
- ✓ Améliorer l'efficience par les moyens d'actions suivants :
  - ✓ dégager des marges d'économie par le regroupement et/ou la mutualisation des plateaux techniques
  - ✓ déployer les outils de coopération en vue de faciliter l'orientation et le transfert des patients
  - ✓ identifier les recompositions de l'offre de soins par territoire
  - ✓ s'assurer de la bonne orientation des patients.

3.2. Améliorer l'accès aux soins

- En médecine :

  - Renforcer et structurer l'offre en médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polypathologies ;
  - Structurer l'accès aux soins de médecine par une gradation des plateaux techniques de médecine, et par l'organisation de la permanence des soins ;
  - Structurer l'organisation de consultations hospitalières spécialisées avancées pour le dépistage et le diagnostic, en tenant compte de l'impact des restructurations des plateaux techniques hospitaliers ;
  - Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et des adolescents.

- En chirurgie, réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés :

  - Maintenir des consultations avancées en pré et post-interventions chirurgicales en proximité ;
  - Structurer la gradation des sites de chirurgie ;
  - Développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie en substitution à l'hospitalisation à temps complet ;
  - Garantir une offre de chirurgie prise en charge en secteur 1 par territoire de santé ;
  - Structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences ;
  - Assurer, sur l'ensemble des sites de chirurgie, la prise en charge en aval des structures des urgences ;
  - Identifier des sites pour les prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie.

3.3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- En médecine : favoriser la création de consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques, notamment de l'enfant et de l'adolescent.

- En chirurgie :

  - Prendre en compte et tracer l'évaluation et le traitement de la douleur dans les soins chirurgicaux et dans le cadre de la sortie du patient de l'établissement de santé ;
  - Restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux au profit d'une offre répondant à des besoins de la population, dans le cadre du projet médical de territoire ;
  - Inscrire les sites de chirurgie au sein des filières de soins médico-chirurgicales ;
  - Renforcer la qualité des prises en charge chirurgicales des enfants :
    - pour les enfants de 0 à 1 an : par le regroupement de la prise en charge chirurgicale au sein de centres spécialisés ;
    - pour les enfants âgés d'1 an et plus : à travers l'adaptation des conditions de prise en charge et la mobilisation de compétences professionnelles

3.4. Améliorer l'efficience

- En médecine :

    - Maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière et en tenant compte de la démographie médicale ;
    - Diversifier l'offre hospitalière en médecine : développer les prises en charge en hôpital de jour et confirmer l'évolution de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds, par substitution à l'hospitalisation à temps complet ;
    - Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés en médecine ;
    - Assurer un meilleur équilibre entre prise en charge en médecine programmée et non programmée et garantir l'aval des urgences en journée et en période de permanence des soins des établissements de santé ;
    - Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus. Il s'agira de veiller à une masse critique optimale des établissements de santé autorisés à la médecine et de clarifier ce qui relève d'une prise en charge de médecine en hospitalisation de jour et d'une prise en charge en consultation externe.

- En chirurgie :

    - Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
    - Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires ;
    - Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie pour la réalisation des actes techniques de médecine tout en maintenant une activité chirurgicale conséquente ;
    - Optimiser l'organisation de la permanence des soins en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé.

3.5. Orientations spécifiques en matière de chirurgie ambulatoire

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble : ce mode de prise en charge doit s'étendre à l'ensemble des patients éligibles (en fonction du rapport bénéfice/risque) et à l'ensemble de l'activité de chirurgie ; il convient de dépasser la considération initiale des seuls gestes ciblés. La chirurgie ambulatoire doit être un axe fort de la formation initiale et continue des chirurgiens et professionnels de santé. De fortes attentes sont exprimées sur le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

    - Développer la pratique de la chirurgie ambulatoire au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique ;
    - Garantir une continuité et une permanence des soins à l'issue des prises en charge en chirurgie ambulatoire par les équipes de chirurgie ;

- Evaluer les pratiques, la qualité et la sécurité des prises en charge en chirurgie ambulatoire ;
- Favoriser l'évaluation de la satisfaction des patients.

- Structurer une offre de soins efficiente :

  - Mieux inscrire la chirurgie ambulatoire dans les parcours et les filières de soins, notamment pour les enfants et les personnes âgées ;
  - Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie ambulatoire pour les actes techniques de médecine avec anesthésie régionale ou locorégionale, tout en maintenant une activité de chirurgie ambulatoire conséquente.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. La mise en œuvre du SROS 2006-2011

Le SROS 3 posait comme objectifs en médecine :

- ✓ La recherche d'un meilleur équilibre, au sein des établissements de santé, entre les unités d'hospitalisation dédiées aux activités médicales de spécialité et les unités polyvalentes, à vocation notamment gériatrique. Cet objectif reposait sur le constat de l'existence de tensions périodiques sur les capacités d'hospitalisation, principalement du fait du vieillissement de la population. La notion d'équilibre n'ayant pas été définie, notamment par un ou des indicateurs précis, l'atteinte de cet objectif n'est pas mesurable.

- ✓ La recherche d'un équilibre entre le programmé et le non programmé, notamment en phases de pic épidémique, pour assurer une plus grande fluidité : chaque établissement devait définir les conditions de cet équilibre. Les données disponibles montrent que le pourcentage d'entrées en médecine en hospitalisation complète en provenance des urgences varie entre 44,4% et 75,2% pour le secteur public, les valeurs étant de 13,3% et 13,5% pour les deux établissements privés disposant d'une structure des urgences. Ces valeurs sont en augmentation dans la plupart des établissements, mais se situent en règle générale en dessous des valeurs les plus hautes constatées au niveau national pour les établissements de même catégorie.

- ✓ La mise en place et le renseignement quotidien d'un serveur régional de veille et d'alerte relatif aux capacités disponibles. Le logiciel ARDAH est mis en place, globalement renseigné, mais les acteurs indiquent l'imparfaite fiabilité de cet outil, et sa non-adaptation à une gestion en temps réel des orientations de patients, notamment en réanimation.

- ✓ Les établissements devaient définir des règles d'accès aux plateaux techniques de biologie, imagerie et explorations de façon à diminuer les durées de séjour. L'atteinte de cet objectif n'est pas mesurable en soi.

- ✓ La réalisation des bilans médicaux doit se faire en alternatives à l'hospitalisation quand cela est possible. L'atteinte de cet objectif n'est pas mesurable.

Les objectifs de chirurgie étaient les suivants :

- ✓ Respecter les bonnes pratiques, référentiels et seuils en chirurgie ;
- ✓ Sur les sites dans lesquels plusieurs établissements ont une activité chirurgicale et dont un ou plusieurs ont un potentiel en termes d'équipes ou d'activité susceptibles d'être insuffisants, regrouper les activités sur un plateau technique chirurgical commun ;
- ✓ Développer la chirurgie ambulatoire ;
- ✓ Regrouper sur un site commun les prises en charge ambulatoires ayant recours à la chirurgie ou à l'anesthésie ambulatoire.

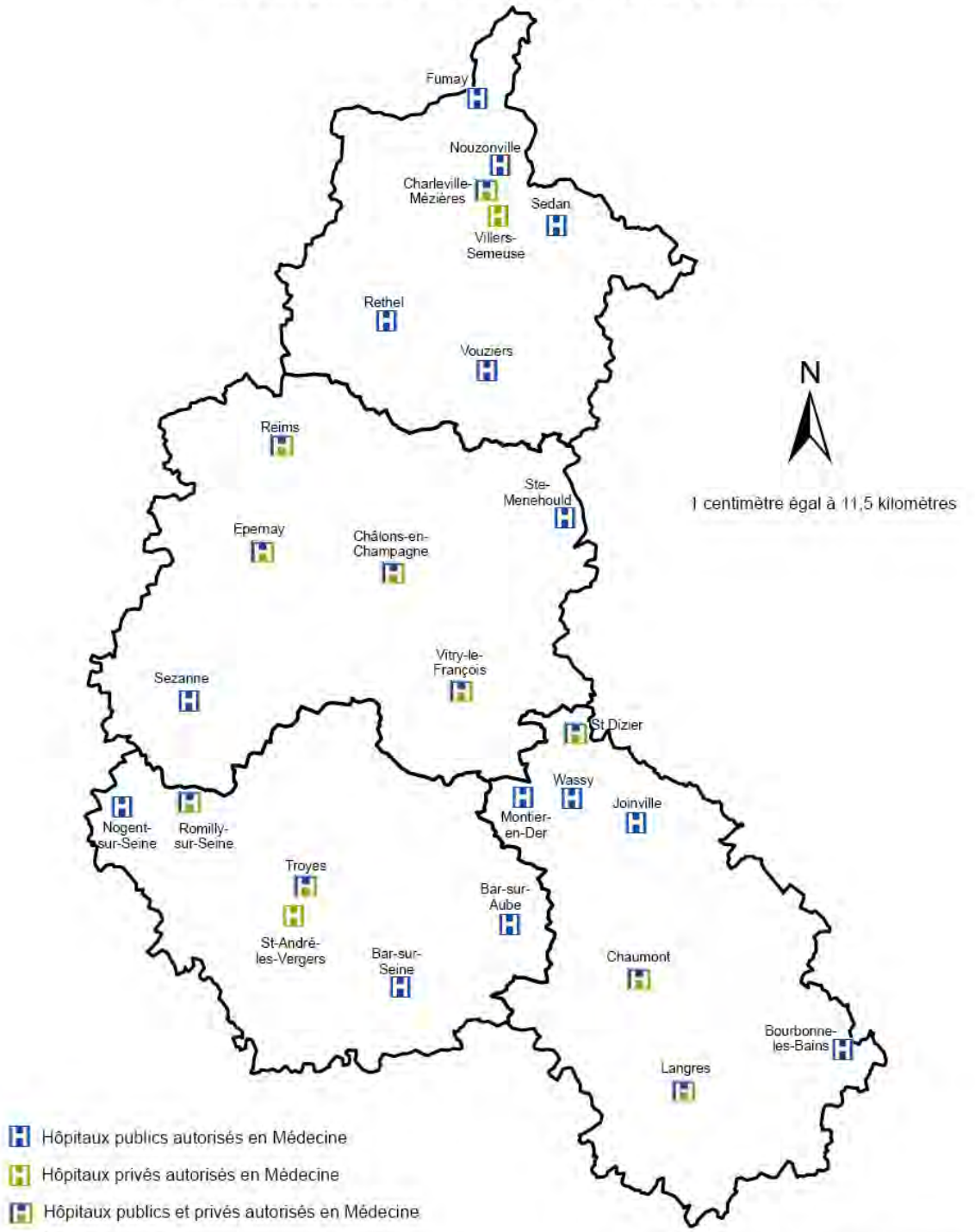
Par ailleurs, pour ce qui concerne la prise en charge des enfants et adolescents, le SROS 3 fixait comme objectif l'organisation de la prise en charge des patients dans le cadre de l'offre de soins de proximité et de recours. Chaque établissement devait définir les conditions spécifiques d'hospitalisation des enfants et des adolescents, ainsi que les modalités d'orientation vers le pôle de référence et d'expertise régionale en chirurgie pédiatrique, notamment pour les très jeunes enfants de moins d'un an.

Par ailleurs, le SROS 3 prévoyait un certain nombre d'opérations de recompositions hospitalières impactant tant la médecine que la chirurgie, et notamment :

- ✓ le regroupement des activités du Centre Hospitalier (CH) et de la clinique d'Epernay sur le site de l'hôpital, incluant un partage des plateaux techniques : cette opération, a connu des phases intermédiaires (notamment pour la maternité) et n'est pas achevée.
- ✓ la constitution de pôles hospitaliers public/privé et une organisation coordonnée de l'offre de soins sur le Triangle Bar-le-Duc/Vitry-le-François/Saint-Dizier : des coopérations existent, sont en phase de développement, mais essentiellement sur l'axe Vitry-le-François / Saint-Dizier.
- ✓ la constitution d'un équipement commun situé entre Chaumont et Langres : ce projet n'a pas abouti.
- ✓ une organisation commune des activités hautement techniques à Reims : cet objectif concerne essentiellement la cancérologie (voir le SROS cancérologie).
- ✓ une organisation des activités chirurgicales du Groupe Hospitalier Sud Ardennes (GHSA) au sein du GCS constitué avec les cliniques de Courlancy et Priollet : cette action a été mise en œuvre.

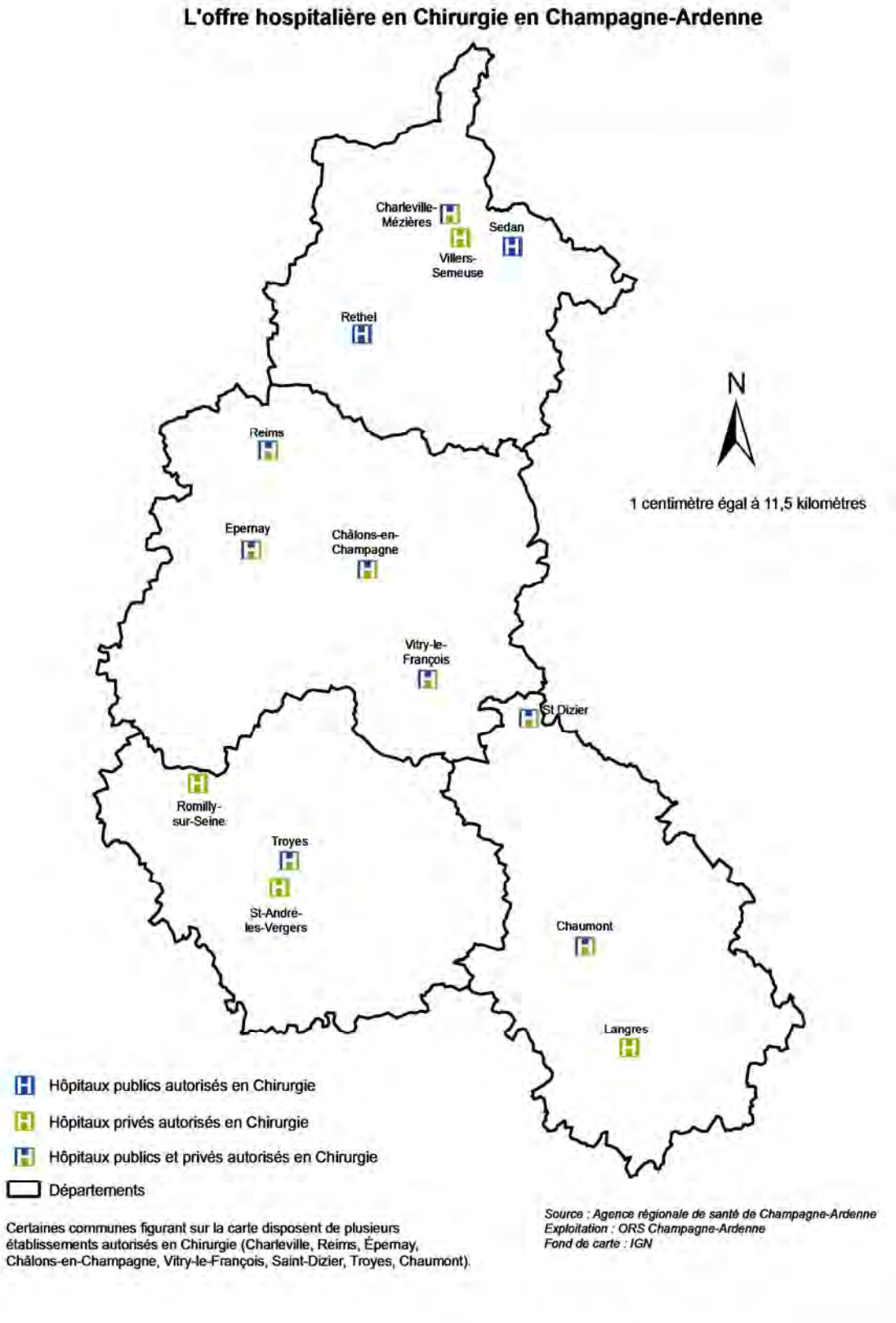
L'annexe opposable prévoyait un certain nombre d'implantations en médecine. Ces implantations correspondent globalement à la réalité. La carte ci-dessous retranscrit l'état des lieux.

L'offre hospitalière en Médecine en Champagne-Ardenne



Certaines communes figurant sur la carte disposent de plusieurs établissements autorisés en Médecine (Charleville, Reims, Épernay, Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Saint-Dizier, Romilly-sur-Seine, Troyes, Chaumont, Langres).

Source : diagnostic PSRS-ORS ; données arrêtées au 30/09/2010



Source : diagnostic PSRS-ORS ; données arrêtées au 30/09/2010

Par ailleurs le SROS 3 incluait des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) en volume. L'état de réalisation peut être approché ci-dessous.

Positionnement de l'activité 2009 de chaque territoire de santé du SROS 3 au regard de l'objectif quantifié fixé dans ce schéma.

Territoire de Santé	Médecine (HC)		Médecine (HTP)		Chirurgie (dont ambulatoire)	
	Objectif volume (+/- 2%)	activité 2009	Objectif volume (+/- 2%)	activité 2009	Objectif volume (+/- 2%)	activité 2009
Nord Ardennes	22 300	19 774	15 700	11 389	20 000	17 057
Sud Ardennes Marne	60 500	52 044	39 500	31 714	62 500	59 285
Marne moyenne	23 500	19 391	8 500	6 352	18 000	16 935
Aube	22 300	22 014	17 500	12 654	28 000	27 303
Sud Haute-Marne	13 200	12 092	4 300	3 681	9 500	8 725

Source : ARS Champagne-Ardenne – PMSI 2009 – exploitation OSA
HC : Hospitalisation Complète
HTP : Hospitalisation à Temps Partiel

On constate, au regard de l'activité constatée en 2009, qu'à l'exception du territoire de santé aubois (en hospitalisation complète et en chirurgie) les activités constatées en médecine et en chirurgie dans les différents territoires de santé sont en-dessous, voire très en-dessous de la cible 2010.

2. Les constats

Ces éléments de constat complètent ceux dressés dans la cadre de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne

2.1. Une évolution démographique régionale peu dynamique[53]

La population champardennaise connaît une diminution constante de ses effectifs depuis 1990 (-0,42% entre 1990 et 1999, puis -0,45% entre 1999 et 2009[54]). Cette baisse de population, selon les études de l'INSEE, s'accentuera jusqu'en 2040. Le solde naturel[55] ne compense plus le déficit migratoire[56] .
Le vieillissement de la population est donc inéluctable : en Champagne-Ardenne, le nombre de personnes de 60 ans ou plus progressera de 50%, alors que la population diminuera globalement.
Ceci fait peser un poids particulier sur la capacité des filières de soins (gériatrie, maladies chroniques) à répondre aux besoins de soins, notamment hospitaliers, dans la région.

2.2. Une démographie médicale défavorable

La région Champagne-Ardenne connaît une évolution de sa démographie médicale particulièrement défavorable avec des difficultés de recrutement, et le vieillissement des professionnels de santé. Une étude provisoire de la DREES sur les médecins au 1er janvier 2011 montre les densités comparatives suivantes :

Densité médicale au 1er janvier 2011

	Densité totale pour 100 000 habitants	Densité de spécialistes pour 100 000 habitants	Densité de généralistes pour 100 000 habitants
Champagne-Ardenne	284	132	152
France + DOM	332	171	161
Différence	-48 (soit un effectif de	-39 (soit un effectif de	- 9 (soit un effectif de

53 Source : INSEE flash Champagne-Ardenne n°129 – janvier 2011
54 Source : insee.fr
55 Solde naturel : différence entre le nombre de naissance et le nombre de décès, avec un écart positif mais qui diminue
56 Déficit migratoire : arrivées inférieures aux départs

Champagne-Ardenne par rapport à France +DOM	641 médecins)	521 médecins)	120 médecins)

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Document de travail, Série Statistiques n°157 – mai 2011, « Les médecins au 1er janvier 2011 ».
Certaines spécialités sont particulièrement éprouvées : anesthésie-réanimation, pédiatrie, radiologie, psychiatrie, médecine d'urgence, cardiologie, chirurgie orthopédique et traumatologique, gynécologie-obstétrique, chirurgie urologique, chirurgie viscérale et digestive, ophtalmologie.
Par ailleurs, les perspectives sont difficiles si l'on considère les départs en retraite à venir.
Ainsi, une étude réalisée par le Groupe Montaigne à la demande du bureau régional de la Fédération Hospitalière de France (FHF) montre que, pour les établissements publics ayant participé à cette étude, les spécialités les plus touchées par le départ en retraite d'ici 2020 du personnel médical sont :

- ✓ La chirurgie générale et digestive : départ de 55% des spécialistes et 100% des médecins associés ;
- ✓ La chirurgie infantile : 54% des spécialistes ;
- ✓ La médecine nucléaire : 50% des spécialistes ;
- ✓ L'anesthésie : 59% des spécialistes ;
- ✓ La psychiatrie : 47% des spécialistes et 52% des médecins généralistes exerçant dans la spécialité ;
- ✓ La biologie : 75% des spécialistes ;
- ✓ La médecine générale : 60% des spécialités et 25% des médecins généralistes exerçant dans la fonction.

2.3. L'évolution des souhaits en matière de conditions d'exercice des professionnels

Les professionnels de santé, et notamment les médecins, expriment aujourd'hui le souhait de disposer de conditions d'exercice favorables :

- plateaux techniques de bonne taille ;
- accès régulier et garanti à la formation ;
- travail en équipe permettant de prendre en charge les patients dans de meilleures conditions pour une accessibilité à des soins de qualité renforcée, mais également en liaison avec les équipes de recours régional ;
- conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Outre la réponse aux besoins de santé, l'organisation de l'offre de soins doit donc permettre de répondre à l'enjeu de l'attractivité des sites hospitaliers et aux souhaits des nouvelles générations de médecins.

2.4. Quelques données chiffrées.

- **Une évolution limitée de l'activité**

Entre 2009 et 2010, on observe une augmentation de +1,7% du nombre de séjours dans les établissements publics, l'augmentation étant plus rapide pour les séances et l'activité ambulatoire que pour l'hospitalisation complète.
Cette évolution est de +1,2% dans les établissements privés, essentiellement sur les séances (+4%) et l'ambulatoire (+6,2%) alors que l'hospitalisation complète diminue de -4,5%.
L'organisation des soins doit donc trouver des marges d'efficience, la progression d'activité ne permettant pas d'assurer la « soutenabilité » à long terme du fonctionnement des établissements.

- **Focus sur l'activité des centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux**

Les centres hospitaliers dits « *ex-hôpitaux locaux* » de la région Champagne-Ardenne sont caractérisés par des unités d'hospitalisation en médecine de très petite taille, et sont pour certains sous-occupés voire très sous-occupés.
On constate une forte variabilité des effectifs médicaux salariés de ces établissements, les médecins sont par ailleurs mobilisés sur l'ensemble des secteurs d'activité (médecine et/ou SSR et/ou USLD et/ou EHPAD).

Les données ci-dessous permettent d'étayer ces constats

Centre hospitalier de	***Capacité de médecine (lits installés)***	***Taux d'occupation (en %)***	***ETP médecins salariés***	***Autres capacités sanitaires***
Bar-sur-Aube	10	52,47%	2,10	20 lits SSR 30 lits SLD[57]
Bar-sur-Seine	12	39,09%	1,6	20 lits SSR 30 lits SLD
Bourbonne-les-Bains	8	68,49%	4,40	40 lits SSR 32 lits SLD
Fismes				96 lits SLD
Fumay	15	80%	0,8	15 lits SSR
Joinville	9	77,23%	0,6	20 lits SSR
Montier-en-Der	8	55,38%	1	22 lits SSR
Montmirail			1,91	20 lits SSR
Nouzonville	8	87%	0,9	8 lits SSR
Wassy	10	68,63%	0,60	15 lits SSR

Source : SAE 2009

- **Fuites, attractivité**

Les cartographies ci-dessous présentent le solde des mouvements constatés en médecine et chirurgie, par confrontation des séjours de patients champardennais réalisés hors région (fuites) et des séjours de patients non champardennais réalisés en Champagne-Ardenne. Les données prises en compte sont issues du PMSI 2010.

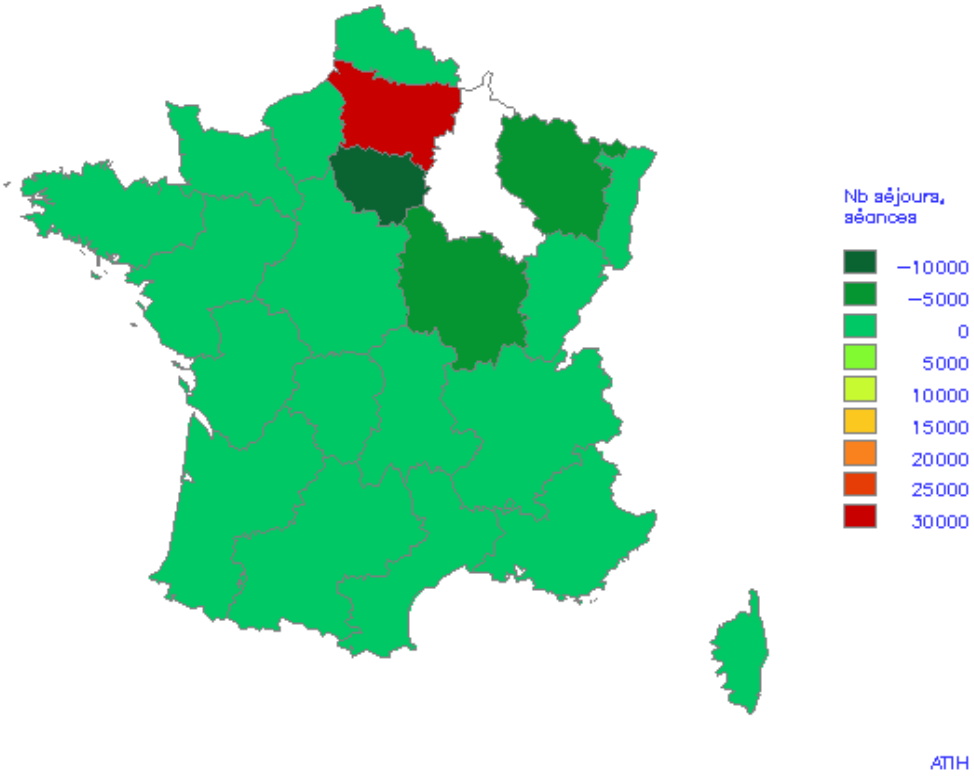
Ces cartographies n'intègrent pas les départements d'Outre-Mer, qui ne pèsent pas sur les données des séjours hospitaliers des patients champardennais.

On constate, pour les séjours non chirurgicaux comme chirurgicaux, que la région exerce une forte attractivité sur la Picardie, mais qu'*a contrario* des fuites importantes à très importantes sont constatées vers l'Ile-de-France, la Lorraine et la Bourgogne.

Si le solde reste positif, en 2010, en ce qui concerne les séjours non chirurgicaux, ce solde est négatif en ce qui concerne les séjours chirurgicaux.

[57] SLD : Soins de Longue Durée

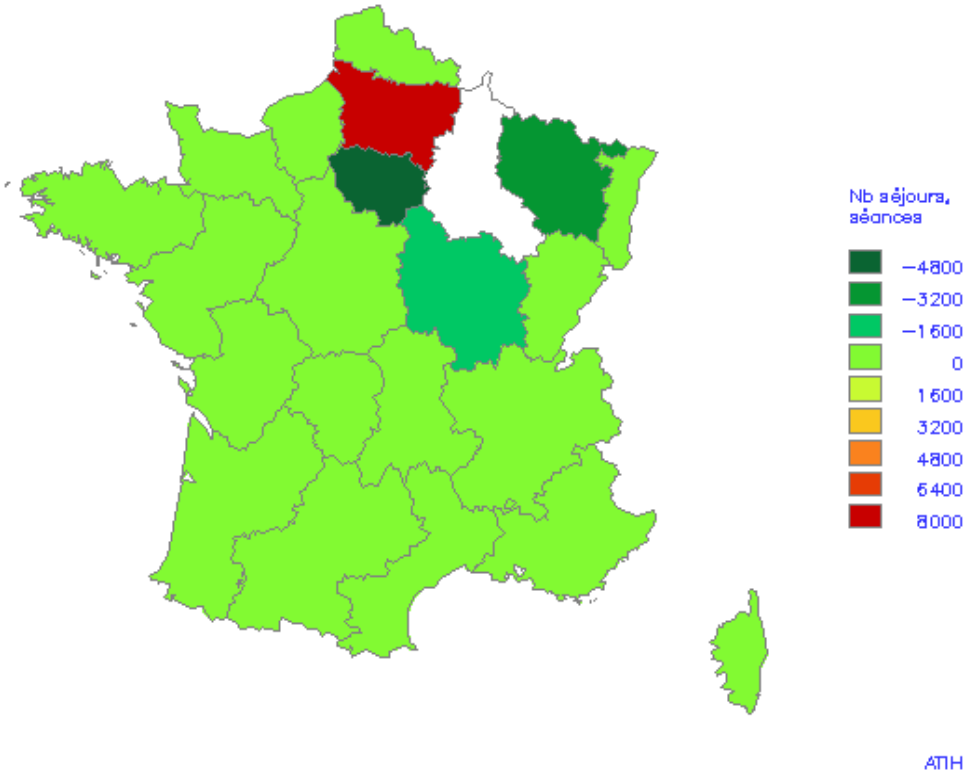
Représentation cartographique du solde fuites/attractivité de la région Champagne-Ardenne, données PMSI MCO 2010, ensemble des GHM non chirurgicaux, source ATIH



Principales données des flux régionaux de Champagne-Ardenne – GHM non chirurgicaux

Régions	Séjours depuis une autre région	Séjours vers une autre région	Solde
Ile-de-France	2 215	12 384	-10 169
Picardie	30 166	964	29 202
Bourgogne	3 087	9 775	-6 688
Lorraine	4 226	9 955	-5 729
Franche-Comté	174	434	-260
Autres régions	2 256	3 505	-1 562
Total	**42 124**	**37 017**	**4 794**

Représentation cartographique du solde fuites/attractivité de la région Champagne-Ardenne, données PMSI MCO 2010, ensemble des GHM chirurgicaux, source ATIH



Principales données des flux régionaux de Champagne-Ardenne – GHM chirurgicaux

Régions	Séjours depuis une autre région	Séjours vers une autre région	Solde
Ile-de-France	689	4 852	-4 163
Picardie	8 581	344	8 237
Bourgogne	1 275	3 291	-2 016
Lorraine	1 501	4 465	-2 964
Franche-Comté	267	147	120
Autres régions	622	1501	-966
Total	**12 935**	**14 600**	**-1 752**

- **Taux de recours**

L'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) a mené, en lien avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère de la santé, une étude relative aux taux de recours de la population domiciliée dans chaque région à différentes activités de soins.
Ce taux est calculé en fonction de la domiciliation de la population, quel que soit le lieu de réalisation des séjours. Sont disponibles :
- Un taux de recours brut qui correspond au rapport du nombre de séjours de la population domiciliée dans une zone géographique donnée au nombre total d'habitants de cette zone.
- Un taux de recours standardisé qui permet la comparaison entre zones géographiques en gommant les effets de la structure de la population. Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait la population de la zone géographique considérée si elle avait une structure identique à celle de la population nationale.
Ces taux de recours permettent une approche des besoins de prise en charge par la consommation de soins.
Les données relatives aux taux de recours en Champagne-Ardenne sont synthétisées ci-dessous.

Taux de recours 2009 - données PMSI 2009 v11

	Médecine			
	Taux de recours brut 2009 en /1000	***Taux de recours standardisé 2009 en /1000***	***Indice national (taux standardisé zone / taux standardisé national)***	***Indice régional (taux standardisé territoire / taux standardisé régional)***
Champagne-Ardenne	156,5	155,7	1,03	
Territoire Nord	155,9	158,6	1,04	1,02
Territoire Sud	157,4	151,6	1	0,97
France		151,9		
	Chirurgie			
	Taux de recours brut 2009 en /1000	***Taux de recours standardisé 2009 en /1000***	***Indice national (taux standardisé régional / taux standardisé national)***	***Indice régional (taux standardisé territoire / taux standardisé régional)***
Champagne-Ardenne	98,2	97,5	1,04	
Territoire Nord	94,4	95,3	1,02	0,98
Territoire Sud	104,9	101,3	1,08	1,04
France		93,56		

Source : ATIH

On constate, en médecine comme en chirurgie, que la population champardennaise a eu plus souvent recours à une prise en charge hospitalière que la population nationale sur les mêmes activités.

Les données considérées par territoire de santé Nord et Sud, tels que définis en Champagne-Ardenne, permettent d'approcher le positionnement, en termes de consommation de soins, des habitants de chaque territoire par rapport aux consommations régionale et nationale.

Ces données ne constituent qu'une première approche qui nécessite un examen approfondi de la consommation dans chaque zone géographique, par les acteurs eux-mêmes. Cet examen peut se fonder utilement sur la considération des taux de recours par grand type de pathologies, confrontés aux informations disponibles en termes de contexte socio-économique, de caractéristiques fines d'état

de santé (fréquence des pathologies), ou encore de variété de l'offre de soins disponible (le recours aux soins hospitaliers pouvant s'expliquer par les carences de l'offre de premier recours par exemple). A titre d'information, l'évolution des taux de recours en médecine et chirurgie sur les années 2006-2009 est également présentée ci-dessous.

Evolution 2006-2009 des taux de recours standardisés

	2006	***2007***	***2008***	***2009***
	Médecine			
Champagne-Ardenne	**164**	**153,8**	**154,8**	**155,7**
Territoire Nord	169,7	158,1	158,4	158,6
Territoire Sud	154,8	146,9	149,3	151,6
	Chirurgie			
Champagne-Ardenne	**99,8**	**96,6**	**97,5**	**97,5**
Territoire Nord	98,9	95,1	95	95,3
Territoire Sud	101,1	99,1	101,7	101,3

Source : ATIH

Le recours aux soins hospitaliers en médecine et chirurgie est en diminution, sur la période considérée, dans les deux activités. Le constat est le même si l'on considère l'évolution de l'activité sur chaque territoire de santé.

- **Une activité sur les blocs chirurgicaux parfois fragile.**

La synthèse présentée ci-dessous établit l'activité des sites de chirurgie sur les années 2007 à 2010 et montre un certain nombre de fragilités sur certains sites :

Nombre de séjours en chirurgie hors obstétrique

n= moyenne annuelle du nombre de séjours	n < 1050 séjours	1050<= n<=1500	n>1500

Établissement de santé	2007	2008	2009	2010	moyenne annuelle 2008-2010	Pour mémoire moyenne annuelle 2007-2009
Centre hospitalier de Sedan	2 099	1 956	1 944	2 026	1 975,3	1 999,7
Polyclinique du Parc	5 963	6 301	5 912	6 132	6 115,0	6 058,7
Clinique du Dr Lhoste	413	362	391	279	344,0	388,7
CH de Charleville Mézières	5 393	4 984	5 264	5 030	5 092,7	5 213,7
Groupe hospitalier Sud-Ardennes	1 001	928	851	903	894,0	926,7
Centre hospitalier de Troyes	4 810	5 088	4 877	5 154	5 039,7	4 925,0
Clinique des Pays de Seine - Romilly	2 550	2 649	2 681	3 075	2 801,7	2 626,7
Polyclinique Montier-la-Celle - Troyes	6 126	5 393	5 245	4 766	5 134,7	5 588,0
Polyclinique des Ursulines - Troyes	5 436	5 811	5 792	5 717	5 773,3	5 679,7
Clinique de Champagne - Troyes	4 489	4 767	4 781	5 147	4 898,3	4 679,0
GHAM	37	2	10	8	6,7	16,3
CHRU	15 957	16 184	15 795	15 990	15 989,7	15 978,7
Centre hospitalier de Châlons-en-C.	3 483	3 458	3 317	3 147	3 307,3	3 419,3
Centre hospitalier d'Epernay	1 582	1 682	1 917	2 242	1 947,0	1 727,0
Centre hospitalier Vitry-le-Francois	1 218	1 181	1 063	1 117	1 120,3	1 154,0
Polyclinique de Courlancy - Reims	11 944	11 699	12 483	12 864	12 348,7	12 042,0
Polyclinique Saint-André - Reims	8 789	8 572	9 298	9 749	9 206,3	8 886,3
Polyclinique du Dr Jean Priollet – Châlons en Ch.	3 265	3 208	3 142	3 065	3 138,3	3 205,0
Clinique d'Epernay	3 528	2 996	2 888	2 415	2 766,3	3 137,3
Clinique de la Renaissance – Vitry-le-F.	801	820	796	738	784,7	805,7
Institut Jean Godinot	1 006	1 169	1 253	1 273	1 231,7	1 142,7
Polyclinique des Bleuets - Reims	6 824	6 836	6 319	7 016	6 723,7	6 659,7
Centre hospitalier de Chaumont	1 275	1 157	1 132	1 429	1 239,3	1 188,0
Centre hospitalier de Langres	94	86	73	80	79,7	84,3
Centre hospitalier de Saint-Dizier	2 208	2 313	2 433	2 670	2 472,0	2 318,0
Clinique de la Compassion - Langres	2 490	2 654	2 582	2 582	2 606,0	2 575,3
Clinique Francois 1er – Saint-Dizier	3 105	3 128	3 091	2 858	3 025,7	3 108,0
Centre médico-chirurgical de Chaumont	3 057	3 598	3 711	3 687	3 665,3	3 455,3
Total	108 943	108 982	109 041	111 159	109 727,3	108 988,7

Source : PMSI MCO 2007 à 2010, ARS/OSA/BC

- **Un développement de la chirurgie ambulatoire à accentuer.**

Le taux de chirurgie ambulatoire global est le suivant (GHM en C de 0 jour) :

	2006	2007	2008	2009
Champagne Ardenne	**27.7%**	**27.6%**	**30%**	**33.4%**
Territoire Nord	26.3%	25.7%	27.3%	30.4%
Territoire Sud	30.6%	31.4%	35.2%	39.5%
National	**32.7%**	**32.3%**	**33.6%**	**36.2%**

*Source : données PMSI, les chiffres régionaux et nationaux étant issus de l'instruction DGOS/R3/2010*457 du 27 décembre 2010.*

Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en région est globalement inférieur de 3% par rapport aux chiffres nationaux.

Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C de 0 jour) sur le total de la chirurgie (GHM en C) par type d'établissement de santé :

	2006	2007	2008	2009
Territoire Nord	**26.3%**	**25.7%**	**27.3%**	**30.4%**
Ex DG	17.9%	18.3%	19.4%	20.35%
Ex OQN	32.13%	31.33%	33.44%	38%
Territoire Sud	**30.6%**	**31.4%**	**35.2%**	**39.5%**
Ex DG	16.46%	17.79%	19.92%	21.92%
Ex OQN	34.72%	35.5%	40%	44.89%

Source : PMSI

La pratique de la chirurgie et la pratique de la chirurgie ambulatoire se concentrent essentiellement dans les établissements privés des deux territoires de santé.
Les établissements publics ont réalisé environ 20% de leur activité chirurgicale en ambulatoire en 2009 alors que la pratique de la chirurgie ambulatoire a atteint 40% de l'activité de chirurgie des cliniques privées pour cette même année.

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire, par département, par territoires pour les 17 gestes marqueurs en 2009 :

	2009		
	Séjours en HC	Séjours ambulatoire	Taux
Marne	20 285	13 979	68.91 %
Ardennes	6 179	4 300	70 %
Territoire Nord	**26 464**	**18 279**	**69%**
Aube	10 767	7 977	74.08%
Haute-Marne	5 786	4 275	73.88
Territoire Sud	**16 553**	**12 252**	**74%**
Région	**43 017**	**30 531**	**71%**

Source : PMSI 2009

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire par gestes marqueurs en 2009 :

	Taux national	Nombre de séjours	Nombre de séjour ambulatoire	Taux de pratique ambulatoire en région
Adénoïdectomies	97.3%	1342	1291	96.2%
Arthroscopie du genou	**71.8%**	**3 628**	**2 449**	**67.5%**
Chirurgie anale	25.9%	369	121	32.8%
Chirurgie canal carpien	86.6%	5 479	4 813	87.8%
Chirurgie de la conjonctive	91.2%	97	84	86.6%
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	68.3%	374	244	65.2%
Chirurgie des bourses	50%	613	294	48%
Chirurgie des hernies inguinales	18.1%	2 334	432	18.5%
Chirurgie des varices	55.5%	3 574	2 031	56.8%
Chirurgie du cristallin	**78.1%**	**10 789**	**8 256**	**76.5%**
Chirurgie du sein	26.7%	435	125	28.7%
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons	85.8%	671	577	86%
Chirurgie du strabisme	36.3%	50	12	24%
Chirurgie de l'utérus	**82.4%**	**5 475**	**4 102**	**74.9%**
Coelescopie gynécologique	16.3%	339	47	13.9%
Exérèses de kystes synoviaux	92.7%	669	617	92.2%
Extraction dentaire	**85.3%**	**6 779**	**5 036**	**74.3%**

Source PMSI 2009

Au niveau de la pratique ambulatoire, et notamment des 17 gestes marqueurs, des gains sont possibles pour les gestes suivants :

- ✓ Arthroscopie du genou ;
- ✓ La chirurgie du cristallin ;
- ✓ La chirurgie de l'utérus ;
- ✓ Les extractions dentaires.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Objectifs généraux : le Plan Stratégique Régional de Santé de Champagne-Ardenne

Le PSRS comprend 9 enjeux transversaux, dont quatre principaux s'imposent à la thématique médecine-chirurgie du SROS :

- Relever le défi de la démographie des professionnels de santé ;
- Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières ;
- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux ;
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge.

Des priorités de santé spécifiques sont également énoncées dans le PSRS :

- **Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire**

  Objectif : améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières) ;

- **Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins**, en ciblant spécifiquement les actions concernant les personnes en situation de précarité, et en favorisant l'accès des patients à l'innovation thérapeutique ;

- **Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares** ;

- **Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie** ;

- **Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social** (notamment, après le dépistage, assurer le diagnostic et prendre en charge les enfants) ;

- **Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques**

  Objectifs :
  - Développer l'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques, en formant les professionnels
  - Renforcer le suivi de ces personnes, notamment pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, maladies psychiatriques

- **Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques**

- **Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé en matière de santé mentale, d'addictions et de santé des jeunes**

- **Décloisonner et coordonner les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes**

  Objectif : favoriser la culture du travail en réseau

2. Objectifs spécifiques

Améliorer l'accès aux soins et notamment :

- Conforter l'offre de soins et le maillage territorial, en renforçant l'offre de médecine polyvalente, en promouvant les consultations avancées le cas échéant (y compris en chirurgie) et en favorisant l'adéquation des moyens à l'activité. Cet objectif doit répondre à l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polypathologies.
- Structurer l'accès aux soins par une gradation des plateaux techniques de médecine et de chirurgie, y compris pour la prise en charge des enfants et adolescents.
- Assurer la prise en charge médicale et chirurgicale en aval des urgences.

Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge :

- Assurer la fluidité des filières de l'offre de soins médico-chirurgicale sur les territoires adéquats, notamment pour les prises en charge spécifiques (prises en charge en urgence, personnes âgées, malades chroniques…).
- Garantir des équipes étoffées, avec des plateaux techniques de qualité, reposant sur des ressources mutualisées.

Améliorer l'efficience :

- Maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière et en tenant compte de la démographie médicale.
- Renforcer les coopérations entre les établissements de santé.
- Renforcer l'adéquation des séjours en médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus.
- Rechercher les équilibres médico-économiques nécessaires.
- Développer les prises en charge ambulatoires (hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire) ainsi que l'HAD en substitution à l'hospitalisation complète.
- Articuler la prise en charge aiguë avec l'aval, notamment avec les SSR.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Constitution de trois communautés hospitalières de territoire (nord Ardennes, Champagne Ardenne centre, Champagne Ardenne-sud).

1.1. Définition des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

L'espace sanitaire sera structuré en trois CHT :

- La CHT nord-Ardennes comprend les établissements publics de santé des agglomérations de Charleville-Mézières, Fumay, Nouzonville, et Sedan ;
- La CHT de Champagne Ardenne-centre comprend les établissements publics de santé des agglomérations de Rethel, Vouziers, Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne, Sainte-Menehould, Vitry-le-François, Saint-Dizier, Montier-en-Der, Joinville et Wassy;
- La CHT de Champagne Ardenne-sud comprend les établissements publics de santé des agglomérations de Sézanne, Nogent-sur-Seine, Romilly-sur-Seine, Troyes, Bar-sur-Seine, Bar-sur-Aube, Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains. Cette CHT tient compte de la spécificité du bassin de population langrois, compte tenu de l'attraction naturelle exercée par les établissements de santé dijonnais.

Cette structuration contribuera à répondre à la fois aux besoins de la population, à la recherche de l'efficience des soins et à l'optimisation des ressources disponibles ou attendues. Elle facilitera la pérennité du maillage régional de l'offre de soins.

1.2. Mise en œuvre des CHT.

Les établissements publics d'un même territoire de CHT définiront et mettront en œuvre un projet médical commun, cadre d'organisation et de pilotage :

- de la gradation des soins, chaque CHT devant organiser en son sein les trois premiers niveaux de prise en charge (cf. infra), et quand elle n'en dispose pas, l'accès au niveau de recours et d'expertise régional ;
- des filières de soins entre établissements publics de santé et en articulation avec la médecine de ville, les professionnels de santé libéraux, et les acteurs médico-sociaux ;
- des restructurations de l'offre de soins qui seront indispensables au maintien de cette offre dans un contexte de fragilisation des ressources humaines (notamment médicales) et des équilibres médico-économiques ;
- du développement de la télémédecine.

Ce projet médical commun sera complété par une mutualisation des fonctions support, qui pourra porter notamment sur les ressources humaines, les systèmes d'information, les travaux, la fonction achat, l'expertise en matière de qualité et d'hygiène.

Le projet médical commun de chaque CHT, avec lequel les projets médicaux d'établissements devront se mettre en cohérence, sera élaboré par les établissements publics au vu de l'analyse :

- des opportunités et faiblesses de chaque territoire de CHT, notamment en matière de perspectives démographiques, d'état de santé de la population, de démographie des professionnels de santé ;
- du recours aux soins de la population ressortant de chaque territoire de CHT.

L'attractivité des établissements fera partie intégrante de la réflexion sur les CHT. Ainsi notamment, la stratégie des CHT devra intégrer la dimension d'accueil des nouveaux arrivants, qu'ils soient étudiants, internes ou professionnels, tant du point de vue des conditions administratives que logistiques (logement, transports, par ex.) et pédagogiques d'accueil.

1.3. Cadrage spécifique des restructurations de l'offre de soins définies au sein des CHT

Les restructurations feront partie intégrante du projet médical commun de la CHT.

Elles viseront en premier lieu les plateaux fragilisés par une démographie médicale défavorable ou par une activité insuffisante.

Les opérations de restructuration seront portées dans le cadre de coopérations, voire de mutualisations de ressources humaines et de plateaux techniques ; le temps médical partagé sera en particulier systématiquement recherché en cas de bénéfice pour l'offre de soins.

Ces restructurations devront aboutir à une offre de soins portée par des équipes plus étoffées, assumant le fonctionnement des différents sites hospitaliers constituant les maillons articulés d'une chaîne graduée de soins.

Les sites hospitaliers seront ainsi pérennisés :
- soit par la consolidation des capacités d'hospitalisation et plateaux techniques existants
- soit par la spécialisation des sites
- soit par la mise en œuvre d'une offre de consultations plus conséquente, notamment par le biais des consultations avancées de spécialité au plus près des lieux de vie des patients.

1.4. Coopérations public-privé dans le contexte des CHT

Les coopérations public-privé concourent à optimiser l'utilisation des ressources disponibles au niveau local.
Elles contribuent au maintien du maillage de l'offre de soins et à la réponse aux besoins de soins de la population.
Ces coopérations devront s'inscrire en complémentarité des projets médicaux communs des CHT.

2. Du réseau local de soins à l'offre de recours interrégionale : définition d'une gradation des soins,

La gradation des soins a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources, ainsi qu'à permettre l'accès aux soins spécialisés, notamment en urgence.
Elle participe de la bonne gestion des lits et de la réduction des inadéquations hospitalières.
Certains établissements, en fonction de l'expertise dont ils disposent, pourront participer à des niveaux d'offre différents en fonction de la spécialité médicale ou chirurgicale considérée.
Les niveaux, cumulatifs, sont définis comme suit.

2.1. Niveau du réseau local de soins

– *Caractéristiques de ce niveau.*

- de capacités d'hospitalisation de courte durée, en hospitalisation complète ou en hospitalisation à domicile (par convention), permettant une orientation par les médecins de ville en cas de nécessité ponctuelle ; elles constituent également des capacités d'hospitalisation de proximité en aval des urgences et doivent être articulées avec des capacités sanitaires de SSR et de SLD.

- éventuellement d'une antenne de SMUR ;
- de consultations avancées de spécialités médicales comme chirurgicales (pré ou post-intervention), permettant le dépistage et le diagnostic, articulé avec la médecine de ville ; ces consultations avancées sont particulièrement nécessaires en termes d'accessibilité aux soins des patients vulnérables et de suivi des patients atteints de maladies chroniques, mais également pour la prise en charge et l'orientation des enfants et adolescents ; elles permettent d'organiser le diagnostic et la prise en charge de la douleur.
- D'un accès de la population et des professionnels de santé locaux à l'information en provenance des réseaux de santé.

En dehors des cas où l'établissement est siège d'une antenne de SMUR, la permanence des soins hospitalière n'est pas requise à ce niveau.

Ces établissements de premier niveau doivent être étroitement articulés avec l'offre de soins de niveau supérieur, cette articulation pouvant aller jusqu'à la constitution d'équipes communes entre les établissements concernés (par exemple dans le cadre de fédérations gériatriques).
Ils sont également articulés, par convention si cela est adéquat, avec les professionnels de santé libéraux de leur ressort, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou pour personnes handicapées.

– *Situation des centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux.*

Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux doivent notamment, sous réserve de la « soutenabilité » financière de cette orientation compte tenu de la mise en œuvre à venir de la tarification à l'activité dans ces établissements, être confortés dans leur rôle de « sas » entre la prise en charge en urgence et le domicile. Ils doivent à ce titre disposer de conventions avec les établissements proposant une offre de soins de niveau supérieur, leurs capacités de médecine devant être intégrées dans le dispositif d'aval de ces établissements. Le conventionnement avec les structures des urgences visera notamment à répondre à cet objectif. Offrant des capacités de court, moyen et long séjour ainsi qu'un secteur médico-social, ces centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux sont des pivots importants dans la structuration des filières de soins.
L'HAD relève également de ce niveau.

– *Maillage territorial correspondant.*

Les agglomérations suivantes relèvent de ce niveau : Fumay, Nouzonville, Sézanne, Nogent-sur-Seine, Bar-sur-Aube, Sainte-Menehould, Bar-sur-Seine, Wassy, Montier en Der, Bourbonne-les-Bains, Joinville.

2.2. Niveau de l'offre hospitalière de proximité

– *Caractéristiques de ce niveau.*

L'offre de soins de ce niveau, en sus des caractéristiques du niveau précédent, permet d'assurer les prises en charge suivantes :

- Prise en charge de l'urgence non vitale ;
- Prises en charge chirurgicales « simples », notamment en traumato-orthopédie.

Cela est possible sous réserve d'un niveau d'activité suffisant pour en garantir la qualité. Une offre chirurgicale doit être préservée en cas de présence d'une maternité de niveau I sur les sites considérés. Le développement de la chirurgie ambulatoire sera considéré comme la priorité pour la chirurgie à ce niveau.

- Une prise en charge de proximité est également recherchée à ce niveau. En cas d'insuffisance de l'activité réalisée, une offre de consultations avancées de chirurgie est organisée, de manière analogue à l'organisation du niveau réseau local ;

- En médecine, l'offre de soins relevant de ce niveau pourra, dans le cadre de conventions avec une structure de pédiatrie, accueillir des enfants, y compris des patients de plus de 11 ans souffrant d'épisodes pathologiques aigus ou atteints de maladies chroniques diagnostiquées en service de pédiatrie. Une organisation spécifique sera mise en place, permettant une prise en charge adaptée à l'âge de l'enfant et aux variations saisonnières d'activité. Ce niveau organise *a minima* des consultations avancées de pédiatrie, voire des capacités d'hospitalisation de jour.

- Par ailleurs, l'offre de soins de ce niveau est également intégrée dans l'offre d'aval des structures des urgences des niveaux supérieurs.

– *Maillage territorial correspondant.*

Les sites hospitaliers suivants relèvent de ce niveau : Sedan, Rethel, Vouziers, Epernay, Vitry-le-François, Langres, Romilly-sur-Seine.

2.3. Niveau de recours infra régional

– *Caractéristiques de ce niveau.*

L'offre de soins relevant de ce niveau, à laquelle s'appliquent les exigences d'articulation précédemment évoquées, propose :

3. Un plateau technique complet de médecine (pédiatrie, néonatologie, cardiologie, pneumologie, anesthésie, soins intensifs ou réanimation) en hospitalisation complète, en hospitalisation à domicile (en propre ou par convention) et en hospitalisation de jour ;
4. Un plateau technique complet de chirurgie (chirurgie générale, viscérale, traumato-orthopédique). Les enfants de plus d'un an peuvent être pris en charge à ce niveau.

La permanence des soins y est organisée, en lien avec les structures des urgences présentes sur le territoire, permettant ainsi le recours 24h/24 aux compétences médicales et chirurgicales nécessaires, aux examens d'imagerie et de biologie. Ce niveau a en effet la capacité de prendre en charge les détresses vitales et les accouchements.

En matière de prise en charge des personnes âgées, ce niveau de soins favorise l'hospitalisation de jour, permettant la réalisation des bilans et des protocoles de soins, le relais étant pris par la suite au plus proche du lieu de domiciliation des patients, sous réserve du respect du principe de libre choix par chaque patient de son lieu de prise en charge.

L'organisation de la réalisation des actes techniques de médecine avec anesthésie régionale ou locorégionale se fait préférentiellement sur un plateau technique commun avec celui de la chirurgie.

Il conviendra par ailleurs de définir par des travaux complémentaires au présent schéma, le maillage territorial de l'odontologie hospitalière. L'objectif sera d'améliorer l'accès aux soins nécessitant un plateau technique de gradation intermédiaire entre l'offre de soins ambulatoire et l'hospitalisation pour la prise en charge lourde en stomatologie et odontologie.

– *Maillage territorial correspondant.*

Les sites hospitaliers suivants relèvent de ce niveau : Charleville-Mézières, Châlons-en-Champagne, Saint-Dizier, Chaumont, Troyes, Reims.

Ces trois niveaux doivent être organisés dans le cadre des territoires de CHT**.**

2.4. Niveau de recours régional

Ce niveau se caractérise par des activités hautement spécialisées, et notamment la réanimation néonatale, la cardiologie interventionnelle, les prises en charge neurovasculaires aiguës, la chirurgie pédiatrique pour les enfants de moins d'1 an, les sites de recours experts en cancérologie.

Ce niveau se trouve, en fonction des activités, à Reims et/ou à Troyes et/ou à Charleville-Mézières.

2.5. Niveau de recours inter-régional :

Ce niveau se caractérise par des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle inter-régionale, permettant d'optimiser la ressource médicale experte.
Il s'agit notamment des activités relevant des schémas inter-régionaux d'organisation des soins (SIOS - chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques).

Ce niveau se trouve à Reims.

3. Structurer les filières de soins médico-chirurgicales

La structuration des filières de soins est le gage d'une prise en charge adaptée, modulable et fluide.

3.1. Principes d'identification des filières

Les filières de soins médico-chirurgicales devront être établies soit dans chaque territoire de CHT, le recours régional étant également repéré, soit à l'échelle régionale autour de centres experts.
Chaque établissement devra identifier son rôle dans ces filières, elles-mêmes articulées avec les professionnels de santé libéraux, les autres établissements du territoire de CHT, le niveau de recours régional, ainsi qu'avec les acteurs médico-sociaux.

3.2. Objectifs des filières

Les filières de soins médico-chirurgicales visent notamment à :

- Identifier clairement les différents acteurs d'une prise en charge, et garantir la connaissance par chacun d'entre eux des interlocuteurs compétents ;
- Garantir, en lien avec la gradation des soins hospitaliers, l'adaptation de chaque phase et de chaque lieu de prise en charge à l'évolution de l'état du patient (consultation de diagnostic et/ou de suivi, hospitalisation de jour, intervention chirurgicale sur le plateau adéquat, hospitalisation complète en phase aiguë, en phase de stabilisation et de surveillance) ;
- Permettre une adaptation des durées de prise en charge à la stricte nécessité de l'état du patient ;

- Permettre l'accès à un diagnostic précoce, notamment pour les pathologies complexes, l'annonce du diagnostic étant une étape majeure dans l'adhésion et l'observance du projet de soins, notamment pour les malades chroniques ;
- Garantir la fluidité des parcours, et notamment la rapidité de l'orientation en aval des urgences, voire l'admission directe en service de court séjour pour des prises en charge non programmées.

3.3. Champ des filières

Ces filières concernent notamment :

- les personnes âgées ; y participent notamment les structures de court séjour gériatrique ;
- les personnes handicapées, dont l'accessibilité aux soins doit être garantie ;
- les enfants et les adolescents ; à ce titre, les structures de court séjour pédiatrique doivent pouvoir être en lien avec les professionnels de ville et les structures de recours, notamment pour ce qui concerne les prises en charge en santé mentale, en SSR, ainsi qu'avec les structures médico-sociales et les établissements bénéficiant d'une expertise particulière sur des thématiques spécifiques (autisme, obésité, troubles de l'apprentissage, troubles sévères du langage…) ; de façon générale, l'instauration d'un réseau pédiatrique sera envisagée.
- les patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ainsi que les patientssouffrant de maladies rares ou de maladies chroniques (notamment affections cardio-pulmonaires, cancer, diabète, insuffisance rénale chronique (IRC), obésité) ;
- la prise en charge de la douleur chronique (par le biais notamment des consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques, notamment de l'enfant et de l'adolescent).

4. Intégrer les plateaux techniques chirurgicaux fragiles dans un fonctionnement mutualisé.

Ce fonctionnement mutualisé sera construit en cohérence avec le projet médical de la CHT. L'objectif de développement de la chirurgie ambulatoire (cf. *infra*) sera intégré aux réflexions sur l'évolution des plateaux techniques concernés. Il pourra aboutir à la création de structures dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire.

Certains plateaux techniques chirurgicaux ont une activité particulièrement faible. Sont en premier lieu concernés les sites de Chaumont, Rethel et Vitry-le-François.

Les plateaux chirurgicaux sur ces agglomérations devront faire l'objet d'actions de regroupement et de mutualisation des effectifs entre établissements implantés sur une même agglomération, et/ou d'actions de coopération entre les établissements de l'agglomération concernée et d'autres établissements.

Cette disposition ne s'appliquera pas à l'activité chirurgicale du centre de lutte contre le cancer de Reims, du fait de la spécificité de son activité. Cette activité doit toutefois être intégrée dans les actions de renforcement du pôle hospitalo-universitaire régional en cancérologie.

5. Développer la substitution à l'hospitalisation complète.

5.1. En médecine

La substitution de l'hospitalisation de jour ou de l'hospitalisation à domicile à l'hospitalisation complète sera recherchée. Les objectifs de substitution seront fixés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chaque établissement en fonction d'une analyse fine de son activité et en cohérence avec le projet médical de la CHT dans son territoire de ressort et/ou de son projet d'établissement.

Schéma régional d'organisation des soins, volet hospitalier – Hospitalisation à domicile

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

Titre 2 : Encourager le conventionnement de l'ensemble des acteurs avec une ou plusieurs structures d'HAD

L'ensemble des établissements d'hospitalisation complète de la région Champagne-Ardenne devront conventionner avec une ou plusieurs structures d'hospitalisation à domicile en fonction des origines géographiques de leurs patients.
Ces conventions viseront à identifier les cas d'orientation de patients vers ces structures, ainsi que les modalités concrètes d'orientation permettant une fluidité des prises en charge.

5.2. En chirurgie

L'ensemble des plateaux techniques de chirurgie devra développer la chirurgie ambulatoire au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique, structurée et efficiente. Ces unités permettront de garantir la continuité des soins à l'issue des prises en charge de chirurgie ambulatoire. Elles pourront avoir des équipes communes avec la chirurgie en hospitalisation complète, sous réserve de l'évolution des dispositions réglementaires.

Ce développement est une priorité qui fera l'objet d'objectifs qualitatifs et chiffrés inscrits dans les CPOM conclus avec les établissements de santé.

Les prises en charge de chirurgie ambulatoire, cohérentes avec l'axe concerné du Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque assurantiel (PRGDR), seront soumises aux conditions suivantes :

- Avoir une activité suffisante ;
- Utiliser les référentiels nationaux ;
- Structurer les replis ;
- Disposer d'une organisation interne structurée.

Le soutien à la chirurgie ambulatoire innovante sera organisé dans le cadre des territoires de coopération hospitalière et de la gradation des soins.
Elle sera particulièrement recherchée pour les prises en charge des enfants et des adolescents ainsi que des personnes âgées.

L'objectif régional de développement de la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs se caractérise, comme suit :

- Valeur cible régionale 2012 : 80%
- Valeur cible régionale 2013 : 85 %

Ces objectifs pourront être revus par intégration d'une éventuelle cible nationale globale.

Chapitre 5 : Le Schéma cible

Le schéma cible se fonde sur les deux territoires de santé (Nord et Sud) tels qu'arrêtés par le directeur général de l'ARS.
Ce schéma s'articule cependant avec les CHT définies au chapitre 4.

1. Médecine (y compris à temps partiel)

Implantations	Nombre d'implantations et opérations de recomposition de l'offre
Territoire de santé Nord Charleville-Mézières Sedan Nouzonville Fumay Rethel Vouziers Reims Epernay Sainte-Ménéhould Châlons en Champagne Vitry le François Sézanne	Maximum 19 Les sites rémois de la Polyclinique Courlancy passeront de 3 à 2 implantations en fonction de la mise en œuvre du projet de restructuration en réflexion au moment de l'élaboration du présent schéma Une opération de cession de l'opérateur privé à Charleville-Mézières sera susceptible d'aboutir à la suppression d'une implantation sur cette agglomération.
Territoire de santé Sud Saint-Dizier Wassy Montier en Der Joinville Romilly-sur-Seine Nogent-sur-Seine Troyes Bar-sur-Aube Bar-sur Seine Chaumont Langres Bourbonne-les-Bains	Maximum 17 La caducité éventuellement constatée, au cours de la mise en œuvre du présent schéma, de l' autorisation d'activité de soins de médecine détenue par le Centre hospitalier de la Haute-Marne à Saint-Dizier pourra aboutir à la suppression d'une implantation sur cette agglomération.

2. Chirurgie (y compris ambulatoire)

Implantations	Nombre d'implantations et opérations de recomposition de l'offre
Territoire de santé Nord Charleville-Mézières Sedan Rethel Reims Epernay Châlons en Champagne Vitry le François	Maximum 16 Les sites rémois de la Polyclinique Courlancy passeront de 3 à 2 implantations en fonction de la mise en œuvre du projet de restructuration en réflexion au moment de l'élaboration du présent schéma Les plateaux chirurgicaux de Vitry-le-François et Rethel devront faire l'objet de coopérations avec d'autres établissements partenaires. Une opération de cession de l'opérateur privé à Charleville-Mézières sera susceptible d'aboutir à la suppression d'une implantation sur cette agglomération.
Territoire de santé Sud Saint-Dizier Romilly-sur-Seine Troyes Chaumont Langres	Maximum 10 Les plateaux chirurgicaux de Chaumont devront faire l'objet d'actions de regroupement et de mutualisation des effectifs, et d'actions de coopération avec d'autres établissements partenaires. .

3. Implantation des sites de réalisation des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale

Implantations	Nombre d'implantations et opérations de recomposition de l'offre
Territoire de santé Nord Charleville-Mézières Sedan Rethel Reims Epernay Châlons en Champagne Vitry le François	Maximum 16 Les sites rémois de la Polyclinique Courlancy passeront de 3 à 2 implantations en fonction de la mise en œuvre du projet de restructuration en réflexion au moment de l'élaboration du présent schéma
Territoire de santé Sud Saint-Dizier Romilly-sur-Seine Troyes Chaumont Langres	Maximum 12 .

4. Regroupements d'établissements

L'opportunité de procéder à des regroupements physiques d'établissements doit être recherchée en cas de coexistence d'établissements publics et privés dans une même agglomération.

Cette opportunité est d'ores et déjà démontrée pour les établissements implantés à Châlons-en-Champagne et Epernay, les opérations en cours de réflexion devant avoir abouti au plus tard à l'échéance du présent schéma.

Cette piste de réflexion devra être explorée pour ce qui concerne Charleville-Mézières, Vitry-le-François, Saint-Dizier et Chaumont.

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

1. Enjeux généraux

Les établissements de santé offrent une prise en charge, au titre de leurs activités de médecine et de chirurgie, très spécifique et par définition de courte durée. Ce temps de prise en charge ne doit pas être envisagé indépendamment de l'ensemble du parcours de santé d'un patient. Il doit donc pleinement s'insérer dans le parcours de soins, qui suppose la prise en compte des phases pré et post-prise en charge hospitalière, qu'il s'agisse des consultations ou de l'hospitalisation.
Les établissements de santé participent donc à l'accès aux soins hospitaliers des personnes et à la continuité des soins après une hospitalisation.

Les articulations entre les différents intervenants auprès d'un même patient sont particulièrement nécessaires pour :

4. Les populations fragiles (notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies psychiques, les personnes en difficultés sociales) ;
5. Les personnes atteintes de maladies chroniques, et nécessitant une gradation des soins (notamment asthme, épilepsie, obésité, diabète, addictions) ;
6. Les enfants et les adolescents (articulation avec la médecine libérale générale ou spécialisée, la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire).

2. Continuité des prises en charge

2.1. Objectifs opérationnels

Pour tout patient, la bonne articulation ville / hôpital / secteur médico-social / secteur social est un impératif de la qualité et de l'efficience des prises en charge.
Cette articulation doit être intégrée aux modes de fonctionnement hospitalier, notamment en court séjour.
Les actions de coordination visent notamment, quel que soit le patient et compte tenu de son état de santé, à prévenir les hospitalisations, les ruptures de prise en charge, ainsi qu'à préparer les sorties d'hospitalisation de médecine comme de chirurgie Ces actions se font en lien avec les acteurs de la prévention, les structures hospitalières de SSR, de SLD, d'HAD, les établissements ou services médico-sociaux (y compris les SSIAD), ainsi qu'avec les professionnels de soins ambulatoires. Le rôle social de l'hôpital, et notamment la participation de ses services sociaux à ces actions de coordination, est le gage de l'accessibilité à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité.

2.2. Plan d'actions

Les établissements de santé autorisés pour exercer les activités de soins de médecine et/ou de chirurgie :

7. font connaître aux acteurs de santé de ville et aux structures et services médico-sociaux, par tout moyen adéquat, l'offre de services qu'ils proposent ainsi que les filières de soins auxquelles ils participent ;
8. organisent leur réponse aux demandes d'information de ces interlocuteurs ;
9. s'assurent de la bonne circulation, dans le respect des choix des patients, de l'information relative à la prise en charge effectuée.

Le fonctionnement des centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux sera étroitement articulé avec la médecine de ville. Leurs capacités de médecine seront conditionnées à l'effectif de médecins intervenants dans l'établissement. L'adossement des structures de soins de premier recours aux hôpitaux locaux devra par ailleurs être recherché (et notamment des maisons de santé pluridisciplinaires)

Schéma régional d'organisation des soins, volet ambulatoire
Titre 2 : Objectifs généraux, objectifs spécifiques et opérationnels
I/ Objectif général : Favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé et garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble de la région.

2. Les leviers dédiés au regroupement et à la coordination des acteurs de santé

Objectif spécifique 2.1 Elaborer un projet local de santé

Objectifs opérationnels
2.1.1 Susciter la mise en place de comités territoriaux dans les territoires de 1er recours
2.1.2 Affiner le diagnostic territorial des besoins et des dynamiques existantes sur les territoires de 1er recours
2.1.3 Définir une stratégie d'organisation ou de réorganisation de l'offre de soins, de la prévention et du secteur médico-social

2. Prise en charge des personnes âgées

2.1. Objectif opérationnel

Le passage en hospitalisation de court séjour d'une personne âgée doit être envisagé de manière à réduire les risques de perte d'autonomie qu'entraîne cette hospitalisation. La prise en charge hospitalière fait partie intégrante des actions de maintien à domicile et/ou de préservation du capital santé des personnes âgées. Le continuum entre les différentes phases de la prise en charge doit être assuré, et le souci de la qualité de prise en charge des personnes âgées en établissement hospitalier doit être intégré au projet d'établissement.

2.2. Plan d'actions

Les établissements de santé autorisés pour exercer les activités de médecine et/ou de chirurgie :

- favorisent l'admission directe en court séjour, minimisant autant que possible les passages aux urgences des personnes âgées ;
- favorisent l'orientation de la personne âgée vers une prise en charge en HAD par substitution à l'hospitalisation complète, lorsque cette orientation est médicalement justifiée et que les conditions de vie du patient le permettent. Cette orientation peut se faire soit en accès direct, soit en aval d'une hospitalisation en court séjour.
- s'assurent du recueil exhaustif, à l'entrée d'une personne âgée, de l'information relative aux antécédents de la personne et aux intervenants habituels auprès de la personne : son entourage, son médecin traitant, son pharmacien, l'infirmier libéral, les intervenants sociaux, les professionnels des SSIAD ou de l'établissement d'hébergement ;
- mettent en place les mesures propres à permettre la préparation de la sortie du patient, et ce dès son entrée ;
- garantissent la transmission de l'information aux professionnels assurant le relais à la sortie d'hospitalisation ;
- apportent un appui aux établissements d'hébergement, par le biais notamment de l'intervention des équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) ;
- prennent en compte les difficultés des aidants dans la prise en charge proposée.

3. Prise en charge des personnes handicapées

3.1. Objectif opérationnel

L'accessibilité des personnes handicapées aux soins hospitaliers, la fluidité des filières de soins et la meilleure connaissance des principales caractéristiques et précautions à prendre en fonction du type de handicap doivent être recherchées.
La prise en charge hospitalière fait partie intégrante des actions de maintien à domicile et/ou de préservation du capital santé des personnes handicapées.

3.2. Plan d'actions

Les établissements de santé autorisés pour exercer les activités de soins de médecine et/ou de chirurgie :

- s'assurent du recueil exhaustif, à l'entrée d'une personne handicapée, de l'information relative aux antécédents de la personne et aux intervenants habituels auprès de la personne : son entourage, son médecin traitant, son pharmacien, l'infirmier libéral, les intervenants sociaux, professionnels des SSIAD ou de l'établissement d'hébergement.
- mettent en place les mesures propres à permettre la préparation de la sortie du patient, et ce dès son entrée ;
- garantissent la transmission de l'information aux professionnels assurant le relais à la sortie d'hospitalisation ;
- recherchent, en lien avec leurs partenaires extérieurs, les moyens d'obtenir un partage d'information et une connaissance mutuelle des caractéristiques des patients pris en charge, notamment des personnes handicapées ou souffrant d'addictions, ainsi que de la vocation des divers intervenants. A ce titre, l'articulation des secteurs hospitalier et médico-social peut se faire en lien avec les centres ressources régionaux.

Schéma régional d'organisation médico-sociale, volet personnes handicapées
3.1 Description des objectifs opérationnels déclinés par actions, leviers et territoires
Objectif opérationnel n°5 : Coordonner les modes de prise en charge et d'accompagnement afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins

Action n°3 : Faciliter de manière générale la prise en charge au sein des établissements de santé des personnes handicapées issues de structure médico-sociale par l'échange d'information et de pratique professionnelle.

4. Prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux

4.1. Objectif opérationnel

L'accessibilité des personnes souffrant de troubles mentaux aux soins somatiques, notamment de court séjour, est un enjeu majeur.

4.2. Plan d'actions

La coordination des prises en charge somatiques et psychiatriques est organisée. Les établissements concernés s'apportent un soutien mutuel (rôle de la psychiatrie de liaison notamment, mais également accès aux consultations de spécialité pour les patients atteints de troubles mentaux).

5. Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité

5.1. Objectif opérationnel

Conforter la mission de soin des établissements de santé auprès des personnes en situation de précarité.
Les patients en difficulté économique et/ou sociale doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière, leur accès aux soins hospitaliers devant être garanti en vue de la prévention de la dégradation de leur état de santé et de la préservation de leur capital santé.

5.2. Plan d'actions

- Participation des établissements de santé à la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), par le biais des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dont les objectifs et moyens font partie intégrante CPOM des établissements.

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
Axe stratégique III : la promotion des actions de prévention de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.
Objectif spécifique III.2 Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun.
Objectif opérationnel III.2.2 Donner de la lisibilité aux objectifs des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé et en suivre leur exécution et aux équipes mobiles psychiatrie précarité.
Fiche action III.2.2.1 : Inciter le directoire des établissements de santé (direction hospitalière et présidence de la CME) à promouvoir la PASS et l'équipe mobile psychiatrie précarité et valoriser leur positionnement vis-à-vis des autres services hospitaliers et vis-à-vis des partenaires externes.

- Coopérations entre les établissements de santé et leurs professionnels d'une part et les intervenants extérieurs auprès des populations ciblées d'autre part : services sociaux, médecine scolaire, médecine universitaire.

6. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques

6.1. Objectifs opérationnels

Les articulations entre les différents intervenants auprès des malades chroniques visent à :
- Permettre de construire un projet personnalisé de soins adapté à chaque patient ;
- Favoriser l'observance de ce projet durant toute la maladie, par la cohérence du parcours du patient et la prise en compte de la dimension d'accompagnement des aidants naturels ou professionnels du malade ;
- Intégrer les actions de prévention des conduites à risque pouvant accentuer les complications de la pathologie et/ou du handicap associé ;
- Favoriser le maintien à domicile des malades chroniques ;

- Favoriser la fluidité des parcours de soins.

6.2. Plan d'actions

Les établissements de court séjour participent de ces articulations :

- Par la garantie de l'accès à la consultation spécialisée ;
- Par le partenariat avec les représentants d'usagers pour la diffusion des informations en direction des patients et de leurs familles, y compris pour la dimension d'aide aux aidants ;
- Par la diffusion des outils communs et la circulation de l'information vers les professionnels intervenant à domicile, en vue d'un parcours de soin coordonné.
- Par l'adhésion et la participation active aux réseaux de santé ;
- Par l'organisation de l'intervention des équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) dans les établissements médico-sociaux ;
- Par le développement des actions d'éducation thérapeutique du patient et le rapprochement des équipes de néphrologie, diabétologie et cardiologie pour étudier les possibilités de mutualisation entre les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Schéma régional de prévention, volet prévention et promotion de la santé - Chapitre 5 : Axe 4 : la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique du patient

7. Prise en charge des personnes souffrant d'addictions

7.1. Objectifs opérationnels

Permettre le repérage, l'orientation et la prise en charge précoce des personnes souffrant d'addictions.

7.2. Plan d'actions

- Participer aux actions du réseau ADDICA ;
- Développer le rôle des professionnels de santé dans le domaine du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) ;
- Soutenir le rôle central des Equipes Hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (EHLSA).

Schéma régional d'organisation médico-sociale, volet addictologie
Chapitre 5 – Objectifs opérationnels et plans d'action
Objectif opérationnel 1 – Mettre en place le parcours de santé en addictologie
2.Développer le repérage et la prise en charge précoces des conduites addictives
2.2 Le repérage et la prise en charge précoce dans le milieu hospitalier
Le plan 2007-2011 du Ministère de la Santé sur la prise en charge et la prévention des addictions préconise tout d'abord la mise « en place de consultations et d'équipes de liaison en addictologie (ELSA) dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence ».
L'ELSA a pour mission (définie par la circulaire DHOS du 8 septembre 2000) de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et de les orienter dans le parcours de soins afin qu'ils trouvent une réponse appropriée.
Le rôle des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est essentiel puisqu'elles assurent :

l'intervention directe auprès des patients, la formation du personnel des établissements de santé, dont ceux des urgences. Si la formation est réalisée par des prestataires externes, celle-ci doit toujours se faire en lien étroit avec l'ELSA.
Grâce à ces équipes spécialisées, « les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, quel que soit le type ou la gravité de leur addiction ou leur point d'entrée dans l'hôpital. Les différents lieux de prise en charge doivent être visibles de tous, patients et professionnels de santé et accessibles en tous points du territoire ».
Le plan préconise également la mise en place de consultations spécialisées en tabacologie, alcoologie, toxicomanie et addictions sans substance. En dehors des consultations tabacoliques développées sur la région, les autres addictions restent à ce jour peu développées.

8. Prise en charge des enfants et des adolescents

8.1. Objectif opérationnel

Assurer la coordination des acteurs participant à la prise en charge des enfants et des adolescents, pour obtenir une fédération de ces acteurs autour de leur parcours de vie.

8.2. Plan d'actions

- Promouvoir l'élaboration, au sein de chaque projet d'établissement prenant en charge des enfants et des adolescents, de la phase pré-natale jusqu'à l'âge adulte, et au sein du ou des projet(s) médical(-caux) commun(s), d'un chapitre spécifique prenant en compte l'ensemble des intervenants auprès des enfants (sociaux, médico-sociaux, professionnels de santé ambulatoires…) ;
- Permettre l'articulation entre le dépistage et la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour :
  - les enfants atteints de maladies chroniques ;
  - les enfants atteints de déficiences sensorielles (vue, audition) ou de troubles sévères du langage ;

- Mettre en place une instance régionale de suivi de la politique de santé en direction des enfants et des adolescents, de la naissance à l'âge adulte.
- Cette instance sera chargée de recueillir l'information nécessaire au ciblage des actions à mener prioritairement en matière de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des enfants et des adolescents, de suivre la mise en œuvre des actions, et d'organiser la circulation d'une information globale sur les dispositifs de prise en charge.

9. Participation des établissements de santé aux actions de sécurité des soins

9.1. Objectif opérationnel

Assurer la sécurité des soins en établissement de santé.

9.2. Plan d'actions

Les établissements de santé participent à la mise en œuvre des actions :

- de sécurité transfusionnelle ;

> **Schéma régional d'organisation des soins – transfusion sanguine**
> **Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions**
> **4. Maintien d'une sécurité transfusionnelle accrue**
> Finalement, il est souhaitable que tous les ES de la région, indépendamment de leur activité transfusionnelle, tiennent des réunions de CSTH ou de SCCSTH de façon régulière afin de pouvoir mettre en œuvre ou renouveler au sein de chaque ES, leurs procédures de sécurité transfusionnelle. De même, la déclaration des incidents transfusionnels étant obligatoire, le taux de déclaration de ces incidents est un reflet de l'activité d'hémovigilance de chaque ES.

- de prévention et de gestion des risques spécifiques liés aux légionelles, déchets solides, liquides à risques infectieux, et à la prévention des rejets de médicaments ;

- de lutte contre les infections liées aux soins, contre les maladies infectieuses, de gestion des épidémies et des crises et urgences sanitaires.

Schéma régional de prévention, volet Veille Alerte et Gestion des Urgences SANitaires (VAGUSAN) – Chapitre 4 – les Objectifs

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi

Champ	Indicateurs	Source	Rythme de recueil et d'analyse
Structuration de l'offre hospitalière de court séjour en médecine et chirurgie autour de trois territoires de coopération hospitalière **Filières de soins** **Gradation des soins**	▸ Nombre de conventions de CHT ▸ Nombre des projets médicaux communs ▸ Nombre et aire d'intervention des équipes communes ▸ Nombre et cartographie des filières de soins	Etablissements	Annuel
Suivi de l'activité en médecine et chirurgie	▸ Nombre de séjours / séances de médecine en hospitalisation complète, en hospitalisation à temps partiel, et pour les techniques interventionnelles ▸ Nombre de séjours en hospitalisation complète de chirurgie et en chirurgie ambulatoire ▸ Taux d'évolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour les séjours en médecine et chirurgie, dont ceux suivis d'un séjour en SSR ou en HAD	PMSI	Annuel
Plateaux techniques chirurgicaux	▸ Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1500 séjours chirurgicaux annuels ▸ Taux d'occupation des blocs opératoires	PMSI Etablissements	Annuel
Développement des prises en charge ambulatoires	▸ Part de l'hospitalisation de jour par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de médecine. ▸ Taux global de chirurgie ambulatoire ▸ Taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs ▸ Nombre d'orientations en HAD (directes ou en aval de la prise en charge en hospitalisation complète)	PMSI Etablissements	Annuel
Articulations prévention – soins	▸ Proportion d'admissions directes de personnes âgées de +	Etablissements	Annuel

ambulatoires – soins hospitaliers – secteur médico-social	de 75 ans en court séjour hospitalier ▸ Nombre de protocoles permettant la circulation de l'information avec le secteur des soins de ville, le secteur médico social (personnes âgées, personnes handicapées) ▸ Délais de transmission du courrier de sortie ▸ Proportion de séjours ayant donné lieu à un courrier de sortie ▸ Nombre de PASS, activité ▸ Nombre annuel de conventions nouvelles ou renouvelées entre les établissements de santé et les professionnels ou structures d'amont et d'aval ; activité réalisée au titre de ces conventions ▸ Activité des EHLSA	ARS	

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
C : Consultations
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Observation et des Statistiques
EFS : Etablissement Français du Sang
EHLSA : Equipe Hospitalière de Liaison et de Soins en Addictologie
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Education Thérapeutique du Patient
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHAM : Groupement Hospitalier Aube - Marne
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS Groupe Homogène de Séjour
GHSA : Groupe Hospitalier Sud-Ardennes
HAD : Hospitalisation A Domicile
HC : Hospitalisation Complète
HTP : Hospitalisation à Temps Partiel
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR : Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque Assurantiel
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements
SIOS : Schéma Inter-régional d'Organisation des Soins
SLD : Soins de Longue Durée
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SOTS : Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine
SROS schéma régional d'organisation des soins
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHD Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
VAGUSAN : Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires

MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 315
1. Présentation de la thématique 315
1.1. Généralités **315**
1.2. Catégories de missions concernées **315**
1.3. Modalités de financement **315**
2. Références 316

Chapitre 2 : Diagnostic régional des missions de service public assumées par des établissements de santé 318
1. Inventaire des missions de service public 318
1.1. La prise en charge des soins palliatifs **318**
1.2. L'enseignement universitaire et postuniversitaire **318**
1.3. La recherche **318**
1.4. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés **319**
1.5. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination **319**
1.6. La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement **320**
1.7. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret **320**
1.8. Les missions non recensées dans le cadre du présent schéma. **320**
2. Diagnostic des besoins non couverts à la date de parution du SROS-PRS 321

Glossaire 324

Note d'attention pour le lecteur

> **cf « intitulé du schéma ou programme »**
>
> Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.
> Selon les cas, l'encadré comprendra :
> - la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter
> OU
> - la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique

1.1. Généralités

Les missions de service public, au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements, au-delà des soins hospitaliers de court séjour.
En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique, le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé. Cette définition se traduit par un diagnostic de l'offre et du besoin non couvert par territoire de santé. La finesse de l'analyse de la couverture des besoins sera graduée en fonction des missions. En effet, certaines ont vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées à des autorisations d'activité de soins, et enfin certaines seront le fait de seulement certains établissements.
Le SROS procède à un inventaire des établissements de santé et de toute personne ou structure définie à l'article L.6122-2 CSP, exerçant des missions de service public. Cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même. La reconnaissance interviendra postérieurement à la publication du SROS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM).
Le SROS doit permettre d'établir un diagnostic et de le partager avec les opérateurs. C'est en fonction de ce diagnostic partagé qu'une mission sera attribuée ou non.

1.2. Catégories de missions concernées

Les missions de service public peuvent être regroupées en trois catégories :

- **Les missions devant potentiellement être exercées en tout ou partie par tous les établissements et pour lesquelles des procédures d'attributions existent par ailleurs.**

Pour les missions faisant l'objet d'un agrément (« formation universitaire et post universitaire ») ou d'un appel à candidature (« recherche »), le diagnostic doit mentionner les établissements agrées ou retenus par l'appel.
Pour les autres missions, le diagnostic peut mentionner tous les établissements de santé du territoire si ces derniers assument effectivement la mission.

- **Les missions liées aux soins et pour lesquelles des procédures d'attributions existent par ailleurs.**

Pour les missions faisant l'objet d'une procédure d'autorisation d'activité, le diagnostic doit mentionner les établissements pour lesquels une autorisation d'activité a été délivrée.

- **Les missions pour lesquelles une procédure d'octroi n'existe pas.**

Pour ces missions, le diagnostic doit mentionner tous les établissements de santé du territoire assumant effectivement la mission.

1.3. Modalités de financement

Il n'y a pas d'obligation de contrepartie financière lorsqu'un établissement se voit attribuer une mission de service public : l'article L. 6112-2 CSP indique seulement que lorsqu'une mission de service public donne lieu à compensation, le CPOM doit en préciser les modalités de calcul.
La plupart des missions de service public font déjà l'objet de financements préexistants :
- Via des tarifs de prestations (soins palliatifs)
- Via des dotations finançant des Missions d'intérêt général ou MIG (PDSES[58], formation, lutte contre l'exclusion sociale,…)
- Via des dotations annuelles de fonctionnement (hospitalisation sans consentement,…)
Il ne faut donc pas confondre missions de service public et MIG.

[58] PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé

2. Références

Article L.1434-9 du code de la santé publique (extrait)

Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé : (...)

4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L.6112-2.

Article L.6112-1 du code de la santé publique

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et postuniversitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Article L.6112-2 du code de la santé publique

Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L.6112-1:

-les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;

-l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 52 9 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

-le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

-les groupements de coopération sanitaire ;

-les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;

-les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

Les missions de service public qui, à la date de publication 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Chapitre 2 : Diagnostic régional des missions de service public assumées par des établissements de santé

1. Inventaire des missions de service public

Les tableaux ci-après présentent l'état du recensement des missions de service public qu'il a été possible de mener en phase de préparation du présent schéma.
Ce recensement a été fait en tenant compte des indications suivantes, par mission de service public.

1.1. La prise en charge des soins palliatifs

Cette mission consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipes mobiles ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.
Ce périmètre n'englobe pas :

- les réseaux de maintien à domicile, qui sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle ;

- les unités d'hospitalisation à domicile, à moins qu'elles n'exercent un rôle spécifique de recours dans ce domaine ;

- les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ;

- les unités de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée qui, sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs, peuvent également assurer cette mission.

Le recensement fait donc apparaître les établissements sièges d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou d'unités de soins palliatifs (USP).

1.2. L 'enseignement universitaire et postuniversitaire

Cette mission consiste en la contribution à l'offre de stages ou de postes qualifiants dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.
Le recensement fait donc apparaître la liste des établissements offrant des services agréés pour l'accueil des internes de médecine, chirurgie, biologie et pharmacie.

1.3. La recherche

Cette mission consiste, pour un établissement de santé, en la réalisation d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic ;

- l'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

La définition des besoins de recherche se fait au niveau national voire européen et international. Au niveau national, l'attribution de cette mission se fait au vu des résultats des appels à projets en recherche clinique lancés par la Direction Générale de l'Offre de Soins.
Le recensement fait apparaître les deux établissements de la région retenus au titre de ces projets.

1.4. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

Cette mission est exercée conformément aux articles L.6311-2 et R.6311-1 et suivants du code de la santé publique.
Le recensement fait apparaître les établissements disposant de SAMU (services d'aide médicale urgente).

1.5. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

Cette mission correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) mise en place au sein d'un établissement de santé ; la région Champagne-Ardenne dispose de 8 PASS.

- une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie ; ainsi, la région Champagne-Ardenne dispose de 4 équipes mobiles psychiatrie précarité ;

- l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Le recensement a porté sur ces trois éléments.

SROS volet hospitalier – Psychiatrie – Chapitre 4 Objectifs opérationnels et plans d'action – Titre 10 Prise en charge des personnes en situation de précarité.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis –

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.2 DU PRAPS : Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun

III.2.2 Donner de la lisibilité aux objectifs des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé et en suivre leur exécution et aux équipes mobiles psychiatrie précarité.

Fiche action III.2.2.1 : Inciter le directoire des établissements de santé (direction hospitalière et présidence de la CME) à promouvoir la PASS et l'équipe mobile psychiatrie précarité et valoriser leur positionnement vis-à-vis des autres services hospitaliers et vis-à-vis des partenaires externes.

1.6. La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement

En application de la loi n°2011-803 du 5 juillet 20 11 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, certains établissements de santé sont désignés pour assurer la mission de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.
Le recensement fait état des établissements désignés dans la région.
Il convient de noter à ce titre la mission particulière de l'unité pour malades difficiles (UMD) de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne.

1.7. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret

Cette mission s'exerce dans le cadre des dispositions des articles L.6141-5 et suivants du code de la santé publique.
Dans ce cadre sont recensés les établissements chargés de dispenser aux détenus les soins adaptés, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques.
En Champagne-Ardenne, cette mission est organisée autour des structures porteuses :

- des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- des chambres sécurisées hospitalières ;
- du service médico-psychologique régional (SMPR) ;

1.8. Les missions non recensées dans le cadre du présent schéma.

Certaines missions n'ont pu être recensées à la date de parution du présent schéma.
Il s'agit des missions suivantes :

- Permanence des soins

La mission de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) consiste en 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, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.
Le recensement de cette mission sera effectué, pour chaque établissement de santé, en cohérence avec le schéma cible de la PDSES en cours d'élaboration.

- Missions relatives au développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers et à la formation initiale et au développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence.

En effet, l'identification de ces missions nécessite la définition préalable d'axes nationaux, non établis à ce jour. Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le DPC ne prendra effet que 18 mois après la publication des décrets relatifs à ce dispositif[59], intervenue le 1er janvier 2012.

- Missions relatives aux actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, et aux actions de santé publique

[59] Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux; décret n° 2011-2115 du 30 décembre 20 11 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes ; décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins ; décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes ; décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens.

En effet, les établissements de santé sont des acteurs importants de ces actions, dont une partie seulement est connue, soit dans le cadre des appels à projets lancés dans le passé par le Groupement Régional de Santé Publique et aujourd'hui par l'ARS, soit dans des thématiques spécifiques pour lesquels des autorisations sont délivrées ou des financements octroyés par l'ARS (par exemple au sujet de l'éducation thérapeutique).
Les actions menées couvrent des thèmes très variés.
La mise en œuvre du schéma régional de prévention sera l'occasion d'établir, en lien avec chaque établissement, le recensement de ces actions.

- Missions relatives aux soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Cette mission est exercée dans les centres de rétention, dans le cadre de conventions entre ces derniers et le préfet territorialement compétente.
Aucun centre de rétention n'est implanté en Champagne-Ardenne.

- Missions relatives aux soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Ces missions sont exercées dans le cadre des dispositions spécifiques du code de procédure pénale. Dans les faits, il n'existe actuellement qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes. Par ailleurs, la désignation des établissements concernés est une prérogative gouvernementale.

2. Diagnostic des besoins non couverts à la date de parution du SROS-PRS

Au vu des tableaux ci-après, les besoins non couverts portent sur :
- la mise en place d'une unité de soins palliatifs dans les Ardennes et dans la Haute-Marne.

SROS – volet hospitalier – Soins Palliatifs – Chapitre 6. Schéma cible – 2. Les USP

- la mise en place d'une équipe mobile psychiatrie précarité dans l'Aube, portée par l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube

Territoire de santé Nord

Missions de service public	*CH de Charleville-Mézières*	*CH de Sedan*	*Groupe hospitalier Sud-Ardennes*	*UGECAM - Ch-Mézières*	*CH Bélair - Charleville-Mézières*	*CHU de Reims*	*CH Châlons en Champagne*	*CH d'Epernay*	*CH de Vitry-le-François*	*EPSMM - Châlons en Ch.*	*Institut Jean Godinot Reims*	*Polyclinique Courlancy - Reims*
Prise en charge des soins palliatifs	X					X	X				X	
Enseignement universitaire et post-universitaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recherche (appels à projets nationaux)						X					X	
Aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	X					X						
Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	X	X	X		X	X	X	X	X	X		
Prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (hospitalisations sans consentement)					X	X				X		
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	X					X	X			X		

Territoire de santé Sud

Missions de service public	*CH Chaumont*	*CH Saint-Dizier*	*CH Langres*	*CHHM - Saint-Dizier*	*CH de Troyes*	*Groupe Hospitalier Aube Marne*	*EPSMA - Brienne-le-Château*
Prise en charge des soins palliatifs		X	X		X	X	
Enseignement universitaire et post-universitaire	X	X	X	X	X	X	X
Recherche (appels à projets nationaux)							
Aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	X				X		
Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	X	X		X	X	X	
Prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (hospitalisations sans consentement)				X			X
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	X				X		

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP : Code de la Santé Publique
DPC : Développement Professionnel Continu
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
GHAM : Groupement Hospitalier Aube - Marne
GHSA : Groupe Hospitalier Sud-Ardennes
MIG : Mission d'Intérêt Général
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SROS schéma régional d'organisation des soins
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UMD : Unité pour Malades Difficiles
USP : Unité de Soins Palliatifs

Révision du SROS - Volet hospitalier

MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

L'arrêté n° 2012-1734 du 12 décembre 2012 porte révision du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) par intégration du volet relatif à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) et par révision du volet relatif aux missions de service public

Les modifications suivantes sont apportées au chapitre « Missions de service public » du SROS-PRS l'intégration au schéma d'un chapitre relatif à la permanence des soins en établissements de santé :

- Introduction du paragraphe suivant relatif à la mission de permanence des soins :

1.8. Permanence des Soins

La mission de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) consiste en 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 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La mission de 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-OQN.

Par conséquent, les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, les activités de SSR, USLD et psychiatrie ne relèvent pas du dispositif de PDSES. Il en est de même des structures de médecine d'urgence des établissements du secteur ex-DG (établissements publics de santé notamment), qui font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Le détail des implantations, disciplines et lignes de garde correspondant à cette mission de permanence des soins est exposé dans le chapitre « Permanence des soins en établissements de santé » du présent schéma.

SROS – volet hospitalier – Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

- Modification du paragraphe 1.8. du SROS-PRS arrêté le 13 avril 2012 :

La numérotation du paragraphe devient 1.9. Le point relatif à la permanence des soins est supprimé de ce paragraphe, qui traite des missions non recensées à ce stade.

- Modification des tableaux de recensement.

Une ligne relative à la permanence des soins est ajoutée. Les tableaux sont donc modifiés comme suit (modifications en bleu).

- Modification du glossaire :

Introduction des deux lignes suivantes :

MCO : MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE
OQN : OBJECTIF QUANTIFIE NATIONAL

Territoire de santé Nord

Missions de service public	CH de Charleville-Mézières	CH de Sedan	Groupe hospitalier Sud-Ardennes	UGECAM - Ch-Mézières	CH Bélair - Charleville-Mézières	CHU de Reims	Polyclinique Courlancy - Reims	Clinique Saint-André - Reims	Etablissements privés rémois	Etablissements publics et privés rémois	CH Châlons en Champagne	CH d'Epernay	Site d'Epernay	CH de Vitry-le-François	EPSMM - Châlons en Ch.	Institut Jean Godinot Reims
Permanence des soins	X	X	X			X	X*	X*	X	X (pour la chirurgie urologique, l'orthopédie-traumatologie SOS mains et pour la radiologie interventionnelle)	X	X	X (pour la gynécologie-obstétrique)	X		
Prise en charge des soins palliatifs	X					X					X					X
Enseignement universitaire et post-universitaire	X	X	X	X	X	X	X				X	X		X	X	X
Recherche (appels à projets nationaux)						X										X
Aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	X					X										
Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	X	X	X		X	X					X	X		X	X	
Prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (hospitalisations sans consentement)					X	X									X	
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	X				X	X					X				X	

Territoire de santé Sud

Missions de service public	*CH Chaumont*	*Site de Chaumont*	*CH Saint-Dizier*	*CH Langres*	*CHHM - Saint-Dizier*	*CH de Troyes*	*Groupe Hospitalier Aube Marne*	*Clinique de Champagne - Troyes*	*Clinique Montier la Celle*	*EPSMA - Brienne-le-Château*
Permanence des soins	X	X (pour la chirurgie viscérale et l'orthopédie-traumatologie)	X	X		X	X	X	X (pour la cardiologie en USIC)	
Prise en charge des soins palliatifs			X	X		X	X			
Enseignement universitaire et post-universitaire	X		X	X	X	X	X			X
Recherche (appels à projets nationaux)										
Aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	X					X				
Lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	X		X		X	X	X			
Prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (hospitalisations sans consentement)					X					X
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	X				X	X				X

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSES)

L'arrêté n° 2012-1734 du 12 décembre 2012 porte révision du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) par intégration du volet relatif à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Chapitre 1 : cadre général

1. Présentation

1.1. Définition et cadre législatif

La permanence des soins en établissement de sante (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 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

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-OQN.

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent pas relever du dispositif de PDSES.

De même, les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreinte.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé.

1.2. Champ des activités réglementées

Certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligations de permanence des soins (gardes et astreintes) pour l'accueil de nouveaux patients, sur site ou à l'échelle territoriale avec des possibilités de mutualisation.

Les spécialités médicales et chirurgicales non visées dans les activités réglementées peuvent également être inscrites dans l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, éventuellement mutualisées entre plusieurs établissements selon le diagnostic régional établi

1.2.1. Spécialités médicales et chirurgicales visées dans le cadre des activités réglementées

Les plateaux techniques spécialisés ou hautement spécialisés (PTHS) suivants relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES :

- Médecine d'urgence
- Réanimation adulte
- Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée
- Obstétrique
- Pédiatrie, dans le cadre de l'activité de maternité)
- Chirurgie cardiaque,
- Activité interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- Soins intensifs en cardiologie ou en néphrologie
- Anesthésie réanimation
- Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques
- Greffe de cellules hématopoïétiques
- Neurochirurgie
- Activité interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie
- Traitement des grands brûlés.

1.2.2. Spécialités médicales non visées dans les activités réglementées :

- Neurologie,
- Gastroentérologie,
- Pneumologie,
- Hématologie clinique

1.2.3. Spécialités chirurgicales non visées dans les activités réglementées :

- Chirurgie vasculaire et thoracique,
- Chirurgie viscérale et digestive,
- Chirurgie orthopédique et traumatologique,
- Chirurgie infantile,
- Ophtalmologie,
- Urologie.

1.3. Changement introduit par la loi HPST et définition d'un schéma cible

La loi HPST érige désormais la PDSES en mission de service public. Elle donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.
La réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) est l'une des dimensions majeures de la réorganisation de l'offre de soins.

L'élaboration du schéma cible régional de PDSES n'a pas vocation à remettre en cause le principe d'accueil des malades aux heures de PDSES **mais vise à identifier et organiser la disponibilité des spécialités indispensables en aval des urgences ou en accès direct dans le cadre du réseau des urgences.**

2. Références législatives ou réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux Territoires, titre1, chapitre1, article 1 :

- Code de la santé publique notamment ses articles L 6112-1, à L 6112-3, L 6122-7, L 6122-10, L 6161-5, L 6161-8, L 6161-9, L 6311-2,

- Code de la santé publique notamment ses articles R 6123-32- 2, R 6123-32- 5, R 6123-32- 8, R 6123-34, R 6123-35, R 6123-43, R 6123-44, R 6123-73, R 6123-132, R 6123-79, R 6123-101, R 6123-108, R 6123-114

- Les articles du code de la santé publique relatif aux personnels médicaux hospitaliers :
  Articles R 6152-4, R 6152-201, R 6152-104, R.6152-612 6°)

- Décret n°84-1355 du 24/02/1984 relatifs aux personnels enseignants et hospitaliers titulaires (art 38 2°b)

- Décret n°84-135 du 24 février 1984 relatif aux personnels enseignants et hospitaliers non titulaires et Praticiens Hospitaliers Universitaires (article 26-6 2° et 30 2 °)

- Les articles L.6146-2 et L 6161-9 du code de la santé publique relatif aux recours de praticiens libéraux par les établissements publics de santé

3. Orientations nationales, plans nationaux

3.1. Améliorer l'accès aux soins

Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences aux horaires de permanence des soins.

Améliorer l'accès financier aux soins durant les plages concernées.

3.2. Améliorer la qualité de la prise en charge

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.

3.3. Améliorer l'efficience du dispositif de PDSES

Améliorer l'efficience du dispositif de PDSES en élaborant un schéma cible permettant :

- D'optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
- D'éliminer les doublons entre établissements sur une même activité, afin d'éviter les dépenses inutiles ;
- D'identifier les lignes de gardes et d'astreintes mobilisées au titre de la PDSES et de les distinguer de celles relevant de la continuité des soins, les premières faisant l'objet d'un financement par le FIR tandis que les secondes continueront à être financées par les recettes d'activités des établissements concernés ;
- De répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

3.4. Harmoniser le financement du dispositif de la PDSES

En 2009, une réforme a occasionné la mise en œuvre d'une démarche de rationalisation des gardes et astreintes au regard des besoins de la population (accueil et prise en charge par spécialité de nouveaux patients, la nuit, le week-end hors samedi matin et les jours fériés) en optimisant la ressource médicale.

Il convient maintenant d'harmoniser le dispositif applicable aux secteurs ex-DG et ex-OQN, en renforçant les marges de manœuvre régionales afin de mobiliser de manière optimale les ressources médicales disponibles au regard des besoins de santé identifiés en région Champagne Ardenne.

Ce dispositif cible commun aux secteurs public et privé est basé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés concernés, s'intégrant dans les CPOM.

Dans ce cadre contractuel, les lignes de gardes et d'astreintes participant de la mise en œuvre de la mission de service public de PDSES seront indemnisées par des crédits FIR relevant d'une enveloppe régionale unique et fongible pour les établissements publics et privés.

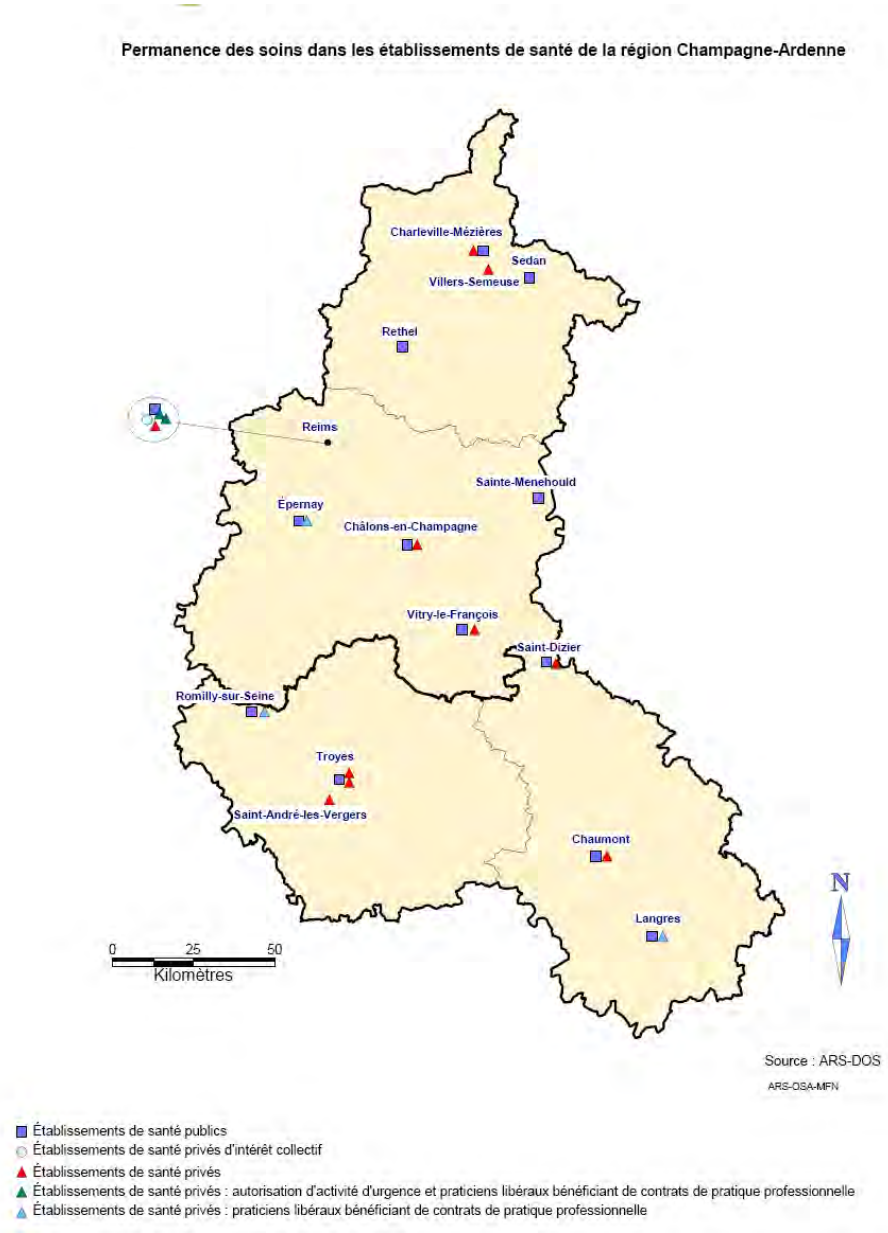
A cet égard, seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la **PDSES font l'objet d'un financement par le FIR**, celles relevant de la continuité des soins continueront à être financées par les recettes d'activités des établissements concernés.

Le parallélisme du financement et plus généralement du modèle de PDSES entre les secteurs public et privé s'inscrit dans une logique de convergence, d'optimisation et de mutualisation des ressources médicales disponibles et de réorganisation territoriale de la PDSES.

Chapitre 2 : Diagnostic régional – Elaboration du schéma cible de la PDSES

1. Etat des lieux de l'offre en matière de permanence des soins en établissement de Santé

L'offre en permanence des soins en établissement de santé dans le champ de Médecine, Chirurgie et Obstétrique est représentée sur la carte suivante :



2. Méthodologie d'élaboration du schéma cible

2.1. La réalisation de l'état des lieux

Le diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles a constitué un préalable essentiel à l'élaboration du schéma cible régional.

Cette phase de diagnostic a été réalisée à partir de l'enquête nationale diligentée en début d'année 2011, et a permis la collecte, au niveau des établissements de santé publics et privés, des données suivantes relatives à :

- l'organisation effective en 2010 de cette permanence : état des lieux, par spécialité, du nombre de lignes de garde et du nombre de lignes d'astreinte relevant de la PDSES et perspectives en termes de conservation / suppression /mutualisation / besoins non couverts.

- l'état des lieux du financement de la PDS dans les établissements privés par les contrats de pratiques professionnels (CPP) signés avec l'URCAM.

Cependant, les éléments transmis dans ces documents n'ont pas permis de réaliser un état des lieux aussi détaillé que celui attendu. Les établissements ont en effet rencontré des difficultés à récolter les informations demandées.
La démarche avait notamment pour objectif de distinguer les activités relevant de la permanence des soins de celle de la continuité des soins. En effet, d'après l'article 47 du code de déontologie médicale, la continuité des soins est assurée par le médecin vis-à-vis de son patient, tandis que la permanence des soins (article 77 du code de déontologie médicale) est une organisation collective qui permet d'assurer une réponse à la demande non programmée de soins, concernant de ce fait les nouveaux patients.
Les informations recueillies lors de l'élaboration du diagnostic n'ont pas permis de distinguer suffisamment ces éléments.

En plus des paramètres précédemment évoqués, les éléments suivants ont été pris en compte pour l'élaboration du schéma cible de PDSES, en région Champagne Ardenne :

- les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques (éloignement, enclavement,…)

- l'organisation des filières de soins d'urgences spécialisées définie en région, en fonction des besoins, sur la base de la liste des filières suivante :

  - Filière urgences neurovasculaires,
  - Filière SCA (syndrome coronarien aigu),
  - Filière polytraumatisés,
  - Filière toxicologie,
  - Filière trauma crânien sévère,
  - Filière pédiatrie aigüe.

- les possibilités de mutualisation des lignes de garde et astreinte entre établissements indépendamment de leurs statuts et les possibilités d'aménagement au regard de l'activité constatée.

- les possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance

2.2. Le partage du diagnostic

Les résultats de l'enquête et les constats réalisés et les difficultés rencontrées ont fait l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé et représentants des établissements et fédérations hospitalières d'établissements concernées.

Un groupe de travail a été constitué, composé de professionnels de santé des secteurs publics et privés, de représentants de CME et de directeurs d'établissements publics et privés.

Chapitre 3 : Objectifs généraux

1. Objectifs organisationnels

L'objectif essentiel est de garantir, au sein de chaque Territoire de Santé, l'accueil et la prise en charge des patients dans une structure de soins d'un établissements de santé en aval et/ou dans le cadre du réseau de médecine d'urgence, aux heures de permanence des soins, en respectant les normes réglementaires.

L'Agence Régionale de Santé a établi un schéma cible pour les activités réglementées ainsi que pour les activités pouvant être retenues pour l'organisation de la PDSES. Ce schéma tient compte des autorisations d'activités de soins. Par ailleurs, dans un objectif d'efficience et d'optimisation des ressources médicales, le principe de mutualisation de la PDSES est inscrit pour certaines activités.

La mission de service public que constitue la PDSES, ainsi que son financement par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) sera inscrite dans le contrat pluriannuel de gestion et de moyens (CPOM) des établissements.

2. Objectifs financiers

L'objectif essentiel est d'Inscrire le financement de la permanence des soins dans le cadre d'un dispositif commun aux secteurs public et privé dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite de l'enveloppe FIR déléguée au niveau régional au titre de la PDSES.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences.
Les praticiens libéraux (y compris ceux exerçant en ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre, sous réserve d'une contractualisation entre le praticien et/ou l'établissement concerné, et l'ARS.

Le financement de la PDSES sera revu chaque année pour chaque ligne de garde et sera fixé en proportion de la densité relative d'actes et du nombre de passages aux urgences.

Chapitre 4 : Objectifs spécifiques et plans d'action

1. Améliorer l'accès aux soins

Le schéma cible vise à améliorer l'accès aux activités de soins autorisées, à l'échelon territorial le plus adapté, la nuit, le week-end et les jours fériés. L'organisation doit évoluer vers une approche territoriale ou régionale selon les disciplines concernées.
L'accessibilité financière devra être respectée.

2. Améliorer la qualité de la prise en charge

La sécurisation des parcours de soins non programmés permet l'amélioration de la qualité de la prise en charge. L'organisation de la PDSES est complémentaire de celle du réseau des urgences et suppose la définition de filières spécialisés en aval des structures d'accueil des urgences dans le cadre de la gradation des soins.

A ce titre, le circuit du patient sera défini pour chaque spécialité avec le rôle de chaque établissement, ainsi que les conditions d'orientation.

Le schéma cible définit la liste des spécialités pour lesquelles une permanence doit être organisée au titre des besoins de la PDSES en cohérence avec l'activité d'urgence.

3. Précisions complémentaires

3.1. Les PTHS

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES : l'Agence Régionale de Santé favorisera des mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes entre les structures autorisées concernées.

3.2. Spécialités hors PTHS

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne a identifié les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés[1].

3.3. ROR

Lorsque le répertoire opérationnel des ressources (ROR) sera mis en place en région Champagne Ardenne, toutes les structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences y seront répertoriées. Ce répertoire devra préciser la liste des services et spécialités participant au schéma cible de PDSES, indemnisés pour cela et donc davantage mobilisables.

Cf volet médecine d'urgence du SROS. Chap. 4 § D *Urgences et système d'information*

[1]Ceci ne doit pas conduire à exclure la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir à d'autres services ou structures de manière plus ponctuelle en cas de besoin

4. L'efficience du dispositif de la PDSES

L'efficience du dispositif doit être favorisée en optimisant les ressources médicales et en maîtrisant le coût global de la PDSES dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Le schéma cible vise à supprimer les doublons existant dans certaines spécialités au sein d'un même territoire, voire d'un même lieu pour mutualiser les ressources médicales et intégrer la participation du secteur libéral.

Le financement de la permanence des soins s'inscrit dans le cadre d'un dispositif commun aux secteurs public et privé dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite d'une enveloppe FIR déléguée au niveau régional au titre de la PDSES.

Cependant, le FIR n'est pas la seule source de financement de l'ensemble des activités de permanence des soins. Le financement des lignes de gardes et d'astreintes pour les services d'Urgence, les SMUR et les SAMU, les activités de greffe et de psychiatrie font l'objet de financements spécifiques.

4.1. Modalité du financement des établissements de santé et des praticiens

Les modalités de financement sont différentes en raison des différences statutaires des établissements.

La mission de service public de PDSES définie dans le schéma cible régional fait l'objet d'un versement aux établissements publics. Les budgets spécifiques sont négociés dans le cadre des CPOM. Les financements accordés tiendront compte, de manière dégressive sur la durée du présent schéma, de la rémunération des gardes des internes. S'agissant de ce point particulier l'objectif est de favoriser l'installation de futurs médecins dans la région. A travers la recherche et une meilleure qualité des stages d'internat, les établissements peuvent contribuer à cet objectif. Le financement des gardes devra donc permettre de mettre en œuvre des actions d'amélioration qui seront définis dans les CPOM.

Les statuts des praticiens hospitaliers, inscrits au Code de la Santé Publique, déterminent les montants des indemnités de sujétions, d'astreinte, ainsi que le temps de travail lié au repos compensateur après une période de garde.

Les établissements privés dont la mission de service public est inscrite dans leur CPOM, déclarent l'activité de permanence des soins de leurs praticiens à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de leur circonscription. Cette dernière est chargée du règlement de l'indemnisation selon les modalités de rémunération inscrites dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

4.2. Organisation détaillée par territoire de santé.

Les tableaux ci-dessous présentent le schéma cible de la PDSES retenu en fonction des spécialités.
Il ne fait pas mention de l'activité liée à la continuité des soins qui demeure une obligation pour les établissements de santé.

On recense les établissements attributaires de lignes de gardes et/ou d'astreinte et de demi-garde à raison d'une par établissement et par discipline concernée, sauf précisions contraires, le cas échéant.

Compte tenu de la définition de la PDSES, (cf.**1A1**), le schéma cible ci-dessous ne porte pas sur l'organisation et l'activité de médecine d'urgence (SAMU, SMURS, et Structures des Urgences) des établissements ex-DG.

Cette présentation se fait sur la base des Territoires de Santé. Toutefois, chaque établissement est identifié en fonction du territoire de CHT[2] à laquelle il appartient selon la légende suivante :

Cf volet médecine chirurgie du SROS Chap. 4 Constitution de trois communautés hospitalières de territoire.

[2] CHT : Communauté Hospitalière de Territoire.

Discipline	TERRITOIRE NORD			TERRITOIRE SUD		
	Garde	Demi-garde jusqu'à 0 H suivi d'astreinte	Astreinte	Garde	Demi-garde jusqu'à 0 H suivi d'astreinte	Astreinte
Anesthésie Maternité et Adulte	CH Charleville CH Sedan - CHU de Reims Clin Saint-André Reims CH d'Epernay avec la participation des praticiens de la clinique CH de Châlons		CH de Vitry le François	CH de Chaumont GHAM de Romilly CH de Saint Dizier		CH de Langres Clinique de Champagne
Anesthésie adulte	CHU de Reims		GHSA ES Privés Rémois	CH de Troyes		
Anesthésie maternité	Clinique de Courlancy - Reims			CH de Troyes		
Anesthésie pédiatrique	RECOURS REGIONAL		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL		
Anesthésie chirurgie cardiaque		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL			
Biologie			CH Charleville CHU de Reims (2 lignes)			CH de Troyes Ch de Chaumont Ch de Saint Dizier
Cardiologie Unité de Soins Intensifs	CH Charleville - CHU de Reims Clinique de Courlancy -Reims		CH Sedan -	CH deTroyes CH de Saint Dizier		
Cardiologie Unité de soins continus			CH de Châlons CH d'Epernay			CH de Chaumont Clinique de Montier la Celle GHAM
Cardiologie interventionnelle		CHU de Reims	Clinique de Courlancy Reims		CH Troyes	
Cardio-pédiatrie	RECOURS REGIONAL		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL		
Chirurgie cardiaque		CHU de Reims		RECOURS REGIONAL		
Chirurgie pédiatrique	RECOURS REGIONAL		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL		
Chirurgie urologique			CH de Charleville avec la participation des PH du Ch de Sedan Ets Publics et Privés Rémois -			CH Troyes
Chirurgie viscérale			CH de Charleville avec la participation des PH du CH de Sedan GHSA CHU de Reims ES Privés rémois CH de Châlons CH d'Epernay avec la participation des praticiens de la clinique			CH de Troyes Clinique de Champagne GHAM avec la participation des praticiens libéraux Site de Chaumont - CH de Langres avec la participation des praticiens libéraux CH de Saint-Dizier
Chirurgie vasculaire			CHU de Reims ES Privés Rémois			CH Troyes -
Gastro-entérologie interventionnelle			CH Charleville - CHU de Reims ES Privés Rémois			CH Troyes- CH de St Dizier
Gyneco-obstétrique	CH Charleville CHU de Reims Clinique de Courlancy Reims Clinique de St André Reims		CH Sedan Site d'Epernay CH DE Chalons CH de Vitry le François	CH de Troyes		GHAM Clinique de Champagne Troyes CH de Chaumont CH de Langres - CH de St Dizier
Médecine d'Urgence	Clinique de Courlancy - Reims Clinique St André - Reims					
Neuro-chirurgie		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL			
Neurologie vasculaire	CH Charleville - CHU de Reims			CH de Troyes		
Neuro-radiologie		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL			
Ophalmologie			CH Charleville - CHU de Reims			CH de Troyes
ORL - Stomato			CH de Charleville avec la participation des PH du Ch de Sedan CHU de Reims Clinique de Courlancy			CH de Troyes CH de Saint-Dizier

Légende couleur	RECOURS REGIONAL	Territoire Nord Ardenne	Territoire Champagne Ardenne centre	Territoire Sud Champagne

Discipline	TERRITOIRE NORD			TERRITOIRE SUD		
	Garde	Demi-garde jusqu'à 0 H suivi d'astreinte	Astreinte	Garde	Demi-garde jusqu'à 0 H suivi d'astreinte	Astreinte
Orthopédie Traumatologie	CHU de Reims		CH de Charleville avec la participation des PH du Ch de Sedan GHSA ES Privés Rémois Etb Publics et Privés Rémois pour SOS Mains CH d'Epernay avec la participation des praticiens de la clinique CH de Chalons			CH de Troyes GHAM avec la participation des médecins libéraux Site de Chaumont CH de Langres avec la participation des médecins libéraux CH de Saint-Dizier
Réanimation Chirurgie cardiaque	CHU de Reims	RECOURS REGIONAL				
Réanimation pédiatrique et néo natale	CH Charleville (néonat) N2B CHU de Reims pour la réanimation néonatalogie et pédiatrique			CH Troyes (réanimation néonat) CH de Saint-Dizier (néonat) N2B		
Pédiatrie			CH de Charleville (urgences et maternité) CH de Sedan CHU de Reims Clinique de Courlancy Reims Clinique de Saint André Reims CH de Chalons CH d' Epernay CH de Vitry le François			CH de Troyes (urgences et maternité) Clinique de Champagne Troyes GHAM CH de Chaumont CH de Langres CH de Saint-Dizier
Broncoscopie pédiatrique	RECOURS REGIONAL		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL		
Pharmacie			CH de Charleville CH de Sedan GHSA CHU de Reims ES Privés Rémois CH d' Epernay - CH de Vitry le François CH de Chalons -			CH de Troyes-GHAM CH de Chaumont CH de Langres CH de Saint-Dizier
Pneumologie interventionnelle			CH de Charleville CHU de Reims ES Privés Rémois			CH de Troyes
Radiologie	CHU de Reims		CH de Charleville ES Privés Rémois CH de Vitry le François, Epernay et Chalons			CH de Troyes et GHAM CH de Chaumont et Langres CH de Saint Dizier
Radiologie interventionnelle	RECOURS REGIONAL		Etb Publics et Privés Rémois	RECOURS REGIONAL		
Réanimation	CH Charleville CHU de Reims(2 lignes MB et Debré) - Clinique ST André CH de Chalons			CH de Troyes CH de Chaumont CH de Saint-Dizier		
Soins intensifs néphrologie	CHU de REIMS		CH CHARLEVILLE			CH TROYES
Endocrinologie	RECOURS REGIONAL		CHU de Reims	RECOURS REGIONAL		
Hématoloncologie adulte			CHU de Reims			
Hématoloncologie enfant			CHU de Reims			
Oxygénothérapie hyperbare (sécurité)			CHU de Reims			
Légende couleur	RECOURS REGIONAL	Territoire Nord Ardenne	Territoire Champagne Ardenne centre	Territoire Sud Champagne		

Chapitre 5 : Indicateurs de suivi et d'évaluation

- **Taux de réalisation du schéma cible**

C'est l'écart entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes identifiées par spécialité et par établissement dans le diagnostic initial et le schéma cible visé.

Une évaluation de la mise en œuvre du schéma cible sera réalisé annuellement sur la durée du SROS.et portant notamment sur les éléments suivants :

- Relevé mensuel du nombre de passage aux urgences,
- Relevé mensuel du nombre de patients hospitalisés après le passage aux urgences au cours des périodes de PDSES,
- Relevé mensuel du nombre de patients réorientés sur un autre établissement après le passage aux urgences au cours des périodes de PDSES ;
- Nombre d'actes réalisés par ligne de garde et d'astreinte pendant les périodes de PDSES.

Un comité de suivi composé de représentants de l'URPS, de la FHP et de la FHF se réunira annuellement afin d'évaluer la mise en œuvre du schéma cible et d'y apporter éventuellement des ajustements.

- **Nombre de coopérations formalisées entre établissements d'un même territoire de santé pour la PDSES.**

Glossaire

CH : Centre Hospitalier
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DG : Dotation Globale
FIR : Fonds d'Intervention Régional
MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique ;
MIG : Mission d'Intérêt Général
OQN : Objectif Quantifié National
PDSES : Permanence Des Soins en Établissement de Santé
PTHS : Plateaux Techniques Hautement Spécialisés
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SSR : Soins de Suite et de Rééducation
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

PERINATALITE

PERINATALITE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 328
1. Présentation de la thématique 328
2. Références législatives ou règlementaires 328
3. Orientations nationales, plans nationaux 328

Chapitre 2 : Diagnostic régional 329
1. La mise en œuvre du SROS 2006-2011 329
2. Les constats complémentaires 331
2.1. Données démographiques 331
2.2. L'offre de soins en périnatalité 332

Chapitre 3 : Objectifs régionaux du PSRS 349
1. Les enjeux du PSRS 349
2. Les priorités et objectifs spécifiques à la périnatalité dans le PSRS 349
2.1. Promouvoir et accompagner la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse 349
2.2. Adapter la prévention et la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles 349
2.3. Optimiser l'adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille 350

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 351
1. Les objectifs du SROS-PRS : garantir une offre de soins de qualité, sécurisée et accessible 351
1.1. Améliorer l'accès aux soins 351
1.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins 351
2. Le plan d'action en périnatalité 352
2.1. Réaffirmer le rôle du réseau périnatal régional 352
2.2. Consolider le maillage territorial de prise en charge périnatale 352
2.3. Améliorer les prises en charge des femmes enceintes, des jeunes mères et des nouveau-nés 353
2.4. Permettre la prise en charge des IVG 355
2.5. Conforter l'offre en Assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et le diagnostic préimplantatoire 355

Chapitre 5 : Schéma cible 356
1. Activités de gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale 356
2. Activité de soins d'assistance médicale à la procréation 357
3. Diagnostic prénatal 357

Chapitre 6 : Eléments de transversalité 358
1. Prévention des grossesses non désirées 358
1.1. Objectif opérationnel 358
1.2. Plan d'actions 358
2. Prise en charge des grossesses à risque médical 358
2.1. Objectifs opérationnels 358
3. Prise en charge des femmes enceintes, jeunes mères et nouveau-nés en situation de vulnérabilité 360
3.1. Objectif opérationnel 360
3.2. Plan d'actions 360
4. Suivi médical et social des nouveau-nés et enfants « vulnérables », accompagnement de leurs parents 361

4.1. Objectif opérationnel 361
4.2. Plan d'actions 361

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi 362

Glossaire 365

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter
OU
- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique

La périnatalité recouvre les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale, l'activité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et de Diagnostic PréNatal (DPN), ainsi que la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG).

2. Références législatives ou règlementaires

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit.

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 n°2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception.

Décret n°2010-1407 du 12 novembre 2010 modifiant le décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance.

Le Code de la santé publique et notamment ses articles :

- relatifs à la Gynécologie-obstétrique, à la néonatologie et à la réanimation néonatale : art R.6123-39 à R6123-53 5 (conditions d'implantation) et articles D.6124-35 à D.6124-63 (conditions techniques de fonctionnement) ;
- relatifs à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) : articles L2141-2 à L2142-4 et R2142-1 à R2142-5 ;
- relatifs au Diagnostic Prénatal (DPN) : articles L2131-1 à L2131-5 et R.2131-1 à R.2131-22 ;
- relatifs à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) : articles L2212-1 à L2212-13-3 et R.2212-4 à R2212-2213-6.

3. Orientations nationales, plans nationaux

La périnatalité a fait l'objet de deux plans nationaux :

- le plan périnatalité 1994-2000 « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance » ;
- le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité ».

Les grandes orientations nationales visent à :

- améliorer l'accès aux soins ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- améliorer l'efficience.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. La mise en œuvre du SROS 2006-2011

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté en 2006 prévoyait un certain nombre d'objectifs en matière de périnatalité. Les objectifs principaux sont évoqués ci-dessous.

- *Le fonctionnement des petites maternités, notamment celles réalisant moins de 300 accouchements par an, devait faire l'objet d'une évaluation annuelle de leurs conditions de fonctionnement, pouvant conduire à une décision de suspension ou de retrait des autorisations.*

Aucune des maternités implantées en Champagne-Ardenne en 2011 ne réalise moins de 300 accouchements annuels. La seule maternité qui présentait une activité inférieure à ce seuil a cessé l'activité d'accouchement pour se transformer en centre périnatal de proximité (CPP) à la fin de l'année 2010.

- *Devait se constituer un réseau périnatal, dont l'objectif principal est l'orientation des femmes enceintes vers une maternité disposant de l'environnement médical obstétrical et pédiatrique adéquat. Ce réseau devait en particulier organiser les transferts (nouveau-nés et in utero), être le cadre d'organisation des dépistages néonataux, et organiser la prise en charge primaire des femmes et leur retour à domicile, en lien avec les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et les structures à caractère social et médico-social.*

Le réseau périnatal est constitué depuis 2007 et fonctionne.

Il mobilise l'ensemble des acteurs de la naissance : les centres de naissance publics et privés, les professionnels de santé de la périnatalité, les représentants des usagers et des patients, les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), mais également les acteurs de la prise en charge des enfants vulnérables, et notamment les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Ses chiffres d'activité 2010 montrent ainsi que :
- 497 professionnels de santé hors médecins (dont 99 libéraux) et 187 médecins (dont 70 libéraux) intervenant dans la prise en charge concrète des patientes sont adhérents ;
- 460 patientes sont adhérentes du réseau ;
- 36 établissements de santé, structures de soins ou structures médico-sociales sont adhérents.

Le réseau périnatal de Champagne-Ardenne mène des actions de structuration des transferts, de communication autour de la naissance, des actions de formation auprès des professionnels, et organise des journées scientifiques. Il développe un système d'information permettant la diffusion des référentiels (via son site internet), et est en cours de déploiement d'un dossier périnatal unique. Il recueille et analyse les indicateurs de fonctionnement de la prise en charge périnatale.

Le réseau périnatal a mis en place des fiches de transfert permettant d'organiser les transferts périnataux.

Au total, la création du réseau a permis :

- une meilleure orientation des femmes dans les maternités selon leur niveau de risque. D'après une étude du ministère de la santé (DREES[60]) réalisée en 2003, la région Champagne Ardenne détenait la plus mauvaise place pour l'adéquation des naissances dans

[60] DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

les niveaux de maternité. Depuis, la situation s'est rapidement améliorée, l'adéquation est satisfaisante : en 2008, 85% des naissances ont eu lieu dans une maternité adéquate, contre 75% en 2006.

- l'appui à la promotion des dépistages néonataux réalisée dans la région sous l'égide de l'Association Régionale Champagne Ardenne pour le dépistage et la prévention des Maladies Métaboliques et des Handicaps de l'Enfant (ARCAMMHE) ;
- la création d'un dossier périnatal partagé disponible sur le site internet du réseau depuis le 1er avril 2011 ;
- la mise en place de fiches de liaison papier utilisées pour les transferts ;
- la mise en œuvre d'un système de webconférence utilisé pour le travail entre établissements ;
- l'implantation de l'utilisation de la télémédecine, même si elle est encore peu développée.

Il reste encore des actions à mener, du fait notamment de l'absence de système d'information régional en périnatalité et de l'insuffisance de données analysables permettant d'observer l'état de santé des mères et des enfants.
A cet égard, le réseau périnatal de Champagne-Ardenne travaille au développement du projet CASIOPER (Champagne-Ardenne Système d'Information et d'Observation en PErinatalité du Réseau). Ce projet consiste en la mise en place d'un recueil de données périnatales (en reliant la mère et l'enfant), recueil à visée épidémiologique qui permettra, à terme, de fonder des propositions d'amélioration des pratiques à l'attention des professionnels de la périnatalité.

- *Etaient affirmés l'objectif de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé publics et privés de la région, et le principe d'une prise en charge garantie au sein du service public hospitalier. Des conventions devaient lier les médecins libéraux aux établissements de santé pour la réalisation des IVG médicamenteuses.*

Les IVG sont aujourd'hui prises en charge en Champagne-Ardenne[61].
Le nombre total d'IVG est stable dans la région (aux alentours de 3 400 par an, le taux de recours se stabilisant autour de 11 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans).

La proportion d'IVG médicamenteuse est également stable (environ la moitié des IVG). Cette proportion varie toutefois de 28 à 72% selon les départements en 2009[62] :

- Ardennes : 59%
- Aube : 28%
- Marne : 51%
- Haute-Marne : 72%

Les IVG sont réalisées majoritairement dans les établissements publics (84% des IVG en 2009), en lien avec les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF). Elles sont presque uniquement réalisées sur les plateaux techniques de gynécologie-obstétrique.
Les IVG tardives (réalisées durant la 11ème ou la 12ème semaine de grossesse) représentent un effectif limité, même si la décroissance observée de 2007 à 2009 (de 201 cas à 158 cas) s'interrompt en 2010 (197 cas).
Très peu de conventions ont été signées entre les médecins libéraux et les établissements de santé pour la réalisation des IVG médicamenteuses ; seules 33 IVG ont été pratiquées à ce titre en 2009, 93 en 2010.

Au total, le taux global d'IVG est inférieur à la moyenne nationale (11,2% en région Champagne-Ardenne en 2009 contre 15,2% en France entière). Ce taux est toutefois supérieur à la moyenne nationale chez les mineures : 8,3 % des IVG en Champagne-Ardenne contre 5,4 % en France.

Compte tenu de la démographie médicale défavorable, la difficulté majeure pour la région Champagne-Ardenne sera de préserver les possibilités d'accès à l'IVG sur les territoires.

[61] Sources : *Etudes en Santé, Interruptions Volontaires de Grossesse*, n°1, Septembre 2011, ARS Champagne-Ardenne ; Statistique annuelle des établissements 2010.
[62] Source : Statistique annuelle des établissements, 2009

- *En matière de diagnostic prénatal et d'assistance médicale à la procréation, les objectifs du SROS 2006-2011 sont respectés.*

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal à vocation régionale est mis en place au CHU de Reims. Il est le support de réunions pluridisciplinaires de discussions des cas (562 dossiers examinés en 2009), délivre les attestations en vue de la réalisation des Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) pour pathologie fœtale, propose des actions de formation, est le cadre de réalisation d'actes techniques de médecine fœtale, notamment à visée diagnostique ou pronostique.

Outre cette activité de référence, les activités de diagnostic prénatal (les modalités étant clairement précisées dans les autorisations correspondantes) sont pratiquées en Champagne Ardenne au sein du CHU de Reims et de deux laboratoires d'analyses situés à Reims et à Vitry-le-François.
Concernant les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels, une proportion significative de tests seraient réalisés hors région.

En ce qui concerne l'AMP, l'accès aux soins est satisfaisant. Les activités biologiques et cliniques correspondantes (les modalités étant clairement précisées dans les autorisations délivrées) sont pratiquées en Champagne-Ardenne au sein du Centre Hospitalier (CH) de Charleville-Mézières, du CHU de Reims, de la Polyclinique Courlancy à Reims et de laboratoires situés à Charleville Mézières, Reims et Troyes.

2. Les constats complémentaires

2.1. Données démographiques

La région Champagne-Ardenne est caractérisée par un taux de natalité et un taux de fécondité inférieurs aux taux nationaux.

La mortalité infantile est plus élevée en région Champagne-Ardenne. En 2009, le taux était de 4,9 décès pour 1000 naissances vivantes en région et 3,8 en France entière.

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute Marne**	**Région Champagne Ardenne**	**France**
Nombre de naissances en 2009	3.312	3.745	7.061	1.944	16.062	822.985
Taux de natalité (naissances domiciliées pour 1.000 habitants)	12,4	12,3	12,5	11	12,2	12,8
*Taux de mortalité (décès domiciliés pour 1.000 habitants)**	9.8	9.7	8.5	11.3	9.4	8.4
Taux de fécondité (naissances pour 1.000 femmes de 15 à 49 ans)	51.6	54.9	51.5	48.9	51.9	53.6
Taux de mortalité néonatale (décès de nouveau-nés de moins de 28j/1000 NN nés vivants	3.0	3.5	3.0	3.1	3.1	2.4
Taux de mortalité infantile (décès de moins de 1 an / 1.000 naissances)	5.1	5.9	4.2	4.6	4.9	3.8
*Indice de Vieillissement (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)***	84	91	77	104	86	86

Source : *INSEE, 2009*
** Données 2008*
*** : données 2006, en 2009, l'indicateur de vieillissement de la région est de 92 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Il est de 91 personnes au niveau national.*

Selon le bilan démographique de l'INSEE réalisé pour 2009, en raison des migrations et du vieillissement général en région Champagne-Ardenne, les femmes d'âge fécond sont de moins en moins nombreuses (-31.800 entre 1999 et 2009). Leur nombre diminue aussi au niveau national mais de façon moins importante. Si le nombre de femmes d'âge fécond avait été aussi élevé en 2009 qu'en 1999, il y aurait eu environ 2.900 naissances de plus dans la région que les 16.100 constatées.

2.2. L'offre de soins en périnatalité

2.2.1. Implantation des centres périnatals

Au terme du SROS 2006-2011, la région Champagne-Ardenne est dotée de 15 centres périnatals pratiquant l'activité d'accouchement, soit :

- Six unités d'obstétrique (niveau I) : CH d'Epernay, Clinique d'Epernay, CH de Vitry-le-François, Groupe Hospitalier Aube-Marne à Romilly, CH de Langres, Clinique de Champagne.

Ces unités prennent en charge des femmes dont la grossesse se déroule sans problèmes et qui accouchent à terme. Des soins pédiatriques courants y sont effectués.

- Quatre unités d'obstétrique et unités de néonatologie sans soins intensifs (niveau IIA) : CH de Sedan, Polyclinique Saint-André, CH de Chalons, CH de Chaumont ;
- Trois unités d'obstétrique et unités de néonatologie avec soins intensifs (niveau IIB) : CH de Saint- Dizier, Polyclinique Courlancy, CH de Charleville-Mézières. Il convient toutefois de noter que la maternité de la Polyclinique Courlancy fonctionne en niveau IIA, les enfants relevant de soins intensifs néonataux étant transférés.

Les unités de niveau IIA et IIB, outre le suivi et la prise en charge des grossesses dites « normales », peuvent accueillir dans leurs unités de néonatologie et/ou de soins intensifs néonatals les nouveau-nés, selon les recommandations, de plus de 1500 g et/ou nés après 32 semaines d'aménorrhée. Des équipes spécialisées, assurent ces prises en charge. Les normes réglementaires imposent en particulier, pour ces unités, la disponibilité d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie.

- Deux unités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale (niveau III) : CH de Troyes, CHU de Reims.

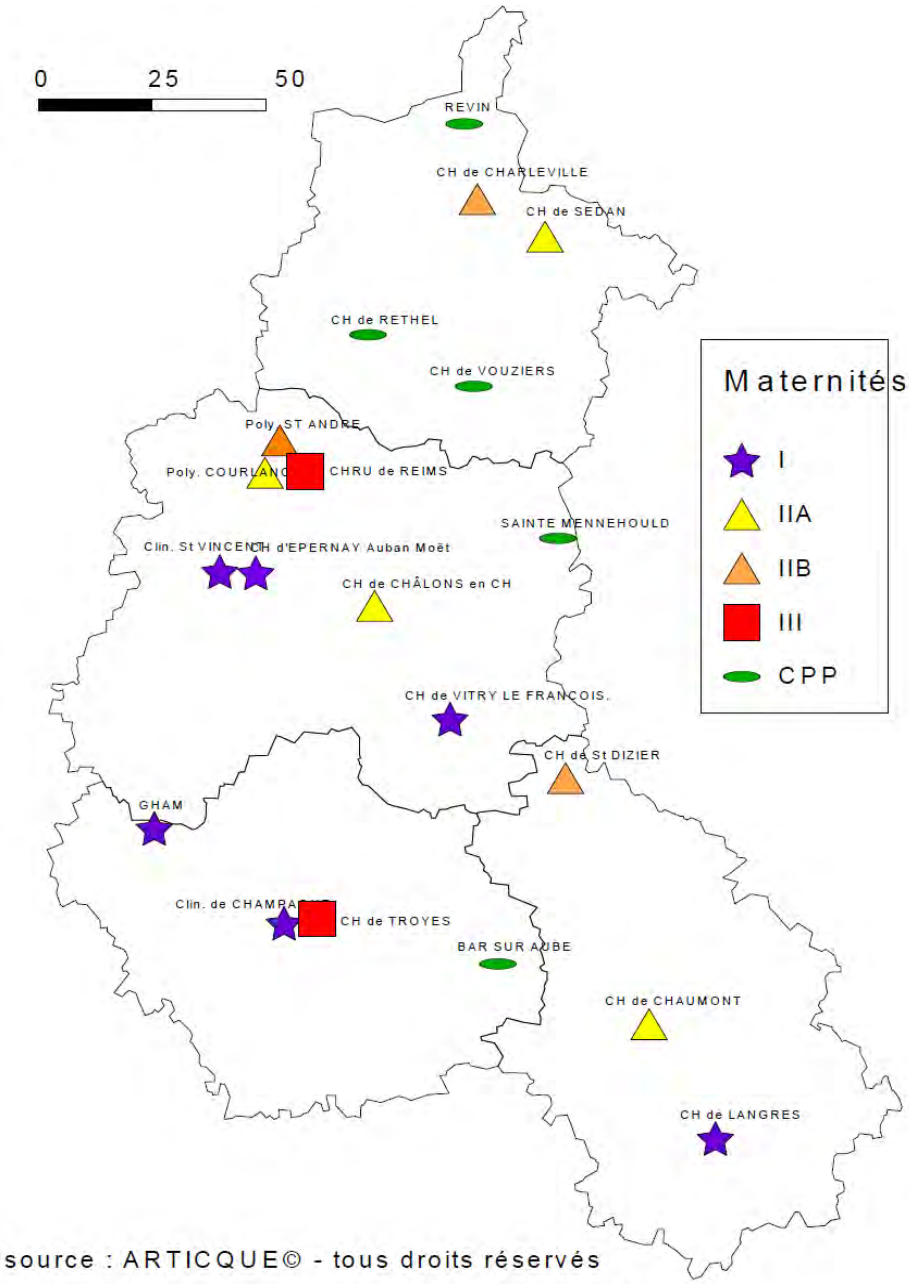
Ces unités, outre les suivis et prises en charge proposées aux niveaux précédents, disposent de capacités de réanimation néonatale. Des pédiatres réanimateurs y assurent une permanence 24h/24. Les grossesses à haut risque y sont suivies. Les nouveau-nés de poids inférieur à 1500g et/ou nés avant 32 semaines d'aménorrhée y sont orientés.

La région compte également 5 centres périnatals de proximité à Revin, Vouziers, Sainte-Menehould, Bar-sur-Aube et Rethel. Les centres périnatals assurent le suivi des grossesses, les femmes étant orientées pour leur accouchement vers la maternité adaptée.

L'orientation des grossesses est établie par les professionnels au cas par cas, en fonction des trois critères que sont :

- l'âge gestationnel ;
- le poids fœtal estimé ;
- le traitement maternel nécessaire.

Les centres périnatals en région Champagne-Ardenne



source : ARTICQUE© - tous droits réservés

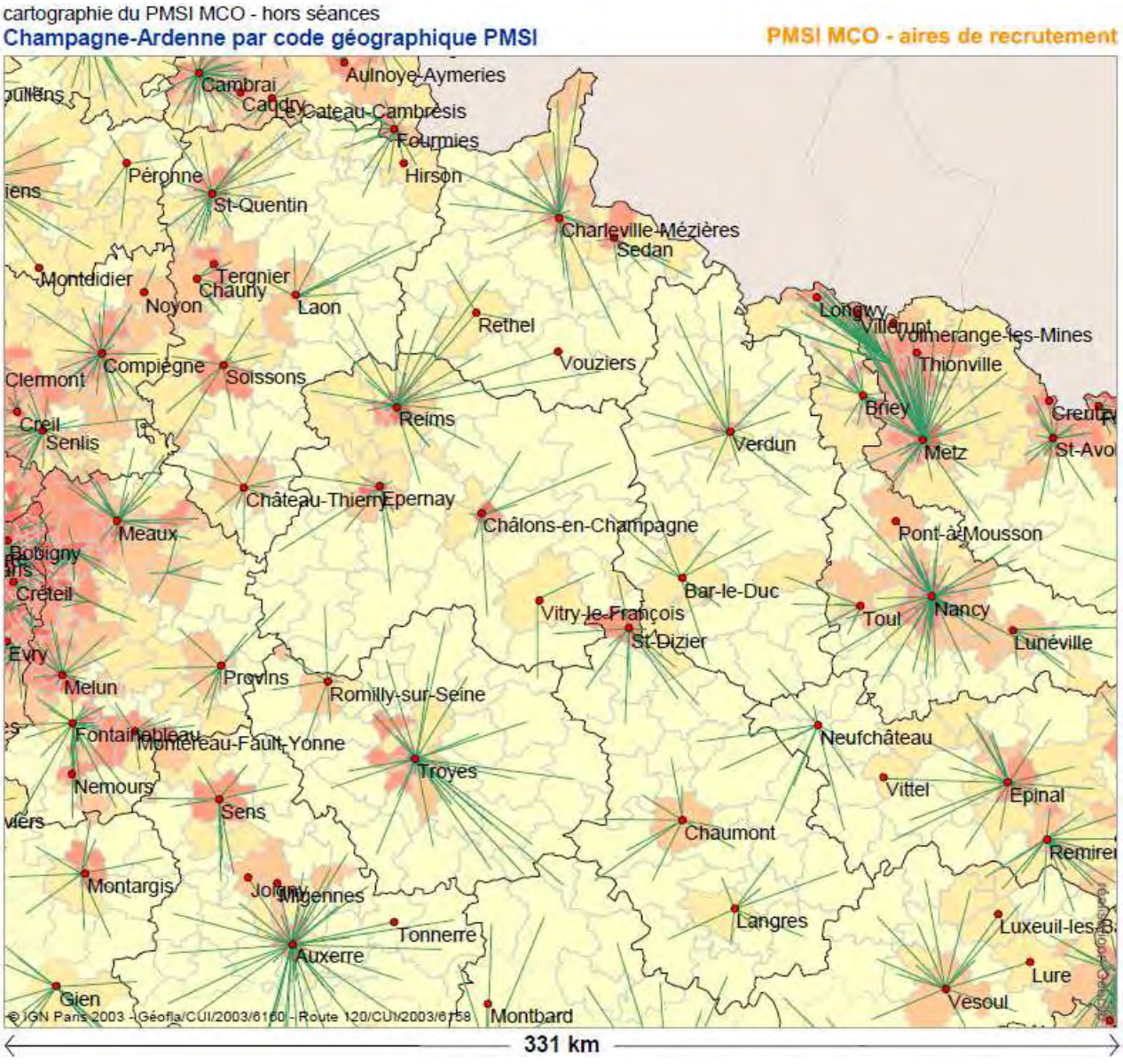
source : Direction de l'Offre de Soins ARS CA

Septembre 2011

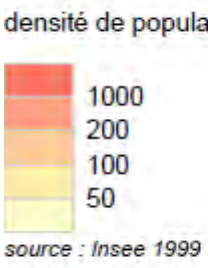
2.2.2. Attractivité des centres périnatals.

Les cartes ci-dessous présentent, à partir des données PMSI 2010, les lieux de provenance des femmes ayant fait l'objet d'une prise en charge en obstétrique dans les établissements de la région Champagne-Ardenne.

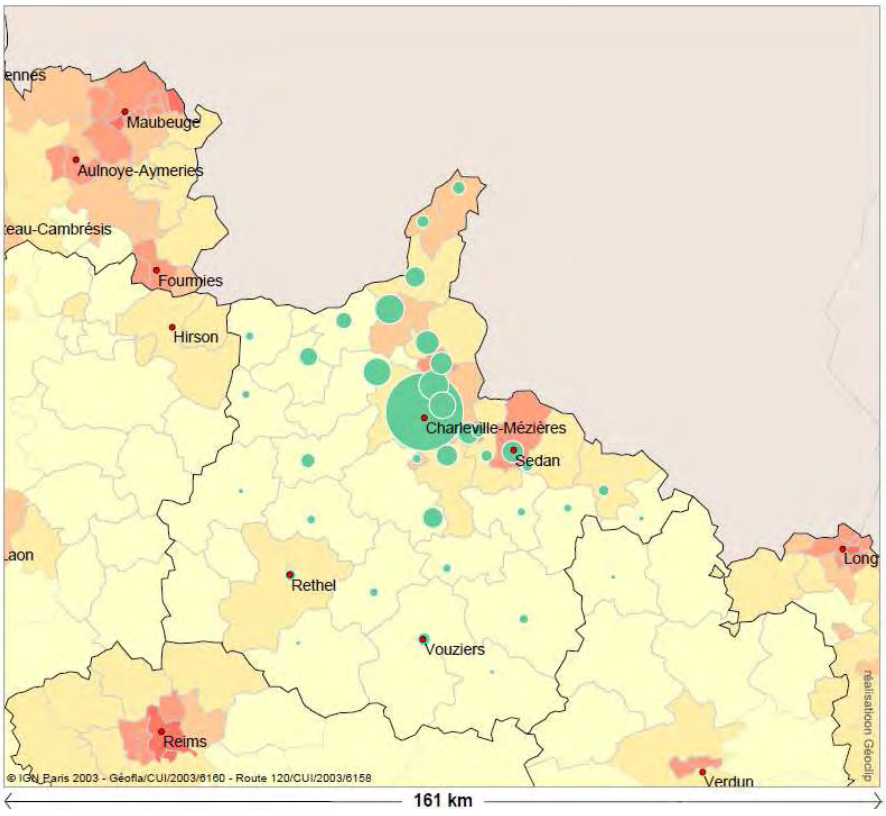
Représentation cartographique des séjours réalisés en obstétrique, en 2010, par les établissements de santé champardennais – source ATIH



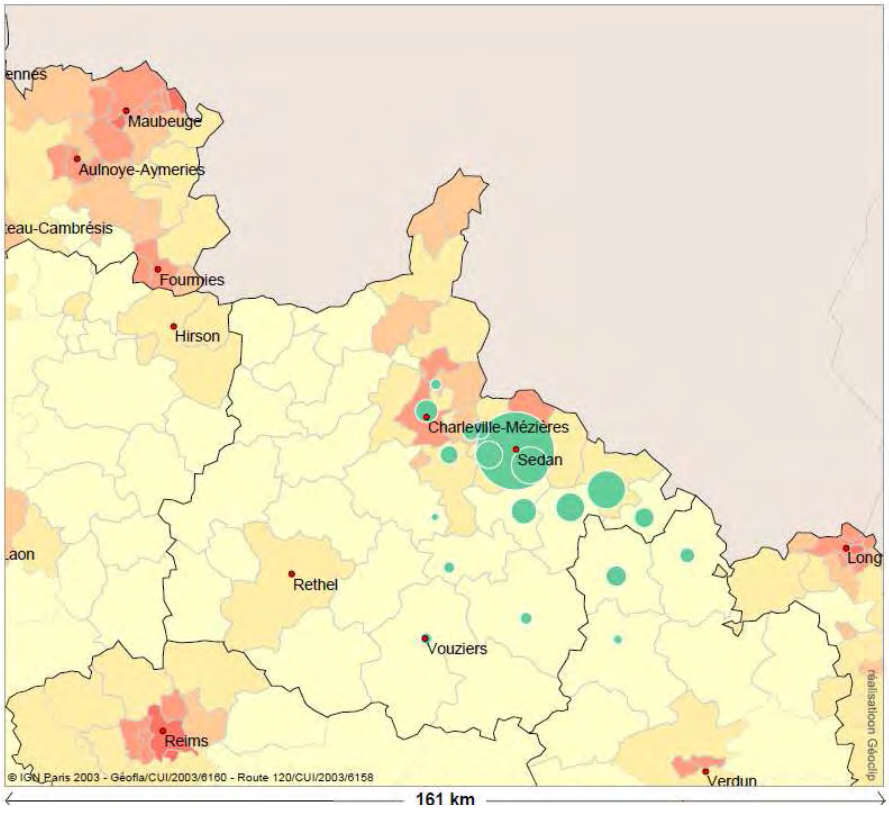
Ces éléments peuvent être complétés par les cartes détaillées, par établissement, ci-dessous. Ces cartes sont présentées sur la base des densités de population comme suit :



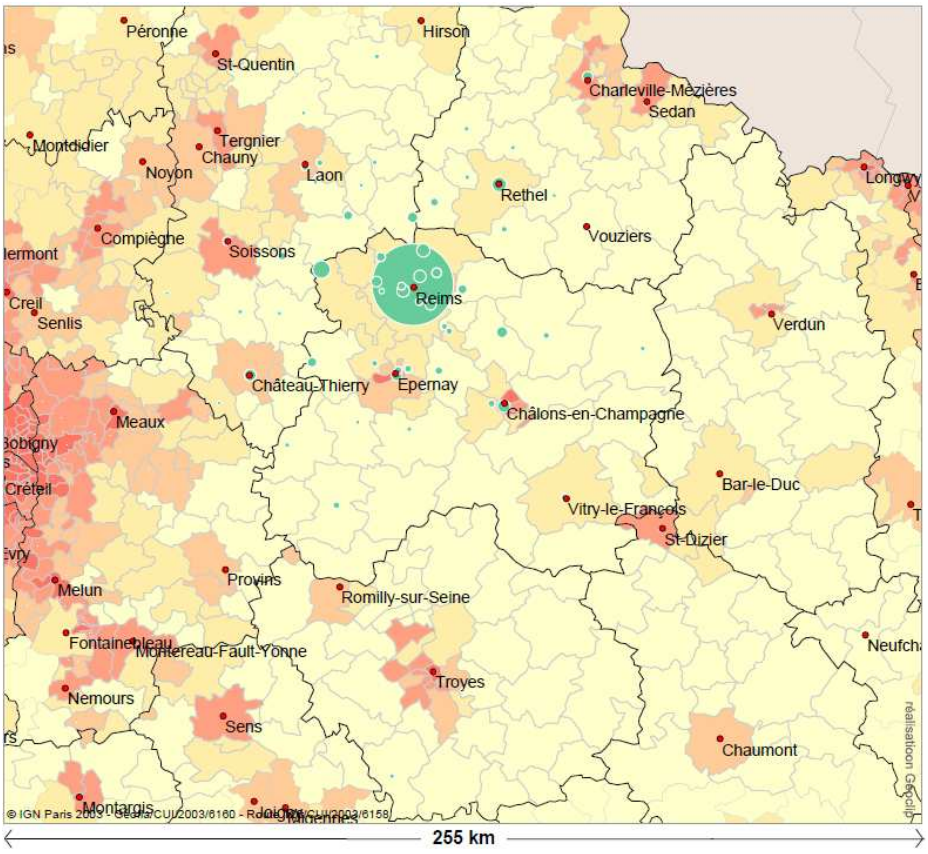
Centre hospitalier de Charleville-Mézières, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



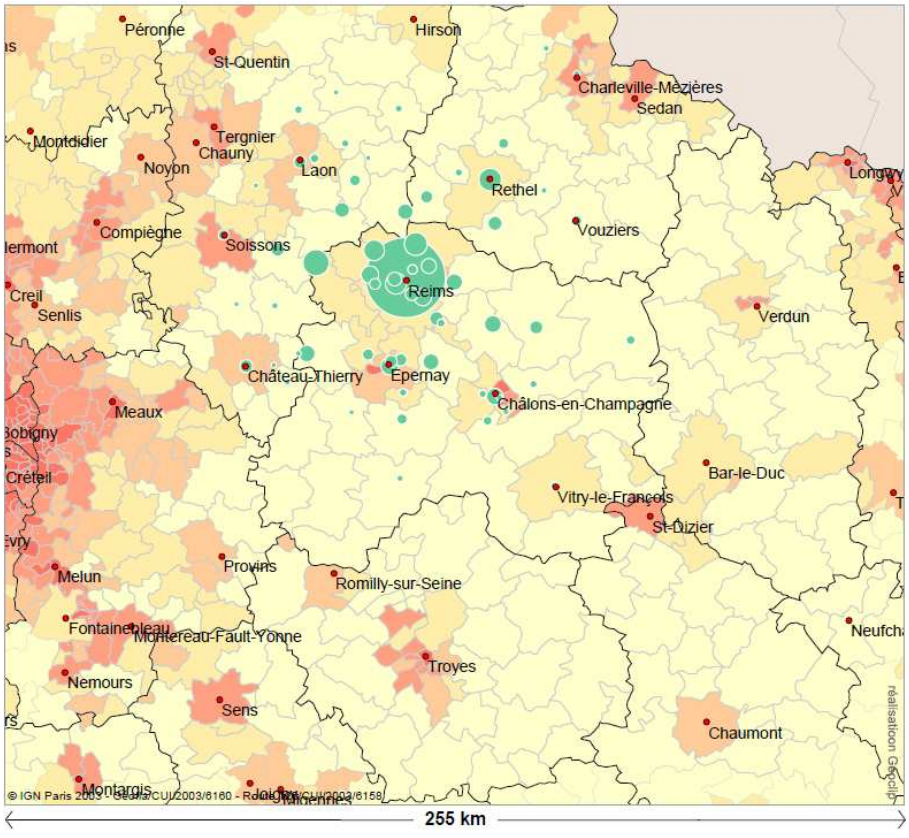
Centre hospitalier de Sedan, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



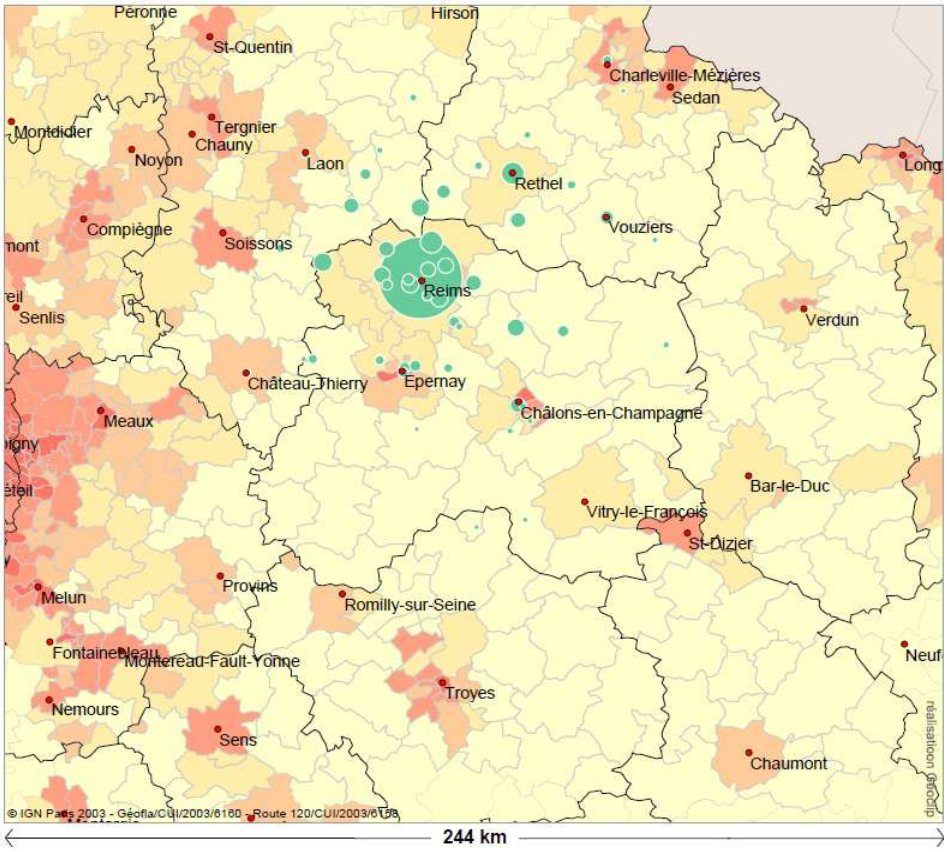
Centre hospitalier universitaire de Reims, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



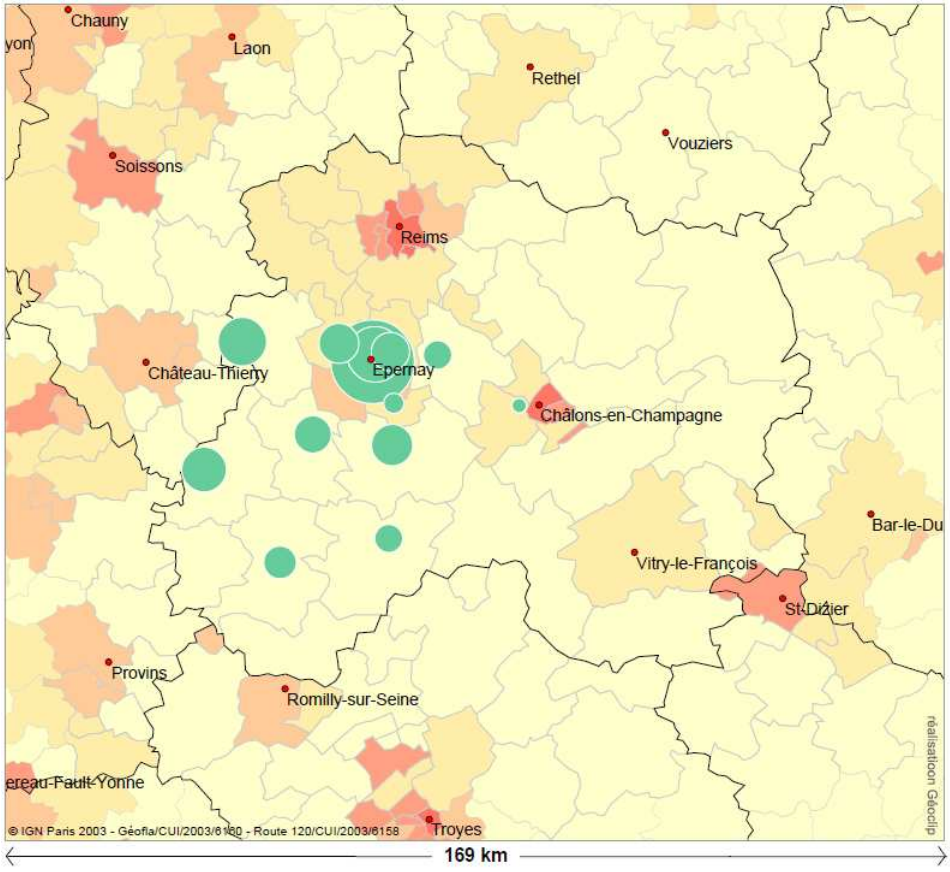
Polyclinique Courlancy de Reims, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



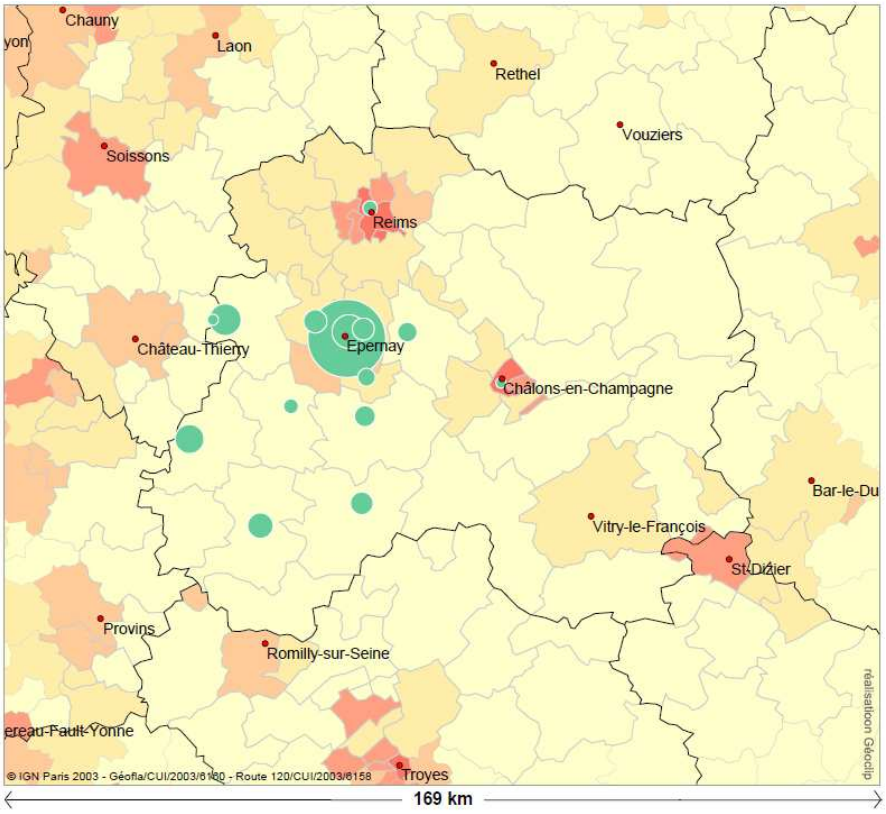
Clinique Saint-André à Reims, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



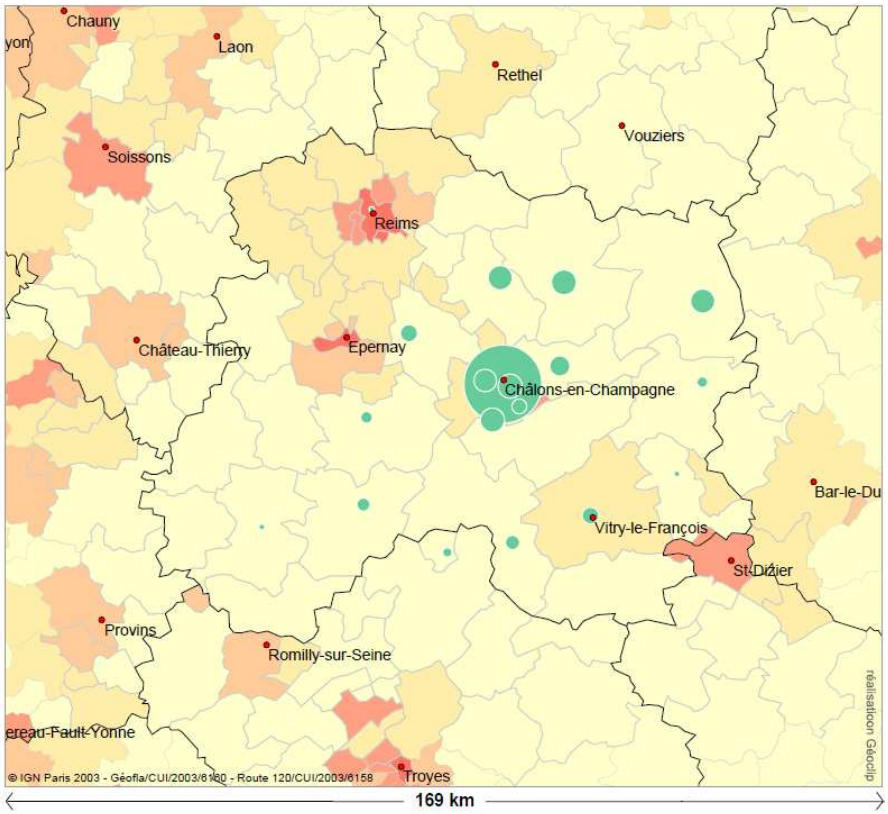
Clinique d'Epernay, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



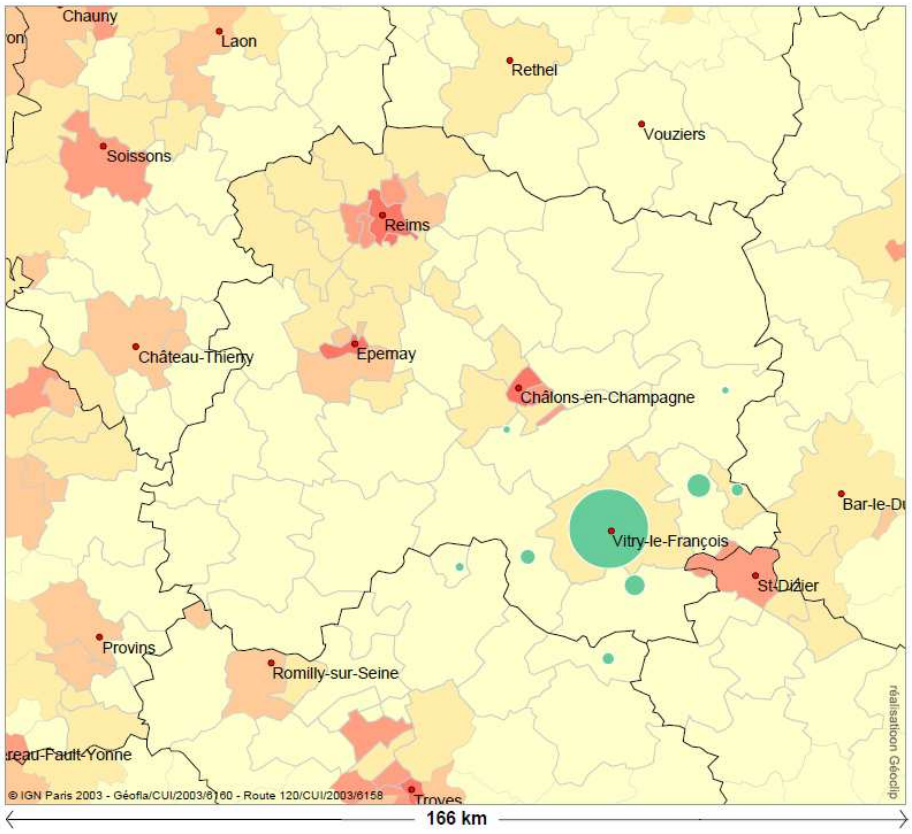
Centre Hospitalier d'Epernay , séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



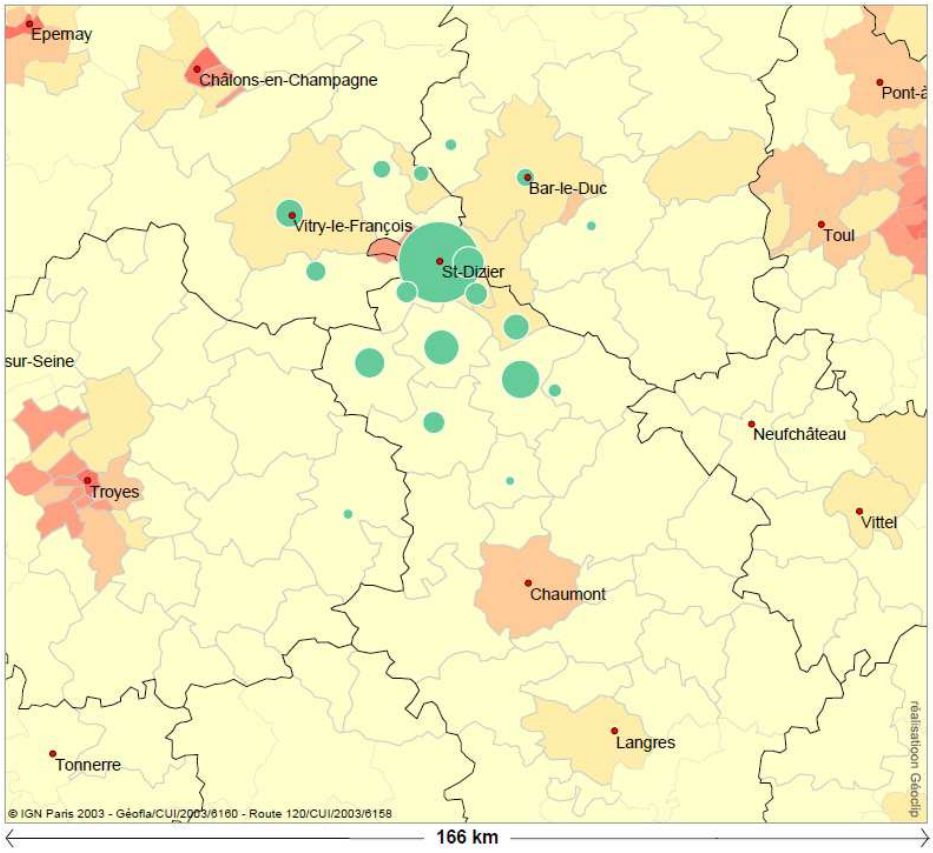
Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne , séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



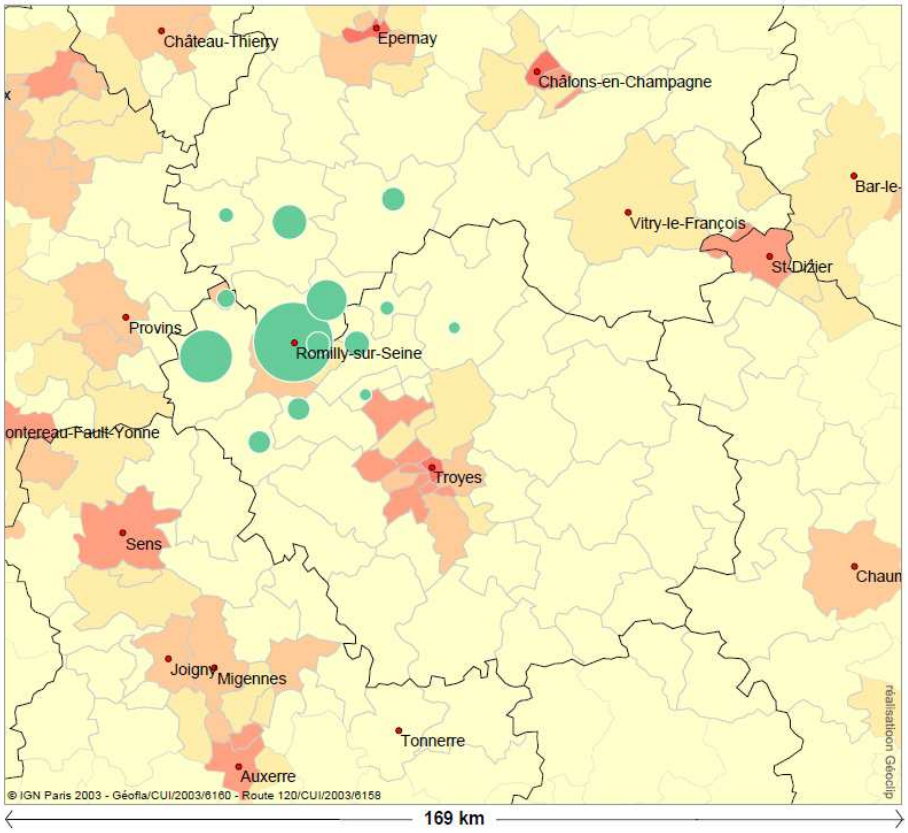
Centre Hospitalier de Vitry-le-François , séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



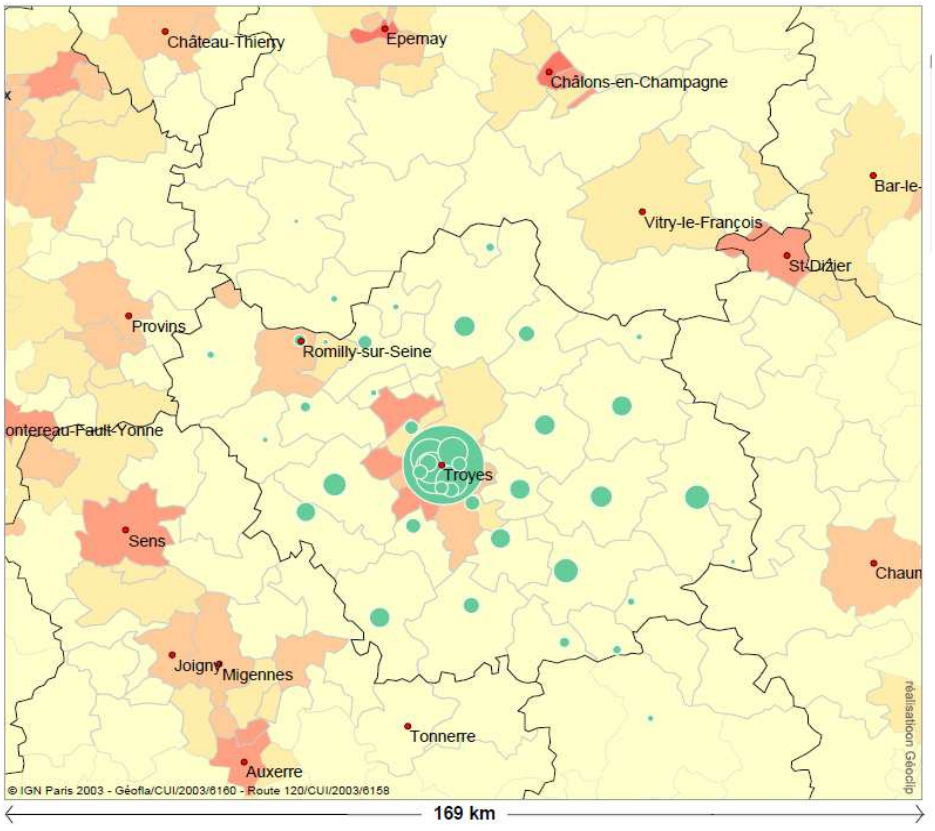
Centre Hospitalier de Saint-Dizier , séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



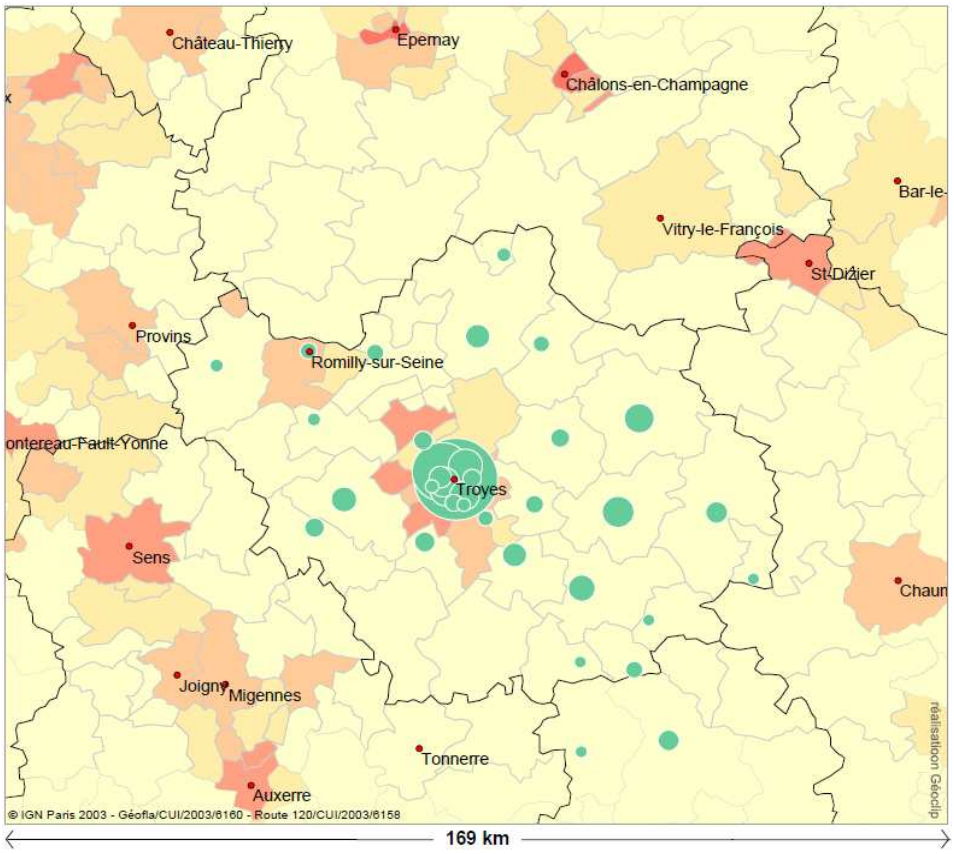
Groupe Hospitalier Aube-Marne, Romilly-sur-Seine, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



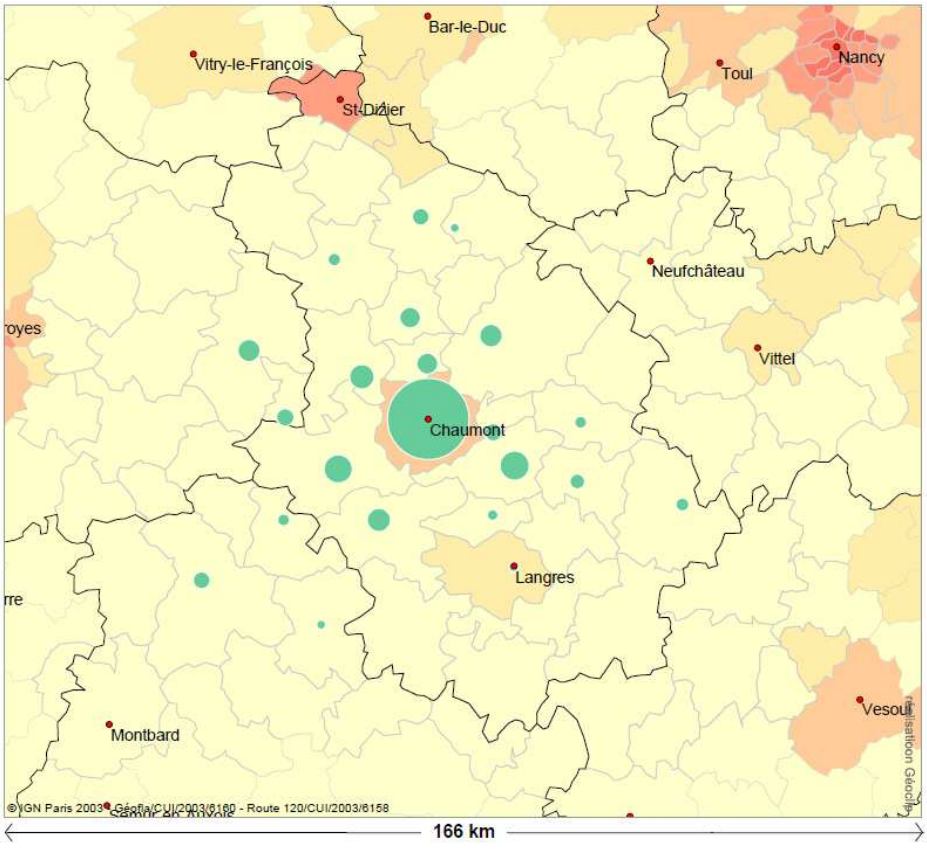
Centre Hospitalier de Troyes, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



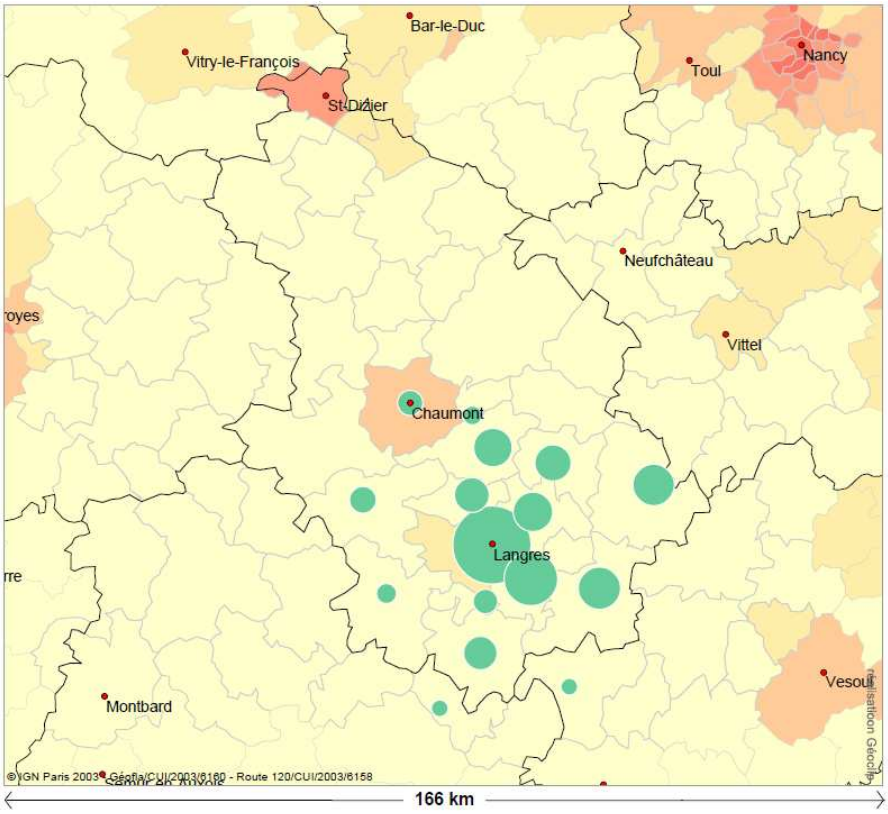
Clinique de Champagne à Troyes, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



Centre hospitalier de Chaumont, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



Centre hospitalier de Langres, séjours en obstétrique 2010. Source ATIH



2.2.3. Quelques données chiffrées

Le taux d'équipement hospitalier dans la région est supérieur à la moyenne nationale notamment en gynéco-obstétrique avec 1,7 lits pour 1.000 habitants contre 1,5 pour 1.000 en France entière.

La région Champagne-Ardenne est globalement attractive en matière d'accouchements. Le PMSI fait état, pour 2009 et 2010, des données suivantes :

	2009	2010
Attractivité (femmes accouchant en Champagne-Ardenne et domiciliées hors région)	1040	1044
Fuites (femmes domiciliées en Champagne-Ardenne et accouchant hors région)	806	751
Solde	234	293

Activité en nombre d'accouchements

L'activité en nombre d'accouchements sur la période du SROS 2006-2011 est la suivante :

Etablissement	Nombre d'accouchements					Evolution 2006-2010	
	2006	2007	2008	2009	2010	en valeur	en pourcentage
GHSA	284	262	280	269	226	-58	-20,42%
CH Epernay	382	335	340	306	344	-38	-9,95%
Clinique Epernay	445	427	464	371	384	-61	-13,71%
CH Vitry-le-François	393	344	337	359	351	-42	-10,69%
GHAM	502	510	570	560	597	95	18,92%
Clinique de Champagne	733	716	713	719	635	-98	-13,37%
CH Langres	417	401	426	355	366	-51	-12,23%
Maternités I	***3 156***	***2 995***	***3 130***	***2 939***	***2 903***	***-253***	***-8,02%***
CH Sedan	732	824	733	715	701	-31	-4,23%
Polyclinique Saint-André	1 614	1 743	1 726	1 734	1 819	205	12,70%
CH Châlons	1 197	1 102	1 120	1 127	1 147	-50	-4,18%
CH Chaumont	574	586	562	564	571	-3	-0,52%
Maternités IIA	***4 117***	***4 255***	***4 141***	***4 140***	***4 238***	***121***	***2,94%***
CH Charleville	1 830	1 959	1 964	1 881	1 847	17	0,93%
Polyclinique Courlancy	2 221	2 146	2 135	2 079	2 125	-96	-4,32%
CH Saint Dizier	1 035	944	968	938	962	-73	-7,05%
Maternités IIB	***5 086***	***5 049***	***5 067***	***4 898***	***4 934***	***-152***	***-2,99%***
CHU	1 625	1 606	1 628	1 739	1 766	141	8,68%
CH Troyes	2 268	2 233	2 346	2 414	2 449	181	7,98%
Maternités III	***3 893***	***3 839***	***3 974***	***4 153***	***4 215***	***322***	***8,27%***
Total région	**16 252**	**16 138**	**16 312**	**16 130**	**16 290**	**38**	**0,23%**

Source : SAE

On peut donc observer une relative stabilité du nombre d'accouchements régional sur la période, contrairement à la période du SROS de deuxième génération qui était marquée par une baisse régulière de ce nombre.

L'activité des maternités de niveau I poursuit sa baisse globale. Si l'on met de côté l'activité de la maternité du GHSA à Rethel (transformée en CPP en fin d'année 2010), quatre maternités de niveau I ont constaté une activité inférieure à 400 accouchements, sur les deux dernières années pour deux d'entre elles et sur l'ensemble de la période pour les deux autres. Ce constat doit être apprécié à l'aune des considérations suivantes :

- le lien existant entre qualité et sécurité des soins et niveau d'activité des maternités : ce lien est admis par les professionnels du champ de la périnatalité. Il a été notamment établi par le Plan périnatalité 2005-2007[63], qui indique que *« la sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que l'obstétrique soit exercée dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24h sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie-obstétrique, chirurgie, anesthésie-réanimation et pédiatrie ».*
- l'état de la démographie des professionnels concernés, dans une activité très réglementée.
- Le maillage territorial adéquat.

L'évolution de l'activité des maternités de niveau IIA et IIB s'est poursuivie selon la même tendance que durant la période précédente avec :

- une légère augmentation pour les maternités de niveau IIA ;
- et une légère diminution pour les niveaux IIB.

On observe toutefois, sur l'année 2010, une augmentation d'activité pour les deux niveaux.

Enfin, l'activité des maternités de niveau III a augmenté de façon significative entre 2006 et 2010.

[63] Plan Périnatalité 2005-2007 Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité, objectif 3.5, page 30

Activité en néonatologie

L'activité en néonatologie sur la période 2006-2009 est présentée en page suivante.

On constate une diminution globale des entrées en néonatologie (avec ou soins intensifs) et une augmentation des entrées en réanimation néonatale. On observe également une grande variabilité des données, notamment si l'on considère la part relative de chaque modalité de prise en charge (néonatologie simple, soins intensifs néonatals, réanimation néonatale) dans l'ensemble des naissances.
L'essentiel de l'activité en soins intensifs et réanimation est toutefois concentrée au CHU.

Etablissement	2007			2008			2009			Evolution 2007-2009	
	entrées en néonatologie	naissances	part de l'activité de néonatologie	entrées en néonatologie	naissances	part de l'activité de néonatologie	entrées en néonatologie	naissances	part de l'activité de néonatologie	des entrées en néonatologie	des naissances
CH Sedan	205	824	24,88%	198	733	27,01%	180	715	25,17%	-12,20%	-13,23%
Polyclinique Saint-André	98	1 743	5,62%	66	1 726	3,82%	64	1 734	3,69%	-34,69%	-0,52%
CH Châlons	210	1 102	19,06%	207	1 120	18,48%	195	1 127	17,30%	-7,14%	2,27%
CH Chaumont	202	586	34,47%	208	562	37,01%	150	564	26,60%	-25,74%	-3,75%
CH Charleville	439	1 959	22,41%	402	1 964	20,47%	363	1 881	19,30%	-17,31%	-3,98%
Polyclinique Courlancy	226	2 146	10,53%	295	2 135	13,82%	290	2 079	13,95%	28,32%	-3,12%
CH Saint Dizier	251	944	26,59%	337	968	34,81%	221	938	23,56%	-11,95%	-0,64%
CHU	308	1 606	19,18%	344	1 628	21,13%	304	1 739	17,48%	-1,30%	8,28%
CH Troyes	512	2 233	22,93%	637	2 346	27,15%	596	2 414	24,69%	16,41%	8,11%
Total région	**2 451**	**13 143**		**2 694**	**13 182**		**2 363**	**13 191**		**-3,59%**	**0,37%**

0

Etablissement	2007			2008			2009			Evolution 2007-2009	
	entrées en Soins intensifs néonatals	naissances	part de l'activité de SI néonatals	entrées en Soins intensifs néonatals	naissances	part de l'activité de SI néonatals	entrées en Soins intensifs néonatals	naissances	part de l'activité de SI néonatals	des entrées en soins intensifs néonatals	des naissances
CH Charleville	264	1 959	13,48%	190	1 964	9,67%	173	1 881	9,20%	-34,47%	-3,98%
Polyclinique Courlancy	na	2 146		na	2 135		na	2 079			-3,12%
CH Saint Dizier	69	944	7,31%	111	968	11,47%	60	938	6,40%	-13,04%	-0,64%
CHU	391	1 606	24,35%	370	1 628	22,73%	405	1 739	23,29%	3,58%	8,28%
CH Troyes	151	2 233	6,76%	147	2 346	6,27%	138	2 414	5,72%	-8,61%	8,11%
Total région	**875**	**8 888**		**818**	**9 041**		**776**	**9 051**		**-11,31%**	**1,83%**

Etablissement	2007			2008			2009			Evolution 2007-2009	
	entrées en réanimation néonatale	naissances	part de l'activité de réa néonatale	entrées en réanimation néonatale	naissances	part de l'activité de réa néonatale	entrées en réanimation néonatale	naissances	part de l'activité de réa néonatale	des entrées en réanimation néonatale	des naissances
CHU	410	1 606	25,53%	408	1 628	25,06%	430	1 739	24,73%	4,88%	8,28%
CH Troyes	94	2 233	4,21%	110	2 346	4,69%	119	2 414	4,93%	26,60%	8,11%
Total région	**504**	**3 839**		**518**	**3 974**		**549**	**4 153**		**8,93%**	**8,18%**

Source : SAE

Répartition des naissances d'enfants vivants dans les maternités champardennaises selon le poids de naissance en 2010 (source PMSI 2010)

Niveau de soins	Maternité	Moins de 1000 g	1000-1499 g	1500-1999 g	2000-2499 g	2500-3999 g	4000 g et plus	Total
I	**Centre hospitalier de Langres**	0	0	0	9	322	25	356
I	**Centre hospitalier d'Epernay**	0	1	3	14	320	17	355
I	**Centre hospitalier Vitry-le-Francois**	0	0	1	13	299	37	350
I	**Clinique de Champagne**	0	0	1	22	563	44	630
I	**Clinique d'Epernay**	2	1	5	15	338	19	380
I	**Groupe hospitalier Aube-Marne**	0	0	1	20	539	41	601
I	**Groupe hospitalier Sud-Ardennes**	0	1	2	12	196	15	226
IIA	**Centre hospitalier de Châlons-en-C.**	0	1	2	54	986	99	1 142
IIA	**Centre hospitalier de Chaumont**	0	0	6	28	501	33	568
IIA	**Centre hospitalier de Sedan**	0	2	6	36	596	50	690
IIA	**Polyclinique Saint-André**	0	0	5	82	1 592	122	1 801
IIB	**Centre hospitalier de Saint-Dizier**	6	3	17	48	797	86	957
IIB	**CH de Charleville Mézières**	0	7	36	92	1 576	132	1 843
IIB	**Polyclinique de Courlancy**	1	2	25	128	1 845	130	2 131
III	**Centre hospitalier de Troyes**	13	26	66	142	2 030	179	2 456
III	**CHRU**	61	85	120	115	1 330	82	1 793
	I	2	3	13	105	2 577	198	2 898
	IIA	0	3	19	200	3 675	304	4 201
	IIB	7	12	78	268	4 218	348	4 931
	III	74	111	186	257	3 360	261	4 249
	Champagne-Ardenne	83	129	296	830	13 830	1 111	16 279

Source : ARS/OSA/BC/PMSI MCO 2010

En ce qui concerne l'AMP, la proportion d'enfants nés vivants par rapport au total des tentatives est, pour les activités autorisées en Champagne-Ardenne, de 19,7% contre 16,6% (pour le même périmètre) en France[64].

En matière de DPN, 2251 fœtus ont été étudiés en 2008.

Il convient de noter qu'aucun prélèvement de sang placentaire n'est à ce jour pratiqué en Champagne-Ardenne dans les maternités. Toutefois, un projet est à l'étude.

[64] Source : ABM, données 2008

2.3. Démographie des professionnels de la naissance

La démographie des professionnels de santé de la naissance est source de fragilités en Champagne-Ardenne.
Les travaux[65] réalisés sur les données 2008 dans le cadre du comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) donnent les indications suivantes, sachant que ces données nécessiteront une mise à jour.

- **Pour ce qui concerne les métiers autour de la grossesse et de l'accouchement**, les densités des gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens et sages-femmes sont les suivantes :

Densité pour 10 000 femmes âgées de 15 à 49 ans	***Champagne-Ardenne***	***France***
Gynécologues obstétriciens	3,2	3,7
Gynécologues médicaux	0,8	1,4
Sages-femmes	13,2	12,4

Ces densités moyennes cachent des disparités, si l'on considère l'ancien territoire Sud Haute-Marne du SROS 3. La densité de gynécologues-obstétriciens y est de 1,8 contre 3,6 dans le territoire Sud-Ardennes-Marne, celle de sages-femmes y étant de 15,4 contre 13,7 dans le Sud-Ardennes-Marne.
L'âge moyen des gynécologues-obstétriciens champardennais est de 51 ans en 2008 (38% d'entre eux ont plus de 55 ans en 2008). Cet âge est de 55 ans chez les gynécologues médicaux, 42 ans chez les sages-femmes.
La moitié des gynécologues-obstétriciens exercent en secteur public, quand 70 % des accouchements ont lieu dans ce secteur.
On peut noter par ailleurs que la Champagne-Ardenne compte 13,5 anesthésistes réanimateurs pour 100 000 habitants contre 16,9 en France.

- **Pour ce qui concerne les métiers liés à la néonatologie et aux enfants en bas âge**, on peut noter une densité de pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans de 4,4 en Champagne-Ardenne, contre 6,1 en France métropolitaine

Des contrastes existent entre les différents territoires. L'ancien territoire Sud-Ardennes-Marne concentre à lui seul 43% des pédiatres de la région en 2008, ce territoire regroupant un tiers des Champardennais de moins de 15 ans.
L'âge moyen des pédiatres est de 49,3 ans en 2008, un tiers d'entre eux ayant plus de 55 ans.
Par ailleurs, la densité régionale en puéricultrices est de 10,1 pour 10 000 enfants de moins de 15 ans en 2008, contre 12,4 en France métropolitaine. Leur âge moyen est de 41 ans.
La situation de la pédiatrie néonatale doit faire l'objet d'une attention particulière, la labellisation des niveaux II et III étant liée à leur présence et à leurs compétences.

Or les maternités de niveaux IIA, IIB et III de la région disposent des effectifs suivants en la matière. Ces effectifs sont globalisés sur les secteurs maternité / néonatologie / réanimation néonatale.

Etablissement	***ETP de pédiatres / néonatologistes/ réanimateurs néonatals (source :SAE 2010, Q16)***
CH Sedan (IIA)	3
Clinique Saint-André (IIA)	2 exclusifs + 1 non exclusif
CH Châlons (IIA)	1,24
CH Chaumont (IIA)	0,52
CH Charleville (IIB)	1,3

[65] Source : « Les métiers autour de la grossesse et de l'accouchement en Champagne-Ardenne » et « Les métiers liés à la néonatologie et aux enfants en bas âge en Champagne-Ardenne », éditions 2009 (travaux URCAM-DRDASS pour le comité régional de l'ONDPS).

CH Saint-Dizier (IIB)	1,75
Polyclinique Courlancy (IIB)	5 exclusifs
CH Troyes	7
CHU Reims	9,1

La question de la formation de pédiatres compétents en néonatologie et/ou réanimation néonatale est un enjeu majeur pour la prise en charge périnatale en Champagne-Ardenne.

Au total, il convient de noter que les établissements champardennais sont pour certains d'entre eux confrontés à des problèmes de conformité aux normes des décrets de 1998, notamment en ce qui concerne le personnel. Ainsi par exemple, les trois maternités de niveau IIB de la région ont été ou sont non conformes, notamment du fait de l'insuffisance du nombre de pédiatres disposant d'une expérience attestée en néonatologie.

Les établissements ayant une activité d'accouchement reposant sur des effectifs en nombre décroissant sont donc nécessairement confrontés à la nécessité de réfléchir à l'évolution de leurs modalités d'intervention pour pouvoir maintenir le niveau et la qualité de soins offerts.

Ce descriptif global ne reflète pas la réalité particulière de chacun des établissements, qui peuvent se trouver en grande difficulté dans certaines disciplines, ce qui justifie une réflexion sur les mutualisations d'équipes.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux du PSRS

1. Les enjeux du PSRS

Le PSRS comprend 9 enjeux transversaux dont quatre principaux s'imposent au volet périnatalité du SROS :

- Relever le défi de la démographie des professionnels de santé ;
- Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé ;
- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux ;
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge.

2. Les priorités et objectifs spécifiques à la périnatalité dans le PSRS

2.1. Promouvoir et accompagner la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse

Cette priorité est au cœur de l'articulation entre la prévention et le soin. Ainsi, si l'accent doit être mis sur les aspects de prévention (éducation à la sexualité, accès à la contraception notamment), l'organisation sanitaire doit également garantir l'accès à l'IVG. L'un des leviers d'action mobilisable, sous réserve du respect de ses indications, consiste à développer le recours à l'IVG médicamenteuse, notamment en médecine de ville, en veillant à intégrer dans les réflexions l'impact psychologique que peut avoir ce mode d'IVG.

2.2. Adapter la prévention et la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles

Les 2 objectifs du PSRS définis en déclinaison de cette priorité sont les suivants :

- Dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social et offrir une prise en charge médicale, paramédicale et sociale la plus adaptée dans le parcours de la femme enceinte, en s'appuyant notamment sur des centres d'expertise et de recours. Cibler en particulier les femmes isolées en les informant des différents dispositifs de suivi de la grossesse.

- Promouvoir le partage de l'information à travers le réseau périnatal et l'utilisation d'outils communs (tels que le dossier périnatal et les temps d'échange de pratiques) afin :

  - de décloisonner les actions et de faciliter la coordination des professionnels intervenant dans le cadre de la grossesse (en particulier pour les femmes enceintes en situation de précarité) ;

  - de favoriser l'implication des professionnels au sein du réseau périnatal de Champagne-Ardenne.

2.3. Optimiser l'adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille

Les objectifs du PSRS définis en déclinaison de cette priorité sont les suivants :

- Assurer le suivi des mères et des nouveau-nés après la sortie de la maternité (en particulier lors d'une sortie précoce) en garantissant un relais identifié, notamment sur ces thématiques : allaitement, alimentation, santé mentale, suivi gynécologique et obstétrical, y compris contraception, maladies chroniques, addictions, accompagnement social, aide à la parentalité, violences intrafamiliales.

- Faire naître et prendre en charge l'enfant dans le niveau de soin adapté et conforter la politique régionale de dépistages néonatals.

- Organiser le réseau d'aval de suivi des enfants « vulnérables ».

- Sensibiliser les professionnels et les patientes sur le recours raisonné et médicalement justifié à la césarienne.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Les objectifs du SROS-PRS : garantir une offre de soins de qualité, sécurisée et accessible

1.1. Améliorer l'accès aux soins

Cet objectif majeur implique de pouvoir relever les défis s'imposant aux acteurs hospitaliers de la périnatalité.

- L'adéquation entre le niveau de risque pour la mère et l'enfant et le lieu de naissance doit pouvoir encore se renforcer.
- Le suivi des grossesses, notamment à risque médical et/ou social, devra pouvoir être amélioré.
- La continuité et la permanence des soins doivent pouvoir être garanties dans les maternités.
- L'organisation sanitaire doit permettre aux femmes, lorsque ce souhait est exprimé et en lien avec les dispositifs de prévention, d'accéder à l'IVG sur l'ensemble du territoire.

1.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

La prise en charge périnatale doit répondre à une démarche de soins personnalisée, favorisant notamment les relations d'attachement mère-enfant et père-enfant.

Par ailleurs, les établissements sièges d'unités de néonatologie et réanimation néonatale doivent pouvoir développer, le cas échéant, les compétences propres ou partenariats nécessaires à la continuité des prise en charge des nouveau-nés présentant un risque de développer un handicap, et accompagner les parents de ces nouveau-nés.

Le volet urgences du SROS décrit par ailleurs l'organisation du SMUR néonatal et pédiatrique.

SROS, volet hospitalier – médecine d'urgence
III. Principes généraux d'organisation
G. Prise en charge des urgences « spécifiques »

1. Cas particulier de la prise en charge des parturientes et accouchements par les équipes de SMUR

Dans le cadre de la prise en charge des parturientes, les équipes SMUR pourront demander le concours d'une sage-femme.

2. Prise en charge des urgences pédiatriques

La prise en charge des urgences pédiatriques s'organise dans le cadre du réseau des urgences. Les pédiatres participent aux actions de formation des personnels des structures de médecine d'urgence. L'ensemble des établissements autorisés au titre de la médecine d'urgence participe à la prise en charge des urgences pédiatriques, via le réseau régional des urgences de Champagne Ardenne.
(…)

SMUR pédiatrique :

Ce dispositif est complété par la présence d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique régionale, basée à Reims. Cette structure est mobilisée prioritairement pour les transports inter-hospitaliers régionaux des nouveau-nés, nourrissons et enfants de moins de deux ans. Au-delà de deux ans, le transport peut être effectué en première intention par les SMUR polyvalents, sauf contre-décision au cas par cas.

La mobilisation du moyen adéquat ou de moyens successifs - SMUR polyvalent puis SMUR pédiatrique - est décidée par la régulation par les du SAMU territorialement compétent, en concertation avec le responsable du SMUR pédiatrique et le médecin qui a vu l'enfant.

2. Le plan d'action en périnatalité

2.1. Réaffirmer le rôle du réseau périnatal régional

Les missions du réseau telles qu'établies par le SROS 2006-2011 sont réaffirmées :

- orientation des femmes enceintes vers une maternité disposant de l'environnement médical, obstétrical et pédiatrique adéquat pour leur prise en charge et celle de leur nouveau-né en fonction du risque encouru ;
- cadre d'organisation des dépistages néonataux ;
- organisation de la prise en charge primaire des femmes et de leur retour à domicile, en lien avec les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et les structures à caractère social et médico-social ;
- diffusion de référentiels par un système d'information adapté ;
- organisation du rassemblement et de la circulation entre les professionnels de santé de l'information médicale nécessaire à la prise en charge tout au long de la grossesse et après la naissance ;
- traitement d'indicateurs, analyse des données de prise en charge périnatale.

Ces missions trouvent de nouveaux prolongements dans le présent schéma (cf. *infra*). Le réseau périnatal de Champagne-Ardenne devra donc être conforté.
L'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des femmes enceintes puis des nouveau-nés et enfants vulnérables ont vocation à adhérer au réseau. C'est le cas, notamment, des maisons de santé pluridisciplinaires.

2.2. Consolider le maillage territorial de prise en charge périnatale

L'organisation périnatale fait partie intégrante du projet médical élaboré dans le cadre des communautés hospitalières de territoire. Elle relève d'une filière de soins graduée.

SROS, volet hospitalier – médecine et chirurgie
Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions
A. Constitution de trois communautés hospitalières de territoire (nord Ardennes, Champagne Ardenne-centre, Champagne Ardenne-sud).

B. Du réseau local de soins à l'offre de recours interrégionale : définition d'une gradation des soins,

Suivi des grossesses
Le maillage territorial actuel devra être pérennisé pour ce qui concerne le suivi de la grossesse, qui doit pouvoir se faire à proximité des lieux de vie des patientes.
Les structures d'hospitalisation à domicile peuvent participer de ce dispositif.

Activité d'accouchement
Les établissements de santé sièges de maternités devront établir les coopérations nécessaires afin d'assurer la continuité et la permanence des soins, ainsi que la qualité des prises en charge. La constitution d'équipes communes sera recherchée en cas de difficultés à répondre à ces objectifs.

Dans les trois ans du présent schéma, les maternités présentant une activité annuelle ne permettant pas de garantir la qualité et la sécurité des soins et/ou l'équilibre médico-économique devront évoluer.

Une pratique régulière et diversifiée contribue en effet à la qualité et à la sécurité de la prise en charge ; une activité suffisante est par ailleurs nécessaire à l'équilibre financier.

Cette évolution se traduira par les mesures suivantes :
- un regroupement d'activités sur un site unique;
- une mutualisation d'équipes intervenant sur plusieurs sites ;
- la transformation en CPP.

Transferts in utero
Le réseau régional de périnatalité devra amplifier l'organisation des transferts pour permettre d'améliorer encore le taux d'adéquation des naissances.
Le réseau appuiera également le renforcement des liens entre les lieux de périnatalité et le pôle de recours régional.

Ressources humaines
La politique régionale en faveur de la démographie médicale (formation, recrutement) prendra en compte en particulier les besoins en pédiatres formés à la néonatologie / réanimation néonatale. Au-delà des pédiatres, la formation des équipes intervenant auprès des nouveau-nés et leur mise à jour est une condition majeure de la qualité des prises en charge.

2.3. Améliorer les prises en charge des femmes enceintes, des jeunes mères et des nouveau-nés

Orientation des femmes enceintes
L'action du réseau périnatal de Champagne-Ardenne devra permettre d'appuyer des progrès dans le dépistage des grossesses à risque et l'orientation vers le bon niveau de prise en charge, en lien avec un pôle d'expertise régional (au CHU de Reims). Les équipements de télémédecine devront être utilisés.

Urgences obstétricales
Les maternités, en lien avec le réseau, examineront par ailleurs les éventuelles difficultés de prise en charge des urgences obstétricales et les moyens d'y remédier. La formation des professionnels des urgences aux problématiques de la périnatalité sur les territoires où est implanté un CPP devra être assurée.
De façon générale, l'organisation des équipes de SMUR[66] s'adapte au cas particulier de la prise en charge des parturientes et des accouchements. Ainsi ces équipes pourront-elles avoir recours à une sage-femme.

👁SROS, volet hospitalier – médecine d'urgence

[66] SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

III. Principes généraux d'organisation
G. Prise en charge des urgences « spécifiques »

1. Cas particulier de la prise en charge des parturientes et accouchements par les équipes de SMUR

Dans le cadre de la prise en charge des parturientes, les équipes SMUR pourront demander le concours d'une sage-femme.

Ciblage des grossesses à risque médical et/ou social

Les femmes enceintes vulnérables (notamment les femmes souffrant de pathologies chroniques, psychiatriques, ou d'addictions, et/ou en situation de handicap et/ou de précarité) doivent pouvoir être repérées, orientées et prises en charge, en liaison avec les acteurs de ville (notamment les médecins libéraux et sages-femmes libérales) ou les acteurs médico-sociaux (notamment les services de PMI ou les établissements d'accueil pour personnes handicapées).
Les dispositions du volet addictologie du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et du volet santé mentale du SROS devront être prises en compte par les acteurs de la périnatalité.
L'action du réseau périnatal de Champagne-Ardenne s'inscrit dans ces dispositions.

Qualité des soins

Les maternités, en lien avec le réseau périnatal, mettent en œuvre toutes actions permettant de répondre aux objectifs de qualité des soins. La question des sorties précoces fait en particulier l'objet de protocoles précis dans les maternités, en lien avec les acteurs de ville (médecins, sages-femmes libérales) et les services de PMI. La communication est par ailleurs organisée, envers les patientes, sur les indications précises du recours à la césarienne, au cours du suivi des grossesses.

2.4. Permettre la prise en charge des IVG

L'accès à l'IVG doit être possible sur l'ensemble des plateaux techniques de gynécologie-obstétrique, et l'IVG doit pouvoir être pratiquée en cas de nécessité au sein des plateaux techniques chirurgicaux, en chirurgie ambulatoire.
Le service public hospitalier est en particulier tenu de permettre cet accès, dans le respect des délais légaux.

L'IVG médicamenteuse doit, dans la mesure des indications médicales, pouvoir être favorisée. Les établissements de santé doivent à cet égard examiner les moyens de favoriser les liens par convention avec les médecins de ville pour la proposition de cette modalité d'IVG.

La prise en charge des IVG en milieu hospitalier doit se faire en lien étroit notamment avec la médecine de ville et les centres de planification, de façon à permettre, entre autres, la réactivité des prises en charge.

Un travail complémentaire sera conduit, en lien avec le réseau périnatalité et les centres de planning familiale, pour quantifier et analyser les causes des refus éventuels de prise en charge en IVG justifiant un recours des femmes concernées à des praticiens hors région et/ou hors France.

2.5. Conforter l'offre en Assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et le diagnostic préimplantatoire

Les implantations issues du précédent schéma seront reconduites dans le SROS-PRS. Une implantation supplémentaire sera possible en matière de diagnostic prénatal, pour la modalité des analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels.

L'examen du service rendu par les structures sera mené en lien avec l'agence de biomédecine.

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Reims est conforté.

L'ensemble de l'activité liée à l'AMP et au DPN s'articule le cas échéant avec les dispositions des chapitres Génétique et Biologie Médicale du SROS.

SROS – génétique et biologie médicale.

Chapitre 5 : Schéma cible

Le territoire pertinent en matière de périnatalité est le territoire régional.

1. Activités de gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale

	Implantations	***Evolutions***
Unités d'obstétrique (niveau 1)	Entre 3 et 5 implantations à Epernay Vitry-le-François Romilly sur Seine Troyes Langres	Une seule maternité sera implantée à Epernay, par regroupement des deux autorisations préexistantes. Les implantations prévues à Vitry-le-François et Langres seront revues en fonction des évolutions quantitatives et qualitatives. Cette révision pourra conduire à la transformation en centre périnatal de proximité.
Unités d'obstétrique et unités de néonatologie sans soins intensifs (niveau IIA)	3 ou 4 implantations à Sedan Reims Châlons-en-Champagne Chaumont	Les maternités de Charleville-Mézières et de Sedan fonctionneront avec une équipe unique, dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH). Le regroupement des maternités de la Polyclinique Saint-André et de la Polyclinique Courlancy donnera lieu à constitution d'une maternité de niveau IIA. Un niveau IIB pourra toutefois être installé, si les conditions réglementaires afférentes à ce niveau sont respectées.
Unités d'obstétrique et unités de néonatologie avec soins intensifs (niveau IIB)	2 ou 3 implantations à Charleville-Mézières Reims Saint-Dizier	Les maternités de Charleville-Mézières et de Sedan fonctionneront avec une équipe unique, dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH). Le regroupement des maternités de la Polyclinique Saint-André et de la Polyclinique Courlancy donnera lieu à constitution d'une maternité de niveau IIA. Un niveau IIB pourra toutefois être installé, si les conditions réglementaires afférentes à ce niveau sont respectées.
Unités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale (niveau III)	2 implantations à Reims Troyes	
Centres périnatals de proximité	Entre 4 et 6 implantations à Revin Rethel Vouziers Bar-sur-Aube Vitry-le-François Langres	Les implantations à Vitry-le François et Langres sont inscrites au schéma conformément aux évolutions évoquées plus haut (implantations des unités d'obstétrique de niveau 1).

2. Activité de soins d'assistance médicale à la procréation

	Implantations	*Nombre*
Activités cliniques		
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	Charleville-Mézières Reims	3
Prélèvement de spermatozoïdes	Reims	2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	Reims	2
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	Reims	1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0
Activités biologiques		
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	Charleville-Mézières Troyes Reims	5
Activités relatives à la fécondation in vitro sans et avec micromanipulation	Reims	2
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	Reims	1
Préparation, conservation et mise à disposition des ovocytes en vue d'un don	Reims	1
Conservation à usage autologue des gamètes et de tissus germinaux	Reims	2
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	Reims	2
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0

3. Diagnostic prénatal

	Implantations	*Nombre*
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	Reims	2
Analyses de génétique moléculaire	Reims	1
Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses	Reims	1
Analyses d'hématologie		0
Analyse d'immunologie		0
Analyse de biochimie, y compris les analyses portant sur marqueurs sériques maternels	Reims Vitry le François	3

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

1. Prévention des grossesses non désirées

1.1. Objectif opérationnel

Les établissements de santé participent pleinement à la prévention des grossesses non désirées.

1.2. Plan d'actions

- Les professionnels de santé apportent leur concours, en articulation avec les autres acteurs concernés, aux actions d'éducation à la sexualité et de prévention des grossesses chez les mineures.
- Les établissements de santé garantissent l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, en lien avec les centres de planification et d'éducation familiale.

2. Prise en charge des grossesses à risque médical

2.1. Objectifs opérationnels

Certaines pathologies sont porteuses, chez la femme enceinte, de risques accrus pour la femme comme pour l'enfant. La réduction des cas de prématurité, de handicap pour l'enfant ou de complications sévères pour la femme à l'accouchement passe par la prévention de ces pathologies, tant en termes de dépistage et de suivi que d'éducation à la santé.
Les établissements de santé prenant en charge des femmes enceintes participent à ces actions.

2.2. Plan d'actions

Les professionnels exerçant en établissement de santé participent à toutes les actions permettant de réduire les risques médicaux liés à la grossesse et à l'accouchement.

Ces actions portent notamment sur la prévention, le dépistage et la prise en charge, chez la femme enceinte :

- du diabète gestationnel ;
- des pathologies à sur-risque en cas de grossesse : rubéole, toxoplasmose, infection à VIH[67] ;
- des pathologies liées à la surcharge pondérale ;
- de l'hypertension artérielle ;
- des conduites addictives (tabac, alcool – pouvant provoquer un syndrome d'alcoolisation fœtale -, toxicomanie) ;
- des maladies rares ;
- des comportements à risque (stress, sur-activité) ;
- de la souffrance psychique.

L'entretien prénatal précoce est un outil à privilégier, notamment pour le dépistage de la souffrance psychique, des conduites addictives ou comportements à risque.

[67] VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Le suivi en phase post-natale est également pris en compte dans les établissements de santé.

Ces actions s'inscrivent dans les dispositions du schéma régional de prévention et du SROMS. Elles s'articulent avec le chapitre santé mentale du volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins.

Elles supposent une collaboration active entre les acteurs hospitaliers, les professionnels de santé libéraux (y compris dans les formes d'exercice collectif), les acteurs de la PMI, les acteurs de la prévention et les associations.

Le réseau périnatal de Champagne-Ardenne joue un rôle prépondérant en assurant la mise à disposition des professionnels de l'information et des outils nécessaires, ainsi qu'au travers des actions de formation qu'il peut mener.

Schéma régional d'organisation médico-sociale, volet addictions
Chapitre 5 - Objectifs opérationnels et plans d'action
Objectif opérationnel 1 - Mettre en place le parcours de santé en addictologie

1.2 Développer les actions de prévention auprès des femmes enceintes

Les messages d'abstinence concernant l'alcool pendant la grossesse, de même que l'usage du tabac et de substances psycho-actives sont non seulement mal compris ou encore relativisés, mais aussi souvent non abordés avec les parturientes par les professionnels de santé, alors que les moyens et outils existent. Ceci a été confirmé lors des auditions régionales réalisées pour la rédaction de ce volet.

Le Plan périnatalité 2005-2007 a mis en place un entretien individuel et/ou en couple au cours du 4ème mois de grossesse. Systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes et/ou aux futurs parents, il a pour objectif de préparer avec elles / eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien doit être l'occasion d'évoquer des questions habituellement peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : la question des addictions et des risques pour l'enfant peut être abordée à ce moment.

Alcool et grossesse

Plusieurs études ont mis en évidence le fait que les personnes présentant des séquelles d'exposition prénatale à l'alcool sont particulièrement vulnérables à un syndrome ultérieur d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psycho-actifs. L'exposition prénatale à l'alcool apparaît donc comme un facteur prédisposant à l'entrée ultérieure dans la dépendance, indépendamment de l'action péjorative d'un milieu familial « alcoolisé » après la naissance de l'enfant68.

Un guide intitulé « Alcool et grossesse, parlons-en » du Ministère de la Santé est paru en juin 2011. Il est téléchargeable sur le site de la MILDT69.

Ce guide rappelle que la problématique « Alcool et grossesse » est complexe et concerne tant les professionnels de santé, quels qu'ils soient (libéraux, de PMI, hospitaliers..), que les intervenants sociaux, médico-sociaux, éducatifs, associatifs ou encore les familles. Il assoie la place, la connaissance et la reconnaissance des compétences de chacun de ces acteurs sur le partage de formations et d'outils communs, ces actions pouvant être réalisées localement dans le cadre du réseau de santé périnatalité.

Le guide propose également comme levier le carnet de santé maternité, carnet diffusé par les conseils généraux en début de grossesse, par le biais des services de PMI. Remanié depuis 2007, il comporte des messages de prévention destinés aux femmes enceintes, notamment en ce qui concerne l'interdiction de consommer de l'alcool.

Enfin, ce guide met en avant l'existence d'une plate-forme de ressources nationale sur la thématique « Grossesse et alcool », dénommée SAFFRANCE70. Cette structure associative facilite l'organisation

68 « Alcool, tabac, cannabis… Quelle prévention pour les jeunes en espace de loisirs ? » MILDT / DJEPVA – INJEP 2009
69 http://www.drogues.gouv.fr/actualites/detail-actu/article/sortie-du-guide-alcool-et-grossesse-parlons-en/
70 http://www.saffrance.fr/

de colloques et de formations sur ce thème dans toutes les régions françaises afin que les troubles causés par l'alcoolisation fœtale soient dépistés, reconnus et leurs prises en charge organisées.

Tabac et grossesse

La charte « Maternité sans tabac », qui s'inscrit dans le cadre du réseau « Hôpital sans tabac », a pour objectif de fédérer les établissements hospitaliers publics et privés pour une meilleure coordination des soins par les équipes hospitalières et inter-hospitalières dans la mise en œuvre des recommandations du consensus « grossesse et tabac », la mutualisation des expériences, la formation et les résultats.

Au regard de ce qui précède, et afin d'améliorer la prévention des addictions auprès des femmes enceintes dans la région Champagne-Ardenne, les objectifs sont les suivants :

Objectif n° 4 : Prévenir le Syndrome d'Alcoolisatio n Fœtale (SAF) et les autres troubles liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse.
Objectif n°5 : Promouvoir une culture commune aux professionnels des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux via le Réseau Périnatalité et le Réseau Addica.
Objectif n°6 : Renforcer le partenariat avec les c onseils généraux

3. Prise en charge des femmes enceintes, jeunes mères et nouveau-nés en situation de vulnérabilité

3.1. Objectif opérationnel

La recherche d'une amélioration de la situation périnatale (prévention de la prématurité, prévention des pathologies de la femme enceinte et du nouveau-né…) passe par le meilleur dépistage et le meilleur suivi des femmes enceintes, des jeunes mères et des nouveau-nés en situation de précarité, notamment sociale.

3.2. Plan d'actions

Les actions de dépistage et de prise en charge des grossesses à risques médical et social font partie intégrante des missions des établissements de santé.

Par ailleurs, les établissements de santé doivent pouvoir être des interlocuteurs fiables pour la prise en charge des jeunes mères et des nouveau-nés, dont le suivi quotidien est toutefois confié à d'autres acteurs. L'action des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) participe de cet objectif.

L'ensemble de ces actions nécessitent une coordination avec les professionnels de santé de ville (notamment médecins et sages-femmes libérales) et avec les acteurs sociaux (services de la protection maternelle et infantile notamment).

Le réseau périnatal de Champagne-Ardenne participe à la réflexion en la matière.

4. Suivi médical et social des nouveau-nés et enfants « vulnérables », accompagnement de leurs parents

4.1. Objectif opérationnel

La prise en charge adéquate des enfants et l'accompagnement de leurs parents nécessite un continuum dans les actions des différents professionnels intervenant :

- en phase prénatale pour la prévention des déficits et handicaps du futur enfant ;
- lors de la naissance, pour le dépistage de ces déficits et handicaps ;
- après la naissance et notamment dans les premières années de vie, pour la prise en charge de ces déficits et handicaps, quelle que soit leur cause (prématurité, génétique, maladie chronique ou rare).

Ces déficits et handicaps peuvent être sensoriels, moteurs, psychiques ou intellectuels. Ils peuvent se traduire au moment des apprentissages fondamentaux du jeune enfant.

La coordination des différents acteurs est donc un objectif majeur de la prise en charge de ces situations.

4.2. Plan d'actions

- Mettre en place une instance régionale de suivi de la politique de santé en direction des enfants, notamment des nouveau-nés et jeunes enfants.

Cette instance sera chargée :

  - de recueillir l'information (et notamment sur le nombre de nouveau-nés susceptibles de développer un déficit ou un handicap) nécessaire au ciblage des actions (de dépistage et/ou de prise en charge) à mener prioritairement en matière de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des nouveau-nés et jeunes enfants ;
  - de proposer les actions à mener prioritairement ;
  - de favoriser la coordination des acteurs ;
  - de suivre la mise en œuvre des actions ;
  - d'organiser la circulation d'une information globale sur les dispositifs de dépistage et de prise en charge, y compris à destination des parents.

- Conforter la politique régionale de dépistages néonataux portée par l'Association Régionale Champagne Ardenne pour le dépistage et la prévention des Maladies Métaboliques et des Handicaps de l'Enfant, et faire partager les résultats de ces dépistages. Ces dépistages portent de manière systématique sur les pathologies ou déficiences suivantes : phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose, mucoviscidose, surdité bilatérale congénitale, dysplasie congénitale de la hanche ; un dépistage ciblé de la rétinopathie congénitale est également possible au CHU de Reims.

- Mettre en place une prise en charge en réseau, permettant d'obtenir un diagnostic expert du déficit ou handicap du jeune enfant, et une prise en charge de proximité.

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi

Champ	Indicateurs	Source	Rythme de recueil et d'analyse
Grossesse, accouchement	- Part des séjours de nouveau-nés sévères réalisés en maternité de niveau 3 - Proportion de nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 32 SA et/ou de poids inférieur à 1500 g nés en maternité de niveau 3 - Taux de césarienne par maternité et par territoire de santé - Nombre de transferts in utero - Nombre de grossesses pathologiques suivies - Nombre d'hémorragies du post-partum - Nombre de décès maternels - Nombre IMG et causes - Nombre d'accouchements hors maternité	PMSI Etablissements Réseau périnatal	Annuel
Réseau périnatal	- Nombre d'adhérents au réseau périnatal par catégorie - Nombre d'actions de formation, thématiques abordées - Nombre d'actions d'information, thématiques abordées	Réseau périnatal – rapport d'activité	Annuel
Maillage territorial	- Activité des lieux de naissance en nombre d'accouchements - Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements - Poids de naissance et âge gestationnel sur les lieux de naissance - Nombre de femmes	PMSI Etablissements Réseau périnatal	Annuel

	accouchant dans la région et domiciliées hors de la région - Nombre de femmes domiciliées dans la région et accouchant hors région - Nombre de femmes enceintes différentes suivies en CPP avant et après l'accouchement		

Champ	Indicateurs	Source	Rythme de recueil et d'analyse
IVG	- Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie - Répartition des IVG entre IVG instrumentales et IVG médicamenteuses - Nombre d'IVG chez les mineures - Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissement de santé - Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé, nombre de conventions concernées - Taux de recours à l'IVG - Nombre d'IVG tardives (13 et 14 SA) - Nombre d'IVG réalisées hors région ou à l'étranger		Annuel
AMP-DPN	- Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer (15-49 ans)	Agence de biomédecine Etablissements	Annuel

Glossaire

ARCAMMHE : l'Association Régionale Champagne Ardenne pour le dépistage et la prévention des Maladies Métaboliques et des Handicaps de l'Enfant

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASIOPER : Champagne-Ardenne Système d'Information et d'Observation en PErinatalité du Réseau

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DGOS : Direction Général de l'Offre de Soins

DPN : Diagnostic PréNatal

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EFS : Etablissement Français du Sang

FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière

GHAM : Groupe Hospitaliser Aube-Marne

GHSA : Groupement Hospitalier Sud-Ardennes

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruptions volontaires de grossesse

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PSRS : Projet Stratégique Régional de Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 369
1. Présentation de la thématique 369
2. Textes de référence 370

Chapitre 2 : Diagnostic régional 372
1. Soins somatiques 372
1.1 Soins ambulatoires – les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) ... 372
1.2 Hospitalisations : les chambres sécurisées et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Nancy 373
2. Soins psychiatriques 373
3. Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) 375
4. Quelques données régionales 375
5. Principales pathologies observées 376

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 377
1. Améliorer l'accès aux soins 377
2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale 378

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 380
1. Améliorer l'accès aux soins 380
1.1. Développer une offre de soins graduée en psychiatrie et repositionner le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) dans son rôle régional 380
1.2 : Conforter le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) 389
1.3. Consolider les dispositifs d'accès aux soins somatiques 390
2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire 398
2.1 Organiser les relations 398
2.2. Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée, pendant la détention, et en prévision de la sortie 399
2.3. Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral 402
2.4. Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins 405

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 407

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi et d'évaluation 407
1. Améliorer l'accès aux soins 407
1.1. Indicateurs épidémiologiques 407
1.2. Développer une offre de soins graduée en psychiatrie : repositionner le SMPR dans son rôle régional 407
1.3. Conforter le CRIAVS 408
1.4. Consolider le dispositif d'accès aux soins somatiques 408
2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire 410
2.1. Organiser les relations 410
2.2. Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée en détention, pendant la détention, et en prévision de la sortie 410
2.3. Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral 410
2.4. Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité et à l'accès aux soins 410

Glossaire 411

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :
- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence **et** l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique

Le milieu carcéral est un environnement violent, clos et oppressant où l'individu privé de liberté est soumis à des mesures disciplinaires et à des règles de fonctionnement. Exclu partiellement et temporairement de la société, la personne détenue se retrouve isolée de son entourage et de sa famille dans un univers inconnu, où elle est confrontée à ses propres angoisses et à sa solitude.

Les soins en milieu pénitentiaire, qu'ils soient somatiques et/ou psychiatriques, représentent alors un espace d'ouverture potentiellement bienveillant et empathique dans l'enceinte carcérale. La médecine pénitentiaire consiste alors avant tout à prodiguer des soins et des conseils aux personnes détenues, mais également à permettre les mesures adéquates pour que les personnes détenues bénéficient des mêmes droits à la santé que la population générale.

Cette démarche nécessaire doit s'intégrer dans une relation constante de partenariat et d'échange d'informations avec l'Administration pénitentiaire, tout en préservant l'indépendance professionnelle du médecin, et les questions de règles éthiques fondamentales qui y sont liées.

Nombre d'acteurs de la santé peuvent avoir à prendre en charge une personne détenue : médecins et personnels soignants de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de rattachement, médecin psychiatre, psychologue, chirurgien-dentiste, milieu associatif… Pour cette raison, la coordination de l'ensemble de ces intervenants est un pré-requis essentiel pour permettre aux personnes détenues d'être prises en charge au même titre que les personnes à l'état de liberté, à partir de l'UCSA et/ou de son médecin coordonnateur.

Les difficultés de recrutement de professionnels de la santé pour l'exercice en milieu carcéral (*isolement par rapport aux confrères, pénibilité de l'exercice en détention*…) couplées à la problématique de la démographie médicale en Champagne-Ardenne[71] accentuent les nécessités d'articulation et de coordination des professionnels concernés.

La réforme de 1994[72] a constitué un progrès considérable sur le plan sanitaire ; en dehors du problème spécifique des soins dentaires, pour lesquels les délais de prise en charge peuvent être plus longs, les personnes détenues bénéficient d'une qualité de soins équivalente à celle que l'on connaît à l'extérieur et, en tout cas, incomparablement supérieure à celle qu'ils peuvent connaître dehors ; la majorité des personnes détenues n'étant pas entrée dans un parcours de soins avant l'incarcération.

Faire face aux besoins de soins variés de la population pénale (*de la pathologie somatique multiple jusqu'aux maladies sexuellement transmissibles (SIDA…), troubles-pathologies psychiatriques, éventuellement décompensation lors de l'incarcération, soins dentaires...),* et ainsi promouvoir l'égalité devant la santé, améliorer l'espérance de vie des personnes détenues-sortantes en bonne santé pour améliorer l'accessibilité au système de soins en milieu pénitentiaire, tels sont les objectifs de ce volet.

[71] La démographie des professionnels de santé a été définie dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) comme étant l'enjeu majeur pour la région.
[72] LoiN°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

2. Textes de référence

- Code de la santé publique

- Code de la sécurité sociale (*notamment ses articles L381-30 à L381-31, R381-97 à R381-120 et L433-4)*

- Code de procédure pénale

- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;

- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

- Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice qui prévoit la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues ;

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

- Loi n° 2009-879 du 29 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dites HPST) et ses textes réglementaires d'application ;

- Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (*articles 45 à 56*), et ses textes réglementaires d'application ;

- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ;

- Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ;

- Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

- Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées ;

- Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées (UHSA) destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

- Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées

- Plan national VIH-IST 2010-2014

- Plan national 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice ;

- Circulaire interministérielle du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées au sein des établissements publics de santé ;

- Circulaire interministérielle n°105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues publié par les Ministères de la santé et de la justice

- Guide des bonnes pratiques des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) – à paraître

- Guide sur l'informatisation des UCSA publié par l'ASIP – à paraître

- Note de la Direction de l'Administration pénitentiaire n°290 du 9 juin 2010 relative aux difficultés rencontrées pour les gardes et escortes de personnes détenues ;

- Note de la DHOS en date du 27 mai 2009 relative au protocole entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires sur le système d'information des UCSA et des SMPR

- Instruction DGS n°390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

- Courrier du Directeur de l'Administration Pénitentiaire précisant le rattachement de la région Champagne-Ardenne à l'UHSI de Nancy – avril 2011 ;

- Rapport IGAS-IGSJ sur « L'évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues » - Juin 2011

Chapitre 2 : Diagnostic régional

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique rappelle que l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire, en garantissant à tous l'accès à la santé.

La loi du 18 janvier 1994 a, quant à elle, fondamentalement modifié la façon de prendre en charge les personnes détenues, que ce soit sur le plan de l'organisation des soins, sur celui de la prévention, ou sur celui de la protection sociale.

Par ailleurs, le plan national 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice prévoit un certain nombre d'axes d'amélioration, tous domaines confondus, repris dans les chapitres suivants.

Les éléments de diagnostic ci-dessous en dressent une « photographie » permettant d'aborder les principales thématiques du volet personnes détenues.

1. Soins somatiques

1.1 Soins ambulatoires – les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)

Les activités de soins courants somatiques, ou soins de proximité, sont dispensés par des équipes hospitalières exerçant au sein d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

Sept UCSA sont identifiées en Champagne-Ardenne réparties comme suit :

- trois dans l'Aube,
- deux dans la Marne,
- une dans la Haute-Marne,
- une dans les Ardennes.

Les UCSA se situent au sein des catégories[73] d'établissements pénitentiaires suivants :

- cinq maisons d'arrêt
- un centre de détention,
- une maison centrale.

Les maisons d'arrêt de Chaumont et de Reims comprennent chacune un quartier pouvant accueillir des **personnes détenues mineures**.

Celle de Châlons-en-Champagne comprend quant à elle, un quartier dédié aux **femmes détenues**.

---

[73] *Maisons d'arrêt : reçoivent les prévenus en détention provisoire (détenus en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les condamnés dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans ;*
Centre de détention : accueillent des détenus condamnés à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.
Maison centrale : accueillent les détenus condamnés à une longue peine et/ou présentant des risques. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité
Centre de semi-liberté reçoivent des condamnés admis au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. Le condamné détenu peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.
Les quartiers centres pour peines aménagées peuvent recevoir les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

Source : www;justice.gouv.fr)

Ces unités hospitalières sont rattachées à un pôle d'activité d'un établissement de santé, et doivent ainsi disposer des mêmes moyens que les autres services. Le tableau ci-dessous précise les établissements de santé de rattachement des UCSA, par catégorie d'établissement pénitentiaire :

Etablissement de santé de rattachement de l'UCSA	**Etablissement pénitentiaire concerné**
CHU Reims	Maison d'arrêt de Reims
CH Châlons-en-Champagne	Maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne
CH Charleville-Mézières	Maison d'arrêt de Charleville-Mézières
CH Troyes	Maison d'arrêt de Troyes Centre de détention de Villenauxe-la-Grande Maison centrale de Clairvaux
CH Chaumont	Maison d'arrêt de Chaumont

Les activités dispensées au sein des UCSA incluent des activités de soins, d'éducation et de promotion de la santé.

1.2 Hospitalisations : les chambres sécurisées et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Nancy

Les hospitalisations somatiques sont réalisées en milieu hospitalier :

- soit au sein de chambres sécurisées, implantées dans les établissements de santé de rattachement, permettant d'accueillir des personnes détenues pour des hospitalisations de moins de 48 heures et/ou d'urgence. Dans le cas où l'état du patient ne permet pas son transfert à l'UHSI dans le délai prévu, celui-ci peut dépasser les 48 heures. Cette situation devant naturellement relever de cas et de situations exceptionnels ;
- soit au sein d'une UHSI, dispensant des soins de plus de 48 heures et/ou nécessitant un plateau technique spécialisé.

La région Champagne-Ardenne est rattachée à l'UHSI de Nancy (Lorraine), qui comprend **17 lits** et couvre, outre les régions Champagne-Ardenne et Lorraine, la région Alsace.

2. Soins psychiatriques

Les soins psychiatriques sont organisés autour d'une structure pivot : le Service Médico Psychologique Régional (SMPR), implanté au sein de la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne. Il dispose de **neuf places d'hospitalisation de jour (réparties au sein de six cellules), d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) et d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)**. Le SMPR est rattaché à l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSMM) situé à Châlons-en-Champagne.

Ce dispositif de soins psychiatriques est complété par des **activités de consultations spécialisées** dispensées au sein des UCSA.

L'admission au SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne détenue. Sans ce consentement, et dans le cas où la personne détenue nécessite une hospitalisation à temps complet, le recours aux soins psychiatriques sans consentement (article D 398 du code de procédure pénale) est transitoirement nécessaire. En effet, la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice pose comme principe que « *les hospitalisations pour raisons psychiatriques des personnes détenues, avec ou sans consentement, seront réalisées dans les établissements de santé au sein d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées* » (*UHSA).*

La création des UHSA permettra la possibilité d'hospitalisations libres, inexistante actuellement, couplée à une réelle prise en charge adaptée.

La Champagne-Ardenne devrait être rattachée :

- pour la maison d'arrêt de Troyes et le centre de détention de Villenauxe, à l'UHSA d'Orléans (40 places),
- pour les autres établissements pénitentiaires de la région, à l'UHSA de Nancy (40 places).

Par ailleurs, il convient également de noter l'ouverture en 2012 d'une Unité pour Malades Difficiles (**UMD**) au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSMM). Les missions de l'UMD étant très spécifiques.

Volet psychiatrie et santé mentale du SROS-PRS :

Au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Champagne-Ardenne

L'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Champagne-Ardenne sera positionnée en tant que structure de recours régionale.
Elle assurera l'hospitalisation à temps complet des patients conformément à l'article R.3221-6 du Code de la Santé Publique[74].
Elle accueillera prioritairement des patients de la région Champagne-Ardenne, tout en conservant des possibilités d'accueillir des patients des départements limitrophes.
Une attention particulière sera portée au maintien des liens avec l'unité d'hospitalisation / le secteur psychiatrique d'origine du patient.
Il s'agira de garantir une proximité d'une part, entre le patient et sa famille, dans un objectif de maintien des liens familiaux, et d'autre part, entre les équipes de l'UMD et celles des établissements de santé adresseurs afin de procéder à une évaluation conjointe du besoin de prise en charge du patient et du degré d'urgence de ce besoin ; d'élaborer un projet de soins en concertation avec les équipes de l'établissement d'origine ; et de préparer la sortie du patient dès son admission (notamment en organisant la participation des soignants des établissements adresseurs aux réunions de synthèse) .

Cas particulier de la prise en charge des personnes détenues au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Champagne-Ardenne

Conformément à l'article L.3214-1 du Code de la Santé Publique[75], l'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux pourra être réalisée au sein d'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) ou au sein d'une UMD, dans un établissement de santé chargé d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.
Les personnes détenues relevant d'une prise en charge en UMD – notamment celles déjà prises en charge au sein d'une UHSA – devront donc pouvoir être accueillies au sein de l'UMD de Champagne-Ardenne, tout en veillant au maintien de l'individualisation de la filière de prise en charge des personnes détenues vis-à-vis de la filière de prise en charge des malades difficiles.

[74] Article R.3221-6 CSP (version en vigueur au 08/07/2011) : « *Ne font pas partie des secteurs définis à l'article R.3221-1 les unités pour malades difficiles, à vocation interrégionale, implantées dans un établissement de santé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. […]* »
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912116&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110708&oldAction=rechCodeArticle

[75] Article L.3214-1 CSP (version en vigueur au 18/08/2011) :
« *I.-Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.*
II.-L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3. Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II. »
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024316680&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110818&oldAction=rechCodeArticle

A ce titre, l'admission en UMD des personnes détenues ne pourra être réalisée qu'au titre de l'article D398 du code de procédure pénale ou sous les termes réglementaires du code de la santé publique, prévoyant une décision du préfet de département.
Le circuit habituel doit persister, consistant à un passage systématique par les établissements psychiatriques de rattachement de l'UCSA (y compris le secteur marnais G10) permettant ainsi d'éviter l'admission directe en UMD.

3. Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est un service à compétence départementale. Il est placé sous l'autorité d'un directeur et regroupe l'ensemble des personnels d'insertion et de probation. Il agit en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes incarcérées (*prévenues ou condamnées*) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles et postsentencielles.

La mission essentielle des SPIP est la prévention de la récidive à travers :
- l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines ;
- la lutte contre la désocialisation ;
- la (ré)insertion des personnes placées sous main de justice ;
- le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Il y a quatre SPIP en Champagne-Ardenne :
- un basé sur les départements de l'Aube et de la Haute-Marne ;
- un sur les Ardennes ;
- deux sur la Marne (*Châlons-en-Champagne et Reims*).

4. Quelques données régionales

En mai 2011, la région Champagne-Ardenne compte environ **1 700 personnes détenues**, tous régimes de détention confondus *(détenu sous écrou, semi-liberté, placement sous surveillance électronique …*).

Près de **16%** des personnes détenues sont prévenues, donc en attente de jugement, et affectées au sein d'une maison d'arrêt, dont 35% pour la seule maison d'arrêt de Reims. Les personnes condamnées à une peine d'une durée de 1 à 3 ans représentent environ **29%**, celles condamnées à 5 ans et plus, prés de **26%** *(peines de réclusion ou de détention criminelles*).

Les données ci-dessous permettent de catégoriser par âge la population française carcérale. Les ordres de grandeur sont sensiblement identiques en région Champagne-Ardenne.

Tranches d'âges	Part de la population carcérale française
30-40 ans	26,20%
25-30 ans	20,20%
21-25 ans	17,40%
50 à 60 ans	8,00%

Près de **15%** des personnes détenues en Champagne-Ardenne, bénéficient d'un aménagement de peine *(semi-liberté, Placement sous Surveillance Electronique-PSE, placement extérieur,* dont 33% émanant de la maison d'arrêt de Charleville Mézières.

80% des personnes détenues (*population carcérale française*) ne dépassent pas le niveau du CAP[76] : 27% d'entre elles échouent au bilan de lecture proposé.

Enfin, environ **30%** de la population carcérale est dépendante de drogues et de médicaments.

5. Principales pathologies observées

Malgré l'absence d'outils permettant un suivi épidémiologique précis des personnes détenues, les principales pathologies rencontrées sont les suivantes :

- pathologies somatiques : les pathologies dominantes sont :
  - les séquelles ostéo-articulaires post-traumatiques,
  - les lésions bucco-dentaires,
  - les complications infectieuses en relation avec les addictions (*alcool, drogues, tabac principalement),*
  - un vieillissement précoce du à un manque d'hygiène de vie.

- Pathologies psychiatriques : haute prévalence de la comorbidité psychiatrique dans le milieu carcéral : pathologies liées aux addictions *(alcool, drogues, tabac en particulier)*, troubles de la personnalité, troubles psychotiques et de l'humeur, comportements auto-dommageables, pathologies de la sexualité, défaillances intellectuelles et éducatives.

Ce premier chapitre permet de mettre en exergue les domaines d'action à privilégier pour la prise en charge des personnes détenues : handicap et vieillissement, maladies chroniques (diabète) et, santé mentale et addictions. Ces domaines sont issus du PSRS tel qu'arrêté pour la région Champagne-Ardenne.

[76] CAP :Certificat d'Aptitude Professionnelle

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

L'amélioration de l'état de santé de la population carcérale passe évidemment par **l'amélioration de l'accès aux soins**, objectif spécifique du PSRS Champagne-Ardenne, mais aussi par l'adaptation au monde carcéral et à ses contraintes. Ainsi, l'amélioration de la santé de la personne détenue constitue-t-elle le socle commun des acteurs, dans le respect des missions spécifiques de chacun.

L'approche pluridisciplinaire est donc une nécessité, lorsque l'on sait le « parcours » d'une personne sous main de justice : magistrat, personnel pénitentiaire, personnel hospitalier, personnel du secteur médico-social, SPIP, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).... Cette nécessaire coordination des acteurs, des professionnels de santé, doit permettre la définition d'un **parcours global de prise en charge pour chaque patient** (*objectif spécifique du PSRS*).

1. Améliorer l'accès aux soins

Compte-tenu de la nécessaire évolution de l'organisation des soins en santé mentale et afin de permettre d'adapter les structures de soins aux besoins des personnes détenues, un **renforcement de l'articulation entre les différents niveaux de soins psychiatriques** est nécessaire, impactant l'ensemble des acteurs assurant des soins de psychiatrie. (*Objectif spécifique du PSRS*).

Les soins prodigués envers la personne détenue ne doivent pas être bornés à la période de la détention, mais bien être réalisés dans une **optique de continuité**, en particulier en prévision de la sortie de la personne, en pleine coordination avec les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les SPIP.

L'objectif à terme est que la personne ayant retrouvé la liberté et nécessitant des soins psychiatriques et/ou addictologiques, puissent retrouver le chemin du dispositif de prise en charge de droit commun.

La région Champagne-Ardenne s'est vue reconnaître un **Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles** (*CRIAVS),* à caractère régional. Les actions de formation et de sensibilisation, portées par cette structure, ont montré leurs premiers apports. Ces actions devront être poursuivies, enrichies, proposées aux personnels intervenant en détention, tant soignants que pénitentiaires.

Enfin, le dispositif **d'accès aux soins somatiques**, dont le fonctionnement est satisfaisant, est à consolider, notamment dans les organisations inter-structures et inter-personnelles. La graduation de la prise en charge (*consultations spécialisées, chambres sécurisées, UHSI*) doit être utilisée et permise pour l'ensemble des personnes détenues, dont le besoin médical est avéré.

2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale

C'est un constat partagé : la **prise en charge des addictions en milieu carcéral** se trouve au croisement des objectifs sanitaires, sociaux et pénitentiaires. Les professionnels sont donc multiples : les médecins et professionnels des UCSA, qui effectuent la consultation d'entrée, assurent le repérage et orientent le cas échéant, les personnes présentant un problème d'addiction vers les professionnels spécialisés, tels les acteurs des CSAPA, qui interviennent également en dehors des lieux de détention.

A leurs côtés, le dispositif de soins psychiatriques (*établissements de santé autorisés à la psychiatrie, SMPR et UHSA*) rassemble également des équipes pluridisciplinaires. Les SPIP jouent un rôle important, notamment lors de la préparation à la sortie, en lien avec les organismes de protection sociale (*régimes général, agricole et des indépendants*).

S'ajoutent à cela les actions portées par l'intervention d'associations spécialisées et de bénévoles, habilités à intervenir en détention, dont l'action est connue et reconnue.

Enfin, les personnes exerçant pour le compte de la justice, interviennent également dans la prise en charge d'une personne détenue.

Cet objectif d'**amélioration de la coordination et de l'articulation entre les différents intervenants** auprès des personnes détenues est repris dans les différents plans nationaux actuellement en vigueur, et figure parmi les objectifs spécifiques du PSRS de Champagne-Ardenne.

Près d'un tiers de la population carcérale déclare au moins deux consommations de substances psycho-actives : consommation importante de tabac, consommation excessive régulière ou discontinue d'alcool, utilisation prolongée et régulière de drogues illicites dans les douze mois précédant l'incarcération, ou traitement à base de médicaments psychotropes en cours, à l'arrivée en détention (*à rapporter au nombre important de condamnations dont la cause est directement ou indirectement liée à un trafic de drogue).*

L'instruction de la Direction Générale de la Santé (DGS) de novembre 2010 prévoit une **organisation de ces prises en charges addictives** : détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée, pendant la détention, et dans la perspective de la libération. Ces éléments sont en corrélation avec un des objectifs spécifiques du PSRS Champagne-Ardenne, qui est de concourir au renforcement et à la pérennisation des programmes de prévention primaire et de repérage précoce des conduites addictives en direction des personnes détenues.

Les besoins des personnes détenues en matière d'**éducation et de promotion de la santé** sont majeurs : l'état de santé de cette population est en effet souvent altéré, l'exposition à des facteurs de risque plus forte, en tenant compte des conséquences potentielles de l'incarcération.

Par ailleurs, le niveau éducatif des personnes détenues est en général faible, et se conjugue le plus souvent avec une absence de lien social.

Pour ces raisons, peu de personnes ont eu recours aux soins et aux actions de prévention avant l'incarcération. Dans les missions réglementaires des UCSA, figure l'éducation pour la santé. L'administration pénitentiaire quant à elle, « *favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires et assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques* » (*loi pénitentiaire de 2009).*

Ces actions d'éducation et de promotion de la santé, même si elles existent, doivent pouvoir être renforcées en mettant à disposition des acteurs, des outils facilitant leur tâche, favorisant les synergies et valorisant cette mission.

Un travail sur la promotion de la santé en milieu carcéral sera également à développer, en analysant les déterminants de la santé en milieu pénitentiaire et les conditions de vie en détention *(matérielles, environnementales, psychosociales…*), tel que le promeut l'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*).

Ces objectifs issus du PSRS doivent permettre un renforcement du suivi des maladies chroniques (*notamment maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies psychiatriques, risques épidémiologiques…)* mais également permettre à des professionnels non spécialisés d'être formés à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des personnes détenues vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés, d'où la nécessité de formations communes pluridisciplinaires, en particulier.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Améliorer l'accès aux soins

Les caractéristiques épidémiologiques de la population carcérale restent peu connues en France, faute d'un système de recueil harmonisé et partagé. Le plan national 2010-2014 prévoit la mise en place d'un suivi épidémiologique des personnes détenues, dès le début de leur incarcération. Dans l'attente d'un système national commun, **les indicateurs figurant au chapitre 6 du présent volet seront recensés sous un format régional partagé dès 2012**, en lien avec l'ensemble des acteurs intervenant en milieu carcéral.

1.1. Développer une offre de soins graduée en psychiatrie et repositionner le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) dans son rôle régional

La prévalence pour l'ensemble des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire est entre sept et dix fois plus élevée que dans la population générale. Plus d'un tiers des personnes détenues présenterait par ailleurs, des troubles sévères voire extrêmement sévères.

Les troubles psychiatriques des personnes détenues sont généralement des troubles complexes, qui nécessitent une prise en charge articulée entre soins psychiatriques et médicaux, voire un recours à l'aide sociale.

Les comorbidités sont majoritairement à l'origine des troubles psychiatriques : addictions portant souvent sur plusieurs produits, hépatites C et B, VIH, tuberculose, maladies chroniques, pathologies dentaires...

Ajoutée à cela l'ampleur de la précarité sociale et éducative, généralement plus marquée chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

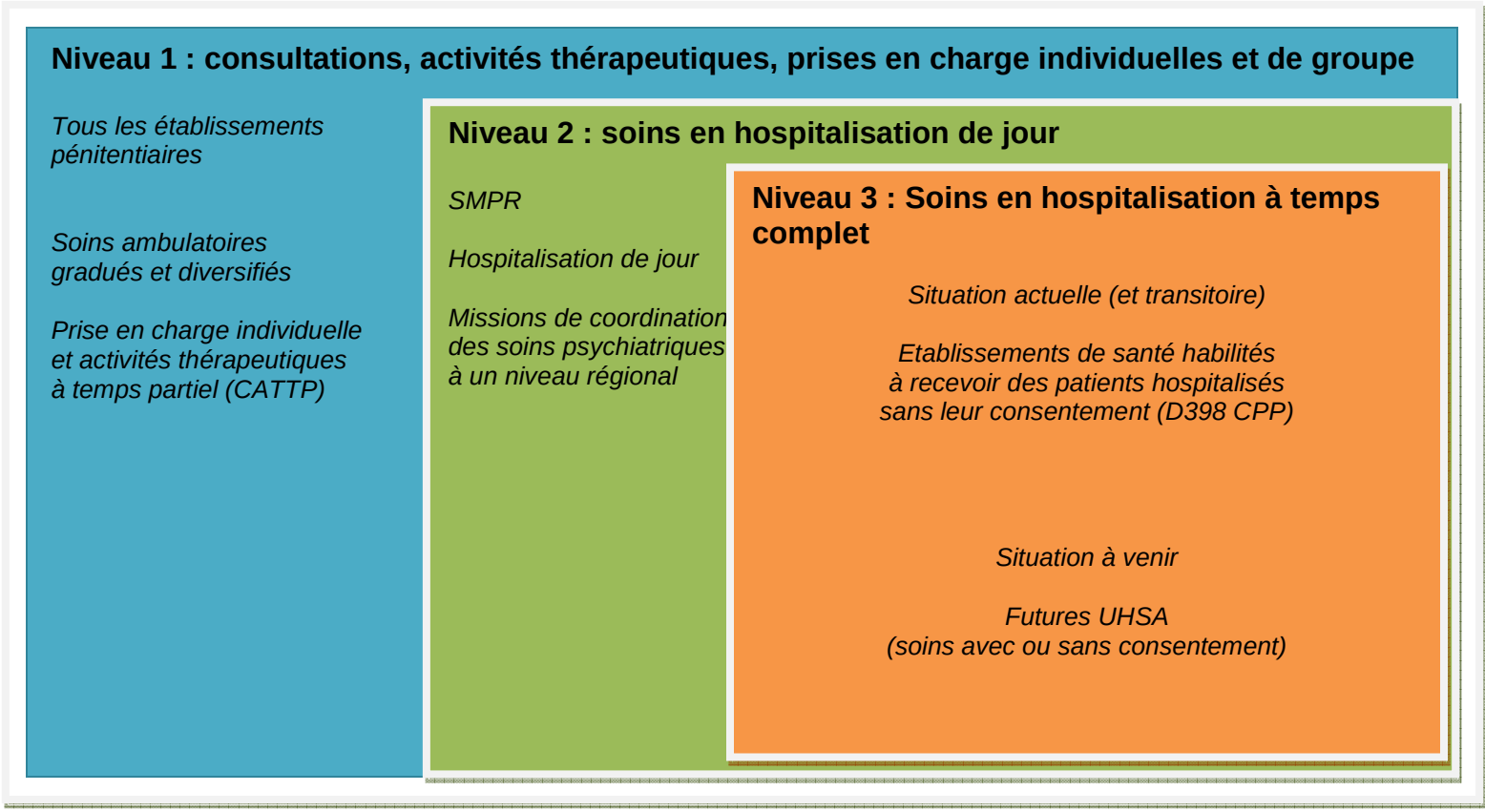
Une récente étude conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS)[77] en juillet 2011 fait état des facteurs de risque chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur ou schizophréniques et notamment :

- les antécédents de violence commise ou subie, notamment dans l'enfance ;
- la précarisation, les difficultés d'insertion sociale, l'isolement ;
- l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives ;
- un trouble de la personnalité type antisocial ;
- l'âge (*inférieur à 40 ans*) ;
- une rupture des soins ou un défaut d'adhésion au traitement.

Au vu de ces éléments, la **prise en charge médico-pscyhologique des personnes détenues sera organisée en trois niveaux** : les prises en charge individuelles et de groupe en ambulatoire, les prises en charge individuelles et de groupe en hospitalisation de jour, et enfin, l'hospitalisation complète.

Le schéma ci-dessous résume cette graduation et diversification de l'offre :
Source : ARS Champagne-Ardenne

[77] *« Dangerosité psychiatrique : repérer les signes d'alerte pour prévenir les actes de violence – www.has-sante.fr*



1.1.1 : 1er niveau : soins ambulatoires, soins de proximité

La diversification des outils thérapeutiques facilite une prise en charge de qualité, notamment lorsqu'elle s'appuie sur un accès à des thérapies de groupe ou à des ateliers thérapeutiques.

Cette offre doit pouvoir être proposée à **l'ensemble de la population pénale hébergée**, y compris les mineurs (*sous les conditions de l'article D518-1 du code de procédure pénale*) et les femmes, en considérant les spécificités du milieu carcéral, rendant par exemple impossible l'hospitalisation de femmes détenues en SMPR.

Cette offre sera proposée au sein des UCSA *(consultations rattachées au secteur de psychiatrie générale)* permettant une prise en charge individuelle de la personne détenue, impliquant l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux *(travail en réseau)*.

A court terme, en région, au moins un établissement de chaque catégorie (*maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale*) devra disposer d'une offre de soins ambulatoire diversifiée. Seront priorisées dans cette phase, d'ici 2013, la maison centrale de Clairvaux et le centre de détention de Villenauxe.
Il devra être tenu compte de la fluidité des mouvements et déplacements des personnes détenues selon le niveau de sécurité.

A terme, chaque établissement pénitentiaire devra pouvoir proposer, via l'UCSA, ce type de soins, associant une prise en charge individuelle et des activités de groupe (type ateliers thérapeutiques), en sus de l'établissement siège du SMPR.

Par ailleurs, il est évident que seul l'investissement de la personne détenue dans le soin permet d'espérer un minimum de résultat. Il convient ainsi de proposer des activités thérapeutiques créatives, « plaisantes », auxquelles soignants et soignés peuvent donner tout leur sens.

Déstigmatiser les soins psychiatriques, faire preuve d'écoute, de disponibilité, d'originalité, respecter le soigné, parfois dans son ambivalence, éduquer, doivent faire partie intégrante des missions des équipes.

Par exemple, l'activité à médiation peut présenter des aspects parfois ludiques, permettant une « accroche » dans la prise en charge. Cette activité à médiation, de groupe, peut être essentielle dans le travail avec les auteurs d'agressions sexuelles, les patients schizophrènes, voire les détenus impulsifs, psychotiques : elle peut par ailleurs permettre d'éviter une relation duelle avec le personnel soignant, source d'angoisses.

D'autres exemples d'activités sont à réfléchir : le tchoukbal (« ne pas empêcher l'action de l'autre »), la psychomotricité, la musicothérapie (développée sur la maison centrale de Clairvaux notamment), l'atelier olfactif...

Proposer une prise en charge adaptée avec des approches thérapeutiques diversifiées en tenant compte des spécificités cliniques (groupes de paroles, CATTP, ateliers de médiation etc) doit permettre une amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. Outre ces possibilités, pour les mineurs, le développement des formes d'approches thérapeutiques plus attractives (informatique, vidéo, théâtre …) sera poursuivi.

Ces activités thérapeutiques couplées à une démarche de soins psychothérapiques individuels semblent pouvoir être opérantes, face à une population hétérogène, pour qui l'organisation et l'évaluation des protocoles de soins relèvent parfois du défi.

1.1.2 : 2ème niveau : soins de recours dispensés par le SMPR

La mission de coordination régionale du SMPR doit permettre une harmonisation des prestations psychiatriques délivrées aux personnes détenues et, plus globalement, une meilleure intégration et une meilleure articulation de ces soins avec la politique de santé mentale.

Cette coordination régionale doit permettre d'assurer une meilleure répartition de l'offre en région en donnant la possibilité à toute personne détenue le souhaitant, d'avoir recours aux soins proposés par le SMPR.
Pour faciliter la souplesse dans la gestion des personnels, le secteur rémois de prise en charge psychiatrique pourrait être rattaché à celui du SMPR, à l'échéance du présent volet.

Par ailleurs, et comme cela se fait pour les soins somatiques, une journée annuelle à destination de tous les intervenants dans la prise en charge d'une personne détenue sera mise en place par le SMPR, associant UCSA, CRIAVS, CSAPA, personnels pénitentiaires, magistrats, barreau…

Le tableau ci-dessous démontre l'origine des patients admis au SMPR de Châlons-en-Champagne en 2009 :

Origine des détenus hospitalisés au SMPR	Nombre de patients	Représentativité
CHALONS EN CHAMPAGNE	39	59.09%
CHATEAUDUN	1	1.51%
CHAUMONT	1	1.51%
CLAIRVAUX	3	4.54%
VILLENAUXE	5	7.57%
VESOUL	1	1.51%
TROYES	1	1.51%
REIMS	12	18.18%
VARENNES LE GRAND	3	4.54%

Source : SMPR-EPSM Marne

Ainsi, sur **66 patients hospitalisés** :
- 77% proviennent du département de la Marne,
- 14 % de celui de l'Aube,
- 7% d'autres départements
- Moins de 2% de la Haute-Marne.

Il est évident que la proximité des établissements est un atout pour faciliter les hospitalisations, et notamment le consentement de la personne qui se sent alors moins éloignée de son établissement d'origine. D'ailleurs, aucune personne détenue incarcérée dans les Ardennes n'a souhaité bénéficié d'une prise en charge en hospitalisation de jour, et seulement une personne hébergée en Haute-Marne a été admise au SMPR.

La prise en charge en hôpital de jour permet au patient de disposer de soins polyvalents, individualisés, intensifs et prodigués dans la journée.

Cela suppose inévitablement un accès facilité du patient aux différentes activités et consultations tout au long de la journée : le soin doit primer de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Dans ce cadre, l'articulation entre les équipes soignantes et l'administration pénitentiaire est primordiale et essentielle pour permettre au SMPR de jouer pleinement son rôle.

La mission du SMPR est double :
- Le recours clinique impliquant une prise en charge en hospitalisation de jour, en prévoyant le développement de cette offre dans d'autres établissements pénitentiaires dont la taille et l'éloignement le justifient,
- Une mission de coordination régionale permettant :
  - la coopération avec les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto juvénile, et l'articulation avec les futures UHSA en proposant l'harmonisation de certaines pratiques (*addictologie par exemple*), des critères de pratiques groupales, d'admission en UHSA… ;
  - un rôle d'interface avec les autorités de tutelle,
  - la mise en place de formations au niveau régional, formations initiale *(étudiants, internes, stages d'IFSI...)* et continue.

Le SMPR (*9 places de jour*) proposera une offre de soins assimilée à de l'hospitalisation de jour, nécessitant une prise en charge continue dans la journée, au sein de cellules d'hébergement adéquates.

Les hospitalisations de jour ne pourront en effet, prendre tout leur sens qu'en s'appuyant sur des cellules d'hébergement, seule condition permettant des soins de qualité, propices à la personne détenue.

Ces cellules d'hébergement, cellules « classiques », gérées par l'administration pénitentiaire, font l'objet d'une surveillance spécifique s'agissant de publics fragiles. Cette surveillance est exercée le jour, par le personnel pénitentiaire, affecté spécifiquement à ce service, formé et sensibilisé à cette prise en charge particulière.

Les admissions en hospitalisation de jour relèvent de la décision médicale, et de la responsabilité du directeur de l'établissement de santé : elles ne peuvent être suivies d'effet qu'avec le consentement de la personne détenue.

Ainsi, la décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement ne peut se faire qu'exclusivement sur demande du médecin responsable du SMPR, qui décide de la date d'admission et de sortie. Cette décision étant *in fine* prononcée par le chef de l'établissement pénitentiaire. A cet effet, une organisation régionale a été mise en place par la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne, en lien avec le SMPR.

En conséquence, le SMPR s'attachera à développer son champ de compétence spécifique en assurant la coopération avec les établissements autorisés à l'activité de psychiatrie, l'articulation avec les UHSA, l'interface avec l'ARS notamment, et la mise en place de formations initiales et continues au niveau régional.

1.1.3 : 3ème niveau : l'hospitalisation à temps complet

Depuis 1994, les hospitalisations complètes en psychiatrie pour les personnes détenues ne peuvent être réalisées que sur la base de l'article D398 du code de procédure pénale[78].

Ces hospitalisations sans consentement (ex HO[79]) sont ainsi les seules prises en charge à temps complet, aujourd'hui « offertes » aux personnes détenues.

Il est rappelé que, dans les établissements de santé autorisés[80], ces hospitalisations ont lieu sans garde statique, ni de l'administration pénitentiaire, ni des forces de l'ordre. Ce point est crucial pour une prise en charge de qualité : les équipes soignantes pouvant se trouver en difficulté face aux droits des personnes détenues, aux relations avec l'administration pénitentiaire et aux services préfectoraux (*tensions liées à la crainte de l'évasion, et /ou à la dangerosité de la personne en particulier).*

L'hospitalisation sous contrainte est un phénomène désormais structurel, témoin certainement d'un meilleur repérage des pathologies psychiatriques par un personnel soignant, plus nombreux, mais

[78] « *Les détenus atteints de troubles mentaux (…) ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstanciés (…), il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un* établissement de santé habilité (…).
Il n'est pas fait application, à leur égard, (…) concernant la garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

[79] HO : hospitalisation d'office

[80] [80] Les établissements habilités à recevoir les personnes détenues en hospitalisation sans consentement sont les suivants :

- pour la Marne : le CHU de Reims et l'Etablissement Psychiatrique de Santé Mentale de la Marne (EPSMM) situé à Châlons-en-Champagne,
- pour l'Aube : l'Etablissement Psychiatrique de Santé Mentale de l'Aube (EPSMA) situé à Brienne-le-Château,
- pour les Ardennes : le Centre Hospitalier de Belair à Charleville-Mézières
- *pour la Haute-Marne : le Centre Hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) à Saint-Dizier.*
-

aussi et surtout, témoin d'une augmentation importante de la morbidité psychiatrique au sein de la population pénale.

L'hospitalisation sans consentement (article D3968 du CPP) est réalisée en chambre d'isolement (*au sein des établissements rappelés en bas de page*), et doit relever d'une nécessité médicale : elle est soumise à une prescription médicale, conformément aux recommandations publiées par la HAS en la matière.

La pratique montre que le recours aux hospitalisations sans consentement des personnes détenues est jugé excessif, dénoncé par ailleurs à plusieurs reprises, par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

En outre, l'admission de la personne détenue en chambre d'isolement ne permet pas d'assurer aux personnes détenues des soins comparables à ceux dispensés auprès d'autres patients, et introduit de fait une discrimination éminemment contestable sur les plans éthique et thérapeutique.

Les droits de la personne détenue hospitalisée doivent pouvoir être respectés, les équipes soignantes rassurées. Ainsi, les personnes hospitalisées doivent pouvoir **bénéficier de promenades, si possible avec une présence soignante, dans un lieu clos**.

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 réforme totalement les soins psychiatriques sans consentement. Son article 5 est précisément consacré à **l'admission en soins psychiatriques des personnes détenues** atteintes de troubles mentaux.
Le nouvel article L3214-16-I dispose que *"les personnes détenues admises en soins psychiatriques...ne peuvent l'être que sous la **forme d'une hospitalisation complète**".*

Le II du même article prévoit que *"l'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L3222-1 au sein d'une Unité Hospitalière spécialement aménagée ou sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles".*

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu en son article 48 que *"dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées (...) .l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux **continue d'être assurée par un SMPR ou un établissement de santé ».***

En revanche, les personnes détenues sont désormais soumises aux mêmes règles que les autres patients et la période **initiale de soins et d'observation de 72 h leur est applicable**.

Dans la même optique, le contrôle systématique par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) à l'échéance des 15 jours et à celle des 6 mois s'applique comme pour le régime général[81] (*voir articles L3211-12-1 et L3214-2*).

👁 cf SROS - volet psychiatrie et santé mentale – paragraphe Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement - plan d'actions-

Parallèlement, la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002 instaure le principe d'unités spécialisées permettant l'accueil des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues dans un environnement sécurisé, **avec ou sans leur consentement.**

Les UHSA sont sécurisées par l'administration pénitentiaire qui assure les transferts, ainsi que les contrôles des entrées et des sorties. Les personnels de l'administration pénitentiaire sont cependant absents de l'unité de soins, sauf sur demande du personnel soignant (*fonctionnement différent de celui des UHSI).*

Le recul actuel *(seule l'UHSA de Lyon est en fonctionnement sur les 17 UHSA programmées en France)* n'est pas suffisant pour confirmer les bénéfices de ces structures, en particulier pour les

[81] *Voir article L3211-12-1 et L3214-2 du CSP*

conditions d'admission, qui méritent d'être évaluées *(les listes d'attente d'admission semblant particulièrement importantes)*[82].

Il apparaît donc inéluctable, en particulier durant la phase de montée en charge des deux UHSA de rattachement pour la région Champagne Ardenne, de **maintenir l'hospitalisation de proximité, notamment en situation d'urgence,** en facilitant les conditions d'exercice des équipes accueillantes *(effectifs, locaux et formations notamment)* et afin d'éviter **la chronicisation des personnes détenues**.

Les UHSA montreront leurs bénéfices si des **échanges réguliers** ont lieu entre cadres de l'administration pénitentiaire, cadres hospitaliers et médecins pour préciser et maintenir les prérogatives de chacun, dans l'optique d'un **partage d'informations**, d'un **respect de la confidentialité** et des **positions éthiques professionnelles respectives**.

Cette prise en charge hospitalière, offrant la possibilité du soin avec consentement en milieu hospitalier, représente un changement, un espoir pour améliorer la prise en charge.

Les admissions seront réalisées sur la base de l'article L3214 du code de la santé publique qui prévoit la possibilité de soins avec ou sans consentement soit sous la forme d'une hospitalisation sans consentement consignée par les préfets des départements de départ et d'origine du patient, soit sous la forme d'un placement «libre », négocié entre les médecins de l'hôpital adresseur et les praticiens de l'UHSA d'accueil.

Les UHSA peuvent accueillir des personnes adultes, mineures, femmes (dont femmes enceintes) et/ou hommes détenus. Le sens unique principal des UHSA doit rester celui de l'hospitalisation, en opposition au caractère sécuritaire. Le dispositif de soins est identique à celui d'un secteur de psychiatrie : une prise en charge la plus proche du droit commun, assurée par une équipe pluridisciplinaire pour adapter la prise en charge.

L'objectif central étant l'amélioration du dispositif de prise en charge psychiatrique en hospitalisation complète pour les pathologies les plus lourdes chez les personnes détenues.

L'application de la loi n°2011-803 du 5 juillet 201 1 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge induit des modifications dans les procédures jusqu'alors appliquées Le groupe de travail régional mis en place à cet effet,, travaillera à **un protocole spécifique pour les personnes détenues** permettant la coordination entre les différents intervenants, notamment à l'occasion d'une audience par le juge des libertés et de la détention (JLD).

Ensuite, les protocoles proposés, par les UHSA de Nancy et d'Orléans, pour l'admission d'une personne détenue en UHSA serviront de base d'organisation aux UCSA-SMPR de la région Champagne-Ardenne.

Il est à noter un engagement de retour dans l'établissement d'origine, condition *sine qua non* à l'admission d'un patient en UHSA.

En résumé, l'UHSA doit répondre à sa mission première : une offre de soins susceptible de répondre 24 heures sur 24 (H24) à la prise en charge de malades dangereux, mais centrée avant tout sur les critères de souffrance et/ou de nécessité de soins ne pouvant être prodigués en détention, avec ou sans consentement.

A terme, si ce dispositif ait ses preuves, et si l'ensemble des UHSA sont ouvertes en France, il ne devrait plus y avoir de recours aux HO D398.

[82] *(rappel : les 2 UHSA (Nancy et Orléans) dont dépendront les personnes détenues en Champagne-Ardenne auront chacune une capacité de 40 places, mais rayonneront sur des territoires interrégionaux).*
Il est à noter à la date de rédaction de ce volet, un répartition identique entre les hospitalisations avec et sans consentement au sein de l'UHSA de Lyon.

Ainsi, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'inscrira dans le modèle standard, identique aux personnes à l'état de liberté, proposant :

- **une prise en charge ambulatoire en UCSA (CMP-CATTP),**
- **une prise en charge en hôpital de jour en SMPR,**
- **une hospitalisation à temps plein au sein des établissements autorisés à prendre en charge des patients sous hospitalisation sans consentement, puis en UHSA.**

Le développement de ce type de prise en charge ne pourra se faire que progressivement, avec une cohérence d'ensemble, tenant compte des contraintes de démographie médicale, architecturales, logistiques et financières.

Enfin, il est envisagé que la région Champagne-Ardenne soit rattachée à deux UHSA différentes : Nancy et Orléans.

Compte-tenu des relations habituelles et naturelles entre la Champagne-Ardenne et la Lorraine, d'ores et déjà existantes et satisfaisantes dans le cadre des transferts vers l'UHSI de Nancy, **le rattachement de l'ensemble des établissements pénitentiaires de Champagne-Ardenne à l'UHSA de Nancy sera demandé.**

Il s'agira dans le même temps :

- de simplifier les procédures d'admission (*en lien notamment avec les préfectures des départements d'origine et d'arrivée, des différents directeurs d'établissements*…) ;
- d'éviter des transferts inopinés ou répétés ;
- ainsi que d'harmoniser les procédures régionales (*le découpage actuel scinde le département de l'Aube sur les deux régions précitées.*

Par ailleurs, il semble cohérent d'établir un maillage territorial des UHSA, conforme, ou en tout état de cause approchant, celui des UHSI. En effet, et à l'heure où les passerelles entre les deux structures devront être constantes dans la complémentarité des soins somatiques et psychiatriques, et pour permettre une éventuelle hospitalisation en UHSI des détenus placés en UHSA, il est nécessaire de faire correspondre les zones de compétences territoriales respectives.

1.1.4 : Prises en charge particulières

L'EPSM Marne envisage d'ouvrir sur le secteur marnais, avec l'équipe du SMPR, une **consultation de suivi post pénal**, pour les patients libérés qui nécessitent encore des soins et qui ne veulent pas rejoindre leur CMP d'origine. Cette consultation post pénale jouerait un rôle de « sas » et permettrait d'éviter que ces patients ne sortent du circuit de soins, en favorisant ainsi la liaison avec les CMP de secteur.

Il s'agit de mettre en place une offre de soins psychiques spécifique aux patients après la sortie de détention. Ce projet d'une unité de suivi thérapeutique post pénal constituera une unité fonctionnelle du SMPR. Elle aura pour but d'engager des actions thérapeutiques visant la santé mentale des détenus sortant de prison en permettant la prévention de la récidive. De la sorte serait assurée une continuité de soins après la sortie de la détention. Cette prise en charge, éventuellement moins intensive, resterait analogue au modèle de suivi pendant l'incarcération (*continuité du cadre*) impliquant une équipe déjà en lien avec le patient (*continuité du lien*).

La prise en charge se caractériserait par une évaluation initiale visant à déterminer et identifier les vulnérabilités et les facteurs ayant pu contribuer au développement des troubles. Elle se poursuivrait par un projet thérapeutique individualisé intégrant les bilans des autres professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire. L'intensité de la prise en charge étant adaptée à la pathologie du patient sortant de l'univers carcéral.

Après une expérience marnaise, cette consultation sera évaluée pour envisager son développement au niveau régional.

La **prévention du suicide des personnes détenues** constitue une priorité de l'Administration pénitentiaire. Les personnes détenues cumulent de nombreux facteurs de risque auxquels se surajoutent des facteurs spécifiquement liés au délit ou aux crimes, ainsi qu'à la vie juridique et pénitentiaire. Les diverses stratégies pour faire face au suicide incluent des actions de promotion de la santé, de prévention proprement dite, en agissant sur les facteurs de risque, l'intervention de crise suicidaire et la postvention.

Prévenir le suicide dans un contexte où le cloisonnement organisationnel et architectural est omniprésent porte spécifiquement sur les facteurs de risque qui sont sources de fortes souffrances. La première étape consiste en leur identification le plus tôt possible dans la trajectoire de la personne afin d'évaluer le poids des facteurs de risque (*ce que réalisent les équipes intervenant à l'UCSA*) et surtout d'atténuer dans la mesure du possible, la souffrance induite par l'exposition à ces facteurs.

Le partage d'information entre les intervenants auprès d'une personne détenue pose des questions légales, déontologiques et éthiques, qui sont à travailler dans chaque établissement de santé, en lien direct avec chaque établissement pénitentiaire.

La région Champagne-Ardenne se dotera début 2012 d'une **Unité pour Malades Difficiles** (UMD) localisée sur le site de l'EPSM Marne à Châlons-en-Champagne.

La mission spécifique de l'UMD vise à accueillir les patients présentant un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation classique. Un patient ne peut être transféré à l'UMD que s'il est sous le régime des soins sans consentement, sur décision du préfet de département, en accord avec, la commission du suivi médical de l'UMD d'accueil (*lieux d'origine et d'implantation de l'UMD*). Enfin, la mobilisation d'une équipe pour assurer le transfert physique du patient doit être prévue.

Ces missions particulières, couplées à une procédure d'admission rigoureuse et contraignante, mais aussi à un nombre de places limitées, semblent a priori éloignées des besoins des personnes détenues.

Pour autant, et en tant que de besoin, les personnes détenues relevant d'une prise en charge en UMD, devront pouvoir y être accueillies. A ce titre, l'admission en UMD des personnes détenues ne pourra être réalisée que sous la forme d'une « HO D398 », ou sous les termes réglementaires du code de la santé publique, prévoyant une décision du préfet de département.
Le circuit habituel doit persister, consistant à un passage systématique par les établissements psychiatriques de rattachement de l'UCSA (*y compris le secteur marnais G10*) permettant ainsi **d'éviter l'admission directe en UMD**.

La prise en charge médico-psychologique des **détenus mineurs** nécessite là encore une coordination solide, notamment avec les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Un « fil conducteur », partagé par les professionnels concernés dans cette prise en charge, doit permettre de faire « accrocher » le patient. Par ailleurs, il est souligné le besoin évident de locaux adaptés.

Un groupe de travail associant les différents acteurs pourra être mis en place afin de dégager des outils permettant une coordination facilitée.

Au delà de ce que pourra apporter la psychiatrie de liaison en milieu carcéral, l'amélioration de l'accès aux soins, et la prévention de la pénalisation des patients considérés comme difficiles, devraient débuter avant l'incarcération.

Une **forte articulation entre les secteurs de psychiatrie et les services médico-sociaux est nécessaire.**
Le décloisonnement impliquera par ailleurs, des **formations partagées** et une nécessaire intégration :
- de personnels soignants dans les services médico-sociaux ;
- de personnels socio-éducatifs dans les secteurs de psychiatrie.

La **démographie médicale des personnels** intervenant en milieu pénitentiaire et notamment la pyramide des âges des médecins généralistes, des psychiatres, et des pédopsychiatres de la région Champagne-Ardenne est préoccupante (*priorité première du PSRS*). En corollaire, et compte-tenu de l'étendue géographique de la région en particulier, des **temps médicaux partagés seront recherchés entre SMPR et UCSA, et secteurs de psychiatrie.**

1.2 : Conforter le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

👁 cf SROS – volet psychiatrie et santé mentale – Prise en charge des auteurs de violences sexuelles – plan d'actions

La délinquance sexuelle est un phénomène qui ne cesse de progresser : le nombre de personnes condamnées pour agression sexuelle en France n'a cessé d'augmenter ces vingt-cinq dernières années, avec une hausse sensible cette dernière décennie.

Ainsi le pourcentage des auteurs d'agressions sexuelles au sein de la population carcérale est passé de **6% en 1980 à 22% en 2005.**

Le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (*CRIAVS*) reconnu pour la région au sein de l'EPSM Marne a montré ses bénéfices et ses apports depuis sa création.

En lien avec le SMPR, le CRIAVS est chargé de :
- coordonner l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de violences sexuelles au niveau régional ;
- promouvoir et animer les réseaux afin de favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins ;
- mettre en cohérence et développer des mesures de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ;
- constituer une base documentaire et la mettre à disposition des professionnels concernés ;
- capitaliser les expériences et pratiques dans le cadre de réseaux ;
- apporter un soutien méthodologique aux professionnels, en organisant des formations et en diffusant toute information pertinente portant sur les auteurs de violences sexuelles.

Le CRIAVS doit permettre de concourir à un dispositif de prises en charge psychiatriques coordonné au niveau régional en :
- renforçant sa mission d'appui régional permettant le développement de **projets spécifiques pour les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel** (*AICS) ;*
- **pérennisant les rencontres** initiées avec la justice et les équipes des UCSA-SMPR afin de favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins, en y associant les professionnels intervenant sur le champ de l'addictologie (*CSAPA en particulier*) ;
- poursuivre les **actions de formation régionales**, d'appui et de conseil engagées, en y associant outre les professionnels de santé, les acteurs relevant des CSAPA et plus largement, toute personne intervenant à un titre ou à un autre auprès des personnes détenues *(SPIP, magistrats, barreau par exemple) ;*

– apportant ses conseils aux services pénitentiaires d'insertion et de probation de Champagne-Ardenne qui mettent en place des **programmes de prévention de la récidive** (*PPR)* à destination des AICS.

1.3. Consolider les dispositifs d'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques s'inscrivent dans un schéma national d'hospitalisation des personnes détenues :

– consultations ambulatoires dispensées par les UCSA ;
– hospitalisation de courte durée au niveau local (*moins de 48 heures*) ;
– hospitalisation en court séjour au niveau interrégional (*plus de 48 heures*) ;
– hospitalisation en soins de suite et de réadaptation au niveau national (*Fresnes*).

1.3.1 : Soins ambulatoires – UCSA

L'établissement de santé est chargé de dispenser, au sein de l'établissement pénitentiaire, les soins aux personnes détenues[83], de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les interventions ainsi effectuées sont assurées au sein d'une **UCSA**, par une équipe hospitalière sous la responsabilité médicale d'un praticien hospitalier.

L'établissement de santé assure l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, les consultations spécialisées et de psychiatrie à la suite de demandes formulées par la personne détenue ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue.

Par ailleurs, l'UCSA effectue, ou fait effectuer, les examens, notamment radiologiques ou de laboratoire, nécessaires au diagnostic.

Le médecin de l'UCSA organise, en tant que de besoin, et avec le concours des personnels de l'administration pénitentiaire, l'hospitalisation des détenus.

Lorsqu'une personne détenue est placée en quartier disciplinaire, en quartier d'isolement, ou confinée en cellule ordinaire, le médecin de l'UCSA réalise la visite médicale auprès de ces personnes deux fois par semaine, dans la mesure du possible.

L'activité de cette équipe s'exerce dans le cadre des règles professionnelles et de déontologie qui lui sont applicables.

Une attention particulière est portée aux **soins bucco-dentaires**, dont les besoins en milieu carcéral sont importants, souvent liés à une absence de suivi antérieur. Ainsi, la médecine dentaire pénitentiaire doit être « sociale ». Cela signifie que le temps de présence du chirurgien-dentiste doit être distribué de façon équitable entre les patients.

Pour parvenir à cet équilibre il faut privilégier les solutions thérapeutiques simples, qui permettent de répondre aux besoins des patients au cours de séances dont la durée est raisonnable.

Une bonne communication réciproque entre le service médical et le cabinet dentaire doit exister. Cet échange d'informations va dans l'intérêt bien sûr des patients, mais aussi dans celui des équipes soignantes. La connaissance de détails de santé (*pathologies, déficiences, allergies par exemple*)

[83] *Articles L6111-1 du code de la santé publique et* R6112-14.

permet d'exécuter au mieux les traitements sans exposer les patients ou les soignants à des risques inutiles.

A ce titre, l'UCSA réalisera également un examen bucco-dentaire, visant :

- à réaliser un court entretien (antécédents médicaux, douleurs dentaires, saignements gingivaux, gêne à la mastication…),
- à examiner la cavité buccale, permettant notamment de mentionner un besoin de soins urgents, la présence de tartre, de lésions muqueuses ou un état dentaire fortement dégradé,
- à la programmation d'une consultation, si nécessaire, avec le chirurgien-dentiste intervenant à l'UCSA.

Les cas d'urgence sont adressés, dans les meilleurs délais, au chirurgien-dentiste lorsqu'ils sont repérés par le personnel de l'UCSA.

Un état des lieux des matériels de dentisterie ainsi qu'une quantification du recours aux soins dentaires seront réalisés.

1.3.2 : Permanence des soins et urgences

Toute personne détenue doit avoir accès à l'offre de santé, au même titre que toute personne à l'état de liberté : la permanence et la continuité des soins doivent être assurées.

En dehors des heures d'ouverture des UCSA, la permanence et la continuité des soins sont assurées après appel de la régulation d'un des quatre SAMU-Centres 15 de la région, localisés au sein des quatre départements.

Ce fonctionnement montre ses atouts et son efficacité, couplé à des organisations atypiques dans certaines UCSA, ayant mis en place des astreintes, soit médicales, soit infirmières en semaine, le week-end et/ou les jours fériés.

Ces organisations, **partagées entre les équipes soignantes et les responsables des établissements pénitentiaires**, permettent de faciliter l'orientation de la personne détenue dans le besoin et *in fine* l'extraction[84] lorsque celle-ci s'avère médicalement confirmée.

Une quantification des recours aux SAMU-Centres 15, et aux organisations locales décrites ci-dessus sera réalisée.

[84] Extraction : sortie de l'établissement pénitentiaire vers une structure de soins notamment

1.3.3 : Hospitalisation en urgence et/ou de courte durée

Lorsqu'une personne détenue nécessite une prise en charge en urgence, ou une hospitalisation programmée de moins de 48 heures, elle doit être systématiquement admise en **chambre sécurisée.** Si l'état de la personne détenue ne permet pas son hospitalisation en chambre sécurisée, et/ou son transfert, au-delà de 48 heures, en UHSI, le délai d'hospitalisation pourra exceptionnellement être prolongé, en plein accord avec le médecin coordonateur de l'UCSA.

Six chambres sécurisées sont identifiées en Champagne-Ardenne :

- deux dans le département de la Marne, réparties au sein du CHU de Reims et au sein du CH de Châlons-en-Champagne ;
- deux dans l'Aube au sein du CH de Troyes ;
- une dans les Ardennes au sein du CH de Charleville-Mézières ;
- une dans le département de la Haute-Marne au sein du CH de Chaumont.

Les chambres sécurisées doivent respecter le cahier des charges national élaboré en mars 2006, afin d'être déclarées conformes.

Une chambre sécurisée en Champagne-Ardenne n'est actuellement pas aux normes. Un travail s'est engagé avec l'établissement de santé, l'établissement pénitentiaire, la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) et l'ARS. Cette **chambre devra être aux normes, au plus tard début 2013.**

Les chambres sécurisées doivent permettre :

- le respect de l'intimité et la dignité de la personne détenue,
- la sécurité des personnels soignants et de police,
- la surveillance de la personne détenue, tant d'un point de vue médical que sécuritaire,
- des conditions d'hygiène favorables.

L**e dispositif des chambres sécurisées fera l'objet d'une évaluation conjointe ARS-DISP** permettant de quantifier les recours à ce dispositif, par établissement pénitentiaire mais aussi de faire état d'éventuelles difficultés liées soit à un éloignement de la chambre sécurisée par rapport à l'établissement pénitentiaire dans lequel est écrouée la personne détenue, soit aux réalisations des transferts et/ou gardes statiques.

Cette évaluation tiendra compte du rapport établi conjointement par l'IGAS et l'IGSJ sur cette thématique en juin 2011.
Il est rappelé que l'hospitalisation en chambre sécurisée incombe depuis 2006 :

- l'Administration pénitentiaire pour les transferts et extractions médicales,
- aux forces de l'ordre pour les gardes statiques dans les chambres sécurisées et les plateaux techniques relevant de l'UHSI.

Enfin, il est nécessaire que **la responsabilité médicale de la personne détenue soit du ressort du chef de service dans lequel est implantée la chambre sécurisée**, en relation avec le médecin coordonateur de l'UCSA. Ce critère sera également évalué.

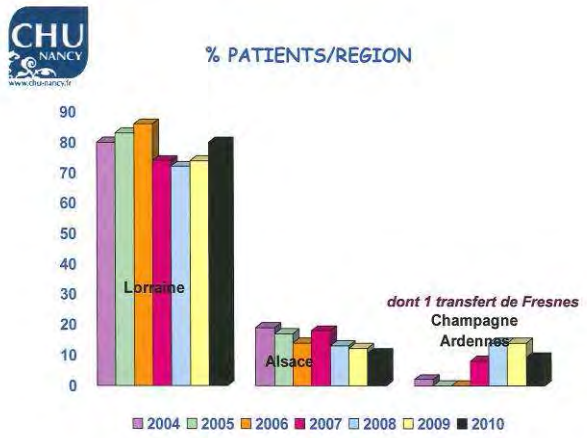
1.3.4 : Hospitalisation en court séjour

Troisième niveau de prise en charge : l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI). Lorsqu'une personne détenue nécessite une hospitalisation de plus de 48 heures, et/ou lorsque celle-ci nécessite la proximité d'un plateau technique très spécialisé, elle doit être transférée à l'**UHSI de Nancy,** à laquelle sont rattachés l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région Champagne-Ardenne.

A l'exception de l'obstétrique et de la périnatalité qui relèvent du milieu hospitalier ordinaire, l'UHSI prend en charge la totalité des types d'affections dont sont atteintes les personnes détenues. La répartition entre ces affections et pathologies est d'ailleurs proche de celle observée dans l'ensemble des établissements de santé.

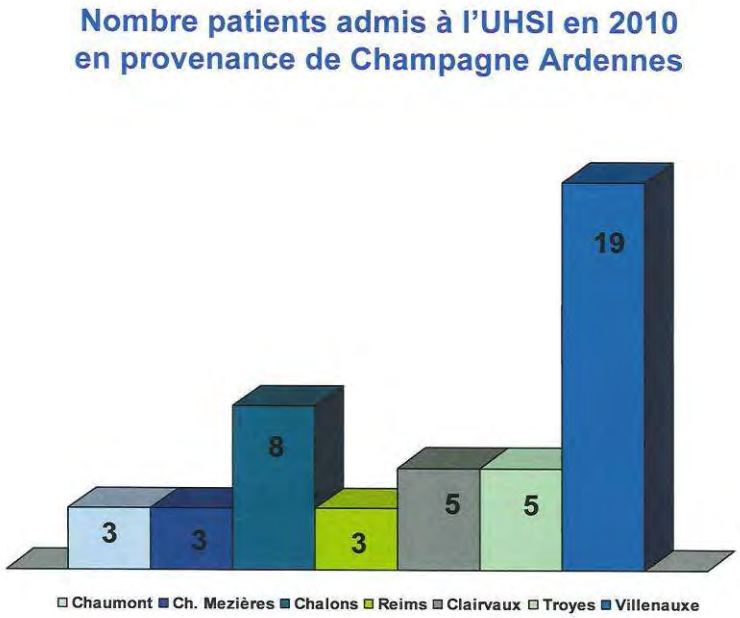
L'UHSI de Nancy comporte 17 lits, implantés au sein du CHU de Nancy. Cette unité, interrégionale, est partagée entre les régions Lorraine, Alsace et Champagne-Ardenne.

Le graphique ci-dessous montre la répartition par région d'origine des personnes détenues prises en charge à l'UHSI de Nancy :



Source : UHSI de Nancy

Un focus est présenté ci-dessous concernant l'origine des patients détenus champardennais, par département :



Source : UHSI de Nancy

La particularité de l'UHSI réside dans les relations quotidiennes entre le personnel hospitalier assurant les soins, et le personnel pénitentiaire en charge de la sécurité. C'est ainsi que les médecins et

infirmières ne disposent pas des clés d'ouverture des chambres et sont donc dépendants des personnels pénitentiaires. Ces règles sont respectées et partagées et permettent, outre de disposer du temps nécessaire aux soins, un accès immédiat aupatient, en tant que de besoin.

Cette interdépendance santé-sécurité se retrouve également à l'extérieur de l'UHSI, puisque la personne détenue est accompagnée par une escorte assurée par l'Administration pénitentiaire *(depuis septembre 2011).*

La polyvalence médico-chirurgicale des soins prodigués à l'UHSI est un atout supplémentaire. Toutefois, les soins de réanimation, par exemple, nécessitent un transfert sur décision médicale.

La majorité des séjours en UHSI concernent :

- sur le plan médical : de fréquentes addictions (t*abac, alcool, stupéfiants)* et de nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires. Les pathologies pulmonaires (t*uberculose notamment),* les prises en charges de cancérologie et du diabète sont également fréquentes.
- Sur le plan psychiatrique : de plus en plus de personnes détenues hospitalisées présentent également des pathologies psychiatriques, couplées parfois à des pathologies chroniques, notamment pour les personnes détenues âgées,
- Sur le plan chirurgical : les pathologies les plus fréquentes relèvent de l'orthopédie et de l'urologie.

Il va de soit qu'au vu de ce constat, les actions principales porteront sur une **meilleure coordination de l'ensemble des acteurs** (*UCSA, établissement pénitentiaire, UHSI et préfet de département)* nécessaire afin de faciliter la fluidité de la prise en charge.

Par ailleurs, cette unité reste un dispositif dans lequel les personnes détenues ont des réticences à être hospitalisées principalement pour les raisons suivantes :

- Le transfert vers l'UHSI est annoncé très tardivement à la personne détenue,
- Les conditions de détention sont jugées par les personnes détenues plus mauvaises qu'en établissement pour peine, d'où viennent majoritairement les détenus hospitalisés. L'absence de contact avec les autres personnes détenues, d'activité, de cour de promenade, l'impossibilité de fumer ou la diminution de la fréquence des contacts avec l'extérieur, via les parloirs liée à l'éloignement géographique de la structure, constituent autant de freins à l'attractivité de ces unités.

Là encore, les actions conduites en la matière découleront des suites données au rapport IGAS-IGSJ sur l'évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues.

1.3.5 : Prises en charge somatiques particulières

Des prises en charge particulières devront être organisées de façon à permettre, au cas par cas, la dispensation de soins de qualité aux personnes détenues, à travers une anticipation de leurs besoins.

C'est le cas notamment des **soins palliatifs**.

A ce titre, une organisation est à mettre en place entre l'UCSA et l'établissement pénitentiaire, afin de prévoir en tant que de besoin l'intervention *a minima* d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en détention. Ceci d'autant plus que les remises de peine, voire les mesures d'aménagement de peine pour raisons médicales, ne sont pas toujours acceptées, voire s'avèrent impossibles.

Une organisation de cette prise en charge sera proposée par l'ARS, travaillée avec les équipes soignantes, permettant d'anticiper ces situations. Ce document, partagé entre l'équipe de l'UCSA, la direction de l'établissement de santé et celle de l'établissement pénitentiaire sera annexé au protocole d'organisation et de fonctionnement conclu entre l'ARS, la DISP, l'UCSA et l'établissement pénitentiaire.

Une attention devra également être portée à la problématique du **vieillissement de la population carcérale**, observée en France depuis plusieurs années, conséquence à la fois de l'allongement des peines et d'un durcissement des possibilités d'aménagement de peine.

Rappelons que près de **10%** de la population carcérale est âgée de 50 à 60 ans.

Le vieillissement s'accompagne de l'apparition de déficits qui, non soignés, amènent une situation de handicap.
Les dispositions sanitaires doivent donc être adaptées à travers la mise en place d'une prise en charge et d'un suivi médical des pathologies chroniques évolutives, dans un but de prévention de la situation de handicap en milieu carcéral, et dans le respect de la dignité de la personne. La situation de handicap, lorsqu'elle s'installe, tend en effet à renforcer une stigmatisation parfois déjà importante

Si l'équipe de l'UCSA doit pouvoir repérer les éventuelles situations de handicap dans cette population, l'administration pénitentiaire doit assurer à la personne détenue des conditions de détention adaptées. La loi pénitentiaire de 2009 prévoit d'ailleurs l'obligation d'activité adaptée à l'âge de la personne détenue, à ses capacités, son handicap, sa personnalité.

Il apparaît, dans ce cas, important qu'un **projet d'accueil individualisé** puisse être proposé, comme cela peut se faire en milieu scolaire pour les enfants en situation de handicap. Ce projet doit être construit avec la personne détenue, en ayant au préalable obtenu son consentement.

Ce type de prise en charge ne sera possible qu'avec l'intervention d'aides-soignants. Il convient cependant de souligner que l'intervention d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante relève des compétences du Conseil général.

Une réflexion pourra être engagée, en particulier pour les établissements pour peine (*Villenauxe et Clairvaux)*, au niveau régional, réunissant l'ensemble des acteurs concernés à un titre ou à un autre, afin de dégager une organisation de la prise en charge, respectant outre la dignité de la personne détenue vieillissante, ses droits, les missions de chacun des acteurs santé et pénitentiaires (*dont la DISP*), mais aussi celles des organismes décisionnels (*ARS, conseils généraux-Allocation Pour l'Autonomie APA...).*

Cette réflexion complétera notamment l'étude de la faisabilité de groupes de paroles, tels que proposés au sein des CATTP, permettant de limiter l'apparition des troubles cognitifs chez les personnes détenues âgées, troubles en partie liés au manque d'activité.

La prise en charge des **femmes détenues** peut poser des problématiques spécifiques. Outre les pathologies gynécologiques, il peut s'agir de grossesses et d'accouchements, ainsi que de la prise en charge d'un nouveau-né dans l'univers carcéral. Seule la Maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne dispose d'un quartier accueillant des femmes, ce qui limite le nombre potentiel de cas annuels.

Une partie considérable du travail des équipes soignantes reste la difficulté liée aux addictions avec leur cortège de maladies associées comme les hépatites et le SIDA. L'observation clinique a par ailleurs montré une fragilité accrue des femmes par rapport aux conséquences somatiques et psychiques des toxico-dépendances.

Enfin, la femme vieillissante en milieu carcéral nécessite une attention et des soins particuliers. Bien que numériquement peu important, le phénomène des femmes âgées en prison doit notamment tenir compte des points suivants :

- Le processus de vieillissement peut parfois être accéléré par une situation de détention,
- Les essais de resocialisation dans la perspective d'un retour à la liberté après un séjour en milieu carcéral, sont plus difficiles à mener à bien chez des femmes détenues âgées, et nécessitent dès lors une attention particulière.

Pour ces raisons, lors de l'examen médical d'entrée, l'équipe de l'UCSA proposera :

- Un examen médical approfondi, avec examen gynécologique, recherche de MST et bilan sérologique sanguin, en particulier si la femme détenue présente une anamnèse de toxico-dépendance. Le programme habituel de vaccination, lorsque l'indication est posée,

revêt une importance significative chez les femmes enceintes (*hépatites, tétanos, pneumocoques…) ;*
- La consultation gynécologique est également mise à disposition des femmes détenues, afin de répondre aux diverses situations y compris les demandes d'interruption de grossesse, ou la prise d'une « pilule du lendemain », mais aussi pour participer à une approche préventive ;
- La prise en charge, pour les cas de consommation de substances illicites, sera identique à celle proposée à la population masculine,
- Les mesures proposées pour réduire ou arrêter la consommation de nicotine doivent pouvoir impliquer non seulement les équipes soignantes, mais également le personnel pénitentiaire.

D'une manière générale, la protection contre le tabagisme passif doit être promue dans les différents secteurs de détention.

Enfin, et comme pour les hommes détenus, il est essentiel qu'existent une concertation et une coordination entre les différents partenaires impliqués dans la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes détenues, notamment lorsque celles-ci présentent une morbidité psychiatrique significative ; ce, en respectant le recueil du consentement de la personne en amont, pour faciliter ce travail en réseau.

La prise en charge somatique des **détenus mineurs** nécessite là encore une coordination solide, notamment avec les services de la PJJ. (*cf page 22 du présent schéma pour les aspects psychiatriques)*. Le dispositif d'accès aux soins somatiques s'applique également aux mineurs incarcérés.

Globalement, un **document régional, à visée pédagogique**, sera mis à disposition des différents acteurs de soins, pénitentiaires, des services préfectoraux, des magistrats, par l'ARS, en lien avec la DISP, afin de préciser le rôle et l'action de chacun, dans le but de réduire au minimum les délais de transferts des patients, et les décisions s'y imposant. Ce document traitera tant des soins somatiques que des soins médico-psychologiques.

1.3.6 : Télémédecine en milieu carcéral

cf Programme régional de télémédecine – axe 2 Maillage territorial pour le premier recours

Six des sept UCSA de la région Champagne-Ardenne sont informatisées, et ont ainsi accès aux logiciels utilisés au sein de l'établissement de santé de rattachement, permettant alors une interopérabilité du dossier médical UCSA avec celui de l'établissement de santé de rattachement.

L'informatisation des UCSA permet de faciliter les échanges d'informations médicales, de façon confidentielle et sécurisée, entre professionnels de santé.

L'informatisation de l'UCSA de la MA de Charleville-Mézières devra être finalisée au plus tard début 2012.

Quatre des sept UCSA disposent d'une radiologie numérisée. Cette possibilité de réalisation de clichés en détention permet de réduire le nombre d'extractions des personnes détenues vers un établissement de santé et facilite l'accès à un diagnostic spécialisé *(dermatologie par exemple)* tout en réduisant les délais d'attente. Elle représente donc à la fois une source d'amélioration de la qualité des soins et un moyen de rompre l'isolement des équipes des UCSA.

Compte-tenu des problématiques de démographie médicale *(spécialistes en dermatologie et ophtalmologistes en particulier)*, l'installation de la radiologie numérisée au sein de la MA de Châlons-en-Champagne sera poursuivie et soutenue par l'ARS Champagne-Ardenne.

Le programme de **télémédecine** du Projet Régional de Santé prendra en compte les spécificités du milieu carcéral, notamment architecturales et sécuritaires. La communication des données médicales

produites par les UCSA vers les établissements de santé de rattachement (*et vice-versa*), mais aussi vers l'UHSI est soit globale (*dossiers médicaux*), soit ponctuelle par la messagerie sécurisée.

Cette communication doit permettre d'améliorer le suivi du patient dans son parcours de soins, la gestion du circuit du médicament, la sécurité et la traçabilité des prescriptions en UCSA, et faciliter certaines prises en charge en urgence.

Enfin, la nécessaire **formation des différents intervenants** sera également à programmer, puisque constituant *in fine* le succès de ce dispositif.

L'ensemble des points soulevés dans cette première partie ne pourra prendre corps, et permettre des résultats, sans l'adhésion de tous les acteurs intervenant à un moment ou à un autre, de façon ponctuelle ou régulière, dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne détenue.

2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire

2.1 Organiser les relations

La prise en charge d'une personne détenue fait intervenir une multitude d'acteurs, à des étapes différentes du parcours de soins, de façon ponctuelle ou répétée :

- les personnels des UCSA, du SMPR, des CSAPA, de l'UHSI, des UHSA de l'UMD, et des établissements autorisés à l'activité de psychiatrie pour les soins,
- les personnels de l'administration pénitentiaire ;
- les personnels des SPIP ;
- les personnels des CPAM ;
- les personnels de la justice…

2.1.1 : Le Comité de coordination

Le **comité de coordination**, prévu par le code de la santé publique, présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant, institué au sein de chaque établissement pénitentiaire, sera réuni au minimum une fois par an, et au cas par cas en fonction des besoins. Sa principale mission est d'assurer le suivi des protocoles d'organisation et de fonctionnement formalisés entre chaque établissement de santé (*UCSA et soins psychiatriques*) et chaque établissement pénitentiaire.[85]

Il est nécessaire au vu du nombre d'intervenants à un instant donné, d'y associer une pluralité d'acteurs : outre l'établissement pénitentiaire et l'équipe de l'UCSA-SMPR, l'établissement de santé, les intervenants médico-sociaux (*CSAPA)*, les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (*SPIP*), et l'Assurance maladie y seront associés.
En fonction des sujets abordés, d'autres acteurs pourront rejoindre ponctuellement ce comité.

2.1.2 : La Commission santé-justice

Avec la création de l'ARS, la **commission santé-justice**, présidée par le Directeur général de l'ARS, doit permettre de définir les priorités d'actions à un niveau régional. Cette commission associe, outre l'ARS, le préfet de région ou son représentant, les procureurs généraux et les présidents des cours d'appel *(la Champagne-Ardenne dépendant des deux cours d'appel de Reims et de Dijon)*, le Directeur Interrégional des Services Pénitentiaires (*DISP*), la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (*DRJSCS)* et la PJJ. Là encore, en fonction des thématiques abordées, la commission pourra être complétée d'autres participants.

La Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) doit s'intégrer dans les pratiques de collaboration entre l'Administration pénitentiaire et les équipes soignantes (*soins somatiques et psychiatriques*), en respectant les valeurs de chacun. La participation de l'équipe soignante à la CPU n'est d'ailleurs pas totale : seule une participation au sein de la commission en lien avec le suicide est souhaitée.

Les informations qui pourront être échangées doivent être strictement nécessaires au message à communiquer, par exemple, une précaution particulière sans dévoiler le résultat (*sérologie*). Il s'agit de communiquer une indication de l'adaptation nécessaire de la prise en charge.

[85] *Ces protocoles sont en cours d'actualisation du fait notamment des lois pénitentiaire et Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009, et de leurs décrets d'application.*

Il est important de pouvoir favoriser **l'échange des bonnes pratiques, valoriser et capitaliser les expériences**, permettant outre une facilitation des actions au quotidien, une prise en charge de qualité de la personne détenue, et une fluidification de son parcours, de l'entrée en détention, en passant par l'incarcération, et en prévision de sa sortie.

2.2. Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée, pendant la détention, et en prévision de la sortie

👁Cf volet addictologie du SROMS – partie 3.3

Les personnes dépendantes de drogues sont généralement sur-représentées en milieu carcéral, constituant environ un tiers de la population.

Majoritairement, la population incarcérée se caractérise par une prévalence élevée des phénomènes d'addiction à l'entrée en détention, pour lesquels aucune prise en charge avant l'incarcération n'était mise en place.

Cette problématique conduit également à des risques élevés de transmission du VIH et des hépatites, même s'ils ne sont pas uniquement liés à l'usage de drogues.

Le plan national d'actions stratégiques 2010-2014 prévoit le renforcement de la politique de réduction des risques à travers différentes actions qui passent, en particulier, par le renforcement de l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (*mesure 2.1 – enquête PREVACAR*).

Le taux de mortalité aiguë liée à la drogue, ou décès par overdose, chez les personnes détenues immédiatement après leur sortie de prison est observé dans le monde entier (*OMS – 2010*) : la prise en charge doit donc certes être assurée en détention, mais doit également pouvoir être **poursuivie à l'extérieur**, d'où la nécessité de consultation relais à la sortie, constituant une étape transitoire à la prise à en charge par les structures d'addictologie.

Principales addictions et modalités possibles de prise en charge :

- *alcool : nécessité d'une triple approche clinique, de repérage et d'éducation pour la santé : susciter par exemple la réflexion autour de la consommation et son lien éventuel avec le motif d'incarcération, encourager et organiser des démarches thérapeutiques entreprises en détention dans le cadre d'un suivi extérieur...,*

- *tabac : la dépendance nicotinique mérite d'être abordée selon une approche équivalente à celle de l'extérieur ; les attitudes des soignants devant encourager les essais d'abstinence, à défaut la réduction des consommations, même si les résultats (notamment via les patchs nicotiniques) sont inconstants,*

- *poly-dépendances : l'usage de plusieurs substances concerne une proportion importante de consommateurs : identifier de façon prioritaire la substance qui pose principalement problème.*

Le repérage des personnes dépendantes, la nécessité de soins adaptés, le suivi en détention, la continuité des soins à la sortie sont les étapes cruciales d'une prise en charge réussie et bénéfique, posée sur une coordination accrue de l'ensemble des intervenants.

La prévention, la réduction des méfaits et l'accompagnement des usagers de substances psycho-actives figurent ainsi parmi les priorités de la santé en milieu carcéral.

Les prises en charge, dont les objectifs et les modalités seront adaptées en fonction du type de conduites addictives et de la durée prévisible de détention, pourront être soit individuelles, soit collectives sous la forme de groupes de parole, ou à médiation, en y associant les psychologues intervenant, favorisant ainsi une démarche de soins partagée et coordonnée.

2.2.1 : Liens UCSA-CSAPA

Compte-tenu de la multiplicité des intervenants, il apparaît nécessaire de **désigner et d'identifier au sein de chaque UCSA, et de chaque CSAPA correspondant, un référent**, interlocuteur privilégié, dont les identités seront largement diffusées auprès des acteurs potentiels.

La **mobilisation du CSAPA référent**, sera formalisée via les protocoles d'organisation et de fonctionnement entre chaque UCSA-SMPR et chaque établissement pénitentiaire.

Le CSAPA, outre ses missions de repérage et d'accompagnement, peut assurer des actions de prévention primaire en sensibilisant les personnes détenues aux risques et dommages induits par les consommations de substances psychoactives licites ou illicites, pour favoriser l'émergence d'une demande d'aide et l'accès aux soins. Leur activité se situe à la frontière entre la prise en charge individuelle et la prise en charge collective, dont relève la promotion de la santé.

Six CSAPA existent en Champagne-Ardenne :
- trois dans la Marne ;
- un dans l'Aube ;
- un dans les Ardennes ;
- un dans la Haute-Marne.

La formation des acteurs des CSAPA est nécessaire, si l'on souhaite bâtir une culture commune régionale.

Pour ce faire, les CSAPA devront pouvoir intervenir de façon régulière au sein des établissements de santé, en particulier en lien avec les équipes de liaison psychiatriques. Cette double coordination, d'une part entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, et d'autre part, entre les services de psychiatrie et d'addictologie nécessitera la **rédaction de protocoles permettant de préciser les missions et l'articulation de chacune des équipes précitées**.

La difficulté à recueillir le consentement de la personne détenue pour lui proposer un sevrage sur du long terme doit pouvoir être surmontée, minorée, en s'appuyant sur le partage d'expériences et en développant la filière hospitalière. Une réflexion pourra ainsi être menée pour parvenir à une composition mixte des équipes de liaison, sanitaire et médico-sociale.

La commission régionale des addictions (*comportant également une sous commission dont l'objet est centré sur les traitements de substitution)* permettra de réunir l'ensemble des acteurs de l'addictologie et ainsi de favoriser les échanges de bonnes pratiques, autour d'une coordination régionale.

2.2.2 : Traitements de substitution aux opiacés

Les personnes détenues étant majoritairement dépendantes, notamment aux substances illicites, le recours à des **traitements de substitution** est courant. Ces traitements de substitution aux opiacés, via la méthadone et la buprénorphine haut dosage, permettent d'éviter, chez les personnes dépendantes, le symptôme de manque, tout en présentant de moindres risques sanitaires que l'héroïne.

Les pratiques sont hétérogènes d'une UCSA à une autre.

La sous commission « traitements de substitution » de la commission régionale des addictions travaillera à la formalisation et à l'harmonisation des pratiques de délivrance (*et des conditions de délivrance particulières liées à la détention*), en y associant l'ensemble des acteurs concernés, dans l'optique de permettre, en prévision de la sortie, outre une continuité de la prise en charge, une réduction du risque d'overdose.

Un référentiel de bonnes pratiques concernant les dispensations des traitements de substitution des personnes détenues sera travaillé, sous la coordination du SMPR, associant l'ensemble des acteurs concernés, dans le cadre de la commission régionale des addictions.

Ce référentiel devra tenir compte du guide de bonnes pratiques de TSO, en cours d'actualisation *(www.prison.eu.org/IMG/pdf/1679.pdf).*

Ce travail devra également tenir compte des dérives liées à la prise de Subutex®. En effet, les comprimés peuvent être détournés de leur usage substitutif et être injectés comme de l'héroïne après avoir été broyés et pillés. Les risques d'overdose sont alors multipliés. Les modalités de prescription et de délivrance de ce médicament seront donc à améliorer afin de mieux en contrôler son usage.

En 2010, les modalités de dispensation et d'administration du Subutex® (*buprénorphine HD*) aux patients détenus de la Maison d'Arrêt de Châlons-en-Champagne ont été modifiées. Après l'avoir administré un certain temps de façon dilué, il est aujourd'hui distribué en sublingual. Il est à noter que ce nouveau mode d'administration a un retentissement sur l'activité infirmière du service. En effet, pour une pratique correcte, il faut consacrer au moins dix minutes de temps infirmier à chaque patient.

En ce qui concerne le Subutex®, on note :
En 2008 : 4 859 actes *(soit une baisse de 16,02 % par rapport à 2007).*
En 2009 : 4 717 actes *(soit une baisse de 2,92 % par rapport à 2008).*
En 2010 : 3 508 actes (*soit une baisse de 25,63 % par rapport à 2009).*

Pour la Méthadone :
En 2008 : 4 360 actes (*soit une augmentation de 127,20 % (par rapport à 2007)*
En 2009 : 5 797 actes *(soit une augmentation de 32,96 % par rapport à 2008)*
En 2010 : 4 534 actes *(soit une baisse de 21,79 % par rapport à 2009).*

Au total, les traitements de substitution ont concerné :
En 2008 : 113 patients
En 2009 : 122 patients
En 2010 : 72 patients

La répartition des deux molécules BHD (Subutex®) et méthadone en milieu carcéral (70 pour 30) est sensiblement différente de celle en milieu libre (80 pour 20).
Ce constat peut être relié :

- aux indications de prescription de la méthadone pour des publics plus précaires et présentant des comorbidités psychiatriques surreprésentées,
- par un meilleur repérage des personnes mésusant la BHD,
- par des logiques de contrôle, par crainte de trafic.

La formation des professionnels globalement, et en particulier de l'addictologie, est une des clés de réussite de ces actions. Ces formations doivent être bien sûr à visée pluridisciplinaire, mais également régionale *(thématiques diverses, dont le bucco-dentaire).* Via les commissions de coordination des politiques publiques instituées auprès de l'ARS, dans les champs de la prévention et du secteur médico-social, un **groupe technique associant les acteurs concernés sera mis en place, concourant à l'harmonisation de ces formations.**

Ces différentes actions se feront également en partenariat avec le réseau de santé ADDICA, spécialisé dans la prise en charge des addictions.

2.3. Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

Volet prévention-promotion de la santé du Schéma régional de Prévention :

Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Le sens à donner aux actions en EPS/PS

Sensibiliser, informer, éduquer à la santé, spécialement les publics les plus éloignés des démarches de prévention pour développer leur capacité à faire des choix plus favorables pour leur santé.

Axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Objectif opérationnel 3.3. : *Consolider les dispositifs de dépistage existants et améliorer la participation en ciblant les populations qui en sont le plus éloignées*

Action à mener : Améliorer l'accessibilité des dispositifs existants aux personnes en situation de vulnérabilité (personnes en situation de précarité, handicapées, détenues) et développer des actions de sensibilisation ciblées.

👁 cf **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) – axes stratégiques II (*Accompagnement des personnes en situation de précarité)* et III (*Promotion des actions de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques*)**

La médecine préventive en milieu carcéral concerne le dépistage et la prévention de divers problèmes de santé, en tenant compte des spécificités de l'enfermement. L'approche pédagogique doit être centrée sur **l'apprentissage individuel** pour initier ou poursuivre un processus d'appropriation de santé. L'objectif de la promotion de la santé étant de maintenir, voire d'améliorer la santé des personnes détenues, mais aussi d'éviter les maladies. L'appropriation de la santé passe donc par **l'apprentissage de la santé**. L'accès à des **séances d'éducation pour la santé** en milieu carcéral représente une possibilité de débuter cette démarche d'appropriation.

2.3.1 : Bilans d'entrée

Les **bilans d'entrée, comprenant les actions issues des programmes de dépistage (*VIH, hépatites, tuberculose, syphilis si nécessaire, addictions…)* et de vaccination** sont systématisés par les équipes des UCSA et celles des établissements autorisés à la psychiatrie, en lien avec les acteurs des CSAPA et le SMPR, pour ce qui concerne les traitements de substitution.

Il est cependant nécessaire de renforcer l'information auprès des personnes détenues concernant la possibilité de mise en place d'un traitement post-exposition au VIH.

2.3.2 : ***Réduction des risques infectieux***

La politique de réduction des risques vise à minimiser les risques encourus par les usagers de drogues et en particulier, celui d'infections liées aux injections de produits. Ainsi, l'article L3121-4 du CSP la définit comme visant à « *prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».*

La forte prévalence des conduites addictives, des troubles psychiatriques et des affections virales, l'importance de la précarité sociale, et la nécessaire prise en compte des conditions de détention : (surpopulation (essentiellement en Maison d'arrêt), promiscuité, hygiène réduite) nécessitent une approche renforcée de la politique de réduction des risques infectieux.

L'Administration pénitentiaire s'est engagée à ce titre, à :

- distribuer de l'eau de javel à 12 (*devant permettre la stérilisation du matériel d'injection*) ;
- mettre à disposition des préservatifs dans diverses situations (*parloirs familiaux, UVF, sorties)* et notamment au sein des UCSA ;
- informer les personnels pénitentiaires sur le traitement post-exposition au VIH, pour faciliter entre autres, l'extraction d'une personne détenue vers un établissement de santé.

A ce titre, il a été constaté un faible niveau d'accessibilité aux mesures de prévention, plus particulièrement pour l'eau de javel, les traitements de substitution aux opiacés, les préservatifs, et la prophylaxie post-exposition pour le VIH.

Ainsi, une attention particulière sera portée aux actions cibles ci-dessous, qui déclineront les orientations nationales en cours d'actualisation :

- la **réduction des risques infectieux** liés à l'usage de drogues en milieu carcéral. Cette action fera l'objet d'une déclinaison locale des éléments du plan national 2010-2014 ;
- la **prévention des risques liés à la sexualité.** Les conditions au maintien d'une vie affective et sexuelle en détention feront l'objet d'un état des lieux régional, en lien avec la DISP ;
- la **prévention du risque suicidaire** : la participation d'un membre de l'UCSA (*a minima une IDE),* d'un membre de l'équipe de l'établissement autorisé à la psychiatrie intervenant en milieu carcéral, et d'un membre du CSAPA en tant que de besoin, à la Commission Pluridisciplinaire Unique (*CPU*) instituée au sein de chaque établissement pénitentiaire, sera systématisée de façon régulière et formalisée, en préservant les questions ayant trait au secret médical ;
- Une attention particulière sera portée, dans l'éducation à la santé, aux problématiques liées à **l'alcool**, produit banalisé, voire surinvesti comme signe extérieur de virilité, méconnu comme facteur de risques et de dommages importants, en dehors même d'une dépendance avérée,

Par ailleurs, un travail pourra être engagé en lien avec le COREVIH Lorraine-Champagne.

De manière plus générale, les dommages liés aux drogues sont loin de procéder exclusivement des dépendances avérées et bien des conduites de consommation hors dépendance peuvent s'avérer pathogènes.

Le milieu carcéral constitue un environnement à très haut risque pour la transmission des maladies infectieuses[86] : les conduites addictives y sont plus courantes, la promiscuité est grande, l'hygiène réduite et la prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) plus élevée.

[86] Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH : prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE 2009 – BEH39 du 25 octobre 2011

2.3.3. Actions de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral

L'environnement carcéral est à prendre en compte *(dans son essence même, dans son organisation),* pour conduire les actions de prévention, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier le personnel pénitentiaire.

Par exemple, les conditions de détention *(attente de jugement ou exécution de peine)* influent sur la durée de séjour et le renouvellement de la population. Ces éléments déterminent la nécessité de répéter les séances consacrées à un même thème.

Les établissements pénitentiaires ont un fonctionnement régulier et structuré, difficilement modifiable.

Il s'agit donc d'identifier les moments opportuns où les détenus et les surveillants sont disponibles pour les activités éducatives : il est donc nécessaire de considérer des contraintes propres au milieu carcéral pour en dégager des espaces d'intervention adéquats et favorables.

Ces démarches compléteront l'action 5.2 du plan national 2010-2014, action portée par l'INPES, qui permettra aux différents acteurs de disposer d'un référentiel en éducation pour la santé et en promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Par le biais de la prévention, un certain nombre de pathologies peuvent être évitées et d'autres peuvent être diagnostiquées suffisamment tôt pour réduire les conséquences morbides évitables.

L'éducation pour la santé est un ensemble de démarches et de conditions qui permettent un processus d'apprentissage, d'appropriation et de progression vers l'autonomie dans les prises de décisions relatives à la santé.

Les activités éducatives peuvent s'inscrire dans le cadre de l'animation socioculturelle et scolaire du milieu carcéral : **certaines journées médiatisées à l'extérieur sont propices à des mobilisations à l'intérieur** *(par exemples : journée sur la nutrition, journée de lutte contre le tabac, journée mondiale du sida...).* Un système d'affichage visuel peut également permettre une mobilisation des personnes détenues.

Le développement des activités physiques et sportives est également un moyen d'aider à la réinsertion et à la réintégration. Les Maisons d'arrêt de Châlons-en-Champagne, Reims et Charleville-Mézières proposent diverses activités physiques et sportives, adaptées aux personnes détenues (*football, basket-ball, gymnastique douce, boxe*…). Outre la dépense physique de l'individu, de tels dispositifs permettent de créer un rythme de vie de la personne, rythme désorganisé par la vie en détention. Des actions seront recherchées, en lien avec l'Administration pénitentiaire, auprès du Comité Régional Olympique et Sportif (CROS).

L'ARS favorisera les actions d'éducation et de promotion de la santé en coordination avec la DISP Centre-Est. L'instruction commune des projets (*travaillés par l'UCSA, les SPIP et les CSAPA notamment*) et la coordination des financements éventuels seront organisées à un échelon régional.

Par ailleurs, dans le cadre de l'appel à projets Prévention-Promotion de la santé, lancé par l'ARS Champagne-Ardenne, une orientation sera donnée quant aux actions de dépistage du cancer en milieu carcéral, tenant compte notamment du vieillissement de la population carcérale.

2.4. Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) – Axe stratégique IV (*Partenariat des acteurs de proximité et institutionnels*)

Objectif spécifique IV.1 Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours

Objectifs opérationnels

IV.1.1 Favoriser une culture commune des professionnels autour des problématiques de la précarité, par le développement des échanges de pratiques et de fonctionnement.
IV.1.2 Mettre en cohérence et en complémentarité les interventions pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de précarité et encourager un travail de relais pour garantir une continuité dans le parcours de soins et d'insertion des personnes en situation de précarité, en favorisant le maillage des acteurs.

La préparation à la sortie de la personne détenue constitue un des maillons de la prise en charge à ne pas négliger. Nombre d'acteurs interviennent là encore à un moment donné : une coordination est donc nécessaire.

2.4.1 : Droits sociaux et accès aux soins

La préparation à la sortie doit en effet intégrer, outre les modalités de continuité des soins, les **conditions d'hébergement** futur des personnes détenues ainsi que la **continuité des droits sociaux en particulier**. En effet, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituent le seul dispositif permettant l'accès intégral aux soins pour les personnes détenues dépourvues de protection sociale.

Sur ce dernier point, une **convention entre établissement pénitentiaire, établissement de santé de rattachement de l'UCSA, SPIP et CPAM du département concerné, sera formalisée**. Elle doit permettre de faciliter la continuité du bénéfice des droits sociaux de la personne détenue dès sa sortie *(droits ouverts pendant une période d'une année à compter de la date de la libération),* en permettant l'articulation des acteurs chargés de la mise en œuvre de ces droits.

La personne détenue doit pouvoir être informée de ses droits (*comprenant les éventuelles mises à jour intervenues pendant l'incarcération pour elle-même ou ses ayants droits*). Elle doit par ailleurs être destinataire, à sa libération, de l'attestation d'ouverture des droits fournie par la CPAM concernée, voire de la carte vitale, dans toute la mesure du possible.

Un **groupe projet régional rassemblant les quatre CPAM et les SPIP de la région** sera mis en place, en lien avec le référent PRAPS, organisé par l'ARS avec le concours de la DISP, afin de cadrer l'organisation, mais aussi et surtout afin de capitaliser sur les expériences de chacun, permettant outre l'harmonisation des actions, une réelle cohérence d'ensemble du dispositif.

La loi pénitentiaire de 2009 a introduit une disposition visant à l'obligation de proposer une visite médicale dans le mois précédant la libération. Un **bilan médical de pré-sortie devra doit être organisé**. Les listes des personnes détenues libérables seront transmises à l'UCSA de façon régulière (*soit hebdomadaire, soit mensuelle*) par l'établissement pénitentiaire, de façon à pouvoir programmer (*sous 7 jours environ)*, les bilans de pré-sortie, en lien avec le SPIP et le CSAPA, si la

personne le souhaite. L'information de l'UCSA par l'établissement pénitentiaire, suffisamment en amont, conditionne la réalisation effective de cet examen.

Dans ce cadre, une attention particulière sera portée aux personnes détenues sous surveillance électronique fin de peine (SEFIP), régime d'exécution de peine pouvant rendre délicate la réalisation de la visite médicale de pré-sortie, compte-tenu de la non maîtrise des délais de libération (*dans les 5 jours après la notification de la décision*), à la main du magistrat.

Ce dispositif sera formalisé dans le protocole d'organisation et de fonctionnement UCSA-établissement pénitentiaire et fera l'objet d'une évaluation annuelle.

L'objectif de ce bilan de pré-sortie est, en premier lieu, **d'éviter une rupture dans la prise en charge** médicale de la personne.

La continuité des soins somatiques est facilitée lorsque la personne sortante dispose d'un hébergement, d'un « point de chute », permettant soit de retrouver le médecin traitant identifié avant l'entrée en détention, soit de l'orienter vers les professionnels de santé compétents (*médecin généraliste, spécialiste et/ou professionnels de l'addictologie),* l'objectif étant la poursuite des traitements initiés en détention.

Pour ce qui est de la continuité des soins psychiatriques :cf le paragraphe « prise en charge particulières » du présent schéma, relatif aux consultations de suivi post-pénal en particulier (*page 21*).

Il va de soit que la continuité des soins est directement liée à la problématique de continuité des droits sociaux, tant du point de vue du parcours de soins, que d'un point de vue économique.

La prise en charge d'une personne en milieu carcéral, outre les spécificités liées aux contraintes architecturales et sécuritaires, fait intervenir un nombre important d'acteurs pluridisciplinaires, avec des prérogatives et des missions différentes, mais complémentaires, nécessitant une coordination et une organisation formalisées et partagées.

Il est rappelé les missions conférées au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, qui a le droit de visite de tout établissement accueillant des personnes privées de liberté, dont les personnes détenues. Il peut être saisi par toute personne physique (*personne détenue, malade hospitalisé sans son consentement, famille ou avocat de ces personnes, membres du personnel de l'établissement*...) et toute association, sur des questions pouvant mettre en jeu les droits fondamentaux.

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Les thématiques transversales visées ci-dessus sont reprises dans un tableau annexé au SROS-PRS et sont matérialisées au moyen du symbole👁.

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs présentés ci-dessous seront collectés principalement depuis les rapports d'activité annuels produits par chacune des UCSA, complétés des données des établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie, de celles des CSAPA, des quatre SAMU départementaux et du SMPR.

L'UHSI de Nancy, les UHSA et la DISP seront également sollicitées, chacune pour ce qui la concerne.

Lorsqu'aucune précision spécifique n'est mentionnée, l'indicateur s'apprécie de façon annuelle.

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Indicateurs épidémiologiques

Les indicateurs suivants pourraient être retenus, sous réserve des éléments attendus dans le guide méthodologie national.
- tranche d'âge des personnes détenues,
- statut de la personne détenue : célibataire, marié, divorcé,
- existence d'une activité professionnelle à l'entrée en détention,
- statut social : hébergement, SDF[87]...,
- part des personnes détenues repérées comme fumeur régulier,
- nombre de maladies à déclaration obligatoire,
- nombre de décès, dont nombre de décès par suicide,
- nombre de tentatives de suicide, par individu.

1.2. Développer une offre de soins graduée en psychiatrie : repositionner le SMPR dans son rôle régional

- Soins ambulatoire : 1er niveau

- nombre d'UCSA proposant une prise en charge individuelle de la personne détenue, impliquant l'ensemble des partenaires (*priorité étant donnée à Clairvaux et Villenauxe sur 2012, puis en fonction de la capacité des établissements pénitentiaires pour les années 2013 et ultérieures*),
- nombre de réunions d'équipe partenariale (*appréciation du travail en réseau*),
- nombre de consultations proposées par l'UCSA / nombre annuel de consultations réalisées par l'UCSA,
- file active,
- nombre d'activités de groupe proposées par l'UCSA / nombre de participants par activité et par UCSA.

[87] SDF : sans domicile fixe

- SMPR : 2ème niveau : les soins de recours

- nombre de patients hospitalisés au SMPR,
- dont origine départementale des patients hospitalisés,
- nombre de formations proposées / nombre de participants par UCSA (*distinguer formations initiale et continue).*
- DMS des patients hospitalisés au SMPR (*date d'admission – date de sortie avec le delta de +/- 48h*).

- 3ème niveau : hospitalisation à temps complet en UHSA, et de façon transitoire, sur la base de l'article D398 du code de procédure pénale

- nombre de personnes détenues ayant fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement par UCSA (*relevant du D398 du CPP, en ne comptant le patient qu'une seule fois*),
- dates d'ouverture de l'UHSA de Nancy et de l'UHSA d'Orléans,
- nombre de personnes détenues hospitalisées par UHSA, précisant la mention avec ou sans consentement, et leur origine par département, et par UCSA,
- file active,
- nombre de réunions pluridisciplinaires (*pénitentiaire, hospitalier-médecins et cadres-, UHSA, SMPR*).

- Prises en charge particulières

- nombre de tentatives de suicide par UCSA,
- dont nombre de décès par suicide par UCSA,
- nombre de réunions de la CPU par établissement pénitentiaire,
- dont nombre de réunions auxquelles a participé l'UCSA,
- nombre de personnes détenues ayant été transférées à l'UMD de Châlons-en-Champagne par établissement pénitentiaire d'origine,
- DMS des personnes détenues à l'UMD de Châlons en Champagne,

1.3. Conforter le CRIAVS

- nombre de formations régionales proposées à destination des UCSA, des personnels de l'administration pénitentiaire, des établissements de santé intervenant en détention, des personnels des CSAPA, dont taux de participation par catégorie,
- nombre de projets spécifiques mis en place à destination des AICS,
- nombre de rencontres associant la justice, les UCSA, le SMPR, les CSAPA, la pénitentiaire dont nombre de participants par rencontre.

1.4. Consolider le dispositif d'accès aux soins somatiques

Il est rappelé que nombre de données sont d'ores et déjà disponibles au sein du rapport d'activité annuel que complètent les établissements de santé sièges d'une UCSA et autorisés à la psychiatrie.

- Soins ambulatoires : UCSA (page 20)

- nombre de recours à des consultations spécialisées dentaires par UCSA / nombre de personnes détenues concernées par UCSA,
- nombre de recours à des consultations spécialisées de gynécologie-obstétrique / nombre de personnes détenues de sexe féminin (*uniquement pour l'UCSA du CH de Châlons-en-Champagne*),
- nombre de recours à des consultations spécialisées pour les mineurs / nombre de mineurs incarcérés (*uniquement pour les UCSA des CH de Chaumont et de Reims*).

- Permanence des soins et urgences

- nombre d'appels de 18h00 à 0h00 par SAMU-centre 15 dont nombre ayant donné lieu à intervention et / ou extraction de la personne détenue,
- nombre d'appels de 0h00 à 8h00 par SAMU-Centre 15 dont nombre ayant donné lieu à intervention et / ou extraction de la personne détenue,

- Chambres sécurisées

- nombre de chambres sécurisées aux normes,
- nombre de recours à ce dispositif par an et par établissement d'origine,
- principales pathologies amenant à une hospitalisation de courte durée (*examens diagnostic, intervention chirurgicale (dont soins dentaires, orthopédiques, digestifs et pulmonaires), autres*),
- DMS.

- Recours à l'UHSI de Nancy (*Les données seront collectées en lien avec l'UHSI de Nancy)*

- nombre d'hospitalisations par département et par établissement adresseur,
- DMS,
- motif de l'hospitalisation (*orthopédie-traumatologie, cardiovasculaire, digestif, diabétologie, psychiatrie, addictologie, autres),*
- durée moyenne d'hospitalisation,
- transfert réalisé en urgence ou en hospitalisation programmée,

- Prise en charge somatiques particulières

- nombre d'intervention d'une EMSP par établissement pénitentiaire, dont nombre de personnes détenues concernées,
- nombre de formations dispensées par une EMSP à destination des personnels des UCSA et pénitentiaire,

- Télémédecine

- nombre d'UCSA informatisées,
- nombre d'UCSA disposant d'une radiologie numérisée,

Ce chapitre sera actualisé au fil du déploiement de la télémédecine en milieu carcéral, en coordination avec le programme régional de télémédecine.

2. Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et judiciaire

2.1. Organiser les relations

- nombre de réunions des comités de coordination,
- dont qualité des personnes présentes aux réunions (*échanges partenariaux*),
- nombre de protocoles UCSA-établissement de santé (*dont psychiatrie*)-établissement pénitentiaire actualisés,
- nombre de réunions de la commission santé-justice.

2.2. Détecter, prendre en charge et suivre les addictions à l'arrivée en détention, pendant la détention, et en prévision de la sortie

La fiche de repérage des conduites addictives annexée à l'instruction DGS de novembre 2010 sera également utilisée.

- nombre de référents désignés par UCSA et par CSAPA,
- nombre de protocoles UCSA-établissement pénitentiaire incluant une partie relative à l'addictologie
- nombre de patients sous traitement de substitution,
  - dont nombre de patients sous méthadone,
  - dont nombre de patients sous Subutex®,
- nombre de formations pluridisciplinaires régionales en addictologie dispensées dont nombre de participants par origine d'appartenance,

2.3. Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

- nombre de bilans d'entrée réalisés par les UCSA / nombre de personnes détenues vues par l'UCSA,
- qualification des actions de dépistage réalisées : nombre pour chacune d'entre elles,
- nombre d'actions de sensibilisation à l'éducation à la santé réalisées à l'intérieur de chaque établissement pénitentiaire,
- nombre de projets reçus au titre des actions de prévention-éducation à la santé en milieu carcéral,
- nombre de projets instruits de façon commune par l'ARS et la DISP,
- nombre de projets retenus,
- part de financement pour chacun des projets retenus sur l'enveloppe totale,
- suivi de la mise en œuvre de ces projets : mise en place d'un tableau de bord.

2.4. Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité et à l'accès aux soins

- nombre de conventions signées entre l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé, le SPIP et la CPAM du département concerné,
- nombre de bilans médicaux proposé à la sortie / nombre de bilans effectivement réalisés
- nombre de personnes sortantes bénéficiaires de la CMU
- nombre de personnes sortantes bénéficiaires de la CMU-C
- nombre de personnes sortantes ayant un médecin référent identifié
- nombre de personnes sortantes ayant fait l'objet d'un relais organisé auprès du CMP du secteur de leur futur lieu de résidence
- nombre de personnes sortantes suivies pour conduites addictives, ayant fait l'objet d'un relais organisé auprès du CSAPA de proximité de leur futur lieu de résidence.

Glossaire

ADDICA :	Réseau Addictions, Précarité Champagne-Ardenne
AICS :	Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
ALD :	Affection de Longue Durée
APA :	Allocation Pour l'Autonomie
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COREVIH :	Coordination REgionale de luttre contre le VIH
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPU :	Commission Pluridisciplinaire Unique
CRIAVS :	Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
CSAPA :	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DGS :	Direction Générale de la Santé
DISP :	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DMP :	Dossier Médical Personnel
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DRJSCS :	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale
EPSMM :	Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne
H24 :	24 heures sur 24
HAS :	Haute Autorité de Santé
HIV :	Human immunodeficiency virus
HO :	Hospitalisation d'Office
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ :	Inspection Générale des Services Judiciaires
INPES :	Institution National de Prévention et d'Education à la Santé
JAP :	Juge d'Application des Peines
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PJJ :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPR :	Programme de Prévention de la Récidive
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSE :	Placement sous Surveillance Electronique
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
SAMU-C15 :	Service d'Aide Médicale Urgente-Centre 15

SEFIP :	Surveillance Electronique FIn de Peine
SIDA :	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SMPR :	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP :	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS :	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
SROS-PRS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins du Projet Régional de Santé
TSO :	Traitement de Substitution aux Opiacés
UCSA :	Unité de Consultation de Soins en Ambulatoire
UHSA :	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI :	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD :	Unité pour Malades Difficiles
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE

REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 416
1. Contexte réglementaire 416
1.1. Les Unités de Réanimation 416
1.2. Les Unités de Surveillance Continue (USC) 417
1.3. Les Unités de Soins Intensifs (USI) 417
2. Synthèse des modes d'entrée et de sortie en réanimation. 418
3. Références réglementaires 419

Chapitre 2 : Diagnostic régional 420
1. Carte régionale de répartition géographique des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue 420
2. Les impacts du contexte médico-social sur l'activité de réanimation 421
3. Structure régionale de l'offre de soins 422
3.1. Unités de réanimation 422
3.2. Unités de soins intensifs. 423
3.3. Unités de surveillance continue (USC). 424

Chapitre 3 : Objectifs régionaux, généraux et spécifiques 426
1. Améliorer l'accès aux soins 426
1.1. Objectifs généraux 426
1.2. Objectifs spécifiques d'organisation de l'accès aux soins 426
2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins. 427
3. Améliorer l'efficience. 427

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 428
1. Améliorer l'accès aux soins 428
1.1. Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation à l'appui d'un système d'information partagé par les établissements. 428
1.2. Formaliser les filières de prise en charge des patients relevant de pathologies spécifiques 428
1.3. Evaluer l'organisation de la réanimation pédiatrique. 428
2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins. 428
2.1. Adapter les moyens, la formation et le soutien psychologique des personnels soignants. 429
2.2. Développer les prélèvements d'organes et de tissus. 429
2.3. Organiser la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins. 429
3. Améliorer l'efficience 430
3.1. Formaliser les liens avec les structures d'amont et d'aval 430
3.2. Améliorer l'organisation de la permanence des soins 430
3.3. Réduire la durée moyenne de séjour 430

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 431

Chapitre 6 : Schéma cible de l'organisation régionale de la santé 431
1. Garantir un égal accès aux soins sur les territoires de la région par un maillage territorial adéquat. 431
2. Répartition des implantations par territoire de santé 431
2.1. Implantation des activités de soins de Réanimation 431
2.2. Implantation des unités de soins intensifs 432
2.3. Implantation des unités de surveillance continue 432

Chapitre 7 : Création - suppression d'implantations prévues et projets de coopération. 433
1. Réanimation - Surveillance continue. 433

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi et évaluation 434
1. Indicateurs de suivi 434
2. Evaluations qualitative et quantitative 434

Glossaire..... 435

Chapitre 1 : Cadre général

1. Contexte réglementaire

L'activité des unités de réanimation nécessite des ressources importantes tant en personnel qu'en équipement. Elle se caractérise par un plateau technique de haut niveau et une évolution technologique rapide.

Cette activité reconnait trois orientations spécifiques :

- la réanimation adulte ;
- la réanimation pédiatrique ;
- la réanimation pédiatrique spécialisée.

Afin de garantir la prise en charge globale du patient et la continuité des soins, l'organisation est graduée et coordonnée.

Elle se décline en trois niveaux de soins :

- la réanimation ;
- les soins intensifs ;
- la surveillance continue.

Seule l'activité de réanimation, encadrée par les articles R.6123-33 à R.6123-38-6 et D.6124-27 à D.6124-34-5 du code de la santé publique[88] , est soumise à autorisation.

1.1. Les Unités de Réanimation

« *Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance*[89] ».

« *La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale*[90] ».

Les unités de réanimation peuvent être à orientation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale.
Elles se dissocient en deux niveaux de prise en charge :

- Les unités de réanimation hospitalo-universitaires.

Un rôle de recours auquel s'ajoutent les missions de formation et de recherche conditionnent les capacités fonctionnelles des unités de réanimation hospitalo-universitaires.

- Les unités de réanimation hors établissement hospitalo-universitaire.

Ces unités ont une capacité minimale de huit lits, sauf autorisation à titre dérogatoire justifiée par l'éloignement géographique.

---

[88] Ces dispositions sont issues des deux textes suivants :
- Décret n°2002-465 du 05 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, modifié par le décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 ;
- décret n°2002-466 du 05 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, modifié par le décret n°2006-74 du 24 janvier 2006.

[89] Article R.6123-33 du Code de la santé publique
[90] Article R. 6123-38-3 du Code de la santé publique

1.2. Les Unités de Surveillance Continue (USC)

« *La surveillance continue est organisée pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique*[91] ».

Les USC constituent un niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et/ou de soins intensifs et les unités de médecine. Elles reçoivent des patients provenant de réanimation ou des patients dont l'état de santé justifie une surveillance étroite et/ou des traitements intensifs.

Ces unités ne sont pas soumises à autorisation et leurs conditions de fonctionnement sont régies par le décret n°2002-466 du 5 avril 2002 [92].

Il faut distinguer :

- Les unités de surveillance continue des établissements disposant d'unité(s) de réanimation. Elles sont placées sous la responsabilité du service de réanimation de l'établissement.

- Les unités de surveillance continue des établissements ne disposant pas d'unité de réanimation. Ces unités doivent passer une convention avec un établissement doté d'une unité de réanimation.

Le regroupement des lits de surveillance continue de l'établissement dans une seule unité permettrait d'optimiser les moyens, en particulier en mutualisant le personnel non médical.

Les unités de surveillance continue répondent à un besoin médical de surveillance des patients instables. Elles sont un vecteur d'efficience en optimisant le recours aux unités de réanimation. Elles constituent une marge de sécurité pour l'activité de réanimation, notamment en situation de crise.

1.3. Les Unités de Soins Intensifs (USI)

« *Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant en jeu directement leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance*[93] ».

Cette activité se différencie en :

- Les Unités de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC).

- Des Unités de Soins Intensifs Spécifiques (USI) liées à des pathologies d'organe (notamment en pneumologie, néphrologie, neurologie, hématologie, gastro-entérologie).

Ces unités ne sont pas soumises à autorisation et leurs conditions de fonctionnement sont régies par le décret n°2002-466 du 5 avril 2002 [94].

---

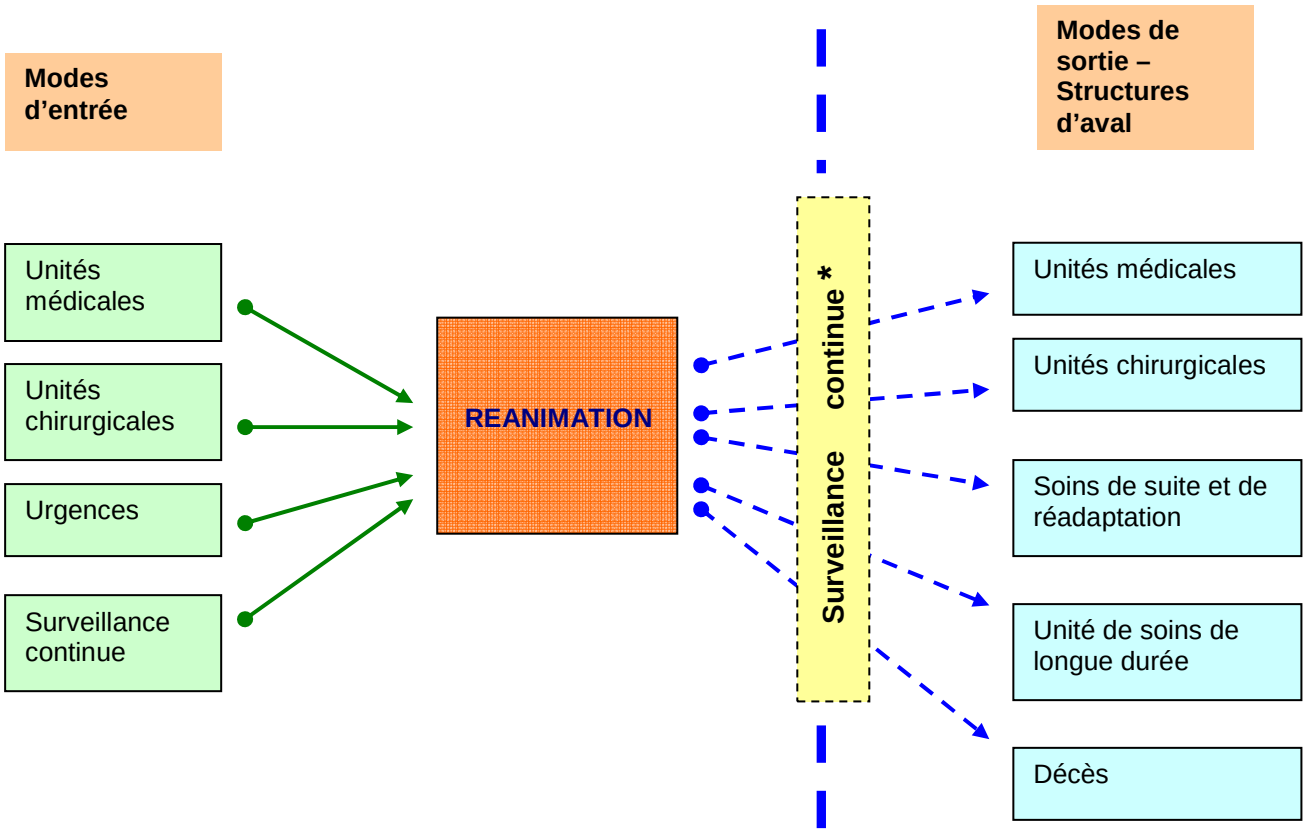
[91] Article D 6124-117 du Code de la santé publique

[92] Décret n°2002-466 du 05 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, modifié par le décret n°2006-74 du 24 janvier 2006.

[93] Article D 6124-104 du Code de la santé publique

[94] Décret n°2002-466 du 05 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, modifié par le décret n°2006-74 du 26 avril 2006.

2. Synthèse des modes d'entrée et de sortie en réanimation.



***** Le transfert dans une unité de surveillance continue n'est pas un point de passage obligatoire dans la filière de prise en charge des patients, ceux-ci pouvant intégrer directement une structure d'aval.

Schéma 1 : Synthèse des modes d'entrée et de sortie des unités de réanimation.

3. Références réglementaires

- Décret n°2002-465 du 05 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat).

- Décret n°2002-466 du 05 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets simples).

- Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

- Décret n°2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique (modifiant le décret n°2002-466 du 05 avril 2002).

- Arrêté du 27 août 2003 fixant les conditions permettant de justifier d'une expérience attestée en réanimation prévues à l'article D.712-08 du code de la santé publique.

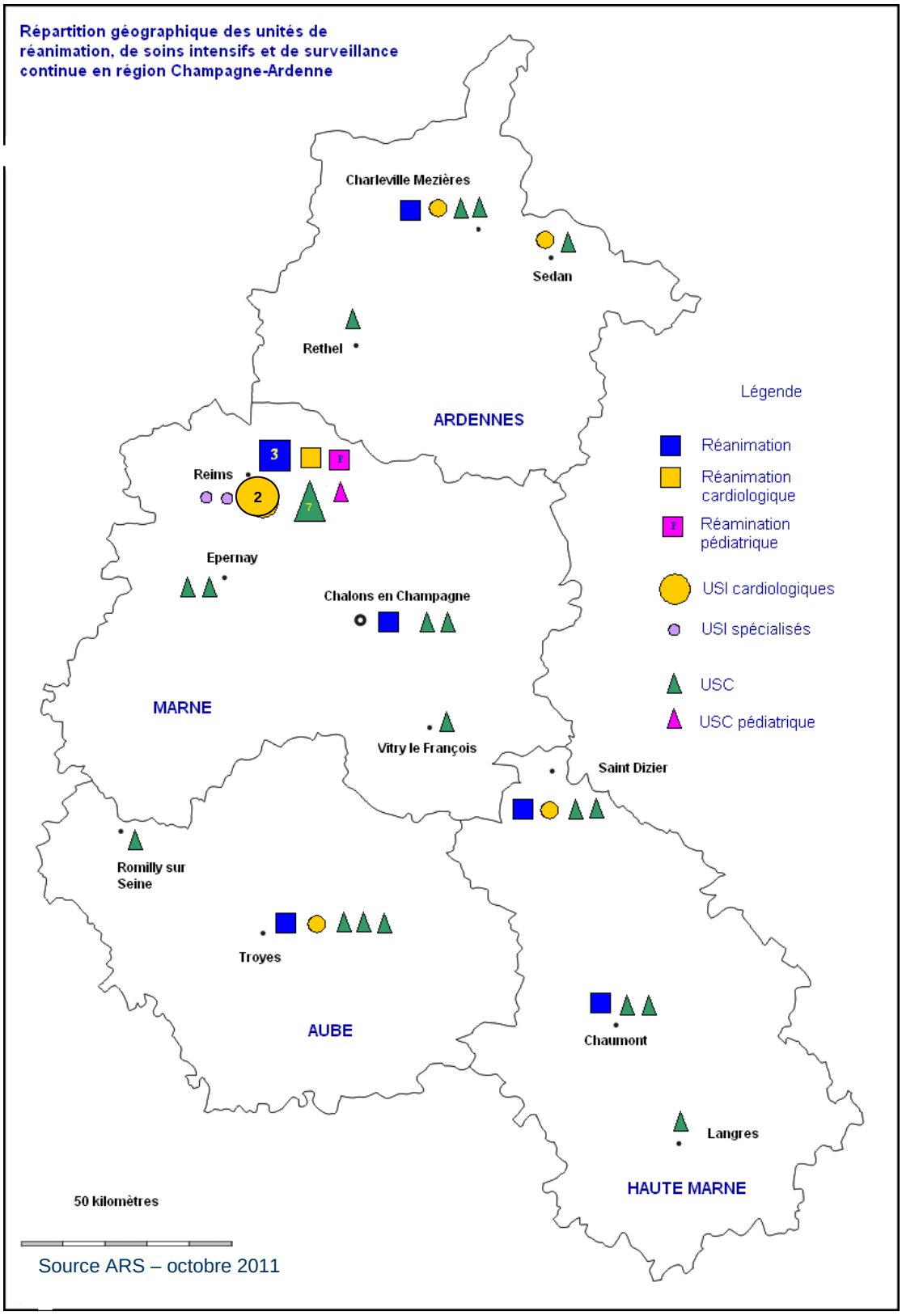
- Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique.

- Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

- Le Code de la santé publique et notamment ses articles relatifs :

    - à la réanimation : articles D.6124-27 à D.6124-34-5 ; R.6123-33 à R6123-38-6
    - aux soins intensifs : articles D.6124-104 à D.6124-116 ;
    - à la surveillance continue : articles D.6124-117 à D.6124-120.

Chapitre 2 : Diagnostic régional



Source ARS – octobre 2011

2. Les impacts du contexte médico-social sur l'activité de réanimation

Le contexte médico-social de l'activité de réanimation a été profondément modifié en quelques années :

- augmentation de la gravité et de la complexité des situations cliniques en raison des co-morbidités associées au vieillissement des patients ;
- contexte social dégradé (précarité, difficultés de communication…).

La connaissance en temps réel des capacités effectives d'accueil des services de réanimation est imparfaite. Il s'agit d'une donnée essentielle en situation critique.

Le maillage de l'implantation géographique des unités semble satisfaisant. Toutefois, il ne doit pas masquer la faiblesse des effectifs spécialisés. La région Champagne-Ardenne disposait en 2010[95] de :

- 5 médecins réanimateurs dont 4 dans le département de la Marne et 1 dans le département de l'Aube ;
- 167 médecins anesthésistes réanimateurs, dont 98 dans le département de la Marne. En termes d'effectifs, la région se positionne devant la Corse (41), le Limousin (116), et la Franche-Comté (165).

La démographie régionale est caractérisée par la faiblesse des effectifs de spécialistes (anesthésistes réanimateurs, réanimateurs médicaux, cardiologues). Cette situation serait susceptible de compromettre à terme la pérennité des unités.

Le recours inadapté aux unités de réanimation entraîne leur saturation et un surcoût social.
Faute de place dans les structures adéquates, les unités de réanimation accueillent des patients dont l'admission ne relèverait pas de leur champ d'attribution. La majoration de la durée de séjour non médicalement justifiée observée est pour partie, la conséquence de difficultés de placement des patients en service d'aval (Médecine, Soins de Suite et de Réadaptation (SSR),…).

L'orientation et la prise en charge en sortie de réanimation de certaines catégories spécifiques de patients (traumatisés crâniens graves, patients trachéotomisés, états neurovégétatifs chroniques, patients handicapés sévères) ne sont pas toujours optimales. Cette orientation peut plus souvent se faire en fonction de la disponibilité en lits d'une unité, qu'en fonction de l'adéquation médico-technique du service.

La recherche d'une prise en charge satisfaisante peut constituer une tâche chronophage pour les équipes soignantes. Un manque de formation spécifique ou de mobilisation des personnels des services d'aval serait susceptible d'expliquer en partie cette situation.

Les USIC connaissent également un allongement de la durée de séjour de patients âgés, non justifié par leur état de santé. Ces patients ou leur entourage s'opposent à la décision médicale de retour à domicile, jugée trop précoce.

[95] Atlas de la démographique médicale en France - situation au 1er janvier 2010 - Conseil National de l'Ordre des Médecins.

3. Structure régionale de l'offre de soins

3.1. Unités de réanimation

La région Champagne Ardenne dispose de dix unités de réanimation, soit :

- une unité de réanimation pédiatrique ;
- huit unités de réanimation pour adultes ;
- une unité de réanimation spécialisée en cardiologie, qui assure l'activité de réanimation post opératoire de chirurgie cardiaque.

Tableau régional des implantations et des taux d'activités des unités de réanimation

Localité	Etablissement	Nombre de lits	Nombre de suppléments	Taux annuel d'occupation
Chalons en Champagne	Centre Hospitalier	8	2136	73%
Charleville-Mézières	Centre Hospitalier	8	2898	99%
Chaumont	Centre Hospitalier	6	989	45%
Saint-Dizier	Centre Hospitalier	8	2768	95%
Troyes	Centre Hospitalier	12	3107	71%
Reims	Centre Hospitalier Universitaire (réanimation adulte)	34 [96]	10110	81%
Reims	Centre Hospitalier Universitaire (réanimation pédiatrique)	6	943	43%
Reims	Polyclinique Saint André	10	2703	74%
Région Champagne-Ardenne		**92**	**25654**	**76 %**

Source : PMSI 2010

En 2010, le taux d'occupation régional est de 79 % hors activité de réanimation pédiatrique.

Les Centres Hospitaliers (CH) de Charleville-Mézières et de Saint-Dizier présentent un taux d'occupation supérieur à 80%.

L'activité de réanimation du CH de Chaumont est inférieure au taux régional de 20 points, pour une capacité dérogatoire de 6 lits.

[96] Capacité regroupant 3 unités de réanimation : Unité de réanimation spécialisée en cardiologie Hôpital Robert Debré (8lits) - Unité de réanimation Hôpital Robert Debré (13 lits) - Unité de réanimation Hôpital Maison Blanche (13 lits).

3.2. Unités de soins intensifs.

Les unités de soins intensifs se déclinent en :

- six unités spécialisées en cardiologie ;
- une unité spécialisée en hématologie ;
- une unité spécialisée en néphrologie.

L'Unité de Soins Intensifs Respiratoires (USIR) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims d'une capacité de 6 lits, prévue dans le SROS précédent, n'a pas été mise en œuvre.

Tableau régional des implantations et des taux d'activité des unités de soins intensifs

Localité	Etablissement	Nombre de lits	Nombre de suppléments	Taux annuel d'occupation
Charleville-Mézières	Centre Hospitalier	10	2877	79%
Sedan	Centre Hospitalier	14[97]	3639	71%
Saint-Dizier	Centre Hospitalier	8	3357	115%
Troyes	Centre Hospitalier	14	4513	88%
Reims	Centre Hospitalier Universitaire[98]	42	10891	71%
Reims	Polyclinique Courlancy	8	2699	92%
Région Champagne-Ardenne		**96**	**29470**	**84 %**

Source : PMSI 2010

Le CH de Saint-Dizier présente un taux annuel d'occupation de 115% en 2010.

[97] La capacité de l'unité de soins intensifs de 6 lits est portée à titre provisoire à 14.
[98] Activité totale en soins intensifs du CHU de Reims : 3 USI spécialisées en hématologie (5lits), cardiologie (16 lits), néphrologie (6 lits), ainsi que l'UNVA (4 lits) et l'activité de SI néonatalogie (11 lits) à l'exclusion de l' USI respiratoires non mise en oeuvre.

3.3. Unités de surveillance continue (USC).

La région dispose de 26 USC , dont une USC pédiatrique. Quatorze établissements disposent d'une USC sans unité de réanimation.

Tableau régional des implantations et des taux d'activités des USC

Localité	Etablissement	Nombre de lits	Nombre de suppléments	Taux annuel d'occupation
Chalons en Champagne	Polyclinique Priollet	4	-	0%
Chalons en Champagne	Centre Hospitalier	13	1 403	30%
Charleville Mézières	Polyclinique du Parc	8	1 114	38%
Charleville-Mézières	Centre Hospitalier	13	1 326	28%
Chaumont	Centre Médico-Chirurgical	6	2 509	115%
Chaumont	Centre Hospitalier	3	95	9%
Epernay	Centre Hospitalier	8	562	19%
Epernay	Clinique Saint-Vincent	6	298	14%
Langres	Centre Hospitalier	4	967	66%
Reims	Centre Hospitalier Universitaire (SC pédiatrie incluse)	18	2 237	34%
Reims	Polyclinique Courlancy	25	3 639	40%
Reims	Polyclinique Saint-André	11	1 126	28%
Reims	Polyclinique Les Bleuets	10	223	6%
Reims	Institut Jean Godinot (CLCC)	5	556	30%
Rethel	Groupe Hospitalier Sud - Ardennes	6	944	43%
Romilly	Groupement Hospitalier Aube - Marne	6	784	36%
Saint-Dizier	Centre Hospitalier	4	76	5%
Saint-Dizier	Clinique François 1er	5	361	20%
Sedan	Centre Hospitalier	6	-	-
Troyes	Centre Hospitalier	6	209	10%
Troyes	Polyclinique Montier la Celle	6	309	14%
Troyes	Clinique de Champagne	8	-	-
Vitry le François	Centre Hospitalier	9	879	27%
Région Champagne-Ardenne		**190**	**19 617**	**31%**

Source : PMSI 2010

Globalement le CH de Saint-Dizier présente en 2010 une forte activité des unités de réanimation (95%) et de soins intensifs (115%) avec en corollaire une activité faible en surveillance continue (5%).

L'activité de surveillance continue du CH de Chaumont (9%) est également en dessous du taux régional d'occupation.

Tableau de synthèse : Implantations et capacités en lits des unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs.

Localité	Etablissement	Réanimation (nombre de lits)	USC (nombre de lits)	USI (spécialisé) (nombre de lits)
Chalons en Champagne	Polyclinique PRIOLLET		4	
Chalons en Champagne	Centre hospitalier	8	13	
Charleville-Mézières	Polyclinique du Parc		8	
Charleville-Mézières	Centre hospitalier	8	13	10
Chaumont	CMC		6	
Chaumont	Centre hospitalier	6	3	
Epernay	Centre hospitalier		8	
Epernay	Clinique Saint Vincent		6	
Langres	Centre hospitalier		4 [99]	
Reims	Polyclinique Courlancy		25	8
Reims	Clinique Les Bleuets		10	
Reims[100]	CHU Maison Blanche	13	2 6 neurochirurgie	6 Néphrologie
Reims	CHU R. DEBRE	13 Plus 8 Réanimation spécialisée en cardiologie	2	5 Hématologie 16 Cardiologie
Reims[101]	CHU pédiatrie	6	8	
Reims	Clinique st André	10	11	
Reims	Institut Jean Godinot CLCC		5	
Rethel	Centre hospitalier		6	
Romilly s/Seine	GHAM		6	
Saint-Dizier	Clinique François 1er		5	
Saint-Dizier	Centre hospitalier	8	4	8
Sedan	Centre hospitalier		6	8
Troyes	Clinique de Champagne		8	
Troyes	Centre hospitalier	12	6	14
Troyes (St André les vergers)	Polyclinique Montier la Celle		6	
Vitry le François	Centre hospitalier		9	
Nombre total de lits	**Champagne Ardenne**	**92**	**190**	**75**

Source : PMSI 2010

[99] 2 lits supplémentaires sont demandés.
[100] Les lits de l'unité neuro-vasculaire aigus ne sont pas pris en compte dans le cadre de ce volet du SROS
[101] Les lits de soins intensifs néonataux ne sont pas pris en compte dans le cadre de ce volet du SROS.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux, généraux et spécifiques

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Objectifs généraux

- Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation reposant sur un système d'information partagé par les établissements.
- Formaliser les filières de prise en charge des patients relevant de pathologies spécifiques.
- Evaluer l'organisation de la réanimation pédiatrique.

1.2. Objectifs spécifiques d'organisation de l'accès aux soins

- Structurer une organisation graduée coordonnée des trois niveaux par territoire de santé pour la prise en charge des adultes.

  Chaque territoire dispose d'au moins une unité de réanimation, d'une USIC et d'une USC par département, en adéquation avec une organisation graduée et coordonnée de 3 niveaux.
- Distinguer les USC des établissements disposant d'une unité de réanimation de celles des établissements ne disposant pas d'une unité de réanimation.
- Identifier la spécialité d'organe de chaque USI pour adultes.
- Identifier les unités de réanimation pédiatriques distinctes des unités néonatales.
- Identifier les unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

  Le tableau 1 (Implantations et capacités en lits des unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs) synthétise l'offre de soins. Il distingue l'identification, la localisation et la capacité en lits de chaque unité.

  La région Champagne-Ardenne dispose d'une unité de réanimation pédiatrique et d'une unité de surveillance continue pédiatrique au CHU de Reims.

  Il n'existe pas d'unité de réanimation pédiatrique spécialisée, telle que définie par l'article R. 6123-38-5 du Code de la santé publique.[102]

- Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une Assistance Respiratoire ExtraCorporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance respiratoire et le Schéma Interrégional d'Organisation des Soins (SIOS) en chirurgie cardiaque.

  - *Maillage des équipements* d'AREC.

[102] « En sus des missions précisées à l'article R. 6123-38-3, la réanimation pédiatrique spécialisée prend en charge des nourrissons, enfants et adolescents dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité ».

Seul le service de chirurgie cardio-thoracique du CHU de Reims dispose de cet équipement.
Il n'existe pas de dotation en équipement AREC dans les services de réanimation de la région. Les patients nécessitant cette prise en charge sont transférés soit vers le service de chirurgie cardio-thoracique du CHU de Reims, soit vers les régions limitrophes dotées (Lorraine, Ile de France).

La région ne dispose pas d'Unité Mobile d'Assistance Circulatoire (UMAC).

Le taux de recours régional à l'AREC est faible, estimé à moins de 8 patients par an.

Le développement éventuel des indications thérapeutiques de cet équipement pourrait à court ou moyen terme, poser la pertinence de son acquisition.

2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un objectif général commun aux unités de réanimation adulte et pédiatrique. Il comporte trois orientations principales :

- Adaptation des moyens, de la formation et du soutien psychologique des personnels soignants ;,
- Développement des prélèvements d'organes et de tissus ;
- Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

3. Améliorer l'efficience.

L'amélioration de l'efficience se décline en trois axes principaux :

- Formaliser les liens avec les structures d'amont et d'aval ;
- Améliorer l'organisation de la permanence des soins ;
- Réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS).

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1. Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation à l'appui d'un système d'information partagé par les établissements.

Améliorer le dispositif régional de recensement de la capacité disponible en réanimation, soins intensifs et surveillance continue par la mise en place d'un système de gestion actualisé de la capacité disponible réelle des unités de réanimation, soins intensifs et de surveillance continue. Le recueil des données devrait être réalisé en respectant les principes d'homogénéité et d'exhaustivité.

1.2. Formaliser les filières de prise en charge des patients relevant de pathologies spécifiques

Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire pour formaliser des filières de prise en charge spécifiquement adaptée aux patients polytraumatisés, en coma prolongé, en état végétatif chronique, lourdement handicapés, ou très âgés.

1.3. Evaluer l'organisation de la réanimation pédiatrique.

L'organisation régionale de la réanimation pédiatrique ne nécessite pas, actuellement, de modification majeure. Toutefois, son activité et son organisation pourront être évaluées durant la période de validité du SROS.

Comme pour les unités de réanimation adulte, la problématique du placement des patients lourdement handicapés se pose en pédiatrie et nécessite la formalisation d'une filière de prise en charge.

2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les objectifs généraux sont communs aux unités de réanimation adulte et pédiatrique. Ils se déclinent en trois orientations principales :

- Adaptation des moyens, de la formation et du soutien psychologique des personnels soignants ;
- Développement des prélèvements d'organes et de tissus ;
- Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

2.1. Adapter les moyens, la formation et le soutien psychologique des personnels soignants.

- Assurer la présence permanente d'un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et la mise à disposition, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale conformément à l'article D 6124-33 du Code de la santé publique.

- Mettre en place une cellule d'aide psychologique au personnel.
  Les indicateurs de suivi pourraient être le taux de recours à la cellule par service et catégorie professionnelle ainsi que le nombre de cellules mises en place.

- Améliorer le dispositif de formation professionnelle continue du personnel paramédical.
  Un indicateur pourrait être le suivi du plan de formation avec au moins une action de formation annuelle par personne.

- Optimiser la qualité et la sécurité des soins en mettant en œuvre des séances de simulation et d'entraînement aux situations de crise.
  Le nombre de séances et le taux de participation par séance pourraient constituer des indicateurs de suivi.

- Encourager le signalement, l'analyse et le traitement des évènements indésirables liés aux soins.

- Favoriser le recours aux méthodologies d'analyse de risque recommandées (audits cliniques, revues de morbi-mortalité,…).

2.2. Développer les prélèvements d'organes et de tissus.

- Organiser périodiquement des réunions de sensibilisation du personnel médical et paramédical.

- Améliorer le recensement des comas graves.

2.3. Organiser la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins.

Elle est fondée sur le respect des recommandations d'hygiène hospitalière.

- Instaurer des séances de formation.

  Le suivi pourrait être effectué à partir du nombre de séances de formation par unité, avec pour critère que chaque personne d'une unité ait bénéficié d'au moins une formation dont la périodicité est à définir en fonction des besoins du personnel.

- Mettre en place ou réévaluer les protocoles d'hygiène, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

- Evaluer le respect des précautions standardisées par des audits externes en lien avec l'ARS..

- Améliorer l'organisation architecturale et fonctionnelle des locaux, en privilégiant notamment l'installation des USC et des unités médico-techniques complémentaires (imagerie, biologie,…) à proximité des unités de réanimation.

3. Améliorer l'efficience

3.1. Formaliser les liens avec les structures d'amont et d'aval

3.2. Améliorer l'organisation de la permanence des soins

3.3. Réduire la durée moyenne de séjour

- Rationaliser le flux des patients en optimisant l'adéquation des critères d'admission et de transfert au cas médical en unité de réanimation adulte et pédiatrique. A cette fin, un dispositif de recueil du flux des patients avec l'indication du motif de refus d'admission, et du séjour prolongé (notamment par l'élaboration et l'utilisation d'un tableau de bord et de suivi des *journées-patients* indues des malades en attente de transfert ou de sortie) doit être instauré.

- Renforcer la cohésion et les relations avec les structures des urgences par l'instauration de réunions périodiques communes sur des thématiques identifiées.

- Etablir au besoin une relation avec les services sociaux, pour organiser l'accompagnement de la sortie des USIC et le retour au domicile des patients âgés.

- Suivre la durée médiane et moyenne de séjour par service.

- Etablir un bilan social du personnel des unités (taux de renouvellement, mobilité, absentéisme) afin d'améliorer l'analyse des conditions de travail et leur impact sur l'efficience des unités.

- Favoriser la répartition géographique plus homogène des internes de spécialités, notamment en améliorant les conditions sociales d'accueil et d'hébergement des internes dans les établissements périphériques.

- Afin de permettre le suivi de la mise en œuvre du SROS et l'évaluation des actions, un groupe de travail se réunira périodiquement au moins une fois par an.

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Relations Ville – Hôpital

Favoriser les relations entre les unités de soins intensifs cardiologiques et les services sociaux afin de faciliter le retour à domicile socialement sécurisant des personnes isolées quand leur maintien dans les unités de soins intensifs cardiologiques n'est plus médicalement justifié.

Chapitre 6 : Schéma cible de l'organisation régionale de la santé

1. Garantir un égal accès aux soins sur les territoires de la région par un maillage territorial adéquat.

La répartition géographique des unités assure un accès aux soins satisfaisant pour la population de Champagne-Ardenne. Toutefois, le renforcement ou à défaut le maintien des effectifs médicaux et paramédicaux constitue un objectif prioritaire.

Dans l'éventualité de l'abandon de l'activité de surveillance continue par un établissement, il est nécessaire de favoriser le transfert des lits dans un autre établissement de proximité, afin de maintenir la capacité globale de prise en charge.

2. Répartition des implantations par territoire de santé

2.1. Implantation des activités de soins de Réanimation

TERRITOIRE	LOCALISATION	REANIMATION	REANIMATION PEDIATRIQUE
NORD	CHALONS EN CHAMPAGNE	4	1
	CHARLEVILLE MEZIERES		
	REIMS		
SUD	TROYES	3*	0
	CHAUMONT		
	SAINT-DIZIER		
REGION	**CHAMPAGNE ARDENNE**	**7**	**1**

* cf infra, chapitre 7, en ce qui concerne l'implantation prévue à Chaumont.
L'autorisation de réanimation adulte détenue par le CHU de Reims couvre l'activité des différentes unités de l'établissement, y compris l'unité de réanimation cardiologique

2.2. Implantation des unités de soins intensifs

TERRITOIRE	LOCALISATION	SOINS INTENSIFS Nombre d'unités
NORD	CHARLEVILLE MEZIERE	7
	REIMS	
	SEDAN	
SUD	TROYES	2
	SAINT DIZIER	
REGION	**CHAMPAGNE ARDENNE**	**9**

Quatre implantations sont prévues pour le CHU de REIMS, correspondant aux prises en charge spécialisées suivantes :

- cardiologie
- hématologie
- néphrologie
- pneumologie (soins intensifs respiratoires)

Les implantations ci-dessus ne comprennent pas les implantations des unités neurovasculaires aigües, traitées dans le cadre de la thématique AVC du présent schéma.
Elles ne comprennent pas non plus les implantations des unités de soins intensifs néonataux, traitées dans le cadre de la thématique périnatalité du présent schéma.

2.3. Implantation des unités de surveillance continue

TERRITOIRE	LOCALISATION	SURVEILLANCE CONTINUE Nombre d'unités	SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE Nombre d'unités
NORD	CHALONS EN CHAMPAGNE	16	1
	CHARLEVILLE MEZIERE		
	EPERNAY		
	REIMS		
	RETHEL		
	SEDAN		
	VITRY LE FRANCOIS		
SUD	CHAUMONT	9	0
	LANGRES		
	ROMILLY sur SEINE		
	TROYES		
	SAINT DIZIER		
	CHAMPAGNE ARDENNE		
REGION		**25 à 26**	**1**

Chapitre 7 : Création - suppression d'implantations prévues et projets de coopération

1. Réanimation - Surveillance continue.

- CHU de Reims.

Les recommandations professionnelles de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) préconisent un ratio de ½ (1 lit de surveillance continue pour 2 lits de réanimation).[103]

Le CHU de Reims dispose actuellement de 10 lits de surveillance continue pour 26 lits de réanimation.

La création d'au moins trois lits de surveillance continue supplémentaires doit être réalisée afin de respecter l'adéquation avec la capacité des lits de réanimation de l'établissement. En effet, les orientations nationales du SROS préconisent que le niveau régional dispose de plusieurs unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs destinées notamment à la prise en charge des patients dans le cadre des cinq activités relevant du SIOS.

Le SROS précédent prévoyait la création d'une USI respiratoire au CHU de REIMS. Cette unité n'a pas été installée. Sa création devra être réalisée dans le cadre du présent SROS.

- CH de Langres.

Afin de pallier l'abandon de cette activité par un établissement local et de tendre à maintenir la volumétrie de l'offre de soins, l'augmentation de la capacité en lits (au minimum deux) de l'USC de l'hôpital de Langres doit être encouragée, en cohérence avec l'exigence de réponse aux besoins territoriaux compte tenu de l'éloignement géographique.

- CH de Chaumont

L'unité de réanimation, d'une capacité de 6 lits, a bénéficié d'une autorisation à titre dérogatoire.

En 2010, l'activité a représenté 989 journées en réanimation[104]. Le taux d'occupation est de 45,15 % (989 Journées pour 2190 journées théoriques).

Compte tenu de la faible activité de cette unité de réanimation, et de la rareté des ressources médicales stables susceptibles de la faire fonctionner, le centre hospitalier conservera son autorisation d'activité de soins de réanimation adulte pendant une durée de 12 mois à compter de la publication du présent schéma.

Cette période devra permettre de mettre en place les mesures nécessaires à la mise à niveau du fonctionnement de l'unité de réanimation. Cette mise à niveau devra être effective à l'échéance de cette période, ce qui fera l'objet d'un constat partagé entre l'établissement et l'agence régionale de santé.

A l'issue de ce constat il sera statué sur le maintien de l'autorisation ou sur la transformation de cette unité en unité de surveillance continue.

- CH de Sedan.

La répartition entre les activités de surveillance continue et de soins intensifs, et leurs capacités en lits respectives seront évaluées et redéfinies durant la période de mise en œuvre du présent SROS.

[103] Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue (02/04/2005)
[104] Source e-pmsi 2010 (résultats année entière)

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi et évaluation

1. Indicateurs de suivi

REANIMATION.

- Durée médiane et moyenne de séjour par service
- Taux d'occupation (des lits)
- Taux de recours
- Part des séjours avec indice de gravité simplifié IGS 2

SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE.

- Nombre de lits par établissements.

Les objectifs pourront donner lieu à la définition d'autres indicateurs par les membres des groupes de travail et à leur déclinaison dans un tableau de bord d'activité.

Ces indicateurs seront définis dans un délai de six mois suivant l'adoption du présent SROS et diffusés aux intéressés par l'ARS

2. Evaluations qualitative et quantitative

- Evaluation du dispositif de gestion de la capacité disponible dans les unités de réanimation.
- Evaluation des formations suivies.
- Evaluation des actions de lutte contre les infections nosocomiales.
- Evaluation des actions en faveur des prélèvements d'organes et de tissus indicateurs à retenir en association avec le correspondant régional de l'Agence de la Biomédecine.
- Evaluation de la mise en place du soutien psychologique.

Glossaire

- **AREC** : Assistance Respiratoire Extra Corporelle (synonyme ECMO anglicisme)
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer
- **DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- **EOH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
- **SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation
- **SIOS** : Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **UNVA** : Unité Neuro-Vasculaire Aiguë
- **USC** : Unités de Surveillance Continue
- **USI** : Unités de Soins Intensifs
- **USIC** : Unités de Soins Intensifs Cardiologiques
- **USIR** : Unités de Soins Intensifs Respiratoires
- **USIS** : Unités de Soins Intensifs Spécifiques

SOINS PALLIATIFS

SOINS PALLIATIFS

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Concepts et références ... 439
1. Concepts ... 439
2. Références textuelles ... 440

Chapitre 2 : Diagnostic régional ... 441
1. Caractéristiques sociodémographiques ... 441
2. Offre des soins et services : l'existence d'une coordination régionale et l'importance d'une offre de soins régionale ... 441
2.1. Les Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ... **441**
2.2. Les Unités fixes de soins palliatifs (USP) ... **442**
2.3. Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) ... **442**
2.4. L'Hospitalisation à domicile (HAD) ... **442**
2.5. Le Réseau champardennais d'accompagnement et de soins palliatifs (RéCAP) ... **442**
2.6. Les liens avec la prise en charge de la douleur ... **443**
2.7. Les Soins palliatifs pédiatriques (SPP) ... **443**
2.8. Le développement des soins palliatifs dans le secteur médico-social ... **443**
2.9. Organisation annuelle de journée régionale de soins palliatifs ... **443**
2.10. Les associations d'accompagnement ... **443**
2.11. Formation initiale et continue des professionnels de santé ... **444**
3. Problèmes prioritaires ... 444
3.1. Le réseau et la coordination régionale ... **444**
3.2. La non perception de l'effectivité des LISP ... **444**
3.3. La démographie des professionnels de santé, une situation préoccupante à court terme ... **445**
3.4. L'inexistence de structures d'accueil de proximité pour les soins palliatifs pédiatriques ... **445**
3.5. L'enseignement (Faculté de médecine) ... **445**

Chapitre 3 : Objectifs régionaux ... 446

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action liés aux orientations nationales et régionales ... 446
1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé ... 446
1.1. Évaluer le fonctionnement du réseau RéCAP ... **446**
1.2. Elaborer un "projet réseau" pour renforcer la coordination de la pratique et de l'organisation des soins palliatifs au sein des établissements de santé ... **446**
1.3. Développer les interfaces avec les établissements médico-sociaux à partir d'une approche projet pour renforcer la diffusion d'une culture palliative ... **447**
1.4. Développer une réflexion sur les modalités et les logiques de coordination territoriale de proximité ... **447**
2. Renforcer l'offre de soins palliatifs en évaluant les pratiques et les structures de référence ... 448
2.1. Renforcer et évaluer les EMSP en prenant en compte les modalités de financement et faciliter les coopérations (Ex : EMSP Sud-Haute Marne, EMSP de Charleville-Mézières) ... **448**
2.2. Évaluer l'effectivité des LISP et plus particulièrement les renforts de personnels affectés aux LISP ... **449**
2.3. Poursuivre la mise en œuvre de l'USP du CHU en lui donnant les moyens de ses missions en lien avec le CLCC (service de soins de support) ... **449**
2.4. Engager une démarche auprès des populations fragiles (population carcérale, santé mentale ou pathologies apparentées) coordonnée par le RéCAP qui a déjà entamé une réflexion en ce sens (population carcérale, réflexion soins palliatifs en milieu psychiatrique menée en région, y compris dans les MAS) ... **449**
3. Créer et mettre en œuvre un programme de développement des soins palliatifs en pédiatrie ... 449
3.1. Animer un groupe de personnes motivées et compétentes identifiées à l'échelon régional et favoriser le développement de la démarche palliative en pédiatrie en mobilisant les ressources locales et en collaborant avec l'équipe régionale compétente (RéCAP) ... **449**

3.2. Coordonner ensuite une Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) 449
4. Évaluer l'impact du dispositif de formation 450
4.1. Évaluer, sur le plan de l'efficience, les formations initiales (module 6 cursus internat en médecine générale, DESC de médecine palliative, médecine de la douleur) menées par le Collège des enseignants / faculté de médecine de Reims (évaluation externe) 450
4.2. Évaluer le dispositif de formation continue / professionnelle (DIU de soins palliatifs) 450
5. Identifier les indicateurs prioritaires selon leur pertinence et leur cohérence pour une aide à la décision 450
5.1. Créer un groupe de travail RéCAP – ARS / Service Observation Statistiques Analyse (OSA) / secteur médico-social 450
5.2. Sélectionner les indicateurs existants selon leur pertinence dans une perspective d'aide à la décision afin, par exemple, de faire un choix des réponses médico-sociales adaptées pour les personnes nécessitant des soins palliatifs. 450
5.3. Construire si besoin de nouveaux indicateurs 450

Chapitre 5 : Transversalité, coordination ville – hôpital – médico – social 452

Chapitre 6 : Schéma cible 454
1. Les EMSP 454
2. Les USP 454
3. Les LISP 454
4. Les Réseaux 454

Chapitre 7 : Création, suppression d'implantations prévues et projet(s) de coopération 455

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi 455

Glossaire 456

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Concepts et références

1. Concepts

Les soins palliatifs sont définis comme des *« soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage*[105] *»*.

Le principe du développement des soins palliatifs a été posé par la loi n°99-477 du 9 juin 1999 [106].

Lorsque le médecin renonce à des thérapeutiques intensives, il doit mettre en œuvre des soins palliatifs comme le précise la loi du 22 avril 2005[107] – dite « *Loi Léonetti* » – qui réaffirme l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Les soins palliatifs concernent des patients atteints d'une pathologie grave, évolutive et mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Les réseaux de soins palliatifs ont pour objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'avec l'ensemble des structures médico-sociales et sociales implantées sur un même territoire[108].

Ces activités s'inscrivent dans le Programme national de développement des soins palliatifs 2008 – 2012.

Ce programme de mesures coordonnées comprend trois axes :

- La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitalier (établissements sociaux et médicaux sociaux accueillant des personnes âgées, domicile).

- L'élaboration d'une politique de formation et de recherche,

- le renforcement de l'accompagnement fait aux proches.

La mise en œuvre du plan repose sur l'engagement de l'ensemble des acteurs concernés. Trois mesures phares résument le sens de ce programme à savoir, la traduction du souhait légitime des Français à choisir le lieu de la fin de sa vie, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et la diffusion de la culture palliative.

Entre septembre 2009 et novembre 2010, une journée de travail a été organisée dans chaque région, permettant la rencontre des décideurs, des acteurs et des usagers sur la déclinaison régionale du programme de développement des soins palliatifs. Ces rencontres ont permis d'impulser des projets régionaux autour de l'accompagnement et des soins palliatifs, et de construire avec les Agences Régionales de Santé (ARS) des réponses adaptées aux besoins spécifiques de chaque région et de chaque territoire. Suite au tour de France réalisé par le Dr. R. AUBRY, coordonnateur du comité national de suivi du programme de développement des soins palliatifs, un document de synthèse précise, pour chaque région, l'offre ainsi que les axes prioritaires à développer.

[105] Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le dr oit à l'accès aux soins palliatifs
[106] *Ibid*.
[107] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droit s des malades et à la fin de vie.
[108] Article L6321 du Code de santé publique (CSP).

2. Références textuelles

Références

- Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le d roit à l'accès aux soins palliatifs.
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (dite « *Loi Léonetti* ») relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relati ve à l'organisation des soins palliatifs.
- Circulaire n°DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 20 08 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
- Instruction DGOS/R 4/DGCS no 2010-275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- État des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national. ATEMIS, octobre 2008.
- Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Caractéristiques sociodémographiques



> Population : 1 336 000

> Nbre d'habitants / km^2 : 52 (France : 114)

> Part des 75 ans et plus : 8,6% (France : 8,5%)

> Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants : 103 (France : 112)

> Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants : 74 (France : 111)

> Nombre d'EHPAD : 109

(Source drees - drddass - adeli au 01.01.2008)

2. Offre des soins et services : l'existence d'une coordination régionale et l'importance d'une offre de soins régionale

Le maillage actuel régional d'offre de soins et de services comprend les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), les Unités fixes de Soins Palliatifs (USP) ainsi que les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP). L'Hospitalisation A Domicile (HAD) complète ce dispositif.

2.1. Les Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

La mise en place de huit EMSP a été financée sur la période du schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2005.

La mise en place de huit EMSP a été financée sur la période de mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 1999-2005. Ces EMSP sont basées dans les établissements de santé suivants :

- CH de Charleville-Mézières ;
- GHAM (territoire de Romilly-sur-Seine et Sézanne) ;
- CH de Châlons-en-Champagne ;
- CH de Saint-Dizier ;
- CH de Troyes ;
- CH de Langres ; l'EMSP du CH de Langres a pour mission d'intervenir sur le Sud Haute-Marne pour le compte des centres hospitaliers de Chaumont et de Langres. Il est en effet impératif, pour une optimisation des moyens, de concentrer l'activité sur une équipe ayant une aire d'intervention couvrant l'ensemble de la zone.
- Deux EMSP sont basées à Reims, respectivement au CHU et au CLCC[109] ; elles sont réunies depuis 2001 en une Fédération inter-hospitalière de soins palliatifs.

[109] CHU : Centre Hospitalier Universitaire – CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

2.2. Les Unités fixes de soins palliatifs (USP)

Trois USP prennent en charge les situations les plus complexes de patients dont la situation ne leur permet plus d'être suivis à domicile, en établissement médico-social ou dans le service hospitalier d'origine. La formation initiale et continue des professionnels y est développée, notamment celle des référents en soins palliatifs.

Ce dispositif se compose de 31 lits pour l'ensemble de la région, répartis en trois unités implantées dans les établissements de santé suivants :

- une unité de 12 lits au CH de Troyes ;
- une unité de 5 lits au Groupement hospitalier Aube-Marne (GHAM – site de Romilly-sur-Seine) ; cette USP doit développer prochainement une activité d'Hospitalisation de jour (HDJ)
- une capacité de 14 lits sur l'USP du CHU, ouverture du nouveau service sur le site de Sébastopol au 15 novembre 2011.

Les effectifs actuels seront progressivement complétés dans le sens du référentiel annexé à la circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

2.3. Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP)

Les LISP s'inscrivent dans le schéma général de l'offre de soins précisé par la circulaire DHOS du 25 mars 2008[110], qui l'inscrit dans une « *dynamique d'organisation territoriale négociée* ». Ce nouveau concept concerne tous les services ayant une activité importante en soins palliatifs, qu'il s'agisse de services de court séjour (médecine, chirurgie), de Soins de suite et réadaptation (SSR), ou de Soins de longue durée (SLD) mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée aux patients qui relèvent de soins palliatifs. Cette offre permet de maintenir les patients dans les services dans lesquels ils sont suivis. Un total de 138 lits (dont 15 en SSR au CHU) répartis dans 23 établissements couvre la région.

2.4. L'Hospitalisation à domicile (HAD)

Lorsque toutes les conditions sont réunies pour le maintien à domicile d'un patient en fin de vie, ce maintien peut être organisé avec l'aide d'un service d'HAD. Les modalités de l'organisation de la prise en charge palliative doivent être définies par chaque structure autorisée à l'activité d'HAD afin de formaliser cette prise en charge. Des liens peuvent être contractualisés avec profit avec une EMSP voisine.

2.5. Le Réseau champardennais d'accompagnement et de soins palliatifs (RéCAP)

Constitué depuis le 2 avril 2008, le RéCAP favorise les pratiques d'expertises assurées par les praticiens des équipes spécialisées régionales. Pour mémoire, ce réseau avait été créé initialement en 1999 sous la forme d'une coordination de soins palliatifs en région Champagne-Ardenne. Le réseau est chargé de coordonner la pratique et l'organisation des soins palliatifs en région au sein des établissements, au domicile du patient et dans les structures médico-sociales. Plusieurs actions communes telle que la mise en place du programme MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des soins) ont été menées avec le Réseau gériatrique de Champagne-Ardenne (RéGéCA) et le réseau de santé régional ONCOlogie CHampagne - Ardenne (ONCOCHA).

[110] Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

2.6. Les liens avec la prise en charge de la douleur

Il existe une référence graduée de la prise en charge de la douleur à chaque échelon du système de santé régional. Plusieurs établissements ont créé des structures de prise en charge de la douleur chronique : CHU (Centre d'évaluation et de traitement de la douleur), CLCC, CH de St Dizier, CH de Troyes (Unité d'évaluation et de traitement de douleur), CH de Charleville (consultation de la douleur), le CH de Chaumont.

2.7. Les Soins palliatifs pédiatriques (SPP)

Les SPP disposent d'un référent, le Dr Munzer (néonatologie CHU Reims). Une affectation de crédits a été accordée dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs afin de créer une équipe régionale ressource pédiatrique.

2.8. Le développement des soins palliatifs dans le secteur médico-social

Le programme « Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles » (MobiQual) est un ensemble d'outils pédagogiques qui s'adresse à tous les professionnels soignants issus des champs de la gériatrie, des soins palliatifs et impliqués dans la prise en charge des malades (soignants libéraux et institutionnels, médecins coordonnateurs d'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD, membres des EMSP).

Ces kits de formation couvrent des thématiques de santé publique différentes : prise en charge de la douleur chez la personne âgée, soins palliatifs, bientraitance, dépression, douleur à domicile, ainsi que prise en charge nutritionnelle.
Cet outil a pour but de diffuser la démarche qualité dans les établissements en matière de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie. De nombreux agents ont d'ores et déjà été formés à certains de ces thèmes telle que la prise en charge de la douleur chez la personne âgée (secteurs médico-social et sanitaire) ainsi qu'à la douleur à domicile (exclusivement dans le champ médico-social).

Chaque établissement ayant développé une culture palliative dispose d'une ou de plusieurs conventions avec un établissement médico-social, soit 99 conventions signées entre les EMSP et les EHPAD. 72% des EHPAD seraient ainsi couvertes dans la région, les EMSP réalisant 15% de leurs interventions dans les structures médico-sociales et 5% au domicile des patients. Par ailleurs, une réflexion est menée en région sur le développement des soins palliatifs dans le secteur psychiatrique.

2.9. Organisation annuelle de journée régionale de soins palliatifs

Depuis 2002, une journée régionale de soins palliatifs est organisée chaque année. Ces journées sont organisées dans un centre hospitalier différent d'une année à l'autre.

2.10. Les associations d'accompagnement

Plusieurs associations de bénévoles accompagnants, ont structuré des partenariats avec les établissements sanitaires et les EHPAD. Elles collaborent avec les EMSP.

2.11. Formation initiale et continue des professionnels de santé

La notion de formation doit faire appel à la question des compétences c'est-à-dire à la mobilisation de savoir et d'attitudes. Le but est de former chaque étudiant en médecine à la pratique des soins palliatifs et donc à l'acquisition de quatre grandes compétences (compétence clinique et scientifique, compétence relationnelle, compétence éthique, aptitude à travailler en équipe interdisciplinaire).

La formation initiale se compose d'un module d'enseignement (module 6 - environ 35h / an) à l'intention des internes en médecine générale bénéficiant de stages hospitaliers agréés (CH de Troyes, Saint Dizier, Châlons et CHU de Reims) et d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire – *DESC*-, d'une durée de deux ans, sous la responsabilité nationale des enseignants universitaires de la douleur et des soins palliatifs (Société française d'étude et de traitement de la douleur – SFETD, et Société française d'accompagnement et de soins palliatifs - SFAP).

La **formation continue** se présente sous différentes formes :

- des sessions de formation et de sensibilisation, dont la demande est croissante, sont assurées par les membres des EMSP et USP.
- Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) « Douleur et SP »
- Le diplôme interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs d'une durée de deux ans, qui s'adresse aux médecins, paramédicaux et psychologues. L'Institut Jean Godinot en a la charge pédagogique depuis sa création en 1995 ;
- Le Diplôme universitaire (DU) de la douleur s'adresse à tous les soignants, alors que la capacité de la douleur (deux ans) cible uniquement les médecins. Une formation « *chirurgie dentaire et soins palliatifs* » complète le dispositif.

Le CHU de Reims et l'Institut J. Godinot ont depuis cette année un **pôle éthique** dans leurs établissements. La coopération entre ces deux structures locales est bonne. Leur activité démarre, celle de l'Institut est « adossée » au DIU de soins palliatifs. En périphérie, d'autres établissements ont, à partir des équipes de soins palliatifs, créé des groupes de recherche ou des comités d'éthique locaux (GHAM, CH de Troyes, CH de Saint-Dizier).

3. Problèmes prioritaires

3.1. Le réseau et la coordination régionale

Depuis trois ans, date de sa création, le réseau RéCAP s'est substitué au collectif rassemblant les professionnels de santé spécialisés en soins palliatifs de la région.
Conformément au cahier des charges des réseaux de santé, il doit être évalué à l'issue des trois premières années de fonctionnement (évaluation prévue par l'ARS en 2012) en vue de renforcer son organisation et son fonctionnement.

3.2. La non perception de l'effectivité des LISP

Compte tenu des moyens mobilisés estimés insuffisants, l'impact de l'investissement dans le Groupe homogène de séjour (GHS) LISP doit être évalué pour analyser sa production ainsi que sa contribution dans la diffusion de la culture palliative. Un référentiel d'évaluation des LISP produit conjointement par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 2010 a pour but d'évaluer la pertinence des séjours (codage GHS 7993).

Trois groupes de critères permettent le codage de ces séjours :
- la référence à la définition des soins palliatifs ;
- la pluridisciplinarité de la prise en charge ;
- les ressources mobilisées (au moins trois soins de support).

3.3. La démographie des professionnels de santé, une situation préoccupante à court terme

La région souffre d'une démographie médicale vieillissante, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire (un médecin libéral sur trois a 55 ans ou plus) ; la région est également sous-dotée en IDE (74 IDE libéraux pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 113).

3.4. L'inexistence de structures d'accueil de proximité pour les soins palliatifs pédiatriques

Cette situation est sous tendue par un nombre insuffisant de praticiens pédiatres en milieu hospitalier.

3.5. L'enseignement (Faculté de médecine)

Le DESC « médecine de la douleur et soins palliatifs », d'une durée de deux ans et organisé en inter-région, est un diplôme qui reste peu prisé au plan national. Dans notre région, sept internes sont inscrits pour la promotion en cours.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux[111]

Les objectifs régionaux prioritaires sont identifiés comme suit :

1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé (RéCAP).
2. Renforcer l'offre de soins palliatifs en évaluant les pratiques et structures de références.
3. Créer et mettre en œuvre un programme de développement des soins palliatifs en pédiatrie
4. Evaluer la qualité et l'impact de la formation.
5. Identifier les indicateurs prioritaires selon leur pertinence et leur cohérence pour une aide à la décision.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'action liés aux orientations nationales et régionales

Les orientations / objectifs ont été priorisés en tenant compte d'une déclinaison régionale du programme national de développement des soins palliatifs. La présentation ci-dessous tient compte d'un ordre chronologique des activités ainsi que des étapes préalables à chacune d'entre elle permettant la mise en place d'un processus de suivi (résultats observables, objectifs à atteindre, indicateurs à retenir sur le plan de la pertinence tant sur le plan quantitatif que qualitatif). Le dispositif de suivi reste à construire afin de permettre des corrections en cours de route sur un mode souple et rapide.

Cinq objectifs opérationnels sont retenus avec leurs déclinaisons en activités.

1. Renforcer la coordination régionale des acteurs santé

1.1. Évaluer le fonctionnement du réseau RéCAP

1.2. Elaborer un "projet réseau" pour renforcer la coordination de la pratique et de l'organisation des soins palliatifs au sein des établissements de santé

- Participer au suivi régional de la déclinaison du plan national soins palliatifs en lien avec la tutelle. La mission du réseau RéCAP serait, entre autres, de lancer, d'animer et de coordonner des groupes de travail identifiés concernant des actions prioritaires.

- Faciliter la démarche palliative, par ce projet, dans les secteurs d'intervention peu investis prégnants dans la région (EHPAD, zone géographique de proximité).

- Identifier ces secteurs, et cibler des actions spécifiques auprès d'eux.

- Développer le dossier de coordination informatisé ORNICARE, à partir des EMSP.

[111] **Aubry R.** *«Etat des lieux du développement de la pratique des soins palliatifs en France en 2010 ».* Rapport à Monsieur le Président de la République et à Monsieur le premier Ministre, Avril 2011.

1.3. Développer les interfaces avec les établissements médico-sociaux à partir d'une approche projet pour renforcer la diffusion d'une culture palliative



cf SROMS PA

- Analyser la nature et la répartition des établissements médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées, Instituts Médico-Educatifs - IME, Maisons d'Accueil Spécialisées - MAS) à l'échelon régional.

- Evaluer les besoins de ces établissements, y compris dans le champ de la formation.



cf SROMS PH (Objectif opérationnel 7, action 3)

Objectif opérationnel n°7 : s'assurer de la mise en œuvre d'un véritable projet de soins garant de la qualité et de la sécurité des soins

Action n°3 : s'assurer de la formation continue de l'équipe médicale et soignante

Objectif opérationnel

- *S'assurer que le personnel des établissements et services accueillants des personnes lourdement handicapées ou des personnes handicapées vieillissantes dispose de la formation adaptée à l'accompagnement de fin de vie.*

1.4. Développer une réflexion sur les modalités et les logiques de coordination territoriale de proximité

- Appréhender, dans ce contexte de proximité, les champs des maladies chroniques, de la perte d'autonomie et des soins supports.

- Développer une politique de coordination et d'appui par territoire de proximité en tenant compte de la dynamique des réseaux de santé, en référence aux perspectives qui se dégagent sur le plan national. Cette coordination couvrira un champ plus large que les soins palliatifs (maladies chroniques, perte d'autonomie, soins de support).

- Mettre en œuvre une dynamique de coordination pluri-thématique territoriale de proximité qui sera facilitée en l'absence de réseaux thématiques de proximité en Champagne-Ardenne.

- Mener une réflexion transversale au sein des réseaux existants (RéCAP / Périnatal – pédiatrie / Oncocha / RégéCA) avec l'appui du RéCAP, et en créant des passerelles afin de disposer d'un maillage efficient sur l'ensemble des territoires de santé.

cf. SROS – volet ambulatoire

(Ch. 4)

III/ Objectif général *: Développer la coordination, l'articulation, les réseaux*

1 . Les dispositifs liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Objectifs spécifiques

1.1 Favoriser le développement d'échanges entre les professionnels de santé, rompre l'isolement et dynamiser les parcours professionnels

Objectifs opérationnels

1.1.1 Favoriser la délégation de tâches en développant les protocoles de coopération

1.1.2 Apporter un appui à la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC)

2. . Les réseaux de santé

Objectif spécifique

2.1 Soutenir les réseaux de santé pour déployer la politique régionale de santé auprès des différents acteurs

Objectifs opérationnels

2.1.1. Mettre en conformité les objectifs et la stratégie des réseaux de santé avec les objectifs du projet régional de santé

2.1.2 Conforter et mutualiser les réseaux de santé existants en région

2.1.3 Promouvoir l'utilisation de système d'information partagé (tel que le Dosser Médical Personnel et l'outil ORNICARE)

2. Renforcer l'offre de soins palliatifs en évaluant les pratiques et les structures de référence

2.1. Renforcer et évaluer les EMSP en prenant en compte les modalités de financement et faciliter les coopérations (Ex : EMSP Sud-Haute Marne, EMSP de Charleville-Mézières)

2.2. Évaluer l'effectivité des LISP et plus particulièrement les renforts de personnels affectés aux LISP

- Evaluer si l'investissement dans le GHS LISP contribue à la diffusion de la culture palliative en prenant en compte les données disponibles[112].

- Évaluer la mobilisation des crédits générés par le GHS LISP, en en vérifiant la destination et l'utilisation et en mesurant ses effets en termes de renfort en personnel et d'organisation en actions de formation.

2.3. Poursuivre la mise en œuvre de l'USP du CHU en lui donnant les moyens de ses missions en lien avec le CLCC (service de soins de support)

2.4. Engager une démarche auprès des populations fragiles (population carcérale, santé mentale ou pathologies apparentées) coordonnée par le RéCAP qui a déjà entamé une réflexion en ce sens (population carcérale, réflexion soins palliatifs en milieu psychiatrique menée en région, y compris dans les MAS)

3. Créer et mettre en œuvre un programme de développement des soins palliatifs en pédiatrie

3.1. Animer un groupe de personnes motivées et compétentes identifiées à l'échelon régional et favoriser le développement de la démarche palliative en pédiatrie en mobilisant les ressources locales et en collaborant avec l'équipe régionale compétente (RéCAP)

3.2. Coordonner ensuite une Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP)

- Proposer un projet régional de soins palliatifs pédiatriques en s'appuyant sur le référentiel ERSPP[113] ; l'équipe aura à exercer une activité transversale de couverture régionale avec une activité ville-hôpital incluant des structures médico-sociales. Elle se verra confier un travail portant sur le développement des soins palliatifs pédiatriques en Champagne-Ardenne.
- Développer la formation en menant un travail de vulgarisation auprès des acteurs, infirmiers en HAD, appelés à suivre les jeunes patients (mesure 7 du programme national 2008-2012)[114].

[112] Cf. pertinence du codage du séjour et de l'adéquation des activités dans le cadre du GHS LISP avec le référentiel Direction hospitalière de la santé - DHOS - annexes de la circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
[113] Cahier des charges en cours de réalisation.
[114] Cf. note des DGARS validée par le CNP du 17 déc. 2010 – Visa CNP 2010-309.

4. Évaluer l'impact du dispositif de formation

4.1. Évaluer, sur le plan de l'efficience, les formations initiales (module 6 cursus internat en médecine générale, DESC de médecine palliative, médecine de la douleur) menées par le Collège des enseignants / faculté de médecine de Reims (évaluation externe)

4.2. Évaluer le dispositif de formation continue / professionnelle (DIU de soins palliatifs)

5. Identifier les indicateurs prioritaires selon leur pertinence et leur cohérence pour une aide à la décision

5.1. Créer un groupe de travail RéCAP – ARS / Service Observation Statistiques Analyse (OSA) / secteur médico-social

5.2. Sélectionner les indicateurs existants selon leur pertinence dans une perspective d'aide à la décision afin, par exemple, de faire un choix des réponses médico-sociales adaptées pour les personnes nécessitant des soins palliatifs.

5.3. Construire si besoin de nouveaux indicateurs

cf. SROMS – volet PH (Objectif opérationnel 7, action 3)

***Indicateurs** :*

- nombre de formations en soins palliatifs dans les établissements et services médico-sociaux,

- nombre de conventions entre établissements et services pour personnes handicapées et services et équipes mobiles de soins palliatifs

cf. SROMS – volet PA

Indicateur :

- nombre de conventions tripartites signées entre un EHPAD et un établissement gestionnaire d'équipe mobile (ex : EMSP, HAD…)

Identifier des indicateurs permettant d'objectiver les **besoins d'un accompagnement** en fin de vie / en soins palliatifs **sur le territoire** en tenant compte des données disponibles, à savoir par exemple :

- indicateurs liés à l'**état de santé** (ex. données de mortalité selon les pathologies –cancer, affection neurologique invalidante, effectifs en Affection de longue durée - ALD, consommation d'antalgiques –morphiniques…),
- indicateurs de **structures** (à croiser avec l'offre de service) **:** lits dédiés aux soins palliatifs dans les établissements, EMSP, HAD, remontées de données dans le cadre de la nouvelle tarification des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD),
- indicateurs liés aux **professionnels** afin d'estimer le niveau de besoin de formation des professionnels (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, aides soignants, aides médico-psychologique) aux soins palliatifs, à la lutte contre la douleur, à l'accompagnement de fin de vie, au travers par exemple de l'utilisation de l'outil Mobiqual.
- Indicateurs d'**offre de services :** identification par territoire (de proximité), quel que soit le lieu de vie, domicile ou collectif – établissement médico –social, de l'offre libéral, HAD, réseaux, EMSP, SSIAD ; mobilisation des ressources humaines en mesure d'être mobilisés pour la mise en œuvre des soins palliatifs dans un établissement ou service médico-social.
- **Indicateurs de suivi de conventions EMSP / EHPAD :** nombre de patients en fin de vie décédés à l'hôpital / nombre de patient en fin de vie transférés dans un établissement de santé ; nombre de patients en fin de vie pour lesquels la famille a été spécifiquement accompagnée / nombre total de patients en fin de vie, nombre de patients pris en charge par l'EMSP rapporté au nombre de patients décédés dans l'établissement (ratio concernant les malades atteints de cancer et/ou par pathologie).

Chapitre 5 : Transversalité, coordination ville – hôpital – médico – social

cf. SROMS volets PH, PA, SROS ambulatoire

Tant dans sa structure (association de gestion du réseau) que dans ses missions, le réseau RéCAP a posé le principe d'un décloisonnement entre les professionnels et les institutions (liens ville-hôpital, liens entre les secteurs sanitaire et médico-social), mais aussi entre les modèles biomédical et éthique de prise en charge des malades :

- Représentativité de ces structures au **Conseil d'Administration du réseau**,
  - les institutions : la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
  - les professionnels issus des équipes de soins palliatifs, mais aussi d'EHPAD, des Associations d'aides à domicile (ADMR), les infirmières libérales, l'Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), les pharmaciens, les bénévoles accompagnants

- Représentativité au **Conseil scientifique du réseau** (Conseil Pluriprofessionnel), membres se réunissant en commissions et issus des équipes de soins palliatifs, mais aussi d'EHPAD, d'HAD, d'infirmières et de médecins libéraux, de pharmaciens, des associations de bénévoles accompagnants, d'usagers.

En outre, les actions menées jusqu'alors sur ces principes se sont traduites par :
- une diffusion de l'outil Mobiqual, en lien avec le réseau RéGéCA ;
- l'élaboration du dossier de coordination informatique Ornicare dans son volet soins palliatifs ;
- l'incitation à la signature des conventions avec les EHPAD ;
- l'élaboration d'une convention avec les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) avec l'EMSP de Troyes ;
- l'organisation ou la participation à des soirées de réflexion éthiques dans la région ;
- l'élaboration d'une fiche d'aide à la décision éthique ;
- l'élaboration d'outils ou de documents de réflexion mis en ligne sur le site internet du réseau.

Les modalités de coordination ville-hôpital-médico-social peuvent varier selon l'implantation territoriale des EMSP.

Les indicateurs de suivi des EMSP dans les EHPAD traduisent quelques tendances sur ces activités : 100% des huit EMSP ont signé une convention d'intervention dans une EHPAD ; 72% des EHPAD de la région auraient signé une convention avec une EMSP. Les indicateurs d'application et de suivi des conventions sont à élaborer. On dispose de peu de données relatives aux personnes en fin de vie ayant bénéficié d'un suivi par une EMSP et qui décèdent dans les EHPAD. Il en est de même pour les résidents qui décèdent dans les hôpitaux. Les besoins en formation (transferts de compétence) des équipes SSIAD et les liens avec l'EMSP doivent être renforcés.

L'implication des EMSP dans le secteur libéral est variable, et fonction de dynamiques locales, de possibilités de « sortir » des murs de l'hôpital, de l'adossement à une structure d'HAD …
Là où elles sont peu importantes, ces interventions pourraient être développées.

L'EMSP de Troyes a initié un travail de collaboration avec le milieu carcéral, notamment avec les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

Le secteur psychiatrique fait l'objet de partenariats structurés selon les réalités locales, avec les EMSP de Troyes, Châlons en Champagne, Charleville Mézières, Saint-Dizier et Reims (Institut Jean Godinot).

Les relations des EMSP avec les régions limitrophes de la Champagne-Ardenne sont diverses. Il est nécessaire d'en tenir compte puisqu'il s'agit de patients pris en charge par d'autres structures, extérieures aux territoires champardennais. Ainsi, des liens existent non seulement entre le CH de Troyes et les départements de l'Yonne ou de la Côte d'Or, mais aussi avec la région parisienne (Institut Gustave Roussy), alors qu'il existe en fait peu de liens naturels avec la Haute-Marne, qui collabore davantage avec Nancy et Dijon (pour le CH de Langres notamment).

A Reims, l'Institut Jean Godinot a initié, dès 1989, le développement des soins palliatifs en Champagne - Ardenne. Suite à la création d'une première EMSP à J. Godinot (1993), les activités de soins palliatifs ont rayonné progressivement dans les autres établissements hospitaliers champardennais, quelques cliniques privées, mais aussi au domicile du patient.

Pour Reims, ce dispositif a permis la création d'une fédération inter-hospitalière de soins palliatifs CHU – Institut Jean Godinot.

- **Le pôle CHU R. DEBRE - Institut Jean Godinot se déploie** sur l'Institut, au CHU de Reims dans les services de pneumologie, gastro-entéro, dermato, médecine interne et infectieuse, chirurgie digestive , viscérale et orthopédie, rhumatologie, obstétrique, urologie, gériatrie. Ce pôle rémois rayonne également dans les cliniques privées (les Bleuets) et dans la ville de Reims. Il existe également un partenariat avec le CH d'Epernay.

- **Le pôle CHU DEBRE SEBASTOPOL se déploie** au CHU et à l'Hôpital Maison Blanche de Reims dans les services de néphrologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, neurologie et neurologie chirurgicale, ainsi que dans les SSR de l'hôpital Sébastopol avec l'USP provisoire et le secteur des « pauci relationnels » (états végétatifs chroniques). Ce pôle rayonne également au niveau des EHPAD et des hôpitaux de Rethel, Vouziers et Fismes. La ville de Reims est également desservie.

Chapitre 6 : Schéma cible

Les besoins sont difficiles à apprécier en temps réel. Cependant les critères suivants doivent être rappelés.

1. Les EMSP

L'effectif de l'EMSP doit être adapté à l'activité qu'elle a vocation à entreprendre. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires dont il convient de rechercher les complémentarités, en relation avec la diversité de leurs missions. La circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs préconise des moyens de fonctionnement type.
Ainsi peuvent être retenus :

- Pour une file active de 200 nouveaux patients / an : 1,5 ETP de PH et 2 ETP IDE
- Effectif supérieur compensant la charge d'enseignement ou de déplacements importants : temps supplémentaire de 0,2 à 0,5 ETP souhaitable à adapter selon besoins et ressources.
- Missions d'interventions territoriales des EMSP à appuyer dans le cadre de la formation (prestations pédagogiques): incitations pour intervenir au sein des EHPAD, en partenariat avec une HAD, avec le secteur libéral… ; éléments à formaliser dans le cadre d'un avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Renforcer les équipes EMSP existantes en tenant compte de leurs activités.

2. Les USP

La nécessité d'unités de « proximité » apparait de plus en plus clairement, d'une part parce que les patients les plus lourds ne se déplacent pas et d'autre part, parce qu'il convient d'éviter les inégalités inter et infrarégionales. Ces unités se trouvent pour l'essentiel dans le secteur médecine, chirurgie, mais certaines régions disposent d'USP en SSR. De plus, la prise en charge répétée au long cours de personnes atteintes de pathologies chroniques ou chronicisées extrêmement complexes d'un point de vue clinique ou éthique justifie l'existence d'USP en SSR (patients atteints de tumeur cérébrale, sclérose en plaque évoluée, maladie de Parkinson à un stade avancé). Le critère d'une USP par département est à prendre en compte.

3. Les LISP

Des « objectifs cibles » par établissement seront fixés en tenant compte des activités d'EMSP (2009-2010) et plus particulièrement du nombre de prises en charge (PEC) effectives sur la base des indicateurs de la SFAP / CNAM –TS dans le cadre d'un avenant aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

4. Les Réseaux

- Renforcer la coordination régionale entre le réseau soins palliatifs et les réseaux gériatrie et cancéro : futur « RéCAP » associé aux autres thématiques.

- Développer au minimum un meilleur ancrage de proximité du réseau actuel dans chacun des deux grands territoires existants. Un financement double, MIG (missions d'intérêt général) et FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) pourrait être discuté dans le cadre de l'évaluation du réseau. Quand les effectifs des EMSP seront atteints, du temps de professionnels issus des EMSP renforcées « mis à disposition » du territoire, pourrait être proposé, constituant des équipes d'appui territoriales de proximité dont le rôle devra être clairement défini**.**

- Créer un noyau de compétences en soins palliatifs pédiatriques et appréhender l'opportunité d'un réseau soins palliatifs pédiatriques.

Chapitre 7 : Création, suppression d'implantations prévues et projet(s) de coopération

- Renforcer l'offre en soins palliatifs dans le Sud de la Haute-Marne, notamment par l'intervention de l'EMSP portée par le CH de Langres sur l'ensemble de cette zone (bassins de Chaumont et Langres) et l'ouverture de LISP à Chaumont ;
- Renforcer l'EMSP du CH de Charleville, cette équipe ne fonctionnant actuellement qu'avec un ETP de PH ;
- Organiser une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatrique (ERRSPP), en référence à l'annexe II de la circulaire DHOS/02 n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Chapitre 8 : Indicateurs de suivi

- Part d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs (seuil à partir duquel une USP peut être reconnue ; indicateur de suivi national se rapportant ici à l'objectif n°2 *« Renforcer l'offre de soins palliatifs en évaluant les pratiques et les structures de référence »*),

- Part d'établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP interne ou externe (indicateur de suivi national se rapportant ici à l'objectif 2.1. « *renforcer et évaluer les EMSP en prenant en compte les modalités de financement et faciliter les coopérations* »),

- Proportion d'indicateurs prioritaires retenus au regard de leur pertinence et de leur cohérence,

- retenir les indicateurs pertinents en vue d'une évaluation de l'impact du programme décliné à l'échelon régional en lien avec les EHPAD (mesures 6, 7, 9, 12 et 14 du plan intéressant le champ médico-social).

Glossaire

ARS : Agences Régionales de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CNAM - TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSOS : Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DRDASS : Direction Régionale et Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipes Mobiles de Soins Palliatifs
ERRSPP : Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération hospitalière de France (FHF)
FHP : Fédération de l'Hospitalisation privée
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
GHAM : Groupement Hospitalier Aube-Marne
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAD : Hospitalisation A Domicile
HDJ : Hospitalisation De Jour
IDE : Infirmières Diplômées d'Etat
IME : Institut Médico-Educatif – IME
LISP : Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MIG : Missions d'Intérêt Général
MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des soins
ONCOCHA : Réseau de cancérologie de Champagne - Ardenne
OSA : Observation Statistiques Analyse
PH : Praticien Hospitalier
RéCAP : Réseau Champardennais d'Accompagnement et de soins Palliatifs
RéGéCA : Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
SLD : Soins de Longue Durée
SPP : Soins Palliatifs Gériatriques
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USP : Unités fixes de Soins Palliatifs

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général ... 460
1. Présentation de la thématique : définition et enjeux ... 460
2. Références ... 460
3. Orientations nationales ... 461

Chapitre 2 : Diagnostic régional ... 462
1. Rappel des objectifs du SROS 3 arrêté en 2009 ... 462
1.1. Objectif général ... **462**
1.2. Le principe d'organisation des SSR alors retenu avait pour objectifs opérationnels de : ... **462**
1.3. Les implantations ... **463**
1.4. Organisation des filières spécialisées ... **463**
2. Etat des lieux et Constats ... 463
2.1. Répartition de l'offre ... **463**

Chapitre 3 : Objectifs régionaux ... 481
1. Objectifs généraux du PSRS ... 481
2. Objectifs spécifiques ... 481

Chapitre 4 : Plan d'actions par objectif ... 482
1. Disposer d'une offre régionale organisée en filières ... 482
2. Développer une offre diversifiée pour adapter au mieux les réponses et fluidifier les parcours des patients : hospitalisation à temps partiel, traitement et cures ambulatoires, consultations externes… ... 482
3. Développer le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR ... 483
4. Améliorer l'articulation avec les structures d'aval (professionnels de ville, acteurs des structures médico sociales et sociales) grâce entre autres à des procédures partagées (bilan d'admission, bilan initial, projet thérapeutique …) ... 483
5. Mettre en place une animation et une concertation territoriale en SSR. Les recommandations d'organisation sont articulées avec celles définies dans les autres volets du PRS (médecine d'urgence, gériatrie, addictologie, cancérologie, ….) et du SIOS (chirurgie cardiaque, grands brûlés, etc…) ... 484

Chapitre 5 : Schéma cible ... 485

Chapitre 6 : Eléments de transversalité ... 487

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi et d'évaluation ... 489

Glossaire ... 490

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Cadre général

1. Présentation de la thématique : définition et enjeux

Conformément à l'article R6123-118 du code de la santé publique, l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.
Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de SSR y sont directement admis ; ils peuvent également être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-sociaux.

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires :

- L'autorisation de base porte sur l'exercice de l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent
- Cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non ; cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs mentions listées ci-dessous ;
- La mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes peut être associée à l'autorisation de SSR polyvalent :
  a) affections de l'appareil locomoteur
  b) affections du système nerveux
  c) affections cardio-vasculaires
  d) affections respiratoires
  e) affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien
  f) affections onco-hémotologiques
  g) affections des brûlés
  h) affections liées aux conduites addictives
  i) affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risques de dépendances

2. Références

L'activité de SSR est réglementée par les décrets d'avril 2008.

Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire N° DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative au décret n°2008-377 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 2010)

Instruction aux DGARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS/SSR

Instruction aux ARS du 22 décembre 2010 sur l'application de l'instruction de la DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS/SSR – mise à disposition de l'outil de remontée des projets tarifaires au sein du secteur sous OQN

3. Orientations nationales

Les orientations nationales concernant les soins de suite et de réadaptation sont les suivantes :

- Améliorer l'accès aux soins
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'efficience

Ces orientations correspondent également à celles du Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque Assurantiel (PRGDR) dont le SSR est l'une des 10 priorités.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Rappel des objectifs du SROS 3 arrêté en 2009

Les décrets d'avril 2008 imposaient la révision du volet SSR du Schéma Régional Organisation Sanitaire. Ce volet a été adopté par arrêté du directeur de l 'Agence Régionale de l''Hospitalisation en date du 24 septembre 2009 (SROS 3).

1.1. Objectif général

Le SROS 3 visait à organiser l'offre de soins SSR en filières, basées sur un partenariat entre établissements de santé et garantissant :

- Proximité et accessibilité : orientation des patients vers le plateau technique le plus adapté à leur état pathologique et le plus proche de leur lieu de vie
- Qualité et sécurité : réadaptation et réinsertion efficaces, adaptées aux besoins des patients
- Efficience : diffusion des compétences et des savoir-faires par une meilleure coordination avec l'amont et l'aval et une standardisation des procédures de prise en charge dans un contexte de difficultés démographiques.

1.2. Le principe d'organisation des SSR alors retenu avait pour objectifs opérationnels de :

1. Disposer d'une offre régionale organisée en filières et correspondant à :

   - Un maillage de proximité satisfaisant pour les activités de SSR à caractère polyvalent, au sein des territoires de santé, afin de servir au mieux les objectifs de réadaptation et de réinsertion ;
   - Une répartition des activités spécialisées de prise en charge, mais aussi de recours et d'expertise, compatible avec des seuils d'activité suffisants et permettant la présence de compétences médicales et paramédicales conformément aux dispositions des décrets du 17 avril 2008 sus mentionnés.

2. Développer une offre diversifiée pour adapter au mieux les réponses et fluidifier les parcours des patients : hospitalisation à temps partiel, traitement et cures ambulatoires, consultations externes,…

3. Développer le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR ;

4. Améliorer l'articulation avec les structures d'aval (les professionnels de ville, les acteurs des structures médico sociales et sociales) grâce entre autres à des procédures partagées (bilan d'admission, bilan initial, projet thérapeutique …)

5. Mettre en place une animation et une concertation territoriale en SSR. Les recommandations d'organisation étaient articulées avec celles définies dans les autres volets du SROS[115] (médecine d'urgence, gériatrie, addictologie, cancérologie, ….) et du SIOS[116] (chirurgie cardiaque, grands brûlés, etc…)

[115] SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
[116] SIOS : Schéma Inter- régional d'Organisation des Soins

1.3. Les implantations

Concernant les implantations, la répartition des sites prévue lors de la révision du SROS 3 répondait globalement à la notion de proximité. L'extension de l'offre devait s'appuyer autant que possible sur des structures SSR déjà en place. La création d'une nouvelle structure de moins de 60 lits ne pouvait être envisagée qu'à condition qu'elle soit associée, dans le cadre d'un partenariat formalisé, à une autre structure SSR adaptée. L'exercice de l'activité SSR ne pouvait en aucun cas être isolé dans son organisation et devait s'inscrire naturellement dans les filières sur la base d'un partenariat formalisé avec les SSR spécialisés.

1.4. Organisation des filières spécialisées

Les services de SSR autorisés avec une ou plusieurs mentions spécialisées assurent pour les spécialités considérées :

- Un rôle de recours en prenant en charge les rééducations complexes et intensives ;
- Un rôle d'expertise auprès de l'ensemble des établissements de santé et structures médico-sociales ;
- Un rôle de soutien et d'accompagnement auprès de SSR à caractère polyvalent.

Le tronc commun de l'autorisation en SSR (sans mention) s'appliquait aux structures qui se voyaient reconnaître une ou plusieurs mentions spécialisées afin de garantir la mission d'accessibilité et de proximité des structures SSR sur le territoire.

2. Etat des lieux et Constats

Les objectifs du volet SSR du SROS 3 sont au jour de la parution du présent schéma encore en cours de mise en oeuvre, du fait de sa parution récente (septembre 2009).

2.1. Répartition de l'offre

Suite à la parution de ce volet, toutes les demandes d'autorisations d'activité déposées ont été examinées aux séances du Comité Régional d'Organisation Sanitaire (CROS) de septembre 2010 et les nouvelles autorisations respectant les obligations réglementaires ont été accordées le 30 septembre 2010. Au total 36 implantations ont été autorisées pour 39 à 40 implantations prévues dans le SROS 3 (tableau 1).

Tableau 1 : Sites d'implantations prévus et sites d'implantations autorisées selon les ex territoires de santé

Modalités	Implantations prévues /implantations autorisées (par site)					
Territoires de santé	**Nord Ardenne**	**Sud Ardenne Marne**	**Marne Moyenne**	**Aube**	**Sud Haute Marne**	**TOTAL**
Tronc commun	7/7	10/9	9/9	9 à 8/6	5/5	39 à 40/36
Mention spécialisée : "appareil locomoteur" y compris hospitalisation à temps partiel	1/1	2/2	2/2	2/2	2/2	9/9
Mention spécialisée : "système nerveux" y compris hospitalisation à temps partiel	1/1	2/2	1/1	2/2	2/2	8/8
Mention spécialisée : "cardio vasculaire" hospitalisation à temps complet à vocation régionale		1/0				1/0
Mention spécialisée : "cardio vasculaire" hospitalisation à temps partiel	1/1	3/3	1/1	1/1	1/1	7/7
Mention spécialisée : "respiratoire" hospitalisation à temps partiel	1/1	2/2	1/1	1/1	1/1	6/6
Mention spécialisée "système digestif, métabolique, endocrinien" à vocation régionale		1/1				1/1
Mention spécialisée "enfants de moins de 6 ans et de plus de 6 ans ou adolescents "associé à l'agrément "des affections de l'appareil locomoteur" et du "système nerveux", y compris hospitalisation à temps partiel, à vocation régionale	1/1	1/1				2/2
mention spécialisée "conduites addictives", à vocation régionale	1/1		2/2			3/3
Mention spécialisée "brulés" à vocation régionale				1/1		1/1

Mention Spécialisée "personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance" à vocation départementale	
Marne	3 à 4/4
Ardennes	2/2
Aube	2/2
Haute Marne	2/2

Le différentiel entre les sites d'implantations autorisés et les sites d'implantations prévus par le SROS 3 est dû aux éléments suivants:
- l'existence lors de la rédaction du SROS 3 d'une autorisation détenue par un groupement de coopération sanitaire (GSC) troyen public/privé (CH de Troyes et polyclinique des Ursulines), autorisation qui n'a pas été mise en œuvre et a donc été frappée de caducité en 2009.
- l'existence d'une implantation possible dans le territoire Sud Ardennes Marne du SROS 3, non actuellement couverte par des autorisations.

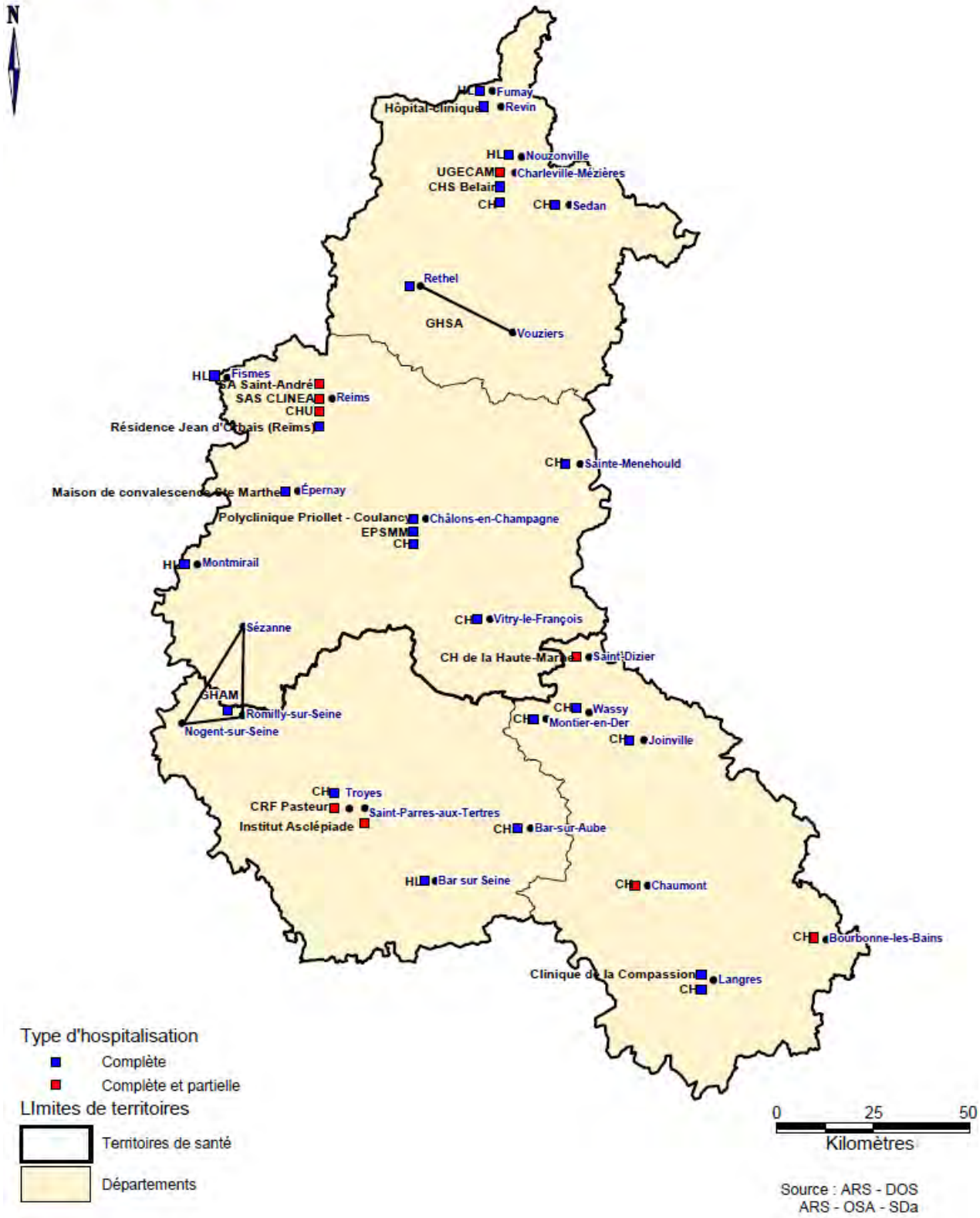
Par ailleurs l'autorisation pour la mention spécialisée « cardio vasculaire hospitalisation à temps complet », à vocation régionale, reste à attribuer à un des sites déjà autorisés en tronc commun. Un projet est en cours de finalisation afin de créer la structure à vocation régionale prévue par le SROS 3

Il n'y a pas de service SSR avec mention « affections onco-hématologiques » autorisé en Champagne Ardenne. L'examen des besoins de cette filière ne fait pas apparaitre de masse critique suffisante pour envisager la création d'une structure SSR spécifique.

Au final, le maillage des autorisations accordées répond globalement à la notion de proximité.

La carte ci-dessous présente les implantations des établissements autorisés en SSR en Champagne-Ardenne, en tant que SSR polyvalent /tronc commun et par type d'hospitalisation (complète et partielle).

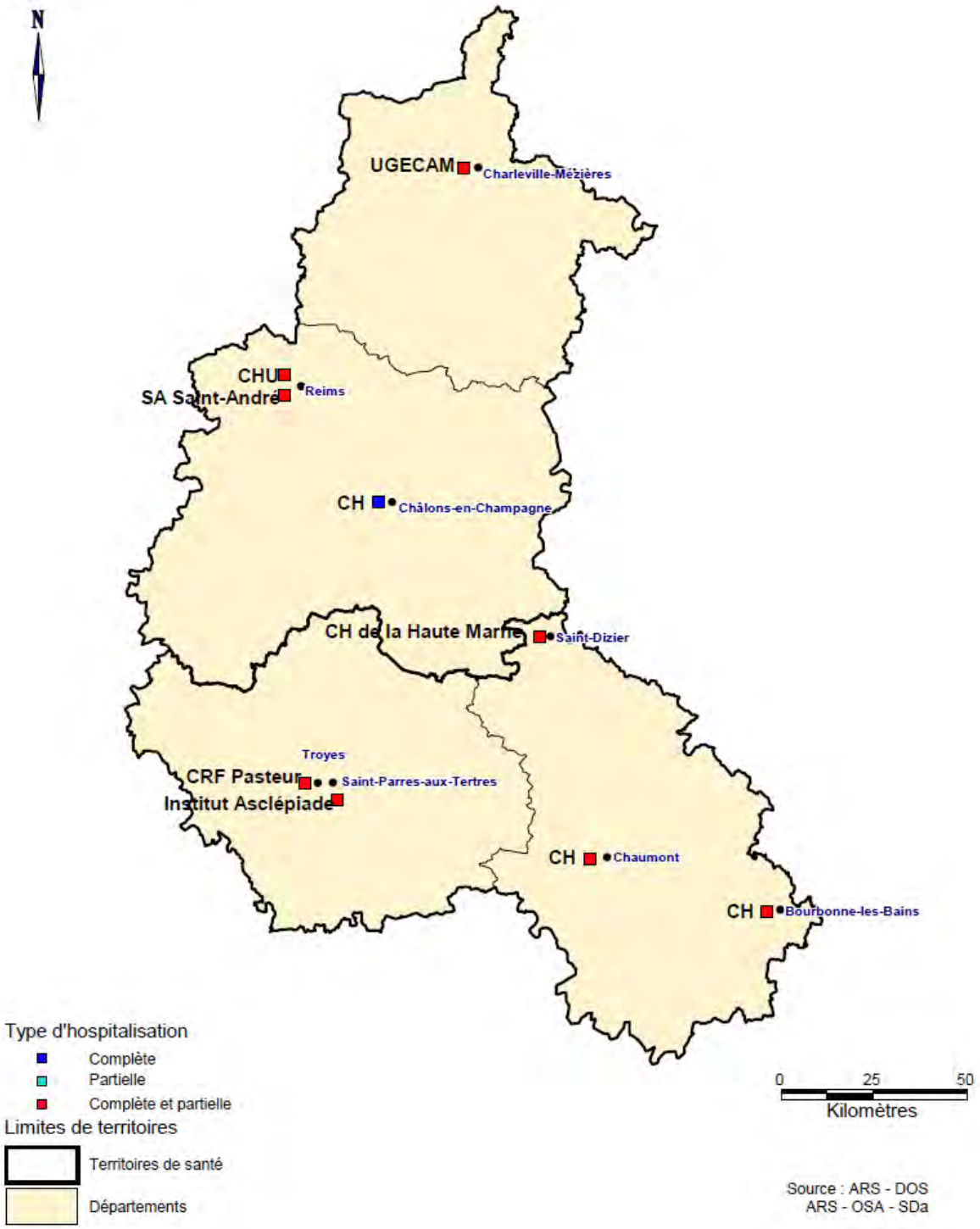
Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne



Les cartes suivantes présentent les établissements autorisés en SSR par mention spécialisée en Champagne- Ardenne, et selon le type d'hospitalisation (complète et partielle)

Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Affection de l'appareil loco-moteur



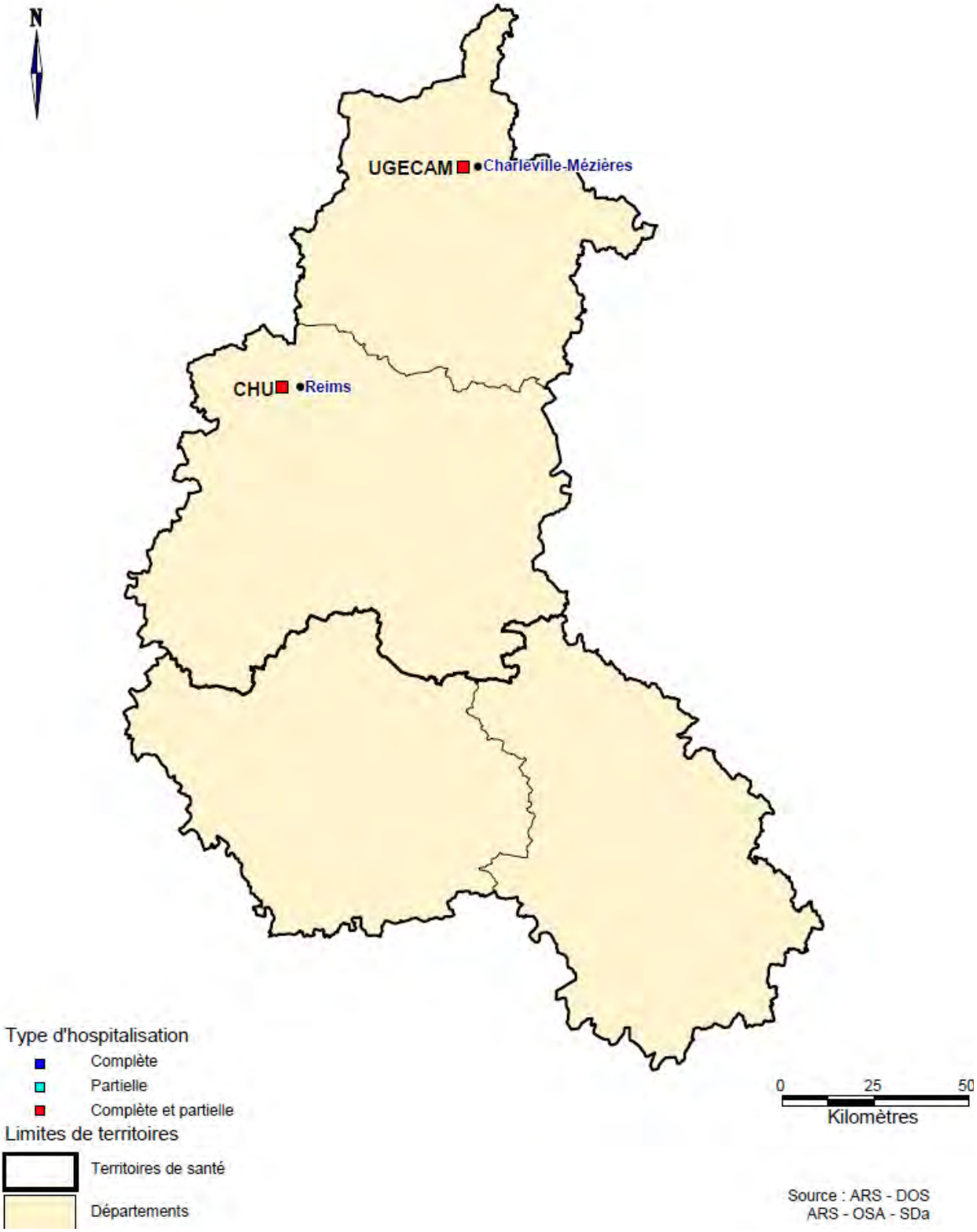
ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Affection du système nerveux

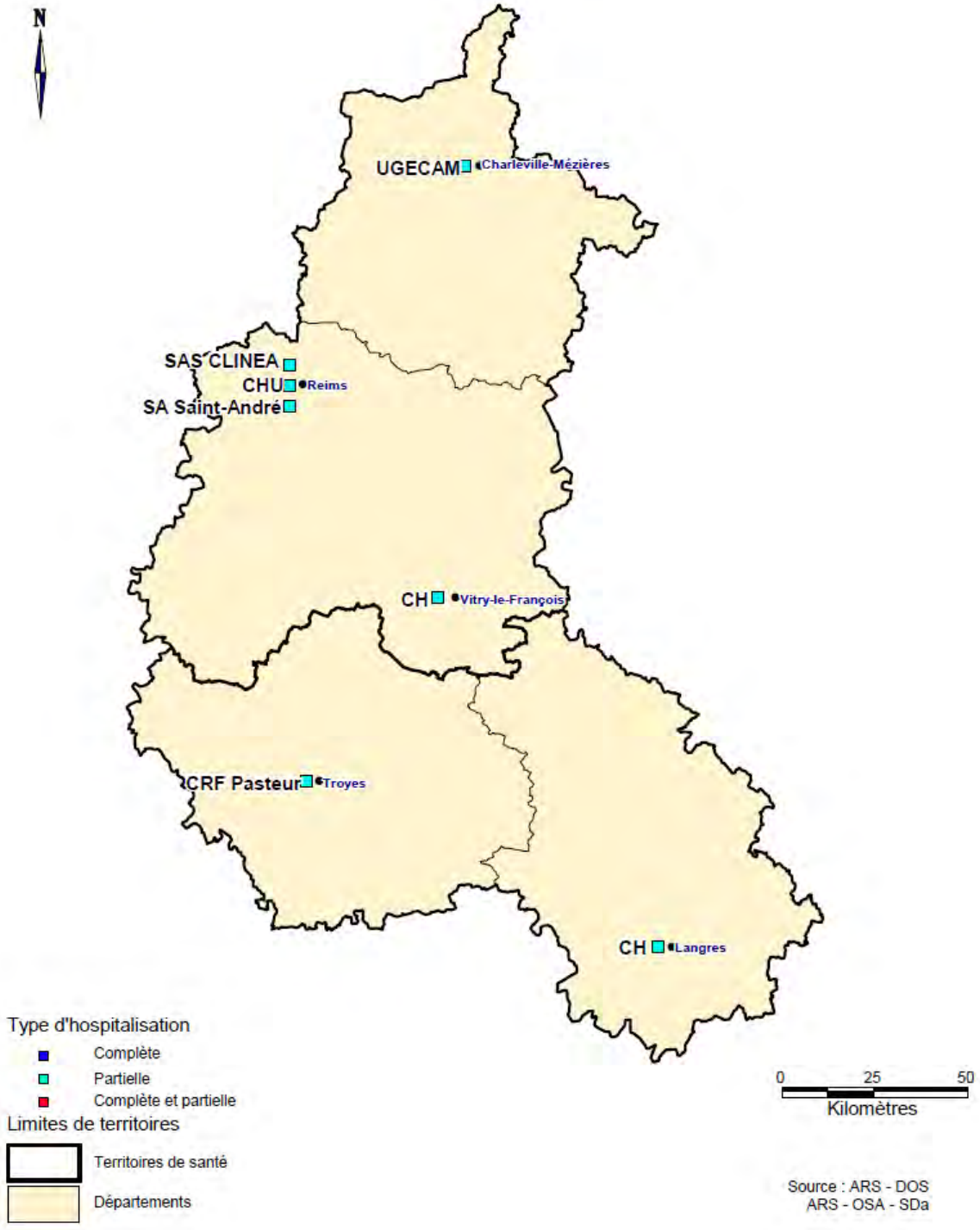


Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne Spécialité : Enfants de moins de 6 ans associée à la mention "affections appareil locomoteur" et "affections système nerveux"

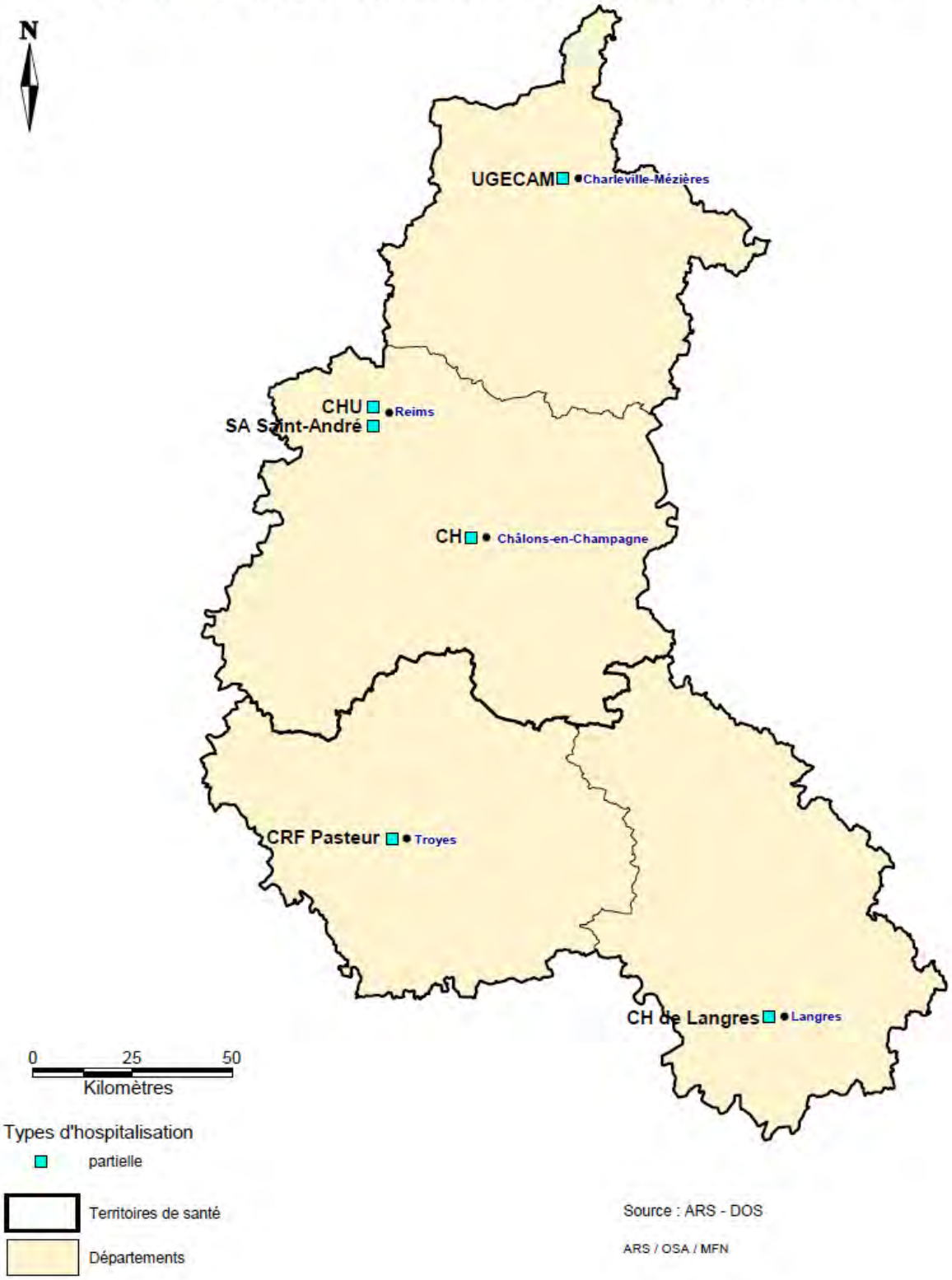


Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Cardio-vasculaire



Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Affections respiratoires en hospitalisation à temps partielle



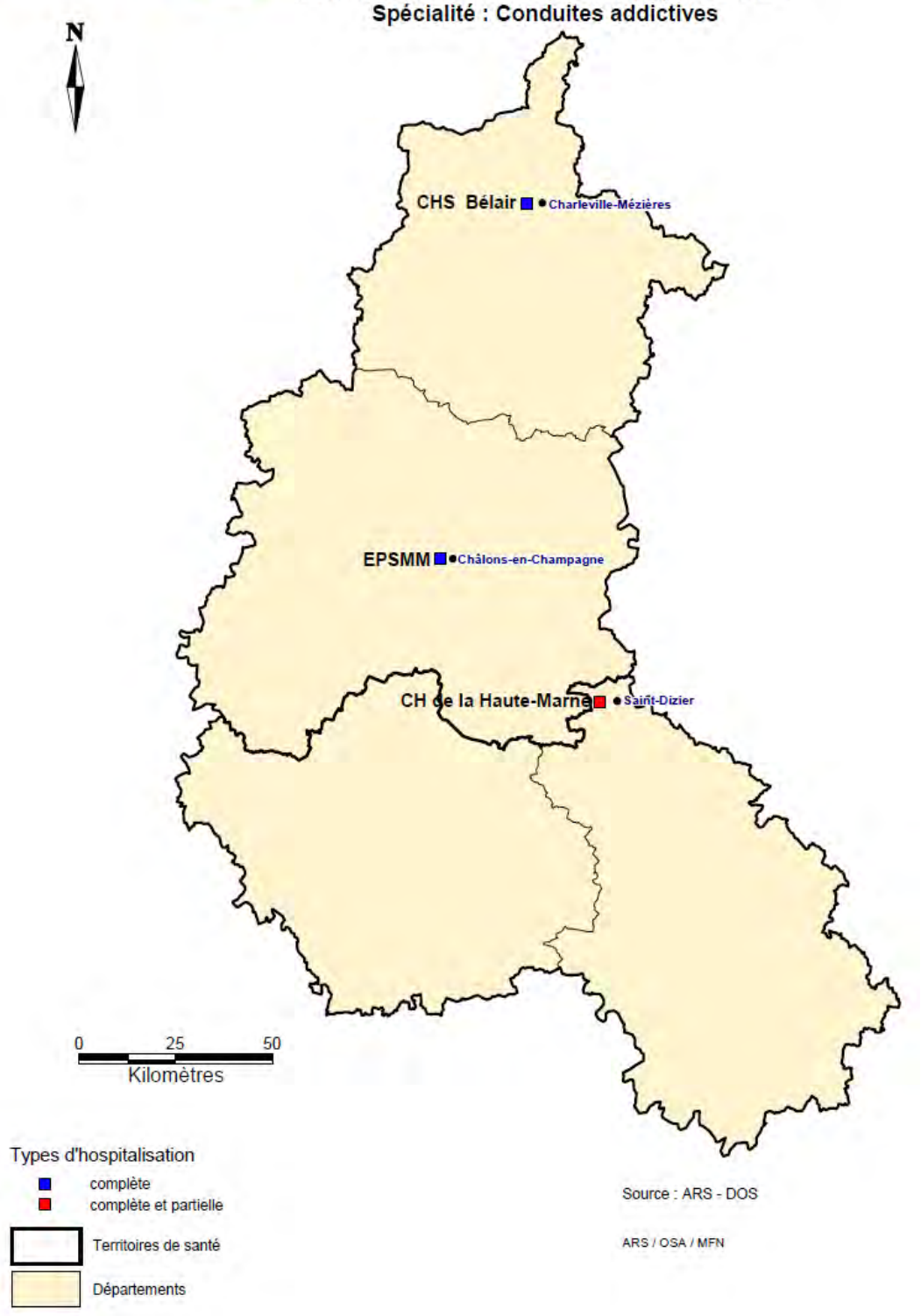
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Affections du système digestif, métabolique, endocri



Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Conduites addictives



Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorissés en SSR en Chamapgne-Ardenne
Spécialité : Affections des brûlés



Types d'hospitalisation
complète et partielle
Territoires de santé
Départements

Source : ARS - DOS
ARS / OSA / MFN

Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sites autorisés en SSR en Champagne-Ardenne
Spécialité : Affection de la personne âgée



Types d'hospitalisation

- complète
- partielle
- complète et partielle

Limites de territoires

- Territoires de santé
- Départements

Source : ARS - DOS

ARS / OSA / MFN

Certains établissements ont obtenu l'autorisation pour plusieurs spécialités (tableau 2).

ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN REGION CHAMPAGNE-ARDENNE tableau 2

Public Privé ESPIC

ETABLISSEMENTS	Création 2010-2013	Tronc commun : soins de suite et réadaptation	Affectin de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Enfants de moins de 6 ans associée à la mention "affections appareil locomoteur" et "affections système nerveux"	Cardio vasculaire en hospitalisation à temps complet	Cardio vasculaire en hospitalisation à temps partiel	Affections respiratoires en hospitalisation à temps partiel	Affections du système digestif, métabolique, endocrinien	Conduites addictives	Affections des Brûlés	Affections de la personne agée	LITS PREEXISTANTS à autorisation 2010	LITS SUPPLEMENTAIRES DEMANDES en 2010	PLACES PREEXISTANTES à autorisation	PLACES SUPPLEMENTAIRES DEMANDEES en 2010	TOTAL PLACES ET LITS (Existants et Demandés)	TOTAL PLACES ET LITS PREEXISTANTS	POPULATION 2009 INSEE	TAUX D'EQUIPEMENT LITS ET PLACES (Existants et demandés) autorisés en 2010	TAUX D'EQUIPEMENT LITS ET PLACES PREEXITANTES à autorisation de 2010
ARDENNES																					
CH Charleville	Non	HC										HC	70	10							
CH Sedan	non	HC										HC	30	10							
CHS Belair (Charleville)	non	HC								HC			12								
HL Nouzonville	non	HC											8	14							
HL Fumay	non	HC											15	10							
UGECAM (Charleville)	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ	HC HJ		X	X					132	35	20	17					
Hôpital-clinique de Revin	OUI	HC												25							
GHSA (Rethel-Vouziers)	non	HC											38	6							
										Total Ardennes			305	110	20	17	452	325	283159	1,60	1,15
MARNE																					
CHU	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ	HC HJ		X	X	HC			HC HJ	247	21	11	41					
HL Montmirail	non	HC											20	20							
HL de Fismes	OUI	HC												30							
SAS CLINEA (Reims)	OUI	HC HJ					X							90		10					
SA Saint-André (Reims)	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ			X	X					54	25	20	20					
Résidence Jean d'Orbais (Reims)	non	HC											30								
Maison de convalscence Ste Marthe - Epernay	non	HC										HC	51	9							
CH Châlons	non	HC	HC	HC				X				HC	78	12		10					
EPSMM	OUI	HC								HC				20							
CH de Vitry Le François	OUI	HC					X							30		3					
CH de St Menehould	non	HC											13	10							
Polyclinique Priollet - Coulancy - Chalons	non	HC											17	8							
										Total Marne			510	275	31	84	900	541	565547	1,59	0,96
AUBE																					
CH de Troyes	non	HC										HC	70	28							
GHAM (Romilly, Nogent, Sézannes)	non	HC										HC	68	20							
HL de Bar sur Seine	non	HC											20	8							
CRF Pasteur (COS Troyes)	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ			X	X					58	32	5	25					
Institut Asclépiade à St Parre aux Tertres (Troyes)	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ							HC HJ		60		6						
CH de Bar sur Aube	non	HC											20	2							
										Total Aube			296	90	11	25	422	307	302267	1,40	1,02
HAUTE-MARNE																					
CH de Chaumont	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ								HC HJ	49	25	5	10					
CH de Langres	non	HC					X	X					21			6					
CH de Bourbonne les Bains	non	HC HJ	HC HJ	HC HJ									40	12	4						
CH de la Haute-Marne (St Dizier)	non	HC HJ	HC HJ							HC HJ		HC	52	22	3	5					
CH de Joinville	non	HC											20	5							
CH de Montier en Der	non	HC											22	8							
CH de Wassy	non	HC											15	5							
Clinique de la Compassion	non	HC											16								
										Total Haute-Marne			235	77	12	21	345	247	185244	1,86	1,33
										Total Région CA			1346	552	74	147	2119	1420	1336217	1,59	1,06

Répartition de l'offre entre établissements publics/ESPIC/privés, et entre ancienne et nouvelle structure

Parmi les 34 établissements ayant eu une autorisation, pour 36 sites autorisés[117], la majorité sont des établissements publics (70%), 7 sont des établissements privés (20%) et 3 sont des ESPIC (10%) (Tableau 2 ci-dessus).

Parmi les 34 établissements, 29 correspondent à des établissements qui exerçaient déjà, antérieurement à la révision du volet SSR du SROS 3, les activités de soins de suite et/ou de rééducation et réadaptation fonctionnelles, et 5 sont des créations.

Les établissements qui ont obtenu une autorisation dans la prolongation de leur activité ont 2 ans à partir de la date de leur autorisation pour se mettre en conformité, l'ARS procédant à la visite de conformité dans les 6 mois qui suivent. Aussi, pour les 29 établissements concernés, les visites de conformité auront lieu entre septembre 2012 et mars 2013.

En ce qui concerne les établissements qui ont obtenu une autorisation dans le cadre d'une création d'activité, ils relèvent du droit commun. Conformément au décret n°2010-440 du 30 avril 2010, les visites de conformité dans ces établissements ont lieu dans les 6 mois qui suivent la déclaration de mise en œuvre de l'activité par l'établissement.

Taux d'équipement en lits/places et taux d'occupation.

Le nombre de lits/places avant les autorisations de 2010 était de 1346 lits et 74 places. Compte tenu du nombre de lits/places supplémentaires demandés et accordés, le nombre de lits/places devraient être de 1898 lits (augmentation de 41%) et de 221 places (augmentation de 298%), si toutes les créations projetées étaient réalisées et en conformité avec la réglementation.

Le taux d'équipement avant les autorisations de 2010 était de 1,09 lits/places pour 1000 habitants. Il passerait à 1,59 lit/place pour 1000 habitants d'ici 2013-2014 si toutes les autorisations étaient mises en œuvre. Des différences départementales persisteront avec l'Aube qui aura le taux le plus faible (1,40). (cf tableau 2 ci-dessus).

Le taux d'équipement en lits/places en SSR pour 1000 habitants en Champagne-Ardenne reste faible par rapport à celui de la France entière et a très peu augmenté d'année en année[118] :
- 1,08 en Champagne-Ardenne pour 1,6 pour la France entière en 2008
- 1,08 en Champagne-Ardenne pour 1,78 pour la France entière en 2009
- 1,11 en Champagne-Ardenne pour 1,76 pour la France entière en 2010

Le taux d'occupation de l'ensemble des lits est de 94,4% en 2009 et 92,1% en 2010.

Taux de fuite

Le taux de fuite hors région a toujours été plus important que le taux d'attractivité, d'où un solde négatif (cf tableau 3 ci-dessous). Le taux de fuite hors région est de 16,5% en 2010 avec un taux d'attractivité de 6,6% d'où un solde négatif de 10%.

Tableau 3 : taux de fuite et d'attractivité en 2008, 2009 et 2010 en SSR pour la région Champagne-Ardenne[119]

Indicateurs	2008	2009	2010
Taux de fuite hors région	21%	15,7%	16,5%
Taux d'attractivité dans la région	7,6%	6,77%	6,6%

[117] 36 sites autorisés pour 34 établissements car le GHAM et le GHSA sont comptés chacun pour un établissement autorisé mais avec chacun 2 sites d'implantations puisque leur service de SSR sont implantés dans 2 villes différentes
[118] **2008 :** source enquête DRESS sur les SSR **; 2009 et 2010** : Source SAE, Insee, PMSI 2009 et 2010, exploitation ARS - OSA
[119] Sources : idem

Solde fuite-entrée	-13,4%	-8,95 %	-9,9%

L'analyse des fuites par filière a été réalisée en 2007. Elle faisait état de fuites supérieures à 20% dans cinq spécialités : pédiatrie, digestif-nutrition, cardio-vasculaire, pneumologie et addictologie (cf tableau ci-dessous).

Les taux de fuite sont très importants pour les territoires de santé de l'Aube (23.3%), du sud Haute-Marne (26.7%) et de la Marne moyenne (19.6%).
Les disparités selon les territoires de santé et les filières de prise en charge sont très importantes.
Pour mémoire, les territoires de santé du SROS 3 sont désignés ci-dessous comme suit :

- Aube
- MM : Marne Moyenne
- NA : Nord-Ardennes
- SAM : Sud-Ardennes Marne
- SHM : Sud Haute-Marne

Décomposition des fuites SSR Champagne Ardenne
(source PMSI 2007- traitement ORS)

	Champagne Ardenne			Taux de Fuite par territoires de santé				
	Conso Territoire	Fuite Extra regionales %	Journées	Aube	MM	NA	SAM	SHM
Filière Pédiatrie	13 989	61,0%	8 536	87,2%	71,2%	24,1%	76,6%	89,9%
Filière Gériatrie	153 728	5,8%	9 086	12,4%	4,6%	2,9%	2,2%	16,5%
Filière Neurologie	77 387	16,2%	12 841	14,8%	43,5%	5,1%	19,4%	20,1%
Filière Locomoteur	147 451	12,4%	18 387	18,0%	15,7%	5,5%	10,8%	22,5%
Filière digestif-nutrition	21 089	25,0%	5 270	61,7%	26,0%	13,3%	11,5%	53,4%
Filière cardio-vasculaire	17 084	48,7%	8 393	79,6%	63,8%	35,3%	30,5%	95,2%
Filière pneumologie	9 150	44,2%	4 135	65,2%	68,2%	16,2%	46,3%	50,2%
Filière hémato-cancérologie	9 634	19,2%	1 858	28,1%	14,3%	12,2%	20,0%	37,3%
Filière addictologie	23 639	36,1%	8 541	46,9%	23,9%	50,8%	31,4%	56,8%
Filière autres soins de suite	62 589	19,5%	12 739	17,2%	17,1%	14,3%	26,2%	18,9%
Ensemble filières	535 740	16,5%	89 796	23,3%	19,6%	9,5%	14,3%	26,7%

>50
>30<50
>20<30

Pathologies prises en charge

La considération du nombre de journées d'hospitalisation classées par CMC montre que les affections de l'appareil du système ostéo-articulaire représentent la première cause d'hospitalisation en SSR tant en 2009 qu'en 2010, soit 40% de l'ensemble des causes d'hospitalisation (19,27% pour des affections non traumatiques du système ostéo-articulaire et 20,45% pour des affections traumatiques du système ostéo-articulaire en 2010). Les affections du système nerveux (AVC, Traumatismes crâniens….) représentent la deuxième cause d'hospitalisation, soit environ 20%. (Cf tableau 4 ci-dessous)

Tableau 4 : Nombre de journées d'hospitalisation par CMC

	2009		2010	
CMC = Catégorie Majeures Clinique	Nbre de journées	% relatif	Nbre de journées	% relatif
01 Affections de l'appareil respiratoire	SO		0	0,00%
02 Affections de l'appareil circulatoire	S0		26 057	5,46%
11 Affections App circulatoire et respiratoire	43 387	8,69%	SO	
12 Affections du système nerveux	101 225	20,27%	105 935	22,20%
13 Affection troubles mentaux	45 480	9,11%	43 848	9,19%
14 Affections Peau et organe des sens	10 848	2,17%	12 873	2,70%
15 Affections hémopathies malignes	30 463	6,10%	27 797	5,82%
16 Affections non traumatiques du système ostéo-articulaire	96 406	19,30%	91 977	19,27%
17 Affections traumatiques du système ostéo-articulaire	100 499	20,12%	97 614	20,45%
18 Amputations	6 787	1,36%	6 419	1,35%
20 Soins palliatifs	22 053	4,42%	16 984	3,56%
40 Réadaptation - Réinsertion	24 325	4,87%	27 454	5,75%
50 Affections nutritionnelles	5 204	1,04%	5 339	1,12%
60 Autres affections	12 410	2,48%	14 103	2,96%
90 Erreurs/sans objet	351	0,07%	825	0,17%
TOTAL	499 438		477 225	

Source : PMSI 2009 et 2010 – ARS/OSA

Enfin, les établissements devraient passer progressivement à une tarification à l'activité. Celle-ci, annoncée pour 2012, est à la date de parution du présent schéma repoussée à 2013.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

1. Objectifs généraux du PSRS

Le PSRS comprend 9 enjeux transversaux, dont cinq principaux s'imposent au volet SSR:

- relever le défi de la démographie des professionnels de santé
- améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé
- développer la coordination, l'articulation, les réseaux,
- réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé
- améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge.

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs du volet SSR du SROS 3 étant en cours de mise en œuvre, ils sont repris intégralement dans le présent schéma.

Ces objectifs sont les suivants :

1. Disposer d'une offre régionale organisée en filières et correspondant à :
   - Un maillage de proximité satisfaisant pour les activités SSR à caractère polyvalent, au sein des territoires de santé, afin de servir au mieux les objectifs de réadaptation et de réinsertion ;
   - Une répartition des activités spécialisées de prise en charge et aussi de recours et d'expertise, compatible avec des seuils d'activité suffisants et la présence de compétences médicales et paramédicales conforme aux décrets.

2. Développer une offre diversifiée pour adapter au mieux les réponses et fluidifier les parcours des patients : hospitalisation à temps partiel, traitement et cures ambulatoires, consultations externes…

3. Développer le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR ;

4. Améliorer l'articulation avec les structures d'aval (les professionnels de ville, les acteurs des structures médico sociales et sociales) grâce entre autre à des procédures partagées (bilan d'admission, bilan initial, projet thérapeutique …) ;

5. Mettre en place une animation et une concertation territoriale en SSR. Les recommandations d'organisation sont articulées avec celles définies dans les autres volets du Projet Régional de Santé (médecine d'urgence, gériatrie, addictologie, cancérologie, ….) et du SIOS (chirurgie cardiaque, grands brûlés, etc…) ;

Chapitre 4 : Plan d'actions par objectif

1. Disposer d'une offre régionale organisée en filières

Cette offre doit correspondre à :

- Un maillage de proximité satisfaisant pour les activités SSR à caractère polyvalent, au sein des territoires de santé, afin de servir au mieux les objectifs de réadaptation et de réinsertion
- Une répartition des activités spécialisées de prise en charge et aussi de recours et d'expertise, compatible avec des seuils d'activité suffisants et la présence de compétences médicales et paramédicales conforme aux décrets

Actions

Des conventions seront signées entre le secteur de court séjour, le secteur SSR et les structures médico-sociales et sociales pour que les échanges se développent dans un partenariat équilibré. Elles seront l'occasion pour les acteurs de mieux se connaître et d'améliorer la fluidité des filières de soins.

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité SSR participe au Réseau régional des Urgences de Champagne-Ardenne (RésURCA), dans les conditions que détermine la convention constitutive de ce réseau.
Afin de faciliter les contacts, l'ensemble des établissements doit pouvoir disposer d'un accès au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), y compris l'accès aux ressources médico sociales avec un minimum de renseignements utiles.

Le développement et l'utilisation du logiciel TRAJECTOIRE permettant de faciliter l'orientation des patients seront favorisés en région.

Une attention particulière sera portée à la prise en charge des patients en état végétatif chronique ou pauci relationnel, dont la prise en charge relève d'une structure SSR mais dans une unité individualisée, voir des structures pédiatriques. Un accès à des compétences neurologiques est organisé.et un partenariat étroit doit exister avec un SSR spécialisé pour les affections neurologiques.

2. Développer une offre diversifiée pour adapter au mieux les réponses et fluidifier les parcours des patients : hospitalisation à temps partiel, traitement et cures ambulatoires, consultations externes…

Actions

Favoriser la mise en œuvre des implantations autorisées afin de garantir une offre diversifiée et la fluidité des parcours des patients au sein de la région.

Compléter le tissu régional pour atteindre la cible des implantations prévues.

Favoriser les alternatives à l'hospitalisation, dans le respect de leurs indications

3. Développer le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR

Actions

Des consultations avancées de spécialistes du court séjour en SSR devront être possibles

Pour l'examen de situations particulières, les établissements veilleront à ce que :

- soit le professionnel SSR participe au dispositif de « préparation à la sortie » mis en place par l'établissement de court séjour, à la demande de celui-ci, pour mieux préparer la sortie du patient,

- soit l'examen de la demande est complété par une consultation avancée d'un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) en court séjour, et/ ou l'intervention d'un autre professionnel de l'équipe de médecine physique.

La possibilité d'aller jusqu'à des « structures intégrées MCO-SSR, UNVA-SSR » ou des structures transitionnelles type SRPS (Service de rééducation post réanimation) pourra être étudiée, pour des patients devant bénéficier transitoirement de soins MCO et SSR en même temps. L'objectif sera d'éviter des hospitalisations en court séjour ou des hospitalisations prolongées en réanimation.

Des réflexions devront être menées pour améliorer la prise en charge des patients nécessitant des rééducations longues (traumatismes crâniens), en lien avec l'UEROS (Unité d'Evaluation, de Reclassement et d'Orientation Socioprofessionnelle).

4. Améliorer l'articulation avec les structures d'aval (professionnels de ville, acteurs des structures médico sociales et sociales) grâce entre autres à des procédures partagées (bilan d'admission, bilan initial, projet thérapeutique …)

Actions

Les établissements autorisés en SSR mettront en place les différents outils issus des procédures partagées de prise en charge du patient :

- demande d'admission en SSR avec évaluation systématique ;
- bilan initial ;
- projet thérapeutique ;
- intervention sur le lieu de vie ;
- dispositif de préparation à la sortie ;
- partenariat avec l'unité transversale d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) si besoin.

Pour les patients dont la situation laisse présager des difficultés, les établissements de santé organiseront la sortie de façon anticipée et concertée avec les institutions ou acteurs d'aval.
Pour ce faire, l'établissement de santé s'appuie sur les équipes en place d'assistantes sociales et de cadres.

La préparation et l'accompagnement à la réinsertion, notamment l'admission en établissement ou en service médico-social fait l'objet de temps d'échanges avec les structures d'aval, médico sociales et sociales, le patient et sa famille, formalisés à travers un dispositif.

Si la mise en œuvre du projet de vie le nécessite, des membres de l'équipe pluridisciplinaire se déplacent et interviennent dans les lieux de vie du patient ou dans les autres structures susceptibles de l'accueillir, avec son accord et en lien avec son médecin traitant ou à la demande des structures d'accueil.

Les structures d'aval qui participent au dispositif de « préparation à la sortie » dans les établissements de santé s'engagent en contre partie à établir une fiche de liaison contenant tous les éléments utiles en cas d'hospitalisation du patient.

5. Mettre en place une animation et une concertation territoriale en SSR. Les recommandations d'organisation sont articulées avec celles définies dans les autres volets du PRS (médecine d'urgence, gériatrie, addictologie, cancérologie, ….) et du SIOS (chirurgie cardiaque, grands brûlés, etc…)

Actions

La prise en charge en SSR doit être coordonnée et concertée, ce qui permettra d'éviter que la structure SSR ait à répondre isolément à l'ensemble des enjeux d'une coordination avec tous les acteurs d'un territoire.

Une attention particulière sera portée à la création d'un comité technique de pilotage SSR pour faciliter cette concertation.

Le renforcement des échanges et l'amélioration de la communication entre établissements et professionnels des services de SSR permettra d'améliorer le dispositif de « préparation à la sortie » depuis les services de court séjour vers les SSR les plus adaptés, ainsi que d'apporter aux services SSR de proximité certaines compétences et aides techniques sous les formes suivantes :

- aide à l'établissement et au suivi des projets de soins et de vie individualisés,
- conseils techniques par rapport à certaines prises en charge,
- aides dans l'élaboration de certains protocoles,
- aide à la prise en charge de patients qui pourraient justifier de l'intervention de compétences dont la structure ne dispose pas (ergothérapeute, neuropsychologue, …),
- conseil au recours à l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie (EMG), d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP),
- conseils par rapport à l'appareillage, à l'adaptation du domicile,
- aide à la préparation et au bilan préalable au retour à domicile de certains patients.

Cette organisation coordonnée des services SSR s'intégrera dans le projet médical de territoire.
Elle fera l'objet d'un projet partagé par l'ensemble des professionnels d'un territoire et s'inscrira dans une dynamique de partenariat.
Dans un premier temps, un projet d'animation territoriale sera expérimenté entre plusieurs établissements de santé volontaires, à partir d'outils partagés, afin de faciliter les échanges lors des transferts en SSR. Celui-ci s'inscrit dans une démarche projet et reçoit l'appui du Groupement de Coopération Sanitaire - Systèmes d'Information de Santé de Champagne-Ardenne (GCS SISCA). Cette plateforme régionale a pour mission de préparer la construction du système d'information de santé pour permettre d'optimiser l'échange des informations de santé entre professionnels de la région. Il sera évalué avant son extension au sein de la région.

Chapitre 5 : Schéma cible

Le schéma cible correspond à celui du SROS 3 révisé, aucun site nouveau d'implantation n'est prévu, mais vu que le nombre de sites d'implantations autorisés a été inférieur à celui prévu, deux sites d'implantations devraient être autorisées, un par territoire.

Les territoires pertinents en matière de SSR sont principalement les territoires de santé arrêtés par le directeur général de l'ARS le 16 février 2011[120]

- sauf pour la mention spécialisée « personnes âgées, poly pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance » pour laquelle les territoires pertinents sont les départements ;
- sauf pour les modalités à vocation régionale pour lesquelles le territoire pertinent est le territoire régional.

Ces modalités sont signalées dans les tableaux ci-dessous.

Modalités	Territoire Nord	
	Ville d'implantations	Nombre de sites d'implantations
Tronc commun	Charleville Sedan Nouzonville Fumay Revin Rethel Vouziers Reims et agglomération Epernay Fismes Montmirail Châlons-en-Champagne Sainte-Ménéhould Vitry-le-François Sézanne	23
Mention spécialisée : "appareil locomoteur" y compris hospitalisation à temps partiel		4
Mention spécialisée : "système nerveux" y compris hospitalisation à temps partiel		4
Mention spécialisée : "cardio vasculaire" hospitalisation à temps complet		1*
Mention spécialisée : "cardio vasculaire" hospitalisation à temps partiel		5
Mention spécialisée : "respiratoire" hospitalisation à temps partiel		4
Mention spécialisée "système digestif, métabolique, endocrinien"		1*
Mention spécialisée "enfants de moins de 6 ans et de plus de 6 ans ou adolescents" associé à l'agrément "des affections de l'appareil locomoteur" et du "système nerveux", y compris hospitalisation à temps partiel		2*
Mention spécialisée "conduites addictives"		2*

* à vocation régionale

[120] Arrêté n°2011-071 du 16 février 2011

Modalités	Territoire Sud	
	Implantations	Nombre
Tronc commun	Troyes et agglomération Nogent-sur-Seine Bar-sur-Aube Bar-sur-Seine Chaumont Langres Bourbonne les Bains Saint-Dizier Wassy Joinville Montier-en-Der	15
Mention spécialisée : "appareil locomoteur" y compris hospitalisation à temps partiel		5
Mention spécialisée : "système nerveux" y compris hospitalisation à temps partiel		4
Mention spécialisée : "cardio vasculaire" hospitalisation à temps partiel		2
Mention spécialisée : "respiratoire" hospitalisation à temps partiel		2
mention spécialisée "conduites addictives"		1
Mention spécialisée "brulés"		1*

* à vocation régionale

Mention Spécialisée "personnes âgées poly pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance" à vocation départementale	Implantations	Nombre
	Marne	4
	Ardennes	2
	Aube	2
	Haute Marne	2

Chapitre 6 : Eléments de transversalité

- Développer la coordination avec le secteur médico social et social afin d'assurer la complémentarité des prises en charge à la sortie du patient.

- Organiser les filières d'aval du SSR, dans le respect du principe général de coordination ville-hôpital-médico social-prévention pour prévenir les hospitalisations, les ruptures de prise en charge, préparer les sorties d'hospitalisation. Des actions seront menées en lien avec les acteurs de la prévention, des structures hospitalières de SSR, d'USLD, d'HAD, les établissements ou services médico-sociaux ainsi qu'avec les professionnels de soins ambulatoires. Le rôle social de l'hôpital et notamment la participation de ses services sociaux à ces actions de coordination est le gage de l'accessibilité à la prévention et aux soins des populations précarisées.

Ces coordinations sont particulièrement nécessaires pour assurer la structuration et la fluidité des filières de soins pour :

- Les populations fragiles (notamment personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies psychiques, personnes en difficultés sociales),
- Les personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant une gradation des soins
- Les enfants (articulation avec la médecine libérale générale ou spécialisée, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire)

Pour les populations fragiles (personnes âgées) :

cf. SROMS PA, sous titre 5, objectif opérationnel 5, action 2.2

cf. SROS – pathologies du vieillissement- gériatrie-ULSD
Chapitre 1

Les USLD (unité de soins de longue durée) s'inscrivent dans les filières gériatriques dont les différentes composantes sont les suivantes :
- le court séjour gériatrique
- l'équipe mobile de gériatrie
- les unités de consultations et d'hospitalisations de jour gériatriques
- les soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Chapitre 5- Titre 2

Plan d'action : privilégier, chaque fois que possible, en lien avec les médecins traitants, les entrées directes en service de médecine, chirurgie, SSR

Chapitre 5- Titre3
L'individualisation, au sein des services de soins de suite et de réadaptation, d'**U**nités **C**ognitivo-**C**omportementale (UCC), mesure 17 du plan Alzheimer vise à assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

Plan d'action :
- conforter l'UCC du CHU de Reims
- implanter deux UCC supplémentaires, sous réserve de disposer des enveloppes financières correspondantes: Nord : Charleville-Mézières, Sud : Troyes

Pour les personnes devant bénéficier de soins palliatifs, dès lors que des lits sont identifiés « soins palliatifs » dans la discipline SSR, l'activité est intégrée dans les SSR :

👁 cf. SROS – soins palliatifs
Chapitre 4. Objectif 2.2.

Evaluer l'effectivité des LISP (Lits identifiés en soins palliatifs) et plus particulièrement les renforts de personnels affectés aux LISP

Chapitre 6. point 2,

La prise en charge répétée au long cours de personnes atteintes de pathologies chroniques ou chronicisées extrêmement complexes d'un point de vue clinique ou éthique justifie l'existence d'USP en SSR (patients atteints de tumeur cérébrale, sclérose en plaque évoluée, maladie de Parkinson à un stade avancé). Le critère d'une USP (unité de soins palliatifs) par département est à prendre en compte.

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi et d'évaluation

Objectif	intitulé	mode de calcul	périodicité	source ARS - service concernée	source partenaires	niveau géographique	Indicateurs CPOM ARS
1	Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico sociaux	Dénombrement	annuel	DOS-CPOM	Etablissements SSR	régional	
1	Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC	Ratio	annuel			Régional Etablissement	OUI
1	Taux d'attractivité global et par mention spécialisée (Nbr de séjours de patient 'hors région' hospitalisés dans les établissements de la région / nbr de séjours dans les établissements de la région, source PMSI)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Départemental	
1	Taux de fuite global et par mention spécialisée (Nbr de séjours de patients de la région dans un établissement hors région / Nbr de séjours de patients de la région)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Départemental	
2	Nombre de journées en hospitalisation complète	Dénombrement	annuel	DOS-OSA		Régional Etablissement	
2	Nombre de venues et de séances en hospitalisations partielles	Dénombrement	annuel	DOS-OSA		Régional Etablissement	
2	Durée moyenne de prise en charge	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Etablissement	
2	Taux d'entrée directe en SSR (Nbr d'entrées directes en SSR / nbr total d'entrées en SSR)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Territoire de santé Etablissement	
3	Taux de retour précoce en MCO (Nbr de réhospitalisations d'au moins une nuit en MCO après moins de deux jours en SSR / Nbr de séjours SSR)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Territoire de santé Etablissement	
3	Taux d'orientation en SSR (Nbr de sortie de séjours MCO d'une pathologie vers le SSR / Nbr total de séjours MCO relatifs à la pathologie)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Territoire de santé Etablissement	
4	Part des séjours inférieurs à 3 mois	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Territoire de santé Etablissement	
4	Mode de sortie du SSR (Nbr de séjours SSR pour mode de sortie X / Nbr de séjours SSR terminés)	Ratio	annuel	DOS-OSA		Régional Territoire de santé Etablissement	
5	Niveau de realisation du projet d'animation territorial (suivi de l'évaluation)	Qualitatif	annuel	DOS-CPOM	Etablissements SSR	Territorial	

Les indicateurs de suivi du SROS-PRS sont les indicateurs du programme régional de gestion du risque pour le SSR, ainsi que ceux proposés par le niveau national.

Glossaire

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CMC : Catégorie Majeure Clinique

CROS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCS SISCA : Groupement de Coopération Sanitaire Systèmes d'Information de Santé de Champagne Ardenne

GHAM : Groupement Hospitalier Aube Marne

HAD : Hospitalisation à domicile

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hospitalisation de Jour

HTP : Hospitalisation à Temps partiel

OQN : Objectif Quantifié National

MPR : médecine physique et de réadaptation

PRS : Projet Régional de Santé

RESURCA : Réseau des Urgences de Champagne-Ardenne

ROR : répertoire opérationnel des ressources

SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

TRANSFUSION SANGUINE

TRANSFUSION SANGUINE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Cadre général 493
1. Cadre réglementaire 493

Chapitre 2 : Diagnostic régional 494
1. Le maillage territorial 494
2. L'activité transfusionnelle 495
3. L'adéquation entre le schéma actuel et les besoins transfusionnels des établissements de santé 498
3.1. La transfusion programmée 498
3.2. La transfusion en urgence vitale (excluant l'urgence relative) 499
4. La destruction des PSL 500
5. La sécurité transfusionnelle 500

Chapitre 3 : Objectifs régionaux 502

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions 502
1. Mise en application du prochain SOTS 2012-2016 502
2. Amélioration de l'accessibilité aux PSL 502
3. Optimisation des ressources 502
3.1. Adéquation entre activité transfusionnelle et activité de soins 502
3.2. Utilisation adéquate des PSL en urgence vitale 503
3.3. Destruction minimale des PSL 503
3.4. Renforcement du lien entre l'activité IHR et la délivrance de PSL 503
4. Maintien d'une sécurité transfusionnelle accrue 504
5. Perspectives d'évolution du schéma actuel 504

Chapitre 5 : Éléments de transversalité 506

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi 506

Annexes 507

Glossaire 511

Chapitre 1 : Cadre général

Le Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine (SOTS) est élaboré par l'Établissement Français du Sang (EFS) et soumis pour avis aux Agences Régionales de Santé (ARS). L'année 2011 voit la concordance de l'élaboration du SOTS et du SROS.
Une concertation régionale s'est tenue le 17 mai 2011, entre les EFS du Nord de France et de Lorraine-Champagne et le directeur général de l'ARS, au cours de laquelle le projet de SOTS 2012-2016 des EFS a été présenté.
Le présent chapitre du SROS décline donc le projet de SOTS 2012-2016 concernant la région Champagne-Ardenne au regard des activités de soins dans les Établissements de Santé (ES) de la région et définit comment se réalise la mise à disposition des Produits Sanguins Labiles (PSL), tout en s'assurant de la sécurité optimale et de l'optimisation de la ressource.

1. Cadre réglementaire

Le Code de la santé publique et notamment les articles suivants :
-Articles L1221-13 et R1221-22 à 52 relatifs à l'hémovigilance
-Articles L1224-1 et suivants, et article R1224-3 relatifs au SOTS
-Articles R1221-17 et suivants relatifs à la distribution et délivrance de PSL
Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L1223-3 du code de la santé publique
Loi 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
Arrêtés du 17 avril 2007 relatifs aux SOTS de l'EFS du Nord de France et de Lorraine-Champagne

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Le maillage territorial

L'organisation régionale de l'approvisionnement des ES en PSL a pour objectif de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des services de soins et ce, dans des délais compatibles avec la sécurité et la qualité.

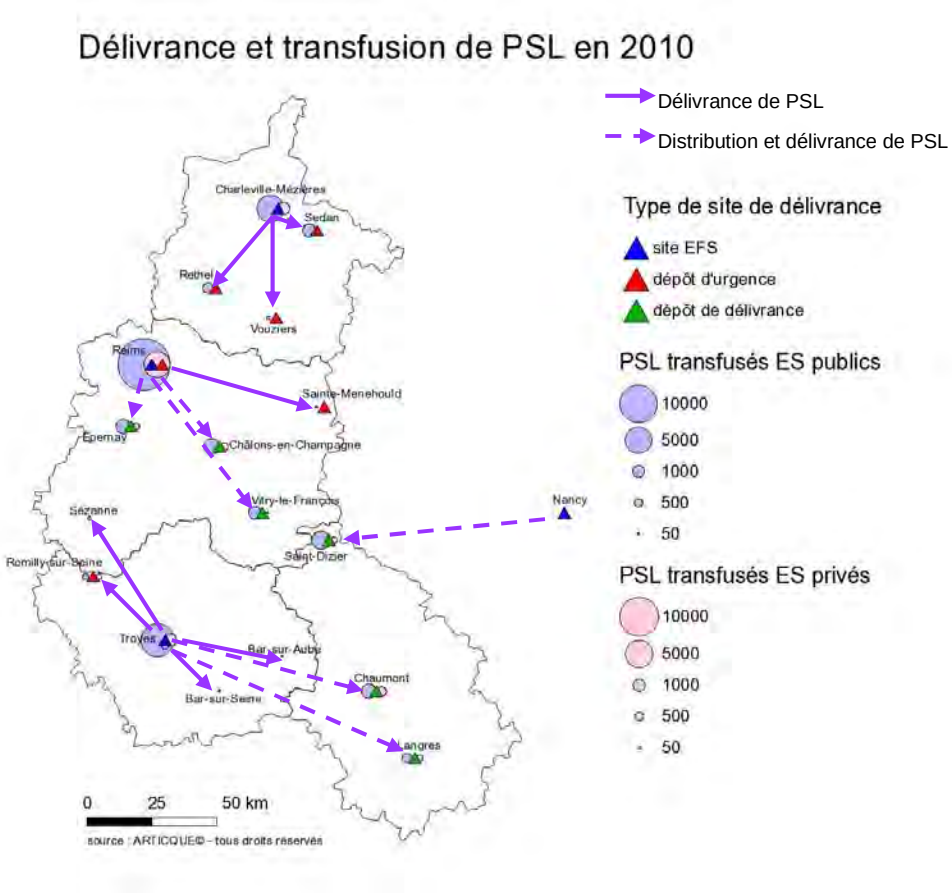
Le SOTS 2007-2011 actuellement en vigueur et entériné par les arrêtés du 17 avril 2007 relatifs aux SOTS de l'EFS du Nord de France et de Lorraine-Champagne a été finalisé courant 2010 par la fermeture des sites EFS de distribution/délivrance de Saint-Dizier et de Chaumont, et la création de dépôts de délivrance dans les Centres Hospitaliers (CH) de Saint-Dizier et de Chaumont.

- **L'EFS du Nord de France** (Lille) fournit les produits sanguins labiles (PSL) pour les départements des Ardennes et de la Marne. La distribution et délivrance aux ES sont assurées respectivement par les sites EFS de Charleville-Mézières et de Reims, respectivement. Une exception : le site de Sézanne du GHAM, celui-ci étant approvisionné par le site EFS de Troyes.

- **L'EFS de Lorraine-Champagne** (Nancy) fournit les PSL pour les départements de l'Aube et de la Haute-Marne. La distribution et la délivrance aux ES sont assurées par le site EFS de Troyes pour ces deux mêmes départements, à l'exception des ES de Saint-Dizier qui sont approvisionnés par le site EFS de Nancy.

Le graphique suivant illustre le schéma actuel de distribution/délivrance[121] de PSL en relation avec l'activité transfusionnelle des ES, publics et privés, dans chaque ville.

[121] Distribution : fourniture de PSL par un établissement de transfusion sanguine à d'autres établissements de transfusion sanguine, aux établissements de santé gérant des dépôts de sang et aux fabricants de produits de santé dérivés du sang humain ou de ses composants.
Délivrance : mise à disposition de PSL sur prescription médicale en vue de leur administration à un patient déterminé.

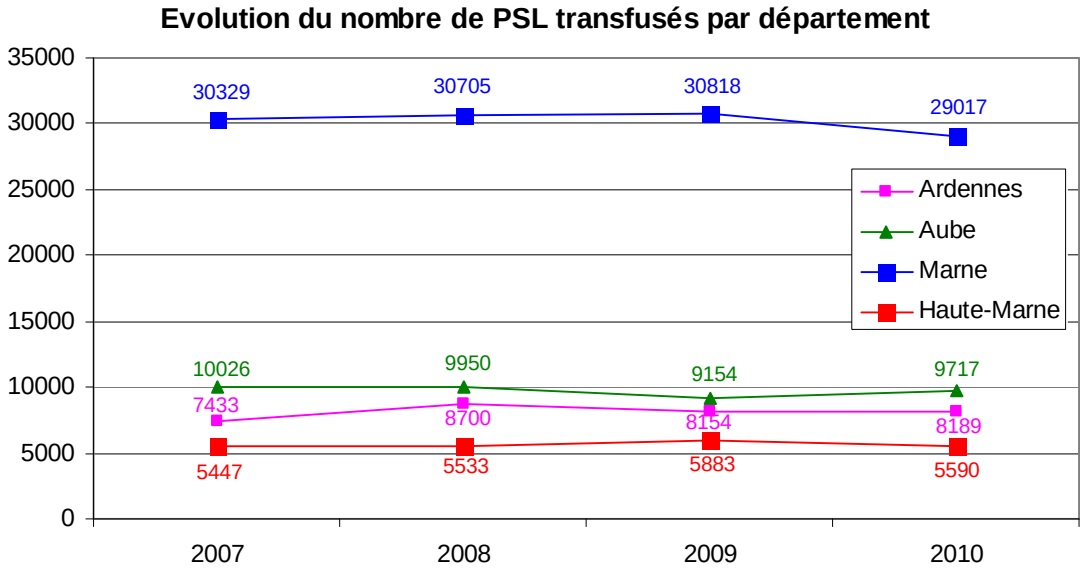


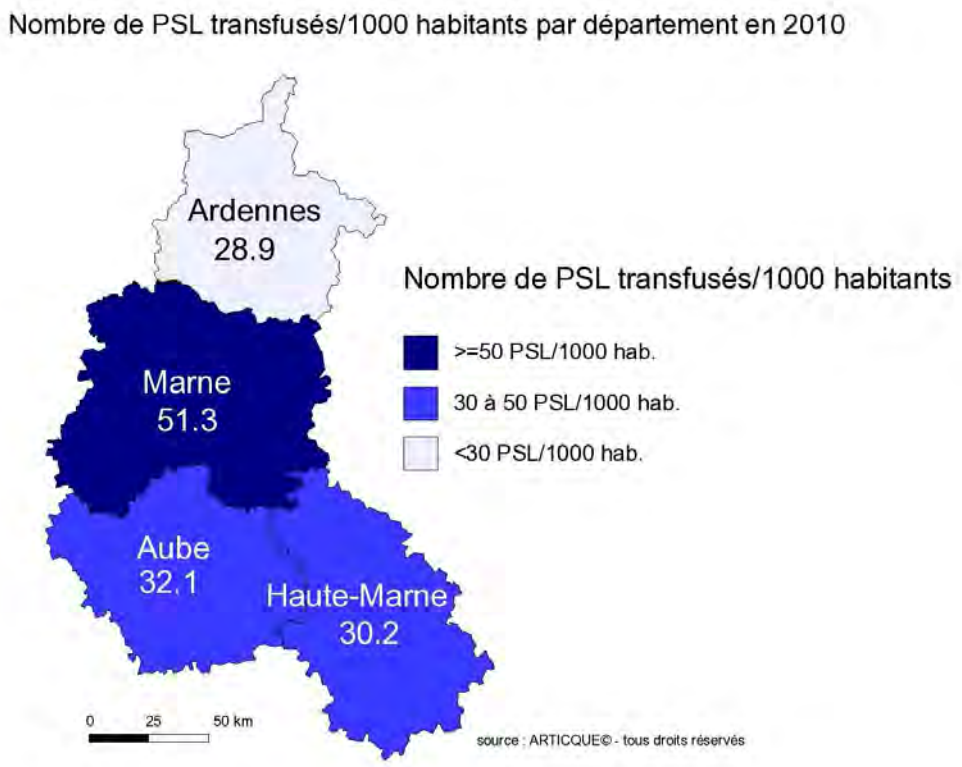
Là où les ES sont distants de leur site EFS référent, des dépôts de sang implantés dans les ES publics et privés effectuent le relais de l'activité de délivrance. **Douze dépôts de sang**, dont 6 Dépôts de Délivrance (DD)[122] et 6 Dépôts d'Urgence Vitale (DUV)[123], disposent d'une autorisation de fonctionnement de l'ancienne Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ou de l'ARS et ont délivré 14% des PSL transfusés en 2010.

2. L'activité transfusionnelle

La Champagne-Ardenne est l'une des rares régions de France où l'activité transfusionnelle a globalement diminué en 2010 (-2.2%), par rapport à 2009. Cette baisse est notamment due à une diminution du nombre de PSL transfusés dans les ES de la Marne (-5.8%), département où se concentre la majeure partie de l'activité transfusionnelle, et de la Haute-Marne (-4.9%), alors que l'activité est demeurée stable dans les Ardennes (-0.04%) et est en hausse dans l'Aube (+6.1%), tel qu'illustré par les graphiques suivants.

[122] Dépôt de délivrance (DD) : dépôt qui conserve des PSL distribués par l'ETS référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'ES.
[123] Dépôt d'urgence vitale (DUV) : dépôt qui conserve des concentrés de globules rouges de groupe O et des plasmas de groupe AB distribués par l'ETS référent et les délivre en urgence vitale pour un patient hospitalisé dans l'ES. Le nombre maximum de PSL qui peut être conservé et délivré par un dépôt d'urgence est fixé dans la convention passée entre l'ES et l'ETS référent.

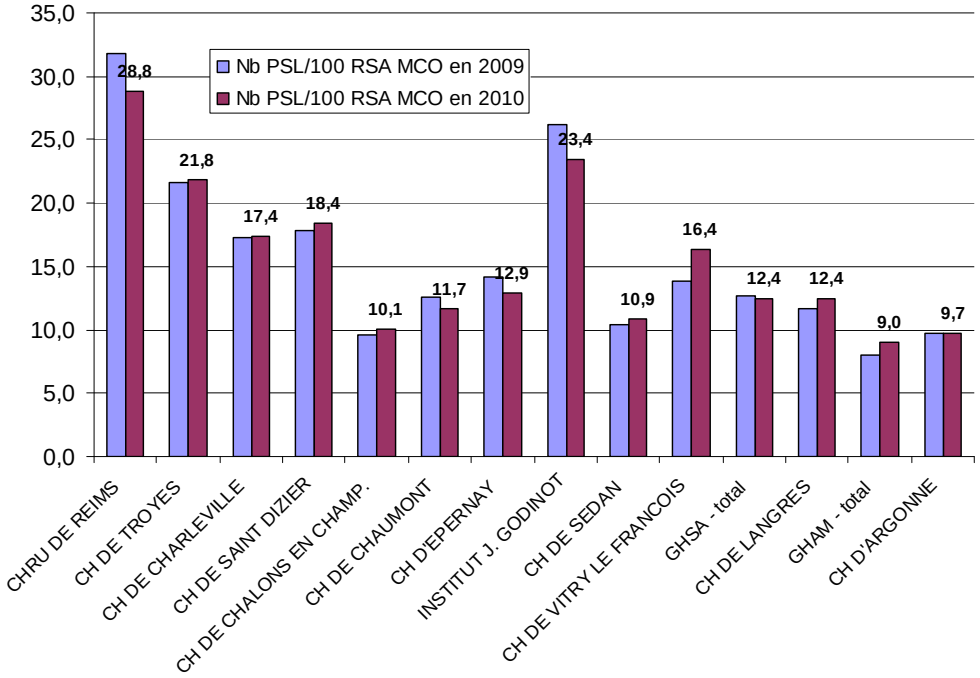




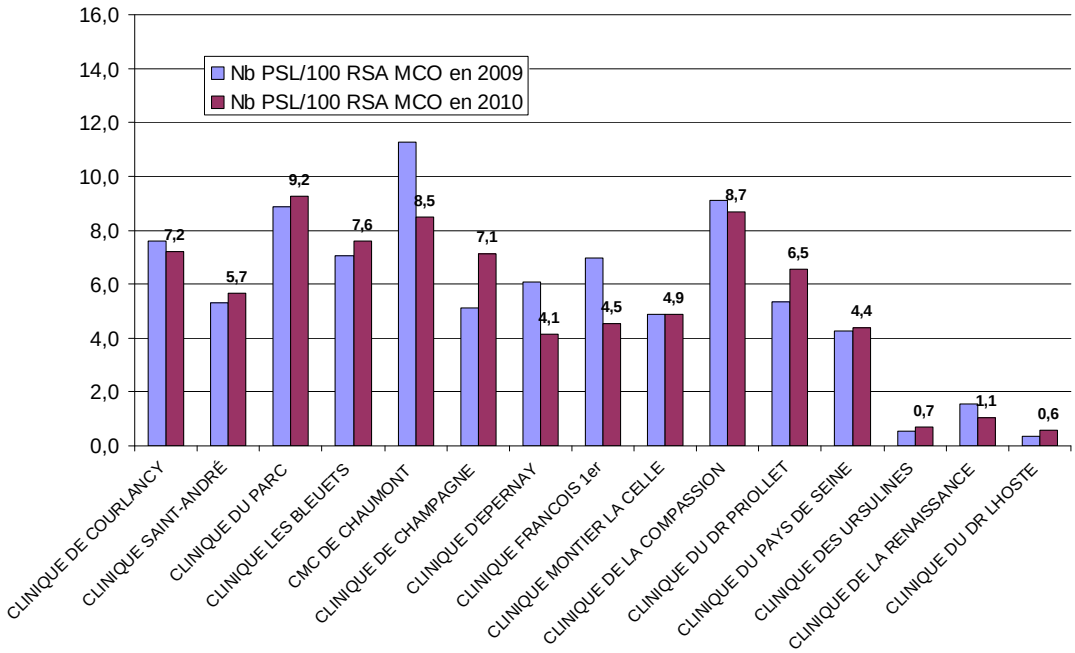
Globalement, les ES privés consomment moins de PSL/100 séjours[124] que les ES publics, tel qu'illustré par les graphiques suivants. Cela s'explique très certainement par une part plus importante d'activité chirurgicale (où les transfusions sont utilisées de manière ponctuelle) dans les ES privés que dans les ES publics, et peut-être aussi par une plus grande chronicité des pathologies prises en charges dans les ES publics. Le tableau 2 annexé en pages 11 et 12 présente l'intégralité de ces données.

[124] Évalué par le nombre de PSL transfusés/100 résumés de sortie anonymes (ou nombre de PSL/100 RSA.)

Nombre de PSL transfusés pour 100 RSA d'activité MCO dans les ES publics en 2009 et 2010



Nombre de PSL transfusés pour 100 RSA d'activité MCO dans les ES privés en 2009 et 2010



3. L'adéquation entre le schéma actuel et les besoins transfusionnels des établissements de santé

Voir les données du Tableau 3 annexé.

3.1. La transfusion programmée

La plupart des transfusions sanguines effectuées dans les différents services de soins, classiquement en médecine, sont des actes de soins programmés, voire sont effectués dans le cadre d'une urgence relative (délivrance du sang en 2 à 3 heures). Dans ces situations, la délivrance peut se faire soit depuis un site EFS, soit depuis le DD de l'ES même.
Idéalement :

Un site EFS délivre des PSL pour plusieurs ES:

- lorsque les ES sont situés à proximité du site EFS, indépendamment de l'importance de l'activité transfusionnelle de ces ES ;
- lorsque les ES sont distants du site EFS et que leur activité transfusionnelle est faible (<500 PSL/année).

Dans ce cas, l'accessibilité aux PSL dans des délais acceptables nécessite la contractualisation avec un transporteur fiable, efficace et disponible à tout moment.

Un DD est créé au sein d'un ES et délivre les PSL pour cet ES:

- lorsque l'ES est distant du site EFS (plus de 2 heures aller-retour) et/ou lorsque l'activité transfusionnelle de l'ES est modérée à soutenue (>500 PSL/année). Un DD assure une accessibilité aux PSL pour la plupart des patients mais représente aussi un réel investissement pour l'ES en termes de coûts de fonctionnement, matériel, informatique, temps de travail et de formation spécialisée du personnel encadrant et assurant la délivrance 24h/24, ainsi qu'en termes de transports mobilisés pour l'approvisionnement.

A distance du site EFS (maximum 2 heures aller-retour), lorsque l'activité transfusionnelle est modérée (500-1000 PSL/année), en l'absence d'un DD propre à l'ES, les risques sont les suivants :

- des coûts élevés de transport pour la délivrance,
- un taux important de destruction des PSL.

Certains ES de la région dans ce cas de figure ont tout de même fait le choix de ne pas investir dans un DD. Afin de palier à ces inconvénients, ils préfèrent miser sur une organisation accrue des soins plus accrue, notamment en programmant des navettes régulières entre leur ES et le site EFS. Il s'agit des ES suivants :

CMC de Chaumont	563 PSL	à 100km de l'EFS de Troyes
GHSA – site de Rethel	740 PSL	à 45km de l'EFS de Charleville-Mézières
CH de Sedan	1234 PSL	à 24km de l'EFS de Charleville-Mézières

Une solution intermédiaire est celle du **dépôt relais** qui conserve temporairement des PSL délivrés par le site EFS référent en vue de les transférer à un patient hospitalisé dans l'ES. Les PSL non conservés et non transfusés peuvent être repris par l'EFS. Néanmoins, ce type de dépôt exige aussi de l'ES un fort investissement (local dédié, matériel, informatique, formation et disponibilité du personnel, transports). En Champagne-Ardenne, il n'existe actuellement aucun dépôt relais.

3.2. La transfusion en urgence vitale (excluant l'urgence relative)

L'Urgence Vitale (UV), incluant l'Urgence Vitale Immédiate (UVI), représente une minorité des transfusions de PSL mais nécessite une accessibilité et une délivrance de PSL immédiate, sans attendre les résultats des examens pré-transfusionnels (en UVI), voire dans un délai de 30 minutes maximum (en UV), selon les situations cliniques.

Il est donc important que les ES possédant des services de MCO effectuant des actes médicaux ou chirurgicaux à potentiel hémorragique (ex. accouchements, greffes, structure des urgences, services de réanimation polyvalente, de chirurgie orthopédique, viscérale, cardiaque ou vasculaire) aient un accès rapide à des PSL en isogroupe (par l'EFS ou par leur propre DD) ou à un stock de PSL dits « universels », soit des concentrés de globules rouges de groupe O et éventuellement des plasmas de groupe AB.

Ces petits stocks d'urgence vitale sont conservés dans les DUV des ES exerçant des activités de soins à potentiel hémorragique et situés à plus de 10-15 minutes d'un site EFS ou d'un DD d'un ES voisin. Aussi, le DD ou un DUV d'un ES peut délivrer des PSL à un ES voisin en situation d'UV.

Ainsi, tous les ES de la région exerçant des activités de MCO à potentiel hémorragique ont accès en UV à des PSL à une distance variant de 0 à 6.5 km maximum, ce qui est tout à fait adéquat.

Un DUV nécessite un investissement de l'ES moins lourd que pour un DD : local et matériel moins importants, informatique non obligatoire et formation allégée des personnels encadrant et assurant la délivrance des PSL. Cependant, le DUV doit être accessible 24h/24.

L'activité de délivrance à partir des DUV est représentée dans le Tableau 1 qui suit.

Tableau 1 : Activité des 6 dépôts d'urgence vitale en 2010

Nom de l'Établissement de Santé	Nombre total de PSL délivrés à l'ES (EFS + DUV)	Nombre de PSL du DUV				taux de délivrance du DUV/délivrance totale
		conservés	délivrés	détruits	repris par l'EFS	
CH DE SEDAN	1263	104	21	2	81	2%
GHSA - RETHEL	759	151	20	0	131	3%
GHSA - VOUZIERS	88	130	10	0	120	11%
GHAM - ROMILLY SUR SEINE	290	191	65	6	120	22%
CLINIQUE SAINT-ANDRÉ	1340	120	39	4	77	3%
CH D'ARGONNE	52	85	0	0	85	0%

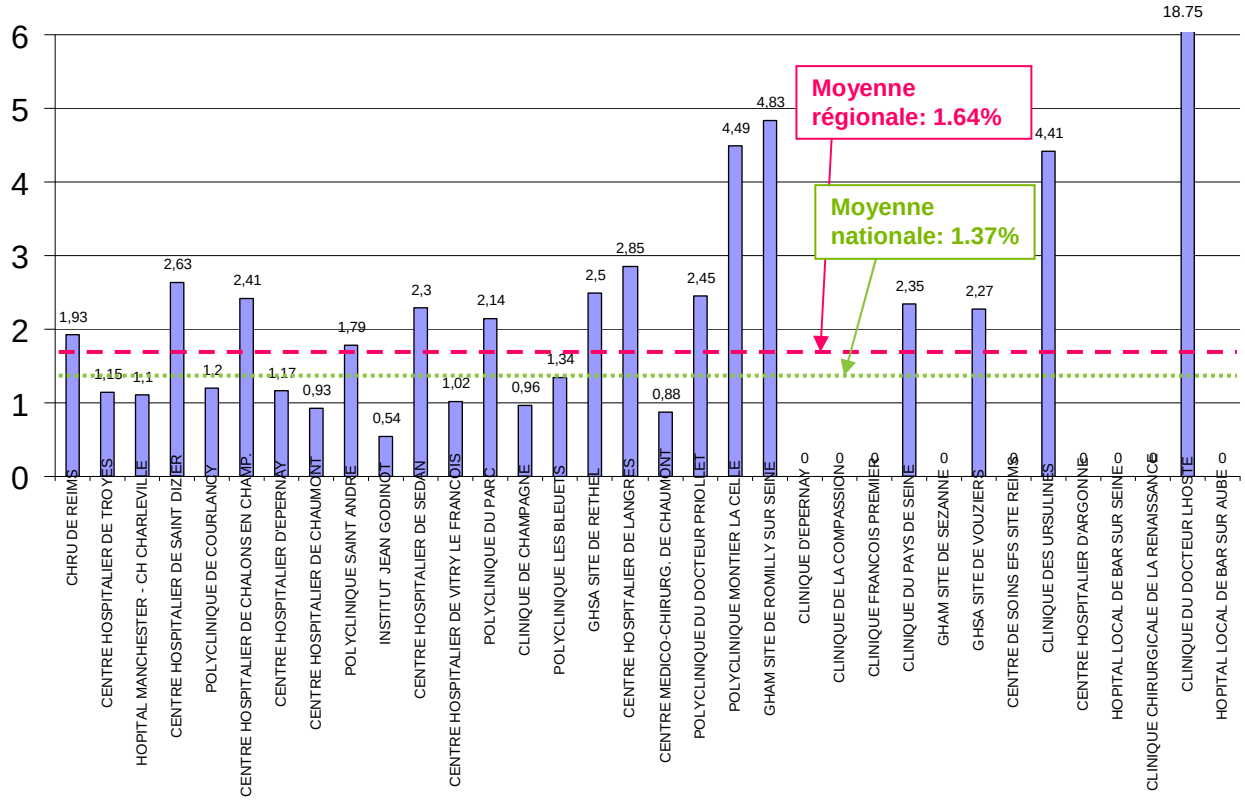
Le taux de délivrance d'un DUV varie de 2 à 22%. Seul un ES (CH d'Argonne) n'a pas eu recours à son DUV. Le DUV du GHAM – Romilly sur Seine a le taux de délivrance le plus élevé, probablement parce qu'il est le seul des DUV à délivrer également en UV pour un ES autre que le sien (la Clinique du pays de Seine).

Si ni l'activité de soins de l'ES ou du DUV ne le justifient, maintenir un DUV conduit à des surcoûts pour l'ES. Dans ce cas, sa fermeture peut être envisagée. La question de la pertinence de maintenir le DUV du CH d'Argonne de Sainte-Menehould s'est donc posée. Seules 3 délivrances ont été effectuées depuis ce dépôt sur les 4 dernières années. Comme l'autorisation de ce dépôt serait à renouveler fin 2012, une concertation entre l'ARS, les acteurs locaux, incluant ceux de l'antenne de SMUR, et l'EFS a eu lieu le 5 octobre 2011. Tous ont donnée leur accord à la fermeture ce dépôt, ce qui a été confirmé lors de la réunion du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) de l'établissement du 10 novembre 2011. A noter que des antennes de SMUR existent aussi à Fumay (08), Sézanne (51) et Bar sur Aube (10) et qu'il n'y a pas de dépôt de sang dans ces villes.

4. La destruction des PSL

Le sang humain étant une ressource précieuse issue de dons bénévoles mais comportant des risques à sa transfusion, il est nécessaire de veiller à son utilisation de façon rationnelle, sécuritaire et solidaire. Une fois un PSL délivré pour un patient donné, s'il n'est pas transfusé dans les 6 heures qui suivent sa réception dans le service de soins, il doit être détruit. Un faible taux de destruction de PSL est donc le reflet d'une bonne gestion des prescriptions de PSL et de la planification des soins au sein des différents services d'un ES, hormis certaines situations d'urgence vitale ou incidents imprévisibles rendant la transfusion impossible.

Taux de destruction des PSL dans les ES



Le taux régional actuel de destruction de PSL (1.64%), varie beaucoup selon les ES et est plus élevé que la moyenne nationale (1.37%). Les causes de destruction de PSL dans les services de soins et les dépôts de sang feront l'objet d'une attention particulière au courant du prochain bilan annuel d'activité d'hémovigilance et d'un suivi ces prochaines années. Le cas échéant, des mesures correctrices appropriées seront discutées et établies en CSTH des ES concernés.

5. La sécurité transfusionnelle

L'hémovigilance est organisée en réseau, de l'échelon national au réseau local des établissements de santé, avec un relais régional assuré par le coordonnateur régional d'hémovigilance (CRH). Tous les ES de la région ont nommé un correspondant d'hémovigilance qui assure la traçabilité des PSL consommés par l'ES. La traçabilité régionale est d'ailleurs excellente, à 99.77%. L'hémovigilant est assisté par l'informatique pour cette tâche dans la plupart des établissements de santé avec une activité transfusionnelle importante.

En application des articles R1221-44 à 46 du Code de la santé publique, un CSTH ou une sous-commission chargée de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance (SCCSTH), doit se réunir

régulièrement au sein de chaque ES afin de discuter des difficultés transfusionnelles éventuellement rencontrées, mettre en œuvre les dispositions réglementaires, les recommandations nationales ou régionales et les mesures correctrices éventuelles nécessaires suite à des incidents transfusionnels. Le CRH est membre de droit de ce comité et assiste aux réunions. Tous les ES de la région ne tiennent pas de réunion de leur CSTH de façon régulière et leur démarche en regard de la sécurité transfusionnelle n'est donc pas clairement affichée et relayée sur le plan régional. Ce point sera à améliorer.

La déclaration par les établissements de santé de tout effet indésirable receveur (EIR) suite à une transfusion, ou de tout incident en amont de la transfusion susceptible d'avoir des conséquences graves pour la transfusion (incident de la chaîne transfusionnelle), est obligatoire. Ces déclarations sont revues et analysées à la fois à l'échelon local, régional, comme national (AFSSAPS), dans un but d'amélioration des pratiques et d'utilisation des PSL. En 2010, le taux régional de déclaration d'EIR est de 1.92 déclarations pour 1000 PSL transfusés, soit actuellement inférieur au taux national (2.54 EIR pour 1000 PSL transfusés). Ce taux varie de 1.13 à 4.70 parmi les ES déclarants ; 4 des 18 ES transfusant plus de 500 PSL/année n'ont déclaré aucun incident, le reflet d'une probable sous-déclaration.

Chapitre 3 : Objectifs régionaux

- La mise en application du prochain SOTS 2012-2016 ;
- L'amélioration de l'accessibilité aux PSL ;
- L'optimisation des ressources ;
- Le maintien d'une sécurité transfusionnelle accrue.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Mise en application du prochain SOTS 2012-2016

L'EFS proposera, dans le cadre du prochain SOTS 2012-2016, que les départements des Ardennes et de la Marne soient dorénavant approvisionnés par l'EFS Lorraine-Champagne. Toute la région serait donc approvisionnée par un même EFS interrégional basé à Nancy. Ceci devrait s'effectuer en toute transparence pour les ES de la région, car aucun changement portant sur la distribution et la délivrance des PSL sur les ES concernés n'est envisagé.

2. Amélioration de l'accessibilité aux PSL

La loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certain es 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 (HPST), dite « Loi Fourcade », permet dorénavant **l'autorisation d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens à créer un dépôt de sang**. Dans cette perspective, certains ES de notre région pourraient envisager créer des GCS et ainsi bénéficier d'une meilleure accessibilité aux PSL et assurer une gestion partagée des ressources locales en matière de transfusion sanguine. Les GCS regroupant les ES suivants seraient à créer en priorité :

- **A Langres :** Clinique de la Compassion et CH de Langres (total 900 PSL/an). Le DD du CH de Langres bénéficie actuellement d'une autorisation dérogatoire de l'ARS, en accord avec l'EFS, afin de délivrer tous les PSL pour la Clinique de la Compassion.

- **A Chaumont :** CMC et CH de Chaumont (total 2100 PSL/an). Le DD existe déjà sur le CH de Chaumont mais ne délivre au CMC de Chaumont qu'en cas d'UV. C'est le site EFS de Troyes (à 100km) qui délivre au CMC de Chaumont pour toute transfusion programmée.

D'autres GCS pourraient être envisagés, là où un DD au sein d'un CH existe déjà et où l'ES voisin (public ou privé), dont l'activité transfusionnelle est certes faible, doit s'approvisionner en PSL au site EFS qui est distant.

3. Optimisation des ressources

3.1. Adéquation entre activité transfusionnelle et activité de soins

Il est difficile d'évaluer si l'utilisation qui est faite des PSL dans chaque ES est appropriée par rapport aux activités de soins exercées au sein de ces ES. Pour ce faire, il faudrait étudier de manière plus détaillée les consommations de PSL par secteur d'activité MCO, données qui seront demandées lors du bilan annuel d'activité d'hémovigilance 2011.

3.2. Utilisation adéquate des PSL en urgence vitale

Il est important de veiller à n'utiliser des PSL en UV que dans les situations cliniques d'UV véritables, et non pas par facilité d'accès aux PSL dans les dépôts de sang. D'une part, l'utilisation de CGR de groupe O négatif n'est pas la panacée pour tous les patients : même si les CGR O négatifs conservés dans les dépôts de sang sont compatibles avec tous les groupes ABO et Rhésus D, ils peuvent ne pas être compatibles pour l'antigène Rhésus c et leur transfusion peut donc conduire à l'apparition l'alloanticorps anti-c chez le receveur. D'autre part, une trop grande utilisation des PSL du stock d'UV peut temporairement conduire à une non-disponibilité de PSL lorsque le vrai besoin surgit. Le taux de délivrance en UV par les dépôts reflète l'utilisation des PSL en UV sans pour autant démontrer la pertinence de cette utilisation. A moins de réaliser une enquête au long cours et détaillée sur l'utilisation des PSL en UV et UVI (qui rende compte des délais entre la prescription, la délivrance et la transfusion des PSL et du type de PSL délivré), il est difficile d'évaluer si l'utilisation des PSL en UV et UVI est adéquate. Une telle enquête pourra être menée dans les ES qui présenteront des écarts importants de leur taux de délivrance en UV.

3.3. Destruction minimale des PSL

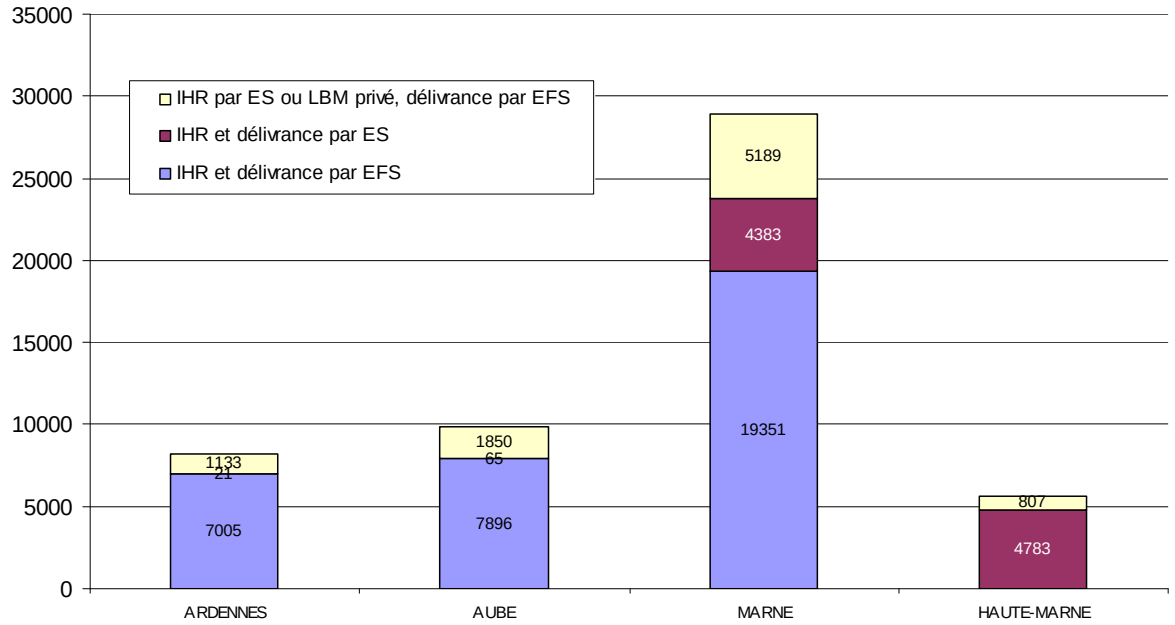
Le taux de destruction de PSL étant relativement élevé sur certains ES de la région, il sera important de revoir les causes de destruction au sein de ces ES et de mettre en place, en collaboration avec le CSTH de chaque ES concerné, un plan d'actions correctrices spécifiques.

3.4. Renforcement du lien entre l'activité IHR et la délivrance de PSL

👁 cf. SROS - Biologie médicale - Chapitre sur l'ImmunoHématologie :

L'activité d'ImmunoHématologie Receveur (IHR) est pratiquée par les laboratoires des établissements de santé (ES) publics, les laboratoires de biologie médicale (LBM) du secteur privé et les laboratoires des Etablissements Français du sang (EFS). Dans tous les cas, la délivrance de produits sanguins labiles (PSL) n'est effectuée que sur présentation des résultats d'analyses IHR pré-transfusionnelles obligatoires et se doit de respecter les règles de bonnes pratiques[125] permettant d'assurer une sécurité transfusionnelle optimale.

[125] Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique et arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.



Le lien entre l'activité IHR et la délivrance de PSL est assuré sur un même site EFS ou ES pour 83% des PSL transfusés, ce qui est un gage de qualité et de sécurité transfusionnelle. Par contre, pour 17% des PSL transfusés, l'IHR est effectuée dans un laboratoire autre (majoritairement privé) que le site EFS qui délivre les PSL.
Il faut maintenir et promouvoir ce lien. Là où ce n'est pas possible, il faut travailler, en collaboration avec l'EFS, à assurer une transmission informatique sûre et efficace des résultats d'analyses d'IHR au site de délivrance (EFS et éventuellement les dépôts des ES). Là où la transmission informatique ne se fait pas encore, il faut tâcher d'en comprendre les raisons. Un projet de réseau régional informatique pour la transfusion est d'ailleurs envisagé et faciliterait les échanges de données entre les divers acteurs (EFS, ES, LBM privés).

Des groupements de coopération sanitaire entre 2 ES ou plus pourraient se mettre en place pour la gestion de dépôts de délivrance, dans le cadre d'évolutions législatives.
Dans l'esprit de conserver le lien entre l'activité IHR et la délivrance de PSL, il faudra tenter de récupérer sur l'ES possédant le dépôt de délivrance la globalité de l'activité IHR pour les malades et PSL transfusés concernés.

4. Maintien d'une sécurité transfusionnelle accrue

Finalement, il est souhaitable que tous les ES de la région, indépendamment de leur activité transfusionnelle, tiennent des réunions de CSTH ou de SCCSTH de façon régulière afin de pouvoir mettre en œuvre ou renouveler au sein de chaque ES, leurs procédures de sécurité transfusionnelle. De même, la déclaration des incidents transfusionnels étant obligatoire, le taux de déclaration de ces incidents est un reflet de l'activité d'hémovigilance de chaque ES.

5. Perspectives d'évolution du schéma actuel

Le schéma territorial de distribution et délivrance de PSL présenté ci-dessus étant calqué sur les besoins transfusionnels actuels des ES, tout changement majeur de leur activité, en particulier des activités de soins à haut risque hémorragique (fermeture ou ouverture d'une structure des urgences,

d'un service de chirurgie ou d'une maternité), devra nécessairement entraîner une réflexion sur l'adéquation avec la structure existante pour la délivrance des PSL.

L'activité de soins actuelle du CH d'Argonne de Sainte-Menehould ne justifiant plus la présence d'un DUV, la fermeture de ce dépôt sera effective en 2012.

Chapitre 5 : Éléments de transversalité

- Lien entre la délivrance de PSL et l'activité d'immunohématologie (👁 cf. SROS - Biologie médicale - Chapitre sur l'ImmunoHématologie). Voir renvoi encadré à la section 3.4.

Chapitre 6 : Indicateurs de suivi

Objectifs opérationnels	Indicateurs
2. Réduire la distance pour la délivrance des PSL aux ES	distance en km entre l'ES et le site de délivrance
3.1. Surveiller l'utilisation qui est faite des PSL en rapport avec les activités de soins	nombre de PSL transfusés/1000 habitants par département
	nombre de PSL transfusés par ES
	nombre de PSL transfusés/100 RSA MCO par ES
	nombre de PSL transfusés/100 RSA MCO par ES pour la Médecine
	nombre de PSL transfusés/100 RSA MCO par ES pour la Chirurgie
	nombre de PSL transfusés/100 RSA MCO par ES pour l'Obstétrique
3.2. Surveiller l'utilisation des PSL en urgence vitale	taux de délivrance du DUV/délivrance totale pour les ES possédant un DUV
	taux de délivrance en UVI ou UV/délivrance totale pour les ES possédant un DD
3.3. Détruire un minimum de PSL	taux de destruction des PSL régional
	taux de destruction des PSL dans les services de soins de chaque ES
	taux de destruction des PSL dans les dépôts de sang pour chaque ES possédant un dépôt
3.4. Renforcer le lien entre l'activité IHR et la délivrance de PSL	pourcentage de PSL transfusés pour lesquels IHR et délivrance sont effectuées sur un même site
4.1. Maintenir des réunions des CSTH des établissements de santé	pourcentage d'ES ayant réuni leur CSTH au moins une fois dans l'année
4.2. Améliorer la déclaration des incidents transfusionnels	taux d'EIR déclarés/1000 PSL transfusés

Annexes

Tableau 2 : Activité transfusionnelle en rapport avec l'activité de soins, territoire Nord – source : SAE 2009, PMSI 2009 et 2010 et données régionales 2010

Nom de l'Établissement de Santé	2009							2010				
	PSL transfusés	malades transfusés	PSL/ malade	lits & places MCO	PSL/lit & place MCO	RSA MCO	PSL/100 RSA MCO	PSL transfusés	malades transfusés	PSL/ malade	RSA MCO	PSL/100 RSA MCO
ARDENNES												
CH DE CHARLEVILLE	5224	969	5,4	540	9,7	30152	17,3	5110	994	5,1	29375	17,4
CLINIQUE DU PARC	975	241	4,0	152	6,4	10987	8,9	1006	254	4,0	10883	9,2
CLINIQUE DU DR LHOSTE	8	2	4,0	39	0,2	2196	0,4	13	3	4,3	2200	0,6
CH DE SEDAN	1132	284	4,0	207	5,5	10871	10,4	1234	308	4,0	11309	10,9
GHSA - total	815	203	4,0	97	8,4	6435	12,7	826	224	3,7	6655	12,4
GHSA SITE DE RETHEL	684	164	4,2	73	9,4			740	188	3,9		
GHSA SITE DE VOUZIERS	131	39	3,4	24	5,5			86	36	2,4		
MARNE												
CHRU DE REIMS	19892	2993	6,6	1150	17,3	62619	31,8	17985	3076	5,8	62451	28,8
CENTRE DE SOINS EFS SITE REIMS	111	12	9,3					78	7	11,1		
INSTITUT J. GODINOT	1438	310	4,6	95	15,1	5488	26,2	1288	265	4,9	5493	23,4
CLINIQUE DE COURLANCY	2359	625	3,8	367	6,4	31119	7,6	2320	641	3,6	32247	7,2
CLINIQUE LES BLEUETS	809	216	3,7	171	4,7	11489	7,0	886	222	4,0	11662	7,6
CLINIQUE SAINT-ANDRÉ	1194	244	4,9	231	5,2	22417	5,3	1316	289	4,6	23225	5,7
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	1512	326	4,6	197	7,7	10664	14,2	1520	374	4,1	11785	12,9
CLINIQUE D'EPERNAY	443	136	3,3	107	4,1	7277	6,1	276	84	3,3	6674	4,1
CH DE CHALONS EN CHAMP.	1693	417	4,1	296	5,7	17681	9,6	1699	406	4,2	16794	10,1
CLINIQUE DU DR PRIOLLET	268	86	3,1	69	3,9	5027	5,3	324	109	3,0	4954	6,5
CH DE VITRY LE FRANCOIS	995	182	5,5	145	6,9	7213	13,8	1164	208	5,6	7108	16,4
CLINIQUE DE LA RENAISSANCE	23	6	3,8	19	1,2	1492	1,5	15	6	2,5	1420	1,1
CH D'ARGONNE	47	18	2,6	17	2,8	482	9,8	52	13	4,0	538	9,7

PSL : produit sanguin labile ; **MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique ; **RSA** : résumé de sortie anonyme (séjour à l'ES)

Tableau 2 (suite) : Activité transfusionnelle en rapport avec l'activité de soins, territoire Sud – source : SAE 2009, PMSI 2009 et 2010 et données régionales 2010

Nom de l'Établissement de Santé	2009							2010				
	PSL transfusés	malades transfusés	PSL/ malade	lits & places MCO	PSL/lit & place MCO	RSA MCO	PSL/100 RSA MCO	PSL transfusés	malades transfusés	PSL/ malade	RSA MCO	PSL/100 RSA MCO
AUBE												
CH DE TROYES	7627	1430	5,3	613	12,4	35220	21,7	7896	1460	5,4	36161	21,8
CLINIQUE MONTIER LA CELLE	322	116	2,8	129	2,5	6603	4,9	298	111	2,7	6104	4,9
CLINIQUE DES URSULINES	49	22	2,2	88	0,6	9298	0,5	65	23	2,8	9080	0,7
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	637	166	3,8	109	5,8	12500	5,1	932	217	4,3	13104	7,1
HL DE BAR SUR SEINE	27	9	3,0	12	2,3			30	7	4,3		
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	189	73	2,6	57	3,3	4426	4,3	208	72	2,9	4739	4,4
GHAM - total	322	112	2,9	75	4,3	4003	8,0	370	124	3,0	4102	9,0
GHAM SITE DE ROMILLY SUR SEINE	288	106	2,7	55	5,2			276	104	2,7		
GHAM SITE DE SEZANNE	34	6	5,7	15	2,3			94	20	4,7		
HL DE BAR SUR AUBE	15	6	2,5	10	1,5			12	4	3,0		
HAUTE-MARNE												
CH DE LANGRES	561	135	4,2	100	5,6	4827	11,6	614	149	4,1	4939	12,4
CLINIQUE DE LA COMPASSION	307	87	3,5	55	5,6	3375	9,1	275	80	3,4	3175	8,7
CH DE CHAUMONT	1531	360	4,3	231	6,6	12216	12,5	1488	397	3,7	12769	11,7
CMC DE CHAUMONT	747	195	3,8	102	7,3	6617	11,3	563	159	3,5	6634	8,5
CH DE SAINT DIZIER	2336	461	5,1	279	8,4	13095	17,8	2406	533	4,5	13073	18,4
CLINIQUE FRANCOIS 1er	401	110	3,6	78	5,1	5755	7,0	244	80	3,1	5386	4,5
TOTAL REGIONAL	54009	10072	5,4	5273	10,2	318209	17,0	47580	9996	4,8	321581	14,8

PSL : produit sanguin labile ; **MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique ; **RSA** : résumé de sortie anonyme (séjour à l'ES)

Tableau 3 : Organisation de la délivrance des PSL (transfusion programmée et en urgence vitale) et besoins des établissements de santé selon leurs activités de soins, territoire Nord – source : données SAE 2009

				Nombre de lits & places et types d'activités présentes dans l'ES - 2009									
Nom de l'Établissement de Santé	Site de délivrance	Distance du site de délivrance programmée	Distance du site de délivrance en urgence	médecine	surv. continue	chimio	dialyse	réa/SI	urgence SMUR	chirurgie	obstétr.	SS & réadapt.	SLD
ARDENNES													
CH DE CHARLEVILLE	EFS	0	0	357		▲	▲	27	▲	120	63		
CLINIQUE DU PARC	EFS	2,5 km	2,5	26	8	▲				126			
CLINIQUE DU DR LHOSTE	EFS	6,5 km	6,5							39			
CH DE SEDAN	EFS + DUV	24 km	0	114		▲		14	▲	66	27	30	43
GHSA - RETHEL	EFS + DUV	45 km	0	40					▲	21	~~12~~	14	24
GHSA - VOUZIERS	EFS + DUV	53 km	0	24					▲			24	6
MARNE													
CHRU DE REIMS	EFS	0	0	664	12	▲	▲	95	▲	421	65	258	120
CENTRE DE SOINS EFS REIMS	EFS	0	0										
INSTITUT J. GODINOT	EFS	0,5 km	0,5	72	5	▲				23			
CLINIQUE DE COURLANCY	EFS	2,5 km	2,5	112	26	▲		9	▲	196	59	25	
CLINIQUE LES BLEUETS	EFS	2,5 km	2,5	44	5	▲				127		74	
CLINIQUE SAINT-ANDRE	EFS + DUV	5 km	0	53	11			12	▲	141	37	10	
CH D'EPERNAY	DD	0	0	138	8	▲			▲	44	15		30
CLINIQUE D'EPERNAY	EFS	29 km	2,5	16	6	▲				75	16		
CH DE CHALONS EN CHAMP.	DD	0	0	189	7	▲		8	▲	80	27	78	30
CLINIQUE DU DR PRIOLLET	EFS	47 km	5	9		▲				60			
CH DE VITRY LE FRANCOIS	DD	0	0	82	9				▲	43	20		
CLINIQUE DE LA RENAISSANCE	EFS	77 km	4							19			
CH D'ARGONNE	EFS + DUV	78 km	0	17					antenne			13	30

En vert : délivrance et activités de soins programmées.
En rouge : délivrance et activités de soins nécessitant potentiellement des transfusions en urgence vitale immédiate (délivrance immédiate) ou urgence vitale (<30minutes).
CH : Centre Hospitalier ; **HL** : hôpital local ; **EFS** : site de l'Etablissement Français du Sang ; **DD** : dépôt de délivrance ; **DUV** : dépôt d'urgence ; **SI** : soins intensifs ; **SS** : soins de suite ; **SLD** : soins de longue durée.

Tableau 3 (suite) : Organisation de la délivrance des PSL (transfusion programmée et en urgence vitale) et besoins des établissements de santé selon leurs activités de soins, territoire Sud – source : données SAE 2009

				Nombre de lits & places et types d'activités présentes dans l'ES - 2009									
Nom de l'Établissement de Santé	Site de délivrance	Distance du site de délivrance programmée	Distance du site de délivrance urgence	médecine	surv. continue	chimio	dialyse	réa/SI	urgence SMUR	chirurgie	obstétr.	SS & réadapt.	SLD
AUBE													
CH DE TROYES	EFS	0	0	416		▲	▲	35	▲	127	70	70	70
CLINIQUE MONTIER LA CELLE	EFS	1,1 km	1,1	18	6					111			
CLINIQUE DES URSULINES	EFS	2,5 km	2,5							88			
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	EFS	4 km	4		8					94	15		
HL DE BAR SUR SEINE	EFS	32 km	32	12								20	30
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE	EFS	43 km	0							57			
GHAM - ROMILLY SURSEINE	EFS + DUV	43 km	0	35	6				▲		20	20	42
GHAM - SEZANNE	EFS	43 km	25	15					antenne			20	65
HL DE BAR SUR AUBE	EFS	60 km	60	10					antenne			20	30
HAUTE-MARNE													
CH DE LANGRES	DD	0	0	84	4	▲			▲		16	21	
CLINIQUE DE LA COMPASSION	DD du CH	0	0	4	4					51		15	
CH DE CHAUMONT	DD	0	0	162		▲		10	▲	44	25	54	40
CMC DE CHAUMONT	EFS	100 km	0	24	6	▲	▲	6		78			
CH DE SAINT DIZIER	DD	0	0	174	4	▲		22	▲	68	37		
CLINIQUE FRANCOIS 1er	EFS	100 km	4	10	5	▲				68			

En vert : délivrance et activités de soins programmées.
En rouge : délivrance et activités de soins nécessitant potentiellement des transfusions en urgence vitale immédiate (délivrance immédiate) ou urgence vitale (<30minutes).
EFS : site de l'Etablissement Français du Sang ; **DD** : dépôt de délivrance ; **DUV** : dépôt d'urgence vitale ; **SI** : soins intensifs ; **SS** : soins de suite ; **SLD** : soins de longue durée.

Glossaire

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	centre hospitalier
CMC	Centre Médico-Chirurgical
CRH	coordonnateur régional d'hémovigilance
CSTH	comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
DD	dépôt de délivrance
DUV	dépôt d'urgence vitale
EFS	Etablissement Français du Sang
EIR	effet indésirable receveur
ES	établissement de santé
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHAM	Groupement Hospitalier Aube-Marne
GHSA	Groupement Hospitalier Sud-Ardennes
HL	hôpital local
HPST	loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PSL	produits sanguins labiles
RSA	résumé de sortie anonyme
SI	soins intensifs
SCCSTH	sous-commission chargée de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance
SLD	soins de longue durée
SOTS	Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine
SS	soins de suite
UV	urgence vitale
UVI	urgence vitale immédiate

URGENCES

URGENCES

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Contexte général ... 515
1. Présentation de la thématique ... 515
2. Références législatives ou réglementaires ... 515
3. Orientations nationales, plans nationaux ... 516
3.1. Améliorer l'accès aux soins ... **516**
3.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins ... **516**
3.3. Améliorer l'efficience ... **516**

Chapitre 2 : Diagnostic régional ... 518
1. Maillage territorial de l'offre de soins en médecine d'urgence ... 518
2. Organisation de la régulation ... 519
3. Système d'information des urgences ... 519

Chapitre 3 : Principes généraux d'organisation ... 520
1. Services d'Aide Médicale Urgente ... 520
1.1. Rôle des Services d'Aide Médicale Urgente ... **520**
1.2. Régulation par les Centres de Réception et de Régulation des Appels des Services d'Aide Médicale Urgente ... **520**
2. Maillage territorial et antennes des services mobiles d'urgence et de réanimation ... 520
2.1. Implantation des antennes de SMUR ... **520**
2.2. Missions des antennes de SMUR – Gestion des découvertures ... **521**
3. Mutualisation et partage des temps des équipes ... 521
4. Urgences et systèmes d'information ... 521
5. Réseau des urgences ... 522
5.1. Principes généraux ... **522**
5.2. Instance Collégiale Régionale ... **522**
5.3. Membres de l'ICR ... **522**
5.4 Convention constitutive du réseau des urgences ... **523**
6. Transports sanitaires urgents ... 523
7. Prise en charge des urgences « spécifiques » ... 523
8. Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) – organisation relative aux structures de médecine d'urgence ... 523

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions ... 524
1. Services d'Aide Médicale Urgente ... 524
1.1. Objectifs opérationnels ... **524**
1.2. Plan d'actions ... **524**
2. Maillage territorial et antennes des services mobiles d'urgence et de réanimation ... 525
3. Mutualisation et partage des temps des équipes ... 525
4. Urgences et systèmes d'information ... 526
5. Réseau des urgences ... 526
5.1. Objectifs opérationnels ... **526**
5.2. Plan d'actions ... **526**
6. Transports sanitaires urgents ... 527
6.1. Objectifs opérationnels ... **527**
6.2. Plan d'actions ... **527**
7. Prise en charge des urgences « spécifiques » ... 527
7.1. Cas particulier de la prise en charge des parturientes et accouchements par les équipes de SMUR ... **527**
7.2. Prise en charge des urgences pédiatriques ... **527**
7.3. Prise en charge des urgences cardiologiques ... **528**
7.4. Prise en charge des urgences neurovasculaires ... **528**
7.5. Prise en charge des urgences psychiatriques et organisation de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ... **529**

8. Aval des urgences 530
9. Organisation de la présence médicale au sein des structures de médecine d'urgence 530

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 531

Chapitre 6 : Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité 532
1. Implantations des structures de médecine d'urgence 532
1.1. Implantations des Structures d'Aide Médicale Urgente (SAMU) **532**
1.2. Implantations des structures d'urgence **532**
1.3. Implantations des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) **532**
1.4. Implantations des antennes de SMUR **533**
1.5. Implantations de la structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique **533**
1.6. Implantation de la structure des urgences pédiatriques **533**
2. Amélliorer la régulation médicale par les SAMU 533
3. Organisation souhaitable au sein des structures de médecine d'urgence par territoire de santé 534

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi 536
1. Indicateurs concernant l'accès aux soins pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents 536
2. Indicateurs concernant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins non programmés et urgents 540
3. Indicateurs concernant l'amélioration de l'efficience de l'offre de soins non programmés et urgents 541

Glossaire 543

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 : Contexte général

1. Présentation de la thématique

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 spécialisées.

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence s'effectue selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique ;
- La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;
- La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

La prise en charge des urgences par les établissements de santé s'organise en lien avec la permanence des soins ambulatoire, assurée par les médecins libéraux.

2. Références législatives ou réglementaires

Code de la santé publique, notamment ses articles L.6311-1, L6311-2, R.6123-1 à R.6123-32-10, et R.6311-1 à R.6311-5.

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R. 6123-9 du code de la santé publique.

Arrêté du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnement mentionnée à l'article R.6123-24 du code de la santé publique.

Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière.

Circulaire N° DHOS / SDO / 2003 / 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

Circulaire N° 195 / DHOS / O1 / 2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS n°2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et les établissements de santé sièges de SAMU.

Circulaire N° DHOS / O1 / 2007 / 65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS no 2007-457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Circulaire du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière.

3. Orientations nationales, plans nationaux

3.1. Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès aux soins, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents (urgences banales et 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.
L'accès direct à des plateaux techniques spécialisés après régulation médicale doit être encouragé.

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, vers les structures médico-sociales le cas échéant.

Garantir le rôle des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) au sein des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) 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).

3.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

S'assurer que la répartition et la coordination des missions assurées par les SAMU sur le territoire régional permettent une bonne articulation entre SAMU.

Faciliter l'orientation des patients, dans le cadre du réseau des urgences, notamment grâce au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

3.3. Améliorer l'efficience

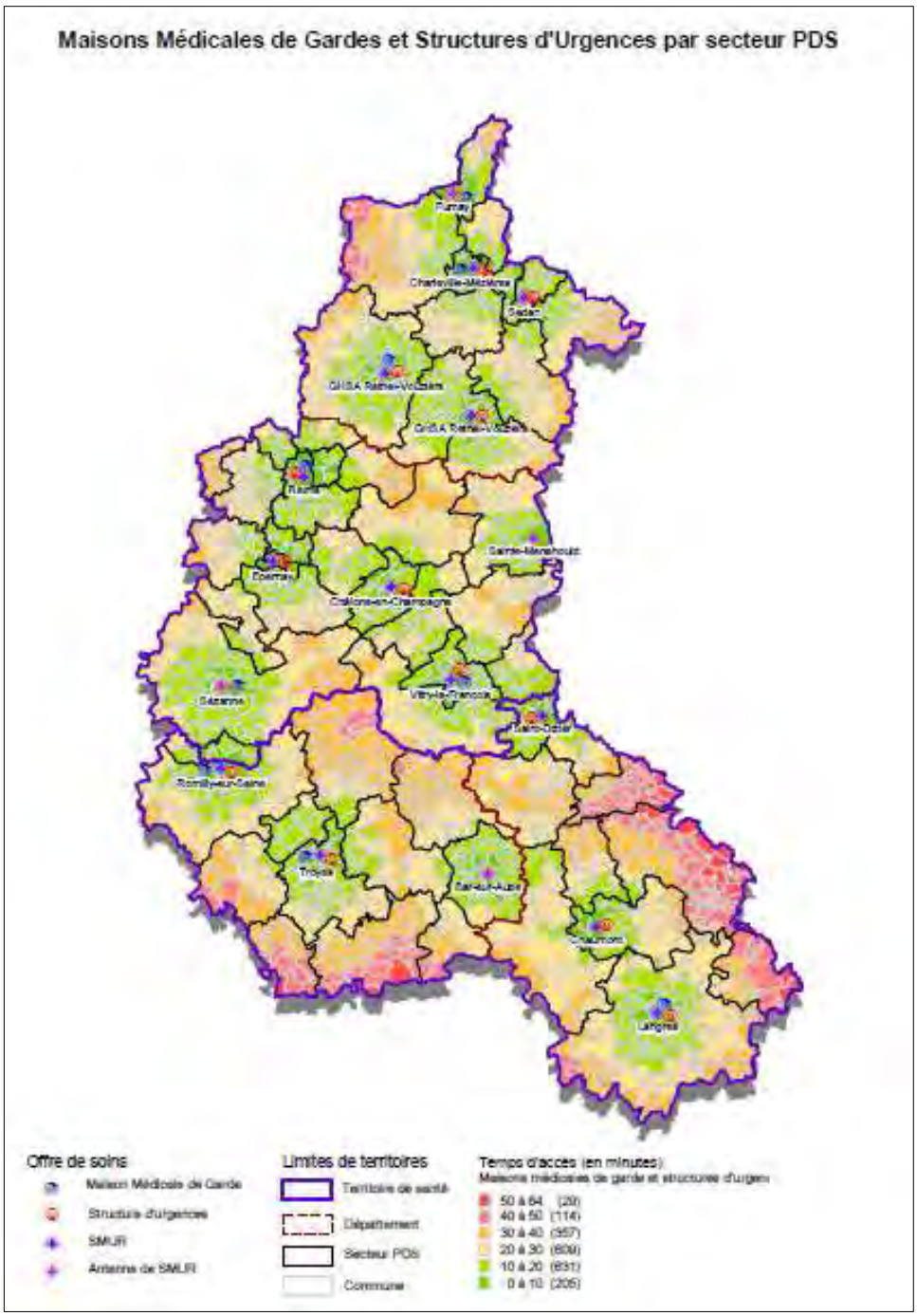
- Réfléchir à la pertinence du maillage des services d'urgences, en vue de garantir la meilleure accessibilité aux soins.
- S'assurer de la cohérence du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et du Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR).
- Mettre en place des équipes médicales communes de territoire pour les structures d'urgence ayant une activité de moins de 8000 passages, si leur implantation se justifie du point de vue de l'accessibilité des soins.
- Organiser l'orientation des patients vers les structures sanitaires ou médico-sociales disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires.

- Promouvoir les conventions avec les structures d'urgence de proximité 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 ou lorsque la suspicion diagnostique est un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), quel que soit le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

Chapitre 2 : Diagnostic régional

1. Maillage territorial de l'offre de soins en médecine d'urgence

Le maillage territorial de l'offre de soins en médecine d'urgence est représenté sur la carte suivante :



Source : Service Observations, Statistiques, Analyses, ARS Champagne-Ardenne, 2010.

2. Organisation de la régulation

Les 4 SAMU coopèrent via le Réseau d'Aide Médicale Urgente de Champagne-Ardenne (RAMU-CA).

4 Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA – Centres 15) sont implantés dans la région Champagne-Ardenne, au sein des établissements de santé suivants :

- Centre Hospitalier de Charleville-Mézières (08)
- Centre Hospitalier de Troyes (10)
- Centre Hospitalier Universitaire de Reims (51)
- Centre Hospitalier de Chaumont (52)

Le nombre d'appels reçus par chaque CRRA – Centre 15 varie selon les centres et périodes considéré(e)s.

La régulation médicale libérale est effective dans les départements de l'Aube et de la Marne.

Il n'existe pas de régulation médicale libérale organisée dans les départements des Ardennes et de la Haute-Marne.

3. Système d'information des urgences

L'ensemble des établissements de santé alimentent le serveur de veille et d'alerte sanitaire de Champagne-Ardenne.

Les structures de médecine d'urgence manquent d'informations en temps réel sur l'offre de soins et sur la disponibilité de cette offre.

Chapitre 3 : Principes généraux d'organisation

La modification de l'organisation locale des structures de médecine d'urgence par un établissement sera soumise à l'approbation de l'ARS après avis du réseau RESURCA.

1. Services d'Aide Médicale Urgente

1.1. Rôle des Services d'Aide Médicale Urgente

Les missions des SAMU sont définies par les articles R.6311-1 à R.6311-5 du Code de la santé publique.

Les SAMU assurent la réponse aux demandes de soins non programmées et d'aide médicale urgente afin d'assurer une prise en charge adaptée à chaque situation.

Le réseau des SAMU est le pivot de l'organisation de la prise en charge des urgences et de la permanence des soins.

Les 4 SAMU de la région sont en réseau via RAMU-CA et partagent un référentiel régional commun.

Ils coopèrent pour éviter toute rupture liée aux limites départementales dans les prises en charge, qu'il s'agisse de la mobilisation des moyens ou de l'organisation des transports terrestres ou héliportés. Les modalités de cette coopération font l'objet de protocoles.

Ils doivent disposer des moyens informatiques adéquats aux missions qui leur sont imparties réglementairement.

1.2. Régulation par les Centres de Réception et de Régulation des Appels des Services d'Aide Médicale Urgente

L'accès aux structures d'urgence et à la permanence des soins ambulatoire est régulé par les Centres de Réception et de Régulation des Appels des SAMU (CRRA – Centre 15), qui orientent les patients en fonction de leur état de santé et de la disponibilité des moyens, soit vers la permanence des soins ambulatoire, soit vers une Structure des Urgences (SU), ou encore déclenchent la sortie d'une équipe médicalisée d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Les CRRA – Centres 15 intègrent la régulation médicale libérale.

2. Maillage territorial et antennes des services mobiles d'urgence et de réanimation

2.1. Implantation des antennes de SMUR

Afin d'organiser un maillage régulier du territoire régional, des antennes de SMUR sont implantées dans des établissements de santé non autorisés pour l'activité de médecine d'urgence.

Ces antennes permettent à chaque habitant de la région d'être à moins de 30 minutes d'une structure des urgences, fixe ou mobile.

2.2. Missions des antennes de SMUR – Gestion des découvertures

Outre les missions des SMUR, les antennes de SMUR ont un rôle d'accueil des consultations non programmées sur le site de l'établissement au sein duquel elles sont implantées.

Pendant les périodes de sortie de l'équipe médicalisée du SMUR, l'accueil des patients est assuré par les médecins de l'établissement si l'effectif le permet ou, dans le cas contraire, par une ressource médicale extérieure. Les modalités de ce relais sont portées à la connaissance des membres du réseau régional des urgences de Champagne Ardenne, et sont formalisées, en tant que de besoin, par une convention entre l'établissement d'implantation et l'établissement de rattachement du SMUR.

3. Mutualisation et partage des temps des équipes

Mutualisation / Partage des temps : définitions

La notion de « mutualisation » signifie que les personnels médicaux et paramédicaux assurent simultanément plusieurs fonctions au cours d'une même garde (SU et SMUR notamment). Elle doit être distinguée de la notion de « partage des temps ». Dans ce dernier cas, si le temps de travail de ces mêmes personnels peut être partagé entre plusieurs types d'activité d'urgence (SU, SMUR, SAMU), chacun d'entre eux n'est affecté qu'à un(e) seul(e) service / structure au cours d'une même garde.

Gestion des activités de médecine d'urgence au sein d'un même pôle d'activité

Afin de favoriser un emploi optimal des ressources médicales et paramédicales, de garantir la qualité et la sécurité des soins et d'assurer la diffusion des formations et savoir-faire, les unités chargées des activités de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, SU) au sein de chaque établissement feront l'objet d'une gestion commune au sein d'un même pôle d'activité.

4. Urgences et systèmes d'information

La constitution d'un système d'information commun des urgences est une priorité régionale. Ce système est constitué :

- ✓ d'un serveur de veille et d'alerte sanitaire alimenté par l'ensemble des établissements de santé ;
- ✓ d'un système d'information, d'accueil et de traitement des urgences permettant l'analyse du fonctionnement des services, la gestion des dossiers des patients pris en charge, l'échange d'informations avec les services médico-techniques (laboratoires, imagerie), la mise en œuvre de la télémédecine ainsi que la continuité de la prise en charge des patients entre les structures d'urgence et les services cliniques de hôpitaux, interfacé(e)s avec les logiciels SAMU ;
- ✓ d'un système d'information des SAMU – Centres 15 interconnecté avec les acteurs de la permanence des soins ambulatoire et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).
- ✓ du ROR : la mise en place du ROR aura pour objectif de faciliter l'orientation des patients dans le cadre du réseau des urgences, en permettant aux SAMU – Centres 15 et aux autres acteurs de l'urgence d'avoir une vision fiable et actualisée de l'offre de soins et de sa disponibilité.

5. Réseau des urgences

5.1. Principes généraux

Le Réseau régional des URgences de Champagne Ardenne (RésURCA) contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres.

Ce réseau est structuré en deux niveaux :

- 1er niveau : gestion des flux des patients de proximité ;
- 2nd niveau : organisation des recours aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre de la gradation des soins. Le RésURCA prend en compte les travaux des Comités Départementaux d'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS).

Les établissements des régions limitrophes qui souhaitent collaborer avec le réseau peuvent y adhérer par voie de convention. Des coopérations transfrontalières sont possibles, notamment pour les établissements du territoire de santé Nord Ardennes.

5.2. Instance Collégiale Régionale

Il est institué une Instance Collégiale Régionale (ICR) qui assure la coordination, l'analyse du fonctionnement du réseau des urgences et propose des axes d'amélioration, notamment par l'examen des fiches de dysfonctionnements, transmises par les établissements.

5.3. Membres de l'ICR

Les membres sont :

- les chefs de services des SAMU, ou leurs représentants,
- les chefs de services des établissements de santé publics et privés autorisés à l'activité de médecine d'urgence, ou leurs représentants,
- le chef de service de la structure des urgences pédiatriques, ou son représentant,
- un représentant de la conférence des présidents de CME de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU),
- un représentant de la conférence des présidents de CME de Centres Hospitaliers (CH),
- un représentant de la conférence des présidents de CME d'Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM),
- deux représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) représentant les médecins,
- trois représentants de la Fédération Hospitalière de France (FHF),
- deux représentants de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP),
- un représentant du conseil régional de l'Ordre des médecins,
- un représentant par département de l'Ordre des médecins,
- un représentant du collège des médecins urgentistes,
- un représentant de l'Ordre des pharmaciens,
- un représentant de l'URPS représentant les pharmaciens
- un représentant de l'Ordre régional des dentistes.
- un représentant de l'URPS représentant les chirurgiens-dentistes

Sont invités à titre permanent :

- un représentant du régime général d'Assurance Maladie
- un représentant de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)
- un représentant du Groupement de Coopération Sanitaire SIS-CA

Le réseau des urgences est animé par un coordonnateur régional désigné par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), sur proposition de l'ICR.

5.4 Convention constitutive du réseau des urgences

Le RésURCA fait l'objet d'une convention constitutive, à laquelle doivent adhérer tous les établissements de santé, autorisés ou non à l'activité de médecine d'urgence.

6. Transports sanitaires urgents

Les transports sanitaires urgents sont organisés de manière à éviter, dans toute la mesure du possible, les pertes de chances pour les patients.

Les transports primo-secondaires, qui consistent dans le transport direct d'un patient par le SMUR initialement mobilisé, quel que soit son établissement de rattachement, vers l'établissement et le service adéquat, est privilégié dès lors que l'état du patient le nécessite, dans le but de réduire les délais et notamment d'améliorer les conditions des prises en charge notamment des urgences spécifiques (cardiologiques, neurologiques et neurochirurgicales et pédiatriques). Ce transport est qualifié en transport « primaire » s'il est entièrement réalisé par la première équipe SMUR mobilisée, ou en transfert « primo-secondaire » en cas de relais entre 2 SMUR.

Les procédures de transfert et d'accès direct au plateau technique spécialisé adéquat doivent être précisément établies, dans le cadre du réseau des urgences, par les SAMU, les établissements sièges de SMUR et les établissements assurant les prises en charge en hospitalisation.

Le recours aux transports héliportés doit être optimisé et la mobilisation de l'hélicoptère régional est en principe possible tous les jours de l'année hors contraintes météorologiques. Elle fait l'objet d'une procédure de mise en œuvre, validée par l'ICR de RESURCA et intégrée à la charte du réseau

7. Prise en charge des urgences « spécifiques »

Une organisation particulière doit être prévue pour la prise en charge de certaines urgences « spécifiques » :

- urgences pédiatriques
- urgences cardiologiques
- urgences neurovasculaires
- urgences psychiatriques

L'accès direct à des plateaux techniques spécialisés, après régulation médicale, devra notamment être organisé.

8. Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) – organisation relative aux structures de médecine d'urgence

La permanence des soins en établissements de santé doit être organisée au sein des structures de médecine d'urgence.

Chapitre 4 : Objectifs opérationnels et plan d'actions

1. Services d'Aide Médicale Urgente

1.1. Objectifs opérationnels

Conforter le rôle du réseau des SAMU en tant que pivots de l'organisation de la prise en charge des urgences et de la permanence des soins.

Garantir la coordination entre les SAMU sur le territoire régional.

Assurer une coordination entre structures de médecine d'urgence, transports sanitaires et SDIS.

1.2. Plan d'actions

Améliorer la régulation médicale par les SAMU

En vue de garantir la continuité de la régulation médicale assurée par les SAMU, notamment en nuit profonde, et de développer la régulation libérale à l'échelle de toute la région, une meilleure articulation sera recherchée entre les SAMU.

Participation des médecins libéraux à la régulation

Encourager la participation des médecins libéraux à la régulation, en privilégiant leur intégration dans les centres de réception et de régulation des appels (CRRA), afin de regrouper la régulation au sein des SAMU - Centres 15, et selon les principes inscrits dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.

Dans tous les cas, l'interconnexion avec le CRRA devra être la règle.

Migration des SAMU vers ANTARES

Organiser la migration des systèmes de radiocommunication des SAMU vers le réseau numérique ANTARES.

Dans ce cadre une évaluation des besoins sera réalisée pour chacun des départements.

Mise en cohérence du SROS et des SDACR (schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques)

Les possibilités d'harmonisation des secteurs d'intervention des SMUR et des SDIS pourront être étudiées dans le cadre de la mise en cohérence du SROS et des SDACR.

Chaque établissement de santé devra tenir compte, dans toute la mesure du possible, aux termes et recommandations du SDACR de son département, en matière d'organisation des soins urgents.

Mise en œuvre des référentiels nationaux

La mise en œuvre des référentiels nationaux cités ci-dessous sera assurée à travers la mise en place des conventions bipartites d'application de ces référentiels :

- le référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (arrêté du 24 avril 2009 – Cf. point I-B : références législatives ou réglementaires) ;
- le référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière (arrêté du 5 mai 2009 – Cf. point I-B : références législatives ou réglementaires).

Il s'agira :

- dans le premier cas, d'optimiser l'action conjointe et de clarifier les missions respectives des SAMU et des SDIS ;
- dans le second cas, de garantir le mode de transport le plus adapté à chaque patient et d'organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires et les SAMU.

Enfin, une harmonisation régionale sera recherchée dans la rédaction des dîtes conventions.

Extension du système de géolocalisation aux transports sanitaires privés

Étendre le système de géolocalisation aux transporteurs sanitaires privés. Cette extension pourra être menée dans le cadre de la mise en place du ROR (Cf. point « urgences et système d'information » ci-dessus).

2. Maillage territorial et antennes des services mobiles d'urgence et de réanimation

Maintenir le maillage et y intégrer une coordination entre structures de médecine d'urgence et professionnels de santé assurant la permanence des soins ambulatoire.

L'antenne de SMUR de Sézanne sera rattachée au GHAM (CH de Romilly).

Les modalités de ce rattachement seront précisées dans un document qui sera présenté en ICR.

3. Mutualisation et partage des temps des équipes

Dans le but prioritaire d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et afin d'optimiser le recours aux ressources médicales disponibles, les activités des médecins urgentistes des SAMU, SMUR et structure d'urgence devront être mutualisées.

Afin de permettre la réussite de la mutualisation, les règles d'organisation de cette mutualisation pour chaque établissement devront comprendre au moins les points suivants :

- l'activité du médecin urgentiste doit être compatible avec le cumul des tâches
  ex : le médecin régulateur qui doit être posté en salle de régulation ne peut avoir d'autre fonction que la sienne ;
- les médecins urgentistes de l'équipe SMUR postés dans la structure d'urgence assurent les sorties primaires prioritairement à l'activité de la structure d'urgence ;
- la structure d'urgence organise l'accueil des patients permettant une suppléance rapide et compétente en cas de départ de l'urgentiste SMUR posté aux urgences.

Afin de favoriser cette mutualisation, le temps partagé devra également être développé. Les intérêts de ce temps partagé sont :

- le maintien de la compétence par l'activité
- le maintien de la polyvalence
- la meilleure connaissance mutuelle
- la meilleure efficience du réseau

Afin de recenser tout dysfonctionnement lié à la mise en place de la mutualisation, une fiche de recueil formalisée et uniformisée au niveau régional par le RESURCA est créée. Dans chaque établissement concerné, le pôle comprenant la structure d'urgence et le SAMU-SMUR met en place un comité d'analyse des fiches de dysfonctionnement.

Le réseau des urgences donnera un avis sur l'organisation mise en place au sein de chaque établissement concerné.

4. Urgences et systèmes d'information

L'ensemble des établissements de la région Champagne Ardenne devra :

- ✓ participer au recueil des indicateurs sanitaires communs et à leur transmission vers le serveur de veille et d'alerte, tant en termes d'activité qu'en termes de disponibilité des lits ;
- ✓ transmettre les résumés de passages aux urgences (RPU) à l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) ;
- ✓ dans le cadre du RésURCA, mettre en place une procédure spécifique de signalement des évènements indésirables et des dysfonctionnements d'ordre organisationnel et / ou logistique ;
- ✓ alimenter et mettre à jour le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

L'utilisation d'un même logiciel au sein des structures d'urgence d'un territoire donné (Communauté Hospitalière de Territoire par exemple) pourra être prévue et organisée. Cette harmonisation pourra être menée progressivement, notamment à l'occasion du renouvellement des logiciels des structures d'urgence dudit territoire.

5. Réseau des urgences

5.1. Objectifs opérationnels

Le réseau régional des urgences a notamment pour objectifs :

- de permettre l'accès à une structure des urgences ou à un service spécialisé, adapté à l'état du patient et autant que possible, dans le respect de la liberté de choix des patients ;
- d'assurer la performance de la prise en charge des urgences engageant le pronostic vital ;
- de garantir la sécurité et la continuité des prises en charge, par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients;
- de coordonner les actions et les moyens des établissements de santé ;
- de définir un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prise en charge et d'orientation ;
- d'assurer une veille et un suivi de la qualité du fonctionnement du réseau.

Les membres du RésURCA concluent, en tant que de besoin, des conventions inter – hospitalières. Ces conventions sont portées à la connaissance du réseau.

5.2. Plan d'actions

Mettre en place un réseau d'expertise en cas de crise.

6. Transports sanitaires urgents

6.1. Objectifs opérationnels

Améliorer l'accessibilité des hélicoptères aux établissements de santé pour permettre les transferts héliportés.

6.2. Plan d'actions

La création d'hélisurfaces dans les établissements de santé disposant de structures de médecine d'urgence sera favorisée.

7. Prise en charge des urgences « spécifiques »

7.1. Cas particulier de la prise en charge des parturientes et accouchements par les équipes de SMUR

Dans le cadre de la prise en charge des parturientes, les équipes SMUR pourront demander le concours d'une sage-femme.

7.2. Prise en charge des urgences pédiatriques

La prise en charge des urgences pédiatriques s'organise dans le cadre du réseau des urgences. Les pédiatres participent aux actions de formation des personnels des structures de médecine d'urgence. L'ensemble des établissements autorisés au titre de la médecine d'urgence participe à la prise en charge des urgences pédiatriques, via le réseau régional des urgences de Champagne Ardenne.

Accueil des urgences pédiatriques au sein des structures d'urgence :

Dans les établissements de santé autorisés pour la prise en charge des patients accueillis en structure des urgences sans couverture pédiatrique au sein de l'établissement, l'accueil et le diagnostic sont réalisés par la structure polyvalente des urgences qui dispose par l'adhésion à la convention constitutive du réseau régional des urgences, d'un référent pédiatre, pédopsychiatre ou chirurgien pédiatre exerçant dans un autre établissement.

Dans les établissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence et disposant d'une structure des urgences et d'un service de pédiatrie ou, a minima, d'une présence de pédiatre, l'accueil et le diagnostic sont réalisés au sein de la structure polyvalente des urgences, mais dans le cadre d'une filière identifiée. Cette filière peut aboutir à la mise en place de locaux spécifiques pour l'accueil des urgences pédiatriques si l'établissement a une activité suffisamment importante. Un pédiatre référent est mobilisable, dans le cadre de conventions entre la structure des urgences et la pédiatrie hospitalière, de jour comme de nuit.

Une structure spécifique des urgences pédiatriques est installée à Reims, au sein du seul établissement de la région qui dispose d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique.

SMUR pédiatrique :

Ce dispositif est complété par la présence d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique régionale, basée à Reims. Cette structure est mobilisée prioritairement pour les transports

inter-hospitaliers régionaux des nouveau-nés, nourrissons et enfants de moins de deux ans. Au-delà de deux ans, le transport peut être effectué en première intention par les SMUR polyvalents, sauf contre-décision au cas par cas.

La mobilisation du moyen adéquat ou de moyens successifs - SMUR polyvalent puis SMUR pédiatrique - est décidée par la régulation du SAMU territorialement compétent, en concertation avec le responsable du SMUR pédiatrique et le médecin qui a vu l'enfant.

7.3. Prise en charge des urgences cardiologiques

Les établissements se conformeront aux dispositions du volet « Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie » du SROS – PRS

Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plan d'actions

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sont insérées dans la filière de soins cardiologiques, qui comprend la chirurgie cardiaque, la cardiologie interventionnelle, la cardiologie « simple », la rééducation cardio-vasculaire. Dans cette optique, ces activités sont articulées avec la prise en charge des urgences cardiologiques : l'organisation avec le SAMU-centre 15 doit en particulier être effective afin de préserver les chances du patient dans des délais cours de prise en charge.

7.4. Prise en charge des urgences neurovasculaires

Les établissements se conformeront aux dispositions du volet « Accidents vasculaires cérébraux » du SROS – PRS

Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plan d'actions
Sous-chapitre : améliorer l'accès aux soins
Réduire les délais entre les symptômes et la prise en charge

L'AVC ischémique peut faire l'objet d'un traitement médicamenteux devant être administré le plus rapidement possible (thrombolyse par voie intraveineuse, dans les trois heures selon son autorisation de mise sur le marché et quatre heures trente selon accord professionnel) après réalisation d'un examen de résonnance magnétique nucléaire (IRM) afin de s'assurer du diagnostic.
Le facteur temps est donc primordial dans la prise en charge de l'AVC, depuis la détection des symptômes jusqu'au transfert vers la structure adéquate.

La régulation des appels par le Centre 15 est un facteur de diminution des délais pré-hospitaliers, par la mobilisation du mode de transport le plus adapté et la meilleure orientation possible du patient. L'orientation des patients se fait en fonction des zones de territoire SMUR, et est révisable en fonction des créations des UNV et du déploiement du réseau de Télémédecine. Cette cartographie d'adressage doit être connue de l'ensemble des intervenants (ambulanciers, SDIS).

Améliorer la détection :
- Amélioration de la détection des premiers signes : (guide HAS)
- Reflexe 15, comme pour les infarctus du myocarde
- Formation des acteurs du pré-hospitalier à la détection des AVC (pompiers, ambulanciers, médecins généralistes, …).

Améliorer l'orientation :
Détection ➔ appel au 15 qui fait l'orientation vers une structure adéquate : soit une UNV, soit un site d'urgence équipé « Télémédecine AVC » (puis transfert vers une UNV)

7.5. Prise en charge des urgences psychiatriques et organisation de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)

Les établissements se conformeront aux dispositions du volet « Psychiatrie » du SROS – PRS

1.C.1.d. Organisation du circuit de l'urgence

Organiser, au sein des territoires de santé, le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués : Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), établissements autorisés à l'activité de psychiatrie, établissements autorisés en médecine d'urgence.

4.B.2.a. Unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques

Dans le cadre du dispositif général d'accueil et de prise en charge des urgences, sera créée ou confortée sur chacun des sites de Reims, Charleville et Troyes, une unité de 72 heures, adossée à une structure des urgences, afin d'améliorer la prise en charge des situations de crise et de diminuer le recours à l'hospitalisation sans consentement.

4.B.2.c. Introduction de compétences psychiatriques dans les SAMU - SMUR

Les SAMU pourront avoir recours aux équipes de psychiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile, lorsqu'ils auront à prendre en charge un appel relevant du champ de la psychiatrie.

Les possibilités d'accompagnement des équipes de SMUR par du personnel paramédical spécialisé en psychiatrie, en cas de prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques pourront être étudiées.

4.H.2.b. Organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique

Chaque établissement assurant la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement devra participer au dispositif de réponse à l'urgence psychiatrique organisé par l'agence régionale de santé, en application de l'article L.3222-1-1-A du code de la santé publique.

8. Aval des urgences

Pour chaque établissement disposant d'une structure d'urgence, une réflexion devra être menée sur la disponibilité des lits d'aval pour les patients hospitalisés à partir des urgences. Cette réflexion devra anticiper les situations de possibles tensions : pics épidémiques saisonniers… mais aussi les différentes possibilités pour les services d'accueillir au quotidien, dans les meilleurs délais et les meilleures conditions, ces patients.

9. Organisation de la présence médicale au sein des structures de médecine d'urgence

L'organisation de la présence médicale au sein des structures de médecine d'urgence sera organisée selon les dispositions prévues au point VI du présent volet.

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

Articulation entre permanence des soins ambulatoires (PDSA) et structures de médecine d'urgence

Les structures de médecine d'urgence prennent le relais de la permanence des soins ambulatoire à partir de minuit et jusqu'à 8 heures.

Articulation entre le Schéma Régional de Prévention (SRP) volet Veille, Alerte et Gestion des Alertes Sanitaires (VAGUSAN) et structures de médecine d'urgence

Les établissements de santé doivent tenir à jour leurs plans blancs et annexes (canicule, NRBCE) ainsi que leurs plans blancs élargis.
Les professionnels des structures d'urgence et SAMU doivent maintenir ou développer leurs compétences concernant leur intégration dans un plan blanc ou dans un plan ORSEC. A cet effet, des exercices périodiques doivent être organisés.

Les professionnels des structures d'urgence et SAMU doivent participer à la Veille et l'Alerte sanitaire, notamment en assurant le recueil et la transmission des données (Indicateurs SAMU, SMUR et SU, RPU, disponibilités en lits des USC, USI et unités de Réanimation) vers le Serveur régional de Veille et d'Alerte Sanitaire ARDAH.

Chapitre 6 : Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

1. Implantations des structures de médecine d'urgence

Le territoire d'organisation pertinent est le territoire régional.

1.1. Implantations des Structures d'Aide Médicale Urgente (SAMU)

	Implantations	Nombre
Structures d'Aide Médicale Urgente	Charleville-Mézières Reims Troyes Chaumont	4

1.2. Implantations des structures d'urgence

	Implantations	Nombre
Structures d'urgence	Charleville-Mézières Sedan Rethel - Vouziers Reims Epernay Châlons-en-Champagne Vitry-le-François Romilly-sur-Seine Troyes Saint-Dizier Chaumont Langres	15

1.3. Implantations des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

	Implantations	Nombre
Structures mobiles d'urgence et de réanimation	Charleville-Mézières Sedan Rethel - Vouziers Reims Epernay Châlons-en-Champagne Vitry-le-François Romilly-sur-Seine Troyes Saint-Dizier Chaumont Langres	13

1.4. Implantations des antennes de SMUR

	Implantations	Nombre
Antennes de SMUR	Fumay : antenne du SMUR de Charleville-Mézières Sézanne : antenne du SMUR du GHAM (CH de Romilly) Sainte-Menehould : antenne du SMUR de Châlons-en-Champagne Bar-sur-Aube : antenne du SMUR de Troyes	4

1.5. Implantations de la structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique

	Implantation	Nombre
Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique	Reims	1

1.6. Implantation de la structure des urgences pédiatriques

	Implantations	Nombre
Structure des urgences pédiatriques	Reims	1

2. Améliorer la régulation médicale par les SAMU

En vue de garantir la continuité de la régulation médicale assurée par les SAMU, notamment en nuit profonde, et de développer la régulation libérale à l'échelle de toute la région, une meilleure articulation sera recherchée entre les SAMU.

3. Organisation souhaitable au sein des structures de médecine d'urgence par territoire de santé

TERRITOIRE NORD				TERRITOIRE SUD			
Discipline	**Garde**	**Demi-garde jusqu'à 0h suivie d'astreinte**	**Astreinte**	**Discipline**	**Garde**	**Demi-garde jusqu'à 0h suivie d'astreinte**	**Astreinte**
SAMU	CH de Charleville		1 oxygénothérapie hyperbare (sécurité) situé au CHU de Reims	SAMU	CH Troyes	CH Chaumont	
	CHU Reims						
SMUR	CH de Charleville : 3 lignes soit 2 au CH de Charleville et 1 au CH de Fumay) CH Sedan			SMUR	CH de Troyes : 3 lignes soit 2 au CH de Troyes et 1 à l'antenne SMUR de Bar sur Aube GHAM : 2 lignes soit 1 au CH de Romilly et 1 à l'antenne SMUR de Sézanne) CH de Chaumont (1 ligne) CH de Langres (1 ligne)		CH Chaumont
	CHU de REIMS (2) GHSA (2 équipes - Rethel et Vouziers) CH d'Epernay CH de Châlons-en-Champagne (2 lignes) : 1 au CH de Châlons et 1 au CH de Ste-Menehould CH de Vitry-le-François CH de Saint-Dizier						

Légende:	Territoire Nord-Ardennes	Territoire Champagne-Ardenne Centre	Territoire Sud-Champagne

TERRITOIRE NORD				TERRITOIRE SUD			
Discipline	**Garde**	**Demi-garde jusqu'à 0h suivie d'astreinte**	**Astreinte**	**Discipline**	**Garde**	**Demi-garde jusqu'à 0h suivie d'astreinte**	**Astreinte**
Urgences	CH de Charleville : 2 lignes CH de Sedan			Urgences	CH de Troyes (2 lignes) GHAM - Romilly CH de Chaumont CH de Langres		
	CHU de Reims : 2 lignes Clinique de Saint-André (Reims) Clinique de Courlancy (Reims) GHSA CH d'Epernay CH de Châlons-en-Champagne CH de Vitry-le-François CH de Saint-Dizier						
Urgences pédiatriques	CHU Reims			Urgences pédiatriques			

Légende:	Territoire Nord-Ardennes	Territoire Champagne-Ardenne Centre	Territoire Sud-Champagne

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi

1. Indicateurs concernant l'accès aux soins pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence de suivi
Indicateurs relatifs aux SAMU	***Données d'activité fournies annuellement par les 4 CRRA – Centres 15 (voir les précisions page 20)*** - Nombre et répartition par tranche horaire des appels reçus et dossiers de régulation (DR et DRM) - Répartition par tranche horaire des dossiers selon qu'ils sont traités par l'ARM seul, l'ARM + un régulateur libéral ou l'ARM + un régulateur hospitalier. - Répartition des dossiers de régulation (DR et DRM) par type de décision du régulateur pour les tranches horaires suivantes : o 8h – 20h o 20h – 24h o 0h – 8h - Nombre d'appels sortants : o 8h – 20h o 20h – 24h o 0h – 8h ***Participation des médecins libéraux à la régulation médicale*** Nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale libérale.	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables de SAMU)	Annuelle

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence de suivi
Indicateurs relatifs à l'orientation des patients vers les structures d'urgence	***Modalités d'adressage des patients vers les structures d'urgence*** Répartition des passages aux urgences selon les modalités d'adressage suivantes : - Primoconsultants - Orientation par le médecin de ville - Orientation par le CRRA-Centre 15 - Autres ***Modalités de transport vers les structures d'urgence*** Répartition des passages aux urgences selon les modalités de transport des patients suivantes : - Patient venu seul ou accompagné - Ambulance privée - VSAV - SMUR - Autres	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables des structures d'urgence)	Annuelle
Indicateurs relatifs aux Structures d'urgence	Nombre d'habitants à moins de 30 minutes d'accès de structures d'urgence ou de maisons médicales de garde	ARS	Annuelle
	Nombre total de passages aux urgences par tranches horaires : o dont entre 20h et 0h o dont entre 0h et 8h o dont week-end o dont personnes de plus de 80 ans Répartition des passages o Par niveau de CCMU[126] o Par niveau de GEMSA[127]	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle

[126] CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
[127] GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence de suivi
Indicateurs relatifs aux Structures d'urgence (suite)	Pour les passages suivis d'une hospitalisation (GEMSA 4), nombre d'hospitalisations : - en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) - hors UHCD	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle
	Taux de recours aux urgences hospitalières : nombre de passages pour 100 000 habitants.	ARS	Annuelle
Indicateurs relatifs aux Structures Mobile d'Urgence et de Réanimation	Données d'activité - Nombre total de sorties - Nombre total de sorties blanches (une sortie blanche est une sortie avec absence de malade ou de victime) - Nombre total de sorties primaires et N patients pris en charge - Nombre total de sorties primaires pédiatriques (enfant < 12 ans) - Nombre total de transferts inter-hospitaliers et N patients pris en charge ⇨ *Pour les établissements disposant d'une antenne de SMUR, distinguer les sorties SMUR réalisées depuis l'établissement siège de l'antenne des sorties réalisées depuis l'antenne.* - Taux de sorties SMUR avec délai > 30 minutes pour arriver sur les lieux (nombre de sorties SMUR primaires mettant plus de 30 mn pour arriver sur les lieux/nombre total de sorties SMUR primaires)	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence de suivi
Données relatives aux antennes de SMUR	Nombre total de passages pour un besoin en soin urgent et non programmé, par tranches horaires : o dont entre 20h et 0h o dont entre 0h et 8h o dont week-end o dont personnes de plus de 80 ans Répartition des passages o Par niveau de CCMU[128] o Par niveau de GEMSA[129] Nombre de recours au médecin relais (nombre de patients pris en charge par le médecin relais)	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle
Indicateurs relatifs à la prise en charge des urgences psychiatriques	Part des patients relevant du niveau « P » de la CCMU dans les passages aux urgences. Nombre d'hospitalisations en unité d'accueil des urgences psychiatriques : - dont moins de 18 ans - dont + de 80 ans Durée moyenne de séjour au sein des unités d'accueil des urgences psychiatriques. Nombre de demandes d'hospitalisation en soins sans consentement levées au cours de la période d'observation de 72h / Nombre total d'admissions en soins sans consentement au sein des unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques.	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence Etablissements autorisés à l'activité de psychiatrie disposant d'une unité de 72h	Annuelle

[128] CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
[129] GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

2. Indicateurs concernant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins non programmés et urgents

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence de suivi
Indicateurs relatifs aux Structures d'urgence et SAMU/SMUR	Nombre de jours de congés formation utilisés par médecin urgentiste (SAMU ou SMUR ou structure d'urgence)	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (affaires médicales)	Annuelle
Indicateurs relatifs aux Structures d'urgence	- Nombre de passages dans la structure d'urgence/ETP médical - Nombre de passages dans la structure d'urgence/ETP non médical - Temps de présence quotidien d'un(e) infirmier organisateur de l'accueil (en heures)	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables des structures d'urgences)	Annuelle
Indicateurs relatifs au système d'information des urgences	- Taux de remontée des Résumés de Passage aux Urgences (RPU) - Nombre de consultations quotidiennes du ROR	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle

3. Indicateurs concernant l'amélioration de l'efficience de l'offre de soins non programmés et urgents

Indicateurs relatifs à la mutualisation des SAMU	Nombre de nuits profondes (0h-8h) avec une régulation mutualisée par territoire	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables de SAMU)	Annuelle
	Nombre de fiches de dysfonctionnement analysées par l'ICR du RAMUCA	RAMUCA	
Indicateurs relatifs aux structures d'urgence	Délais de prise en charge : - Délai d'attente avant prise en charge médicale (de l'inscription administrative au premier contact médical) - Durée moyenne de prise en charge dans le service (de l'inscription administrative à la sortie de la structure d'urgence) - Délai entre la fin de prise en charge dans la structure d'urgence et l'orientation dans le service d'hospitalisation	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables des structures d'urgence)	Annuelle
Indicateurs relatifs aux antennes SMUR	Délais de prise en charge des patients venant pour un besoin en soin urgent non programmé: - Délai d'attente avant prise en charge médicale - Durée totale de prise en charge dans le service	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence (Responsables de SAMU)	Annuelle
Indicateurs relatifs aux temps médical mutualisé et partagé, des structures d'urgence et SAMU	- Nombre de médecins urgentistes avec du temps partagé - Nombre de ligne de garde mutualisée urgence-SMUR - Identification claire de l'équipe SMUR dans la structure d'urgence □ Oui / □ Non - Mise en place d'un recueil des dysfonctionnements liés à la mise en place de la mutualisation □ Oui / □ Non - Mise en place d'un comité mixte Urgence/SAMU-SMUR afin d'analyser les dysfonctionnements constatés □ Oui / □ Non	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence	Annuelle

Données d'activité fournies annuellement par les 4 CRRA – Centres 15 : Précisions sur les modalités de recueil des données

La comptabilisation des affaires traitées se fait de la façon suivante :

- les affaires traitées par les ARM + un médecin régulateur hospitalier sont les affaires « Aide Médicale Urgente » (AMU)
- les affaires traitées par les ARM + un médecin régulateur libéral sont les affaires « Permanence Des Soins » (PDS)

En l'absence d'un médecin régulateur libéral (en-dehors des heures de PDS ou en l'absence d'un médecin régulateur libéral, aucune distinction n'est faite entre affaires « AMU » et « PDS ». La première décision permet cette distinction :

- est considéré(e) comme affaire « PDS », tout conseil médical, consultation et envoi de médecin libéral
- est considéré comme affaire « AMU » tout envoi d'ambulance, VSAV ou SMUR (y compris quand ces déplacements viennent en substitution de la permanence des soins libérale entre 0h et 8h).

GLOSSAIRE

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ICR : Instance Collégiale Régionale

PDSES : Permanence des Soins en Etablissements de Santé

RAMU-CA : Réseau d'Aide Médicale Urgente de Champagne-Ardenne

RESURCA : Réseau Régional des Urgences de Champagne-Ardenne

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAMU : Service de l'Aide Médicale Urgente

SDACR : Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SU : Structure des Urgences

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

PSYCHIATRIE

PSYCHIATRIE

SOMMAIRE

Chapitre 1 : contexte général 548
1. Principes généraux et missions en santé mentale 548
1.1 Principes généraux 548
1.2. Missions en psychiatrie 548
2. Références législatives ou réglementaires 549
2.1. Références générales 549
2.2. Références par thématique 549
3. Orientations nationales en psychiatrie 552
3.1. Améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à la prévention et à l'ensemble des soins 552
3.2. Assurer la continuité des prises en charge 552
3.3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins 553
3.4. Améliorer l'efficience 553
3.5. Articulation avec les secteurs social et médico-social 553

Chapitre 2 : diagnostic régional en psychiatrie 554
1. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie 554
1.1. Organisation de l'hospitalisation complète 554
1.2. Positionnement des structures de recours régional 554
1.3. Maillage territorial du dispositif alternatif à l'hospitalisation 554
2. Circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques 554
3. Prises en charge « spécifiques » 555
3.1. Prise en charge des enfants et des adolescents 555
3.2. Prise en charge des personnes âgées 555
3.3. Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives 555
4. Coordination entre les acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale 555
4.1. Rôle des médecins généralistes 555
4.2. Relations entre établissements / structures sanitaires et médico-sociales 556

Chapitre 3 : sante mentale, addictions, sante des jeunes : objectifs régionaux 557
1. Prévention, repérage et prise en charge précoce 557
1.1. Priorité régionale 557
1.2. Objectifs régionaux spécifiques 557
2. Accessibilité du dispositif de soins 557
2.1. Priorité régionale 557
2.2. Objectifs régionaux spécifiques 557
3. Décloisonnement et coordination entre les acteurs 558
3.1. Priorité régionale 558
3.2. Objectifs régionaux spécifiques 558

Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plans d'action 559
1. Organisation de l'hospitalisation complète et du dispositif alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie 559
1.1. Objectifs opérationnels 559
1.2. Plan d'action 560
2. Organisation du circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques 562
2.1. Objectifs opérationnels 562
2.2. Plan d'action 563
3. Prise en charge des enfants et des adolescents 564
3.1. Objectifs opérationnels 564
3.2. Plan d'action 565
4. Personnes autistes et souffrant de troubles envahissants du développement 567
4.1. Objectifs opérationnels 567
4.2. Plan d'action 567

5. Prise en charge des personnes âgées 567
5.1. Objectifs opérationnels **567**
5.2. Plan d'action **568**
6. Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives 569
6.1. Objectifs opérationnels **569**
6.2. Plan d'action **569**
7. Prises en charge au long cours 570
7.1. Objectifs spécifiques **570**
7.2. Plan d'action **570**
8. Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement 571
8.1. Principes d'organisation **571**
8.2. Plan d'action **572**
9. Prise en charge des malades difficiles 573
9.1. Objectif **573**
9.2. Plan d'action **573**
10. Prise en charge des personnes en situation de précarité 575
10.1. Objectifs opérationnels **575**
10.2. Plan d'action **575**
11. Prise en charge des auteurs de violences sexuelles 575
11.1. Objectifs opérationnels **575**
11.2. Plan d'action **576**
12. Prise en charge des personnes détenues 576
13. Liens entre psychiatrie et médecine de ville 576
13.1. Objectifs opérationnels **576**
13.2. Plan d'action **576**
14. Démographie des professionnels de santé / Attractivité des établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie 577
14.1. Objectifs opérationnels **577**
14.2. Plan d'action **577**
15. Rôle des infirmiers et psychologues en psychiatrie 578
15.1. Objectifs opérationnels **578**
15.2. Plan d'action **578**

Chapitre 5 : Eléments de transversalité 579
1. Prévention en santé mentale 579
1.1. Objectifs opérationnels **579**
1.2. Plan d'action **579**
2. Liens entre secteurs sanitaire, médico-social et social 580
2.1. Objectifs opérationnels **580**
2.2. Plan d'action **580**
3. Liens avec les autres politiques publiques, acteurs publics et partenaires : travaux à mener en partenariat avec l'Assurance Maladie 583
3.1. Prises en charge multi-sites **583**
3.2. Organisation des transports **583**
3.3. Accès aux soins somatiques des patients suivis en établissements de santé psychiatriques **583**

Chapitre 6 : Schéma cible - Organisation régionale de l'activité 584
1. Remarque préalable 584
2. Département des Ardennes 584
2.1. Psychiatrie adultes **584**
2.2. Psychiatrie infanto-juvénile **585**
3. Département de l'Aube 585
3.1. Psychiatrie adultes **585**
3.2. Psychiatrie infanto-juvénile **585**
4. Département de la Marne 586
4.1. Psychiatrie adultes **586**
4.2. Psychiatrie infanto-juvénile **586**
5. Département de la Haute-Marne 587
5.1. Psychiatrie adultes **587**

5.2. Psychiatrie infanto-juvénile 587

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi du volet psychiatrie du SROS-PRS 588

Glossaire 593

Chapitre 1 : contexte général

1. Principes généraux et missions en santé mentale

1.1 Principes généraux

L'action en santé mentale est fortement intégrée à l'action en santé publique tant en ce qui concerne la prévention, en liaison avec les dispositifs sociaux, qu'en ce qui concerne les soins psychiatriques, qui doivent être organisés en relation étroite avec les soins somatiques dans le cadre d'une approche globale des besoins de la personne. Elle doit apporter à l'ensemble de la population, et tout particulièrement à ses éléments les plus fragiles, des réponses dans les domaines de la prévention, de l'insertion, des soins, de la réadaptation et de la réinsertion.

Les principes généraux d'organisation en santé mentale ont pour objectif d'assurer à l'ensemble de la population, quel que soit son lieu de résidence, une réponse adaptée à ses besoins tant dans le domaine de la prévention que dans celui des soins, de l'insertion ou de la réinsertion.

Ces principes sont les suivants :

- l'accessibilité et la proximité,
- l'équilibre entre psychiatrie de liaison, alternatives à l'hospitalisation et hospitalisation,
- la proximité accrue avec le dispositif de soins somatiques et les secteurs médico-social, social, éducatif, judiciaire,
- le travail en réseau.

Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un parcours et d'un projet de soins individualisé.

L'organisation de la filière de soins psychiatriques doit permettre une diversité des prises en charge et une fluidité des parcours en intégrant une coopération des professionnels et structures des différents secteurs (sanitaire, médico-social, social, judiciaire, éducatif, professionnels de santé libéraux, acteurs du logement, réseaux,...), en amont et en aval de la prise en charge en établissement de santé mentale.

L'accès de toute personne bénéficiant d'un suivi psychiatrique aux informations concernant sa santé doit être assuré.

1.2. Missions en psychiatrie

Les missions en psychiatrie se répartissent en missions centrales et en missions d'appui, qui sont interdépendantes.

Les missions centrales sont la prise en charge des patients à travers l'accueil des urgences, la psychiatrie de liaison, les prises en charge en ambulatoire, les prises en charge en hospitalisation complète et en alternatives à l'hospitalisation, la prévention, la réadaptation et la réinsertion, la recherche et la formation, ainsi que le partenariat avec les familles et les aidants.

Les missions d'appui consistent en des interventions au sein d'autres dispositifs de soins et de prévention, dans les secteurs somatique, médico-social, social, éducatif ou judiciaire. Elles s'exercent en appui aux professionnels de ces secteurs – dans le cadre de la psychiatrie de liaison et de l'activité du secteur psychiatrique / de pédopsychiatrie – et contribuent au repérage précoce des troubles.

Ces interventions prennent la forme de conseils, de formation et à la demande de ces professionnels, d'interventions auprès des patients.

Dans l'exercice de ces missions, une attention particulière doit être apportée à la prise en charge de certaines populations spécifiques :

- Les enfants et adolescents
- Les personnes autistes et celles souffrant de troubles envahissants du développement
- Les personnes âgées
- Les personnes souffrant de conduites addictives
- Les patients pris en charge au long cours
- Les personnes hospitalisées sans leur consentement
- Les malades difficiles
- Les personnes en situation de précarité
- Les personnes détenues

Les conditions d'organisation de la réponse pour ces populations spécifiques devront être définies dans le respect des objectifs généraux des plans de santé publique, en lien avec les professionnels de santé concernés exerçant dans les autres spécialités.

2. Références législatives ou réglementaires

2.1. Références générales

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005 – 2008

Code de la santé publique

Code de la sécurité sociale (*notamment ses articles L381-30 à L381-31, R381-97 à R381-120 et L433-4)*

Code de procédure pénale

2.2. Références par thématique

Organisation du circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques

Articles D. 6124-26-6 à D. 6124-26-10 du Code la santé publique (version en vigueur au 31/08/2011).

Prise en charge des enfants et des adolescents

Circulaire N°517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 200 4 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

Prise en charge des personnes autistes et des personnes souffrant de troubles envahissants du développement

Circulaire interministérielle N°DGAS/DGS/DHOS/3C/20 05/124 du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).

Prise en charge des personnes âgées

Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire N°DHOS/O2/2007/176 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2 009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Prise en charge des conduites addictives

Circulaire DHOS/02-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Circulaire N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 septembre 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Loi n°2011-803 du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Circulaire interministérielle du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Prise en charge des personnes détenues

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;

Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice qui prévoit la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues ;

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (*articles 45 à 56*), et ses textes réglementaires d'application ;

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ;

Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ;

Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;

Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées ;

Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées (UHSA) destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées

Plan national VIH-IST 2010-2014

Plan national 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice ;

Circulaire interministérielle du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées au sein des établissements publics de santé ;

Circulaire interministérielle n°105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, Septembre 2004.

Guide des bonnes pratiques des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) – à paraître

Guide sur l'informatisation des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) publié par l'ASIP – à paraître

Note de la Direction de l'Administration pénitentiaire n°290 du 9 juin 2010 relative aux difficultés rencontrées pour les gardes et escortes de personnes détenues ;

Note de la DHOS en date du 27 mai 2009 relative au protocole entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires sur le système d'information des UCSA et des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

Instruction Direction Générale de la Santé n°390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Courrier du Directeur de l'Administration Pénitentiaire précisant le rattachement de la région Champagne-Ardenne à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Nancy – avril 2011 ;

Rapport IGAS-IGSJ sur « L'évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues » - Juin 2011

3. Orientations nationales en psychiatrie

3.1. Améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à la prévention et à l'ensemble des soins

Accès aux campagnes de dépistage et de prévention

Organiser les modalités d'accès des patients souffrant de troubles psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales (cancers du sein, de la peau, vaccination…).

Organisation de l'offre de soins en psychiatrie

Mettre en place une organisation de l'offre qui articule soins de proximité et accès à des soins spécialisés, favorise la coordination entre les prises en charges psychiatriques et somatiques, et se décline à différents niveaux territoriaux.

Assurer un maillage territorial de l'offre de soins à travers une répartition équilibrée, sur chaque territoire de santé, des différentes modalités de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire.

Accès aux soins somatiques

Développer les coopérations avec les médecins non psychiatres afin d'assurer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux, qu'elles soient hospitalisées ou à domicile.

Organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques

Organisation du circuit de l'urgence

Organiser, au sein des territoires de santé, le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués : Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), établissements autorisés à l'activité de psychiatrie, établissements autorisés en médecine d'urgence.

Coordination entre établissements autorisés en psychiatrie et établissements autorisés à l'activité de médecine d'urgence

Assurer la capacité d'accueil en urgence en hospitalisation par le développement de coopérations entre les établissements autorisés en psychiatrie et les établissements autorisés à l'activité de médecine d'urgence.

3.2. Assurer la continuité des prises en charge

Coopération avec les médecins généralistes

Organiser la prise en charge des troubles mentaux fréquents par une meilleure coopération avec les médecins généralistes tant dans l'accès à des avis spécialisés que dans le suivi des patients.

Prise en charge de populations « spécifiques »

Définir au sein des territoires de santé, les conditions d'organisation de la réponse pour les populations « spécifiques[130] », dans le respect des objectifs généraux des plans de santé publique et en lien avec les professionnels de santé concernés exerçant dans les autres spécialités.

[130] Cf. point 1-A supra

3.3. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Réserver l'hospitalisation aux personnes qui relèvent de ce type de prise en charge en développant les coopérations avec les acteurs susceptibles d'assurer le logement des personnes.

Mener des études sur les inadéquations.
Ces études seront menées sur la base d'une méthode et de critères préalablement validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

3.4. Améliorer l'efficience

Développer et organiser les coopérations avec les médecins généralistes (notamment sous la forme de prises en charge conjointes) pour fluidifier les parcours des patients.

Spécifier le rôle des structures d'accueil à temps partiel et organiser leur accessibilité à l'ensemble des patients.

Coordonner les prises en charge psychiatriques en addictologie avec les professionnels somatiques et les structures médico-sociales.

3.5. Articulation avec les secteurs social et médico-social

Améliorer la coordination avec les acteurs du logement et de l'insertion

Organiser au sein des territoires de santé des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients (éviter les inadéquations en hospitalisation notamment).

Assurer un accès aux soins spécialisés des personnes prises en charge, suivies et/ou hébergées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Assurer un accès aux soins spécialisés aux personnes handicapées psychiques hébergées dans des établissements ou bénéficiant des services sociaux et médico-sociaux dans les différents territoires de santé en définissant :

- l'organisation du suivi psychiatrique de ces personnes ;
- les conduites à tenir en situation de crise ;
- les besoins de soutien et d'accompagnement des professionnels de ces établissements et services.

Chapitre 2 : diagnostic régional en psychiatrie

1. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie

1.1. Organisation de l'hospitalisation complète

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III (SROS III) prévoyait une adaptation quantitative et qualitative, dans un cadre intersectoriel, des capacités d'hospitalisation complète.

↳ L'intersectorisation a été mise en œuvre à des degrés divers dans les différents établissements.

1.2. Positionnement des structures de recours régional

↳ Les structures de recours régional existantes peinent parfois à trouver leur place au sein du réseau régional.

1.3. Maillage territorial du dispositif alternatif à l'hospitalisation

Le SROS III prévoyait une répartition des moyens à hauteur de 40% pour l'hospitalisation complète et de 60% pour l'extra-hospitalier et l'ambulatoire.

↳ Le rééquilibrage qui s'en est suivi a permis d'assurer un maillage territorial en structures alternatives à l'hospitalisation dans chacun des départements.

↳ Le fonctionnement des différentes structures alternatives à l'hospitalisation est cependant limité par les possibilités d'intervention des équipes de psychiatrie (notamment au regard du dimensionnement de ces équipes).

2. Circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques

Le SROS III prévoyait la mise en place de centres d'accueil intersectoriels sur les sites de Reims, Charleville-Mézières et Troyes.

↳ Deux unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques sont implantées à Troyes et à Reims.

↳ Sur le site de Charleville-Mézières, les patients nécessitant des soins psychiatriques en urgence sont pris en charge par l'unité intersectorielle d'hospitalisation de courte durée, sur le site du Centre Hospitalier (CH) de Belair.

↳ Sur les autres sites, la prise en charge des urgences psychiatriques s'effectue dans le cadre d'organisations de proximité mises en place entre chaque établissement de santé et l'établissement public de santé mentale du département.

3. Prises en charge « spécifiques »

Le SROS III prévoyait qu'une attention particulière soit portée à la prise en charge de certaines populations parmi lesquelles :

- les enfants et adolescents ;
- les personnes âgées ;
- les personnes souffrant de conduites addictives.

3.1. Prise en charge des enfants et des adolescents

Le constat est celui d'un manque de structures de prise en charge des enfants et adolescents en situation de crise.

Les équipes de psychiatrie ou de pédopsychiatrie sont sollicitées pour intervenir durant la grossesse et la toute petite enfance afin de prendre en charge les troubles psychiatriques apparaissant durant ces périodes, notamment les troubles des interactions précoces.

3.2. Prise en charge des personnes âgées

Le phénomène de vieillissement de la population confronte les équipes de psychiatrie à une demande croissante de soins, avec la nécessité de prendre en charge des patients dans trois grands types de situations cliniques :

- vieillissement de patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques ;
- apparition de troubles psychiatriques chez des personnes âgées jusque là sans antécédents psychiatriques ;
- personnes âgées souffrant de pathologies démentielles.

L'offre de soins en gérontopsychiatrie varie selon les départements considérés.

3.3. Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives

Les données épidémiologiques font apparaître une prévalence et une incidence des pathologies liées à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances supérieures à la moyenne nationale.

La filière de soins hospitalière en addictologie reste à conforter, notamment par l'identification de lits dédiés aux sevrages.

4. Coordination entre les acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

4.1. Rôle des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer les souffrances psychiques et troubles psychiatriques, intervenir précocement et orienter les patients.

L'intégration de notions de repérage de la fragilité psychosociale dans leur(s) pratique(s) s'avère cependant difficile.

Les médecins libéraux (généralistes et pédiatres) orientent peu les enfants vers la psychiatrie infanto-juvénile, par méconnaissance du secteur et des moyens existants, mais aussi par crainte de stigmatiser l'enfant.

4.2. Relations entre établissements / structures sanitaires et médico-sociales

Les structures médico-sociales manquent de médecins psychiatres et pédopsychiatres pour prendre en charge les enfants/personnes handicapé(e)s.

L'intervention des équipes de psychiatrie au sein d'établissements médico-sociaux ne se déroule pas toujours dans le cadre de conventions.

Les conventions existantes ne sont pas toujours effectives.

Chapitre 3 : sante mentale, addictions, sante des jeunes : objectifs régionaux

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de Champagne-Ardenne fixe des objectifs en matière de santé mentale, addictions et santé des jeunes. Ces objectifs sont repris dans le présent point.

1. Prévention, repérage et prise en charge précoce

1.1. Priorité régionale

Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.

1.2. Objectifs régionaux spécifiques

Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale.

Renforcer et pérenniser :

- les programmes de prévention primaire et de repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux à tous les âges de la vie,
- les programmes de prévention primaire et de repérage précoce des conduites addictives en direction des populations vulnérables.

Former les professionnels non spécialisés à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.

2. Accessibilité du dispositif de soins

2.1. Priorité régionale

Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé

2.2. Objectifs régionaux spécifiques

Décrire et faire connaître l'offre de soins en santé mentale et dans le champ des addictions.

Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables.

Organiser le dispositif de soins en évaluant les besoins en centres d'expertise et en définissant clairement leurs missions et leur articulation avec les centres de proximité.

3. Décloisonnement et coordination entre les acteurs

3.1. Priorité régionale

Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes.

3.2. Objectifs régionaux spécifiques

Sur les territoires de proximité, mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient.

Favoriser la culture du travail en réseau :

- en mettant en place des formations continues pluri-professionnelles de proximité ;
- en adaptant la formation initiale des professionnels pour qu'ils s'approprient la culture du travail en réseau.

Fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain par l'intermédiaire de conventions en en faisant un critère de sélection puis d'évaluation des actions financées.

Chapitre 4 : objectifs opérationnels et plans d'action

1. Organisation de l'hospitalisation complète et du dispositif alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie

1.1. Objectifs opérationnels

Organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie

La mise en œuvre des principes généraux et l'exercice des missions en santé mentale s'effectuent dans un cadre régional, infrarégional et de proximité, ce dernier correspondant aux secteurs psychiatriques et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

L'articulation entre soins de proximité et accès à des soins spécialisés ainsi que la coordination entre les prises en charges psychiatriques et somatiques se déclinent à différents niveaux :

- le niveau de premier recours ou niveau de proximité où le dispositif du secteur assure le maillage de l'offre de soins au service de la continuité des parcours des patients ;
- le niveau de recours infra-régional qui permet l'organisation de prises en charge plus spécialisées et intersectorielles (en psychiatrie, les niveaux de recours infra-régionaux pertinents sont le département et le territoire de santé) ;
- le niveau de recours régional, pertinent pour la mise en place de centres de ressources et d'expertise. Ces centres sont en lien avec les équipes de proximité, pour lesquelles ils assurent un rôle de recours, notamment pour les situations et diagnostics complexes. Selon la densité et la répartition de la population et de l'offre dans la région, les activités et l'expertise attendues du niveau régional peuvent se situer au niveau de recours infra régional.

Les articulations entre les différents niveaux permettent la complémentarité et la gradation des prises en charge.

Ces articulations peuvent être formalisées et donner lieu à l'établissement de conventions (notamment entre centres de recours et d'expertise et centres de proximité).

Hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation

Au sein de chaque établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie :

Les prises en charge en extra-hospitalier doivent être privilégiées.

- La prise en charge en première intention s'effectue dans le cadre de consultations (dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les consultations hospitalières et par les psychiatres libéraux). Elle s'effectue au niveau de premier recours et peut orienter vers des soins institutionnels plus intensifs en hôpital de jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou dans toute autre structure sectorielle ou intersectorielle.
- Les acteurs de la prise en charge recherchent les moyens d' « aller vers » les patients, de façon à réduire le nombre de personnes ne faisant pas l'objet d'une prise en charge alors qu'elles en auraient besoin.

Hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation (suite)

- Le CMP est positionné comme pivot du secteur à partir duquel s'effectuent l'accueil, les soins ambulatoires et éventuellement l'orientation des patients. Il garantit la continuité et la coordination des soins.
  Les infirmiers y assurent l'accueil et la prise en charge des patients en première intention, à travers la réalisation d'un entretien de première intention. Cet entretien peut être suivi d'une discussion avec l'ensemble des professionnels de la structure, au cours d'une réunion institutionnelle, afin de coordonner la prise en charge pluridisciplinaire du patient.

- L'hospitalisation complète doit être réservée aux personnes qui relèvent de ce type de prise en charge. Elle doit trouver une juste place dans la palette de soins, pour des temps déterminés, et dans le cadre d'un projet d'ensemble élaboré pour chaque personne.

- Une organisation intersectorielle des capacités d'hospitalisation doit être privilégiée.

- L'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux doit être assuré.

- La permanence des soins médicaux doit être garantie en intra-hospitalier.

1.2. Plan d'action

Organisation des capacités d'hospitalisation complète

Les capacités d'hospitalisation complète devront être adaptées au plan quantitatif et qualitatif dans un cadre intersectoriel, en tenant compte des besoins de chaque secteur. Il s'agira de favoriser l'adéquation des prises en charge et de privilégier une spécificité des unités permettant de répondre aux besoins des patients au regard de leurs caractéristiques personnelles, de leur pathologie et/ou de la durée prévisible de leur séjour. Les équipes de secteur et les équipes intra-hospitalières devront travailler en lien, afin de garantir une continuité des soins et une cohérence des prises en charge.

Les unités d'hospitalisation complète compteront au moins 25 lits.

La spécialisation des unités d'hospitalisation complète devra être développée, dans un cadre intersectoriel.

Des travaux seront menés afin de définir des critères d'évaluation du service médical rendu par l'hospitalisation complète.

Spécification des missions des unités et centres de recours

Les unités d'hospitalisation, et plus particulièrement les centres de recours, devront définir et expliciter leurs modalités de prise en charge et leurs objectifs thérapeutiques.

Ces informations devront faire l'objet d'une diffusion auprès de l'ensemble des établissements de santé, des consultations et des structures des urgences de la région.

Adaptation du dispositif alternatif à l'hospitalisation

Le maillage territorial et le fonctionnement du dispositif alternatif à l'hospitalisation devront être adaptés aux besoins de la population, en tenant compte des possibilités d'intervention des équipes.

Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux

La prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie devra être organisée ou réorganisée, quelles que soient les modalités de prise en charge des patients sur le plan psychiatrique.

Il conviendra notamment de s'assurer que chaque patient suivi en psychiatrie bénéficie d'un suivi par un médecin généraliste.

Garantir la permanence des soins médicaux en intra-hospitalier

Dans les établissements spécialisés en psychiatrie :

La permanence des soins psychiatriques devra être assurée en intra-hospitalier.

La permanence des soins généralistes sera éventuellement assurée en intra-hospitalier, en l'absence de possibilités d'intervention de médecins libéraux au sein de l'établissement dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.

Dans les établissements Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) disposant d'unités de psychiatrie :

La prise en charge de l'urgence somatique devra être assurée pour les patients atteints de troubles psychiatriques et hospitalisés en psychiatrie.

Réorganisation des secteurs de psychiatrie adultes sur l'agglomération rémoise

L'organisation des secteurs de psychiatrie adultes sur l'agglomération rémoise sera redéfinie en intégrant les secteurs ZR4, ZR5, ZR6 et G10 au sein d'une seule entité de psychiatrie adultes rémoise.

Des liens entre cette entité et le pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pourront être développés.

2. Organisation du circuit de l'urgence et prise en charge des urgences psychiatriques

2.1. Objectifs opérationnels

Organisation de l'accueil et de la prise en charge des urgences sur les sites de Reims, Charleville-Mézières et Troyes

Missions et moyens des unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques

Les unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques (dites « *unités de 72 heures* ») sont accessibles 24 heures sur 24 et ont pour mission :

- de procéder à l'accueil de la personne,
- de lui dispenser des soins,
- de procéder à l'évaluation de sa situation médicale (somatique et psychiatrique), psychologique et sociale,
- et de définir les modalités les plus appropriées pour sa prise en charge, en hospitalisation ou en extra-hospitalier.

Leur vocation intersectorielle les conduit à :

- passer convention avec les établissements de santé autorisés pour l'activité de soins de médecine d'urgence et avec les secteurs de psychiatrie (lorsque l'unité est sous la responsabilité d'un établissement de santé autre que l'établissement public de santé mentale du département) ;
- participer à l'organisation interne de la prise en charge psychiatrique dans l'établissement où elles sont installées, et à l'organisation du réseau sanitaire et médico-social en amont et en aval de la prise en charge des urgences psychiatriques.

Chacune d'entre elles dispose :

- de locaux d'accueil adaptés ;
- de capacités propres d'hospitalisation de courte durée ;
- d'une équipe dédiée qui assure également l'activité de liaison au sein des services et contribue à la permanence des équipes de psychiatrie au sein de la structure des urgences du centre hospitalier. L'apport d'un appui à ces équipes par les professionnels de la pédopsychiatrie pourra être organisé en tant que de besoin, dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Définition des modalités de fonctionnement des unités de 72 heures

Les modalités de fonctionnement de ces unités font l'objet de dispositions précises dans le projet médical des établissements qui ont la charge de les gérer.

Un règlement intérieur ou protocole doit être défini pour chacune d'entre elles, où sont obligatoirement prévues les modalités d'accueil et de prise en charge :

- des personnes hospitalisées sans leur consentement (cf. point H) infra : « Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ») ;
- des patients agités ;
- des patients en état d'intoxication éthylique aiguë et/ou alcoolisés. Si ces patients présentent une agitation ou un trouble de la vigilance, un taux d'alcoolémie devra être défini au-delà duquel le transfert du patient de la structure des urgences vers l'unité d'accueil des urgences psychiatriques ne pourra être autorisé.

Admission et sortie

La décision d'admission des patients au sein de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques est prononcée par les psychiatres de l'unité, en lien avec les urgentistes.

L'admission se fait à partir de la structure des urgences, pour une durée maximale de 72 heures, la plus grande proximité possible devant être recherchée entre la structure des urgences et l'unité de 72 heures.

Un bilan somatique doit être réalisé préalablement à toute orientation en psychiatrie.

La sortie se fait :

- soit vers le domicile en veillant, si nécessaire, au relais par une prise en charge en ambulatoire par le secteur psychiatrique ou le secteur libéral (médecin généraliste et psychiatre)
- soit vers un service d'hospitalisation dans un établissement de soins spécialisés ou non. Les modalités de transfert sont alors prévues via les conventions conclues entre l'unité de 72 heures et ses partenaires.

Organisation de l'accueil et de la prise en charge des urgences sur les autres sites

Dans les autres centres hospitaliers disposant d'une structure des urgences, une organisation de proximité est organisée par voie de convention entre le centre hospitalier et l'établissement de santé mentale de son ressort.

Cette organisation peut prendre la forme d'une présence – sous la responsabilité d'un psychiatre senior – de personnels infirmiers dépendant de l'établissement de santé mentale au sein des structures des urgences et disposant, au sein de ces structures, de locaux dédiés à la prise en charge psychiatrique.

En l'absence de personnels de l'établissement de santé mentale au sein des structures d'accueil des urgences, le recours au personnel de l'établissement de santé mentale du département doit être organisé, notamment durant les périodes de permanence des soins.

Les hospitalisations sont réalisées dans des unités dépendant de l'établissement de santé mentale, implantées dans cet établissement ou au sein du centre hospitalier. De façon transitoire, afin d'améliorer le parcours du patient, il peut être envisagé de renforcer les effectifs infirmiers assurant la psychiatrie de liaison et les liens avec les secteurs.

2.2. Plan d'action

Unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques

Dans le cadre du dispositif général d'accueil et de prise en charge des urgences, sera créée ou confortée sur chacun des sites de Reims, Charleville et Troyes, une unité de 72 heures, adossée à une structure des urgences, afin d'améliorer la prise en charge des situations de crise et de diminuer le recours à l'hospitalisation sans consentement.

Accueil et prise en charge des urgences en CMP

Dans la mesure du possible, des structures d'accueil, d'écoute et de prise en charge d'urgence seront mises en place au sein des CMP, au minimum dans 1 CMP par département. Ces structures s'inscriront alors dans le cadre de réseaux ville - hôpital formalisés.

Introduction de compétences psychiatriques dans les SAMU - SMUR

Les SAMU pourront avoir recours aux équipes de psychiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile, lorsqu'ils auront à prendre en charge un appel relevant du champ de la psychiatrie.

Les possibilités d'accompagnement des équipes de SMUR par du personnel paramédical spécialisé en psychiatrie, en cas de prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques pourront être étudiées.

Prise en charge en urgence des personnes hospitalisées sans leur consentement.

↳ *Cf. point H) infra (i.e. point « pec des personnes en soins sans consentement »)*

Formalisation des liens entre unités de 72h et Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

> ***Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des dispositions du volet « addictologie » du SROMS – PRS : « Formaliser la coordination entre ELSA et [unités de 72h], dans le cadre de l'évaluation somatique [réalisée] à chaque entrée ».***

Organisation de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)

Au sein de la direction de la santé publique de l'ARS, la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) a, entre autres missions, celle de s'assurer du fonctionnement des CUMP des quatre départements (conventions entre les Etablissements Publics de Santé Mentale et les SAMU, mise à jour des listes des volontaires, formations…).

Chaque établissement de santé mentale devra être en mesure de mettre en place une CUMP et d'organiser ses interventions. Une coordination régionale des CUMP pourra être mise en place, pilotée par l'un des EPSM de la région (cette coordination aura notamment vocation à permettre des mutualisations de moyens et/ou l'organisation de formations inter-établissements).

> ***Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des recommandations relatives à la CUMP du volet « Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires » (VAGUSAN) du Schéma Régional Prévention (SRP), dont le point 2.7.1 est notamment consacré à la cellule régionale de défense et de sécurité.***

3. Prise en charge des enfants et des adolescents

3.1. Objectifs opérationnels

Organisation de la prise en charge des enfants

L'activité de pédopsychiatrie s'exerce essentiellement en ambulatoire, dans le cadre de l'activité de secteur et en privilégiant la continuité des soins et des prises en charge.

Les alternatives à l'hospitalisation doivent être privilégiées.

Lorsque l'hospitalisation d'enfants est nécessaire, elle doit être réalisée prioritairement en service de pédiatrie. Elle ne doit alors représenter qu'une séquence limitée dans le temps d'une prise en charge plus globale et coordonnée entre les structures et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.

L'articulation entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie doit être organisée par convention.

Une activité pédopsychiatrique spécifique est développée en direction de la périnatalité.

Organisation de la prise en charge des adolescents

La prise en charge des adolescents s'organise sous la forme d'un réseau régional, dans le respect des principes d'organisation de l'offre de soins en psychiatrie :

- Les alternatives à l'hospitalisation doivent être privilégiées.
- L'hospitalisation complète doit être réservée aux adolescents relevant de ce type de prise en charge.

Chaque unité intersectorielle d'accueil des urgences psychiatriques est susceptible de prendre en charge les adolescents en situation de crise. Un premier bilan est alors effectué avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile concerné.

En termes d'alternatives à l'hospitalisation, l'accueil familial thérapeutique peut répondre aux besoins de prise en charge prolongée des adolescents, en-dehors de la crise.

Dispositions communes à la prise en charge des enfants et des adolescents

En-dehors des indications d'hospitalisation dans l'unité pour adolescents de Reims, et à titre exceptionnel dans les situations d'urgence et/ou de crise, l'hospitalisation complète en psychiatrie des adolescents et des enfants (lorsque ces derniers ne peuvent être pris en charge en pédiatrie) peut être envisagée.

3.2. Plan d'action

Prise en charge des enfants et des adolescents

Prise en charge en hospitalisation complète des enfants et adolescents

Il reviendra à chaque établissement de santé mentale de prévoir les modalités de prise en charge en hospitalisation complète des enfants et des adolescents :

- Ces prises en charge pourront être assurées au sein d'unités adossées à des unités d'hospitalisation de psychiatrie pour adultes.
- Ces hospitalisations seront organisées sur la base d'une évaluation préalable et de l'élaboration pluridisciplinaire d'un projet de soins adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille.
- Des critères d'admission et de sortie d'hospitalisation devront notamment être définis en concertation avec les professionnels des structures prenant habituellement en charge les enfants / adolescents concernés.

Les structures d'hospitalisation complète existant actuellement dans les départements des Ardennes, de la Marne et de la Haute-Marne seront confortées.

Deux structures d'hospitalisation complète complémentaires seront respectivement créées dans les départements de l'Aube et de la Marne.

Prise en charge des adolescents

Les missions de l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents du pôle de recours régional devront être explicitées.

Des protocoles conventionnels devront définir les modalités de coordination, en matière de prise en charge des adolescents :

- entre les unités de 72 heures et l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents du pôle de recours régional ;
- entre chaque unité de 72 heures et l'établissement de santé mentale de son ressort, ainsi qu'avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile / psychiatriques concernés.

Activité pédopsychiatrique en direction de la périnatalité

L'activité pédopsychiatrique en direction de la périnatalité devra être développée, afin d'apporter des réponses adaptées aux problèmes de la petite enfance et de la relation mère / parents – enfant.

Cette activité devra être articulée avec celle du réseau périnatal de Champagne-Ardenne.

L'intervention des équipes de psychiatrie ou de pédopsychiatrie à domicile, au sein des maternités, des Centres d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP), des services somatiques et des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) sera organisée par voie de conventions. Il s'agira notamment d'assurer :

- la sensibilisation des équipes de ces services / structures au repérage des troubles durant la grossesse et en post-partum ;
- lorsque le besoin en aura été identifié, l'intervention des professionnels de la psychiatrie auprès des jeunes mères / parents.

L'adhésion des établissements de santé psychiatriques au réseau périnatal de Champagne-Ardenne sera encouragée.

Liens avec les secteurs social, médico-social, judiciaire

L'ouverture d'unités de pédopsychiatrie adossées à des structures médico-éducatives pourra être prévue dans le cadre de pôles de santé mentale infanto-juvéniles.

Il s'agira :

- de placer l'enfant / l'adolescent et son projet de vie et de soins au centre de la prise en charge ;
- de permettre une complémentarité dans les prises en charge proposées ;
- d'assurer un suivi des enfants sur la durée, tout en limitant la prise en charge au temps de l'enfance ;
- d'éviter les ruptures dans les parcours de soins et de prise en charge ;
- de mutualiser les expertises et d'optimiser les ressources.

Organiser les prises en charge multi-sites et conjointes par des professionnels et structures de statuts différents (qu'ils soient publics, privés ou privé d'intérêt collectif) et/ou relevant des champs sanitaire, médico-social et social :

- en identifiant un pédopsychiatre référent pour chaque enfant bénéficiant de ce type de prise en charge ;
- en organisant le transport des enfants et adolescents.

Liens avec l'éducation nationale

Des relations formalisées seront développées avec l'éducation nationale afin que soient intégrés les besoins des enfants et adolescents suivis en psychiatrie dans la définition des politiques mises en œuvre.

Les possibilités de mise en place d'un dispositif soins-études seront étudiées.

↳ *Cf. point 5 : Eléments de transversalité*

> ***Les établissements de santé concernés contribueront à la mise en œuvre des recommandations du volet « Personnes Handicapées » du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS-PRS).***

4. Personnes autistes et souffrant de troubles envahissants du développement

4.1. Objectifs opérationnels

Renforcer les liens entre les établissements de santé mentale et le Centre Régional de l'Autisme (CRA) afin, notamment, de relayer l'expertise du CRA au plus près du terrain.

Améliorer la prise en charge des patients adultes autistes et souffrant de Troubles Envahissants du Développement (TED).

4.2. Plan d'action

Des plates-formes relais du CRA pourront être mises en place à titre expérimental. Ces plates-formes associeront des acteurs des champs sanitaire et médico-social et permettront une mutualisation des moyens et expertises en matière de prise en charge de l'autisme et des TED.

↳ *Cf. point 5 : Eléments de transversalité*

> ***Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des recommandations du volet « Personnes Handicapées » du SROMS-PRS.***

5. Prise en charge des personnes âgées

5.1. Objectifs opérationnels

Organisation de la prise en charge des personnes âgées

La géronto-psychiatrie, tout en restant dépendante de son pôle de psychiatrie de référence, devra s'intégrer dans le dispositif de coordination mis en place au sein de chaque territoire gérontologique. Il s'agira d'améliorer l'accessibilité, la lisibilité et la qualité du système de soins en précisant le rôle des différents acteurs et en organisant des actions de formation.

Les interventions des équipes de secteur et des équipes mobiles de géronto-psychiatrie sont complémentaires : elles se déroulent de façon privilégiée *in situ*, au domicile des personnes âgées ou au sein des structures d'hébergement médico-sociales. Dans ce dernier cas, elles doivent être organisées dans le cadre de conventions.

De la même façon, l'action des équipes mobiles de géronto-psychiatrie est complémentaire de celle des Equipes Mobiles d'Intervention Gériatrique (EMIG) et des unités de médecine gériatrique. Cette complémentarité permet d'assurer un suivi à la fois psychiatrique et somatique de la personne âgée.

Les équipes mobiles de gérontopsychiatrie permettent une mutualisation des moyens sur la base d'une organisation territoriale adaptée.

En termes d'alternatives, le placement familial peut répondre aux besoins de prise en charge prolongée des personnes âgées.

Modalités de prise en charge des personnes âgées

Privilégier le maintien des personnes âgées à leur domicile ou dans la structure au sein de laquelle elles sont hébergées.

Limiter l'hospitalisation des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

Éviter les placements en urgence et limiter le recours aux structures des urgences.

5.2. Plan d'action

La gérontopsychiatrie devra notamment développer ses liens avec :

- les réseaux gérontologiques ;
- les médecins coordonnateurs des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- les travailleurs sociaux ;
- les infirmiers coordonnateurs des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ;
- les services d'aide à domicile ;
- les médecins généralistes référents ;
- les secteurs psychiatriques concernés.

Les effectifs infirmiers des équipes mobiles de géronto-psychiatrie devront être adaptés à la file active et aux conditions particulières de cette activité (temps de déplacement, temps passé auprès du patient…).

Des capacités d'hospitalisation complète devront être disponibles, au sein de chaque établissement psychiatrique, pour prendre en charge pour des durées courtes, des personnes âgées présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires.

La clinique géronto-psychiatrique de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube (EPSMA) sera positionnée comme centre de recours régional et en tant que tel, sera un recours pour les situations et diagnostics complexes. Les équipes de proximité interviendront en première intention en matière de diagnostic, d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées.

Conformément à la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2009- 195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, notamment son annexe II consacrée au cahier des charges des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), des conventions de partenariat seront passées entre les établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie et les établissements qui créeront une UHR. Il sera tenu compte, pour chacune des UHR créées, de l'offre de soins psychiatriques disponible sur le territoire gérontologique considéré.

> ***Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des recommandations du volet « Personnes Agées » du SROMS – PRS.***

6. Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives

6.1. Objectifs opérationnels

Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour les personnes ayant des conduites addictives, afin d'assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs.

Assurer la coordination des soins entre les 3 pôles définis par le rapport RASCAS et leur qualité par le développement du travail en réseau (médecine de ville, secteur médico-social spécialisé en addictologie et secteur hospitalier).

Conforter les filières hospitalière et hospitalo-universitaire de soins en addictologie.

Améliorer les prises en charge conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie.

6.2. Plan d'action

Inscription de l'addictologie dans les projets médicaux des établissements

Les établissements de santé, notamment les établissements ayant une activité en psychiatrie, intégreront un volet addictologie à leur projet médical d'établissement pour définir le parcours du patient et permettre une meilleure utilisation transversale des moyens déjà existants.

Identification de lits dédiés aux sevrages (niveaux I et II de la filière hospitalière en addictologie)

Au niveau de premier recours (niveau I de la filière hospitalière en addictologie), des lits dédiés aux sevrages simples seront identifiés et au besoin créés dans chaque établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie, ainsi que dans chaque établissement de santé disposant d'une équipe de liaison en addictologie.

Au niveau de recours infra-régional (niveau II de la filière hospitalière en addictologie), des lits dédiés aux sevrages complexes seront identifiés et au besoin créés au minimum sur les sites de Reims, Charleville-Mézières et Troyes. Cette identification se fera sur la base d'un cahier des charges préalablement élaboré par l'ARS. Les lits troyens seront destinés à accueillir des patients des départements de l'Aube et de la Haute-Marne. Ces lits pourront être regroupés au sein d'un pôle ou d'une des structures internes (unité fonctionnelle, service…) d'un pôle. Dans un premier temps, l'identification de lits dédiés aux sevrages simples pourra représenter une étape intermédiaire avant l'identification de lits dédiés aux sevrages complexes.

Les établissements MCO au sein desquels seront identifiés des lits de sevrage devront être adossés à un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et/ou à un établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie.

Création d'une unité hospitalière d'addictologie (Niveau III)

Au sein du pôle de recours régional sera créée une unité hospitalière d'addictologie de niveau III. Cette unité sera une structure de recours et de référence régional(e). Elle assurera, en plus des missions relevant du niveau II (sevrages complexes notamment), des missions d'enseignement et de formation, de recherche, d'innovation et de coordination régionale.

Filière de prise en charge des troubles graves des conduites alimentaires

Une réflexion plus particulière pourra être menée sur l'organisation de la filière de prise en charge – pluridisciplinaire – des troubles graves des conduites alimentaires, et sur son articulation avec la filière de soins en addictologie.

Intégrer l'addictologie dans l'activité du réseau périnatal de Champagne-Ardenne

Coordonner l'action des équipes médico-sociales et sanitaires d'addictologie au sein des maternités, des CAMSP, des services somatiques et des services de la PMI par voie de conventions afin, notamment :

- d'assurer la sensibilisation des équipes de ces services / structures au repérage des conduites addictives chez les mères durant la grossesse et en post-partum ;
- de prévenir les dommages liés à l'alcoolisation fœtale ;
- et lorsque le besoin en aura été identifié, d'organiser l'intervention de professionnels de l'addictologie auprès des jeunes mères / parents.

↳ *Cf. point 5 : Eléments de transversalité*

> ***Chaque établissement de santé concerné contribuera à la mise en œuvre des recommandations du volet « addictologie » du SROMS – PRS.***

7. Prises en charge au long cours

7.1. Objectifs spécifiques

Organiser les prises en charge au long cours dans le respect des principes d'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, notamment en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation.

7.2. Plan d'action

Organisation des prises en charge

Les alternatives à l'hospitalisation seront privilégiées.

Des lits d'hospitalisation complète seront toutefois réservés aux patients atteints d'affections de longue durée, soit dont le traitement n'est pas totalement stabilisé et qui ne peuvent relever d'une prise en charge au titre du handicap, soit relevant de la loi du 27 juin 1990 (notamment au titre de l'article L.122 du code pénal).

Les capacités d'hospitalisation complète dédiées aux patients pris en charge au long cours seront organisées dans un cadre intersectoriel.

Un projet de vie et un projet de soins devront être définis pour chaque patient pris en charge au long cours. Lorsque cela sera possible, le projet de vie devra intégrer des perspectives en termes d'insertion / de réinsertion sociale.

Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) / Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)

Le mouvement de création d'équipements médico-sociaux (MAS / FAM) sera poursuivi. Le cas échéant et lorsque cela sera possible, ce mouvement de création s'opérera par conversion de certaines capacités en lits d'hospitalisation complète.

L'évaluation du besoin en places de MAS / FAM sera réalisée à partir de l'analyse des résultats des études sur les inadéquations[131].

Dans le département des Ardennes, des places supplémentaires en MAS pourront être créées, par conversion de capacités d'hospitalisation complète, afin d'accueillir les personnes handicapées psychiques hospitalisées au Centre Hospitalier BELAIR.

Cf. point 5 : Eléments de transversalité

> ***Les établissements concernés contribueront à la mise en œuvre des recommandations du volet « Personnes Handicapées » du SROMS-PRS.***

8. Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

8.1. Principes d'organisation

Principes généraux

La prise en charge des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement est une mission de service public. Elle s'organise dans le respect des dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et de celles des décrets N°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et N°2011-846 du 18 juillet 2 011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Dans chaque département, au moins un établissement de santé assure la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, sur désignation du directeur général de l'ARS.

Lorsqu'une personne remplissant les conditions légales pour être admise en soins psychiatriques est prise en charge en urgence par un établissement de santé n'exerçant pas cette mission de service public, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante huit heures.

Organisation de la prise en charge et des soins

L'entrée en soins sans consentement est précédée d'une période d'observation et de soins d'une durée maximale de 72h durant laquelle le patient est pris en charge en hospitalisation complète dans un établissement de santé autorisé ou non à l'activité de psychiatrie. Les soins psychiatriques doivent être adaptés, nécessaires et proportionnés à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

Suite à cette période d'observation et de soins, la prise en charge des personnes hospitalisées s'organise :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- soit sous une autre forme, incluant des soins ambulatoires. Dans ce cas un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement de soins. Ce programme ne peut dès lors

[131] Cf. Point 1-C-3 : Orientations nationales en psychiatrie / Améliorer la qualité et la sécurité des soins : « *Mener des études sur les inadéquations* ».

être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de ce dernier. Il définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Il ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou le résultat de ce traitement.

Accès des personnes hospitalisées sans leur consentement aux informations les concernant

Chaque personne admise en soins psychiatriques sans son consentement doit, dans la mesure où son état le permet, être informée des projets de décisions et décisions relatives à sa prise en charge. Elle doit être mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état.

Lorsque la prise en charge s'effectue autrement qu'en hospitalisation complète, l'élaboration du programme de soins et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient.

8.2. Plan d'action

Projet d'établissement

Chaque établissement assurant la mission de service public de prise en charge des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement devra, dans son projet d'établissement, détailler les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission et les modalités de coordination avec les secteurs psychiatriques.

Organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique

Chaque établissement assurant la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement devra participer au dispositif de réponse à l'urgence psychiatrique organisé par l'ARS, en application de l'article L.3222-1-1-A du Code de la santé publique.

Élaboration d'un programme de soins

Un programme de soins devra être élaboré pour chaque patient admis en soins psychiatriques pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète. Ce programme sera établi conformément à l'article R.3211-1 du Code de la santé publique (voir supra).

Audiences du juge des libertés et de la détention

Chaque établissement devra organiser le transport des patients vers le siège du tribunal de grande instance et aménager en son sein un espace dédié aux audiences durant lesquelles les patients seront entendus par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

Obligations des directeurs d'établissements et conditions de suivi et de réinsertion sociale des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement et faisant l'objet de soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète[132]

Le directeur de chaque établissement de santé assurant la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement conclut des conventions avec :

[132] Cf. Art. L3222-1-2 de la Loi n°2011-803 précitée.

- le représentant de l'État dans le département ;
- les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondant ;
- le directeur général de l'ARS.

Ces conventions fixent les modalités selon lesquelles leurs signataires collaborent en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Elles prévoient également les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'Etat modifie la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète.

9. Prise en charge des malades difficiles

9.1. Objectif

Organiser la prise en charge des malades difficiles en privilégiant une gradation des soins.

Garantir l'individualisation des filières de prise en charge des malades difficiles et de prise en charge des personnes détenues.

9.2. Plan d'action

La filière de prise en charge des malades difficiles s'organisera en deux niveaux.

Au sein de chaque établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie

Chaque établissement ayant une activité en santé mentale organisera dans son projet d'établissement la réponse la plus adaptée à ses besoins.

Un espace adapté à la prise en charge de ces patients devra être organisé au sein des unités d'hospitalisation.

Un projet de soins individualisé devra être élaboré.

Au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Champagne-Ardenne

L'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Champagne-Ardenne sera positionnée en tant que structure de recours régionale.

Elle assurera l'hospitalisation à temps complet des patients conformément à l'article R.3221-6 du Code de la santé publique[133].

Elle accueillera prioritairement des patients de la région Champagne-Ardenne, tout en conservant des possibilités d'accueillir des patients des départements limitrophes.

Une attention particulière sera portée au maintien des liens avec l'unité d'hospitalisation / le secteur psychiatrique d'origine du patient.

[133] Article R.3221-6 CSP (version en vigueur au 08/07/2011) : « *Ne font pas partie des secteurs définis à l'article R.3221-1 les unités pour malades difficiles, à vocation interrégionale, implantées dans un établissement de santé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. […]* »
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912116&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110708&oldAction=rechCodeArticle

Il s'agira de garantir une proximité :

- entre le patient et sa famille, dans un objectif de maintien des liens familiaux ;
- entre les équipes de l'UMD et celles des établissements de santé adresseurs afin :
  - de procéder à une évaluation conjointe du besoin de prise en charge du patient et du degré d'urgence de ce besoin ;
  - de procéder à une élaboration du projet de soins en concertation avec les équipes de l'établissement d'origine ;
  - de préparer la sortie du patient dès son admission (notamment en organisant la participation des soignants des établissements adresseurs aux réunions de synthèse) ».

Cas particulier de la prise en charge des personnes détenues au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Champagne-Ardenne

Conformément à l'article L.3214-1 du Code de la santé publique[134], l'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux pourra être réalisée au sein d'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) ou au sein d'une UMD, dans un établissement de santé chargé d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Les personnes détenues relevant d'une prise en charge en UMD – notamment celles déjà prises en charge au sein d'une UHSA – devront donc pouvoir être accueillies au sein de l'UMD de Champagne-Ardenne, tout en veillant au maintien de l'individualisation de la filière de prise en charge des personnes détenues vis-à-vis de la filière de prise en charge des malades difficiles.

Pour autant, et en tant que de besoin, les personnes détenues relevant d'une prise en charge en UMD, devront pouvoir y être accueillies. A ce titre, l'admission en UMD des personnes détenues ne pourra être réalisée qu'au titre de l'article D398 du code de procédure pénale ou sous les termes réglementaires du code de la santé publique, prévoyant une décision du préfet de département.
Le circuit habituel doit persister, consistant à un passage systématique par les établissements psychiatriques de rattachement de l'UCSA (y compris le secteur marnais G10) permettant ainsi d'éviter l'admission directe en UMD.

↳ *Cf. point H) supra (i.e. point « pec des personnes en soins sans consentement »)*

> ***Chaque établissement de santé concerné devra mettre en œuvre les recommandations du volet « Soins aux personnes détenues » du SROS-PRS.***

[134] Article L.3214-1 CSP (version en vigueur au 08/12/2012) :
« *I.-Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.*
II.-L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3.
Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II. »
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024316680&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110818&oldAction=rechCodeArticle

10. Prise en charge des personnes en situation de précarité

10.1. Objectifs opérationnels

Améliorer la prise en compte de la « dimension précarité » dans la prise en charge des patients.

10.2. Plan d'action

Encourager l'identification d'équipes mobiles psychiatrie précarité au sein des établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie.

Renforcer le rôle des équipes mobiles psychiatrie / précarité et, en leur absence, des équipes de secteur, en organisant l'intervention de ces équipes au sein des établissements et structures sociales.

Ces interventions pourront consister :

- en l'organisation d'actions de sensibilisation, de formation et/ou d'accompagnement des professionnels de ces établissements et structures en matière de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ;
- en une initiation de la prise en charge psychiatrique, lorsque l'état des personnes hébergées ou suivies dans ces établissements et structures le nécessite.

Organiser des temps d'échanges entre équipes de psychiatrie et professionnels des structures sociales afin de sensibiliser les équipes de psychiatrie au repérage et à l'orientation des patients en situation de précarité.

Cf. point 5 : Eléments de transversalité

Chaque établissement de santé concerné contribuera à la mise en œuvre des recommandations du Programme Relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

11. Prise en charge des auteurs de violences sexuelles

11.1. Objectifs opérationnels

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3ème génération (SROS III) a permis la reconnaissance, pour la région Champagne-Ardenne, d'un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS). Ce centre est situé au sein de l'EPSM Marne.

Les missions du CRIAVS seront pérennisées.

A ce titre, le CRIAVS sera chargé, en lien avec le SMPR, de :

- coordonner l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de violences sexuelles au niveau régional ;
- promouvoir et animer les réseaux afin de favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins ;
- mettre en cohérence et développer des mesures de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ;
- constituer une base documentaire et la mettre à disposition des professionnels concernés,
- capitaliser les expériences et pratiques dans le cadre de réseaux ;

- apporter un soutien méthodologique aux professionnels, en organisant des formations et en diffusant toute information pertinente portant sur les auteurs de violences sexuelles.

11.2. Plan d'action

Le CRIAVS doit permettre de concourir à un dispositif de prises en charge psychiatriques coordonné au niveau régional en :

- renforçant sa mission d'appui régional permettant le développement de projets spécifiques pour les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) ;,
- pérennisant les rencontres initiées avec la justice et les équipes des UCSA-SMPR afin de favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins, en y associant les professionnels intervenant sur le champ de l'addictologie (CSAPA en particulier) ;
- poursuivre les actions de formation régionales, d'appui et de conseil engagées, en y associant outre les professionnels de santé, les acteurs relevant des CSAPA et plus largement, toute personne intervenant à un titre ou à un autre auprès des personnes détenues (SPIP, magistrats, barreau par exemple) ;
- apportant ses conseils aux services pénitentiaires d'insertion et de probation de Champagne-Ardenne qui mettent en place des programmes de prévention de la récidive (PPR) à destination des AICS.

Cf. Volet hospitalier du SROS – Thématique « Soins aux personnes détenues »

12. Prise en charge des personnes détenues

Chaque établissement de santé concerné devra mettre en œuvre les recommandations du Volet hospitalier du SROS – Thématique « Prise en charge des personnes détenues ».

13. Liens entre psychiatrie et médecine de ville

13.1. Objectifs opérationnels

Développer et organiser les coopérations entre les équipes de secteur et les médecins libéraux non psychiatres, notamment les médecins généralistes, afin de favoriser une prise en charge globale et d'apporter une souplesse dans le parcours des patients.

Renforcer le rôle et les moyens d'action des médecins généralistes, dans l'accompagnement et la prise en charge globale du patient.

13.2. Plan d'action

Actions de sensibilisation / information

Mener des actions de sensibilisation / d'information des médecins libéraux non psychiatres, et plus particulièrement des médecins généralistes en exercice.

Ces actions porteront notamment :

- sur l'offre de soins en psychiatrie :

  - Il reviendra à chaque établissement psychiatrique de mener des actions de communication sur ses structures et son activité à destination des médecins de son département.
  - Une information plus spécifique sera diffusée sur le rôle de l'infirmier en CMP afin de faciliter l'orientation des patients vers les CMP par les médecins généralistes.
- sur les indications et techniques d'adresse des patients vers la psychiatrie ;
- sur les modalités d'accompagnement et de prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiatriques ;
- sur les prescriptions et l'adaptation des traitements.

Formation des internes en médecine générale et des médecins généralistes en exercice

Développer les possibilités, pour les internes en médecine générale et les médecins généralistes en exercice, d'approfondir leurs connaissances en psychiatrie.

Développer les possibilités de stages hors filière permettant aux internes en médecine générale de faire des stages en psychiatrie.

14. Démographie des professionnels de santé / Attractivité des établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie

14.1. Objectifs opérationnels

Améliorer l'attractivité des postes dans la région et dans certains territoires pour garder les jeunes professionnels.

14.2. Plan d'action

Encourager la participation des établissements à des projets de recherche, en inscrivant cette activité dans les conventions de coopération conclues entre les établissements spécialisés en santé mentale et le CHU de Reims.

Développer et/ou renforcer les liens entre les établissements de santé mentale et l'université, ainsi qu'avec les écoles et instituts de formation de professionnels de santé.

Déployer le recours aux postes d'assistants partagés sur l'ensemble du territoire.

Élaborer des procédures d'accueil des nouveaux arrivants, qu'ils soient étudiants / internes ou professionnels. Ces procédures devront notamment définir les conditions administratives, logistiques (logement, transports, par ex.) et pédagogiques d'accueil des nouveaux arrivants.

15. Rôle des infirmiers et psychologues en psychiatrie

15.1. Objectifs opérationnels

- Organiser l'accès aux soins, la prise en charge en première intention des patients et les modalités de recours aux psychiatres.
- Permettre aux professionnels non médicaux de rencontrer les patients en première intention dans un souci d'accès aux soins et de continuité du service public hospitalier.
- Sécuriser et valoriser l'exercice infirmier.

15.2. Plan d'action

Identification des compétences et zones de chevauchement de compétences des personnels médicaux, infirmiers et psychologues

- Identifier les compétences et clarifier les zones de chevauchement des compétences des personnels médicaux, infirmiers et psychologues, à des fins d'optimisation du service rendu, dans le respect du cadre réglementaire.
- Établir une procédure d'accueil en CMP par du personnel infirmier.
- Veiller à une identification précise des missions respectives des différents professionnels intervenant en CMP.

Affectation du personnel

Privilégier le positionnement de professionnels expérimentés au sein des CMP et des structures des urgences.

Actions de formation

- Adapter les compétences des professionnels par la formation.
- Encourager et accompagner l'émergence de compétences infirmières de haut niveau en psychiatrie, sanctionnées par un Diplôme d'Université (DU).
- Organiser le tutorat des infirmiers nouveaux arrivants.
- Encourager la formation de formateurs internes.
- Étudier les possibilités de formations inter-établissements (formation de professionnels d'un établissement psychiatrique par ceux d'un autre établissement psychiatrique de la région).

Encadrement des pratiques infirmières

- Travailler sur les pratiques infirmières avancées et sur leur supervision par les médecins.
- Renforcer les compétences de supervision clinique des cadres de santé vis-à-vis des attributions infirmières.

Chapitre 5 : Eléments de transversalité

1. Prévention en santé mentale

1.1. Objectifs opérationnels

Améliorer la prévention primaire et le repérage précoce de la souffrance psychique, des troubles mentaux et des conduites addictives :

- chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- chez les aidants, familles et enfants de personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Améliorer l'accès à la prévention des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale.

Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce en direction des populations spécifiques et des populations vulnérables.

Former les professionnels non spécialisés (éducation nationale, services d'insertion professionnelle, services socio-judiciaires, professionnels de la petite enfance, professionnels du logement, services sociaux, aide à la personne, milieu du travail...) à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.

1.2. Plan d'action

Actions de prévention en direction de la population

> ***Cf. Volet « éducation pour la santé / promotion de la santé » du schéma régional de prévention.***
> ***Cf. Programme Relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).***

Sensibilisation / Formation des professionnels non spécialisés à la prévention et au repérage des troubles, ainsi qu'à l'orientation des usagers et de leur famille

> ***Cf. Volet « prévention médicalisée » du schéma régional de prévention***

Accès à la prévention des personnes atteintes de troubles psychiatriques

Chaque établissement organisera l'accès des patients atteints de troubles psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales.

Il organisera également l'accès des patients suivis au long cours en psychiatrie aux programmes d'éducation thérapeutique et de sport adaptés.

Actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

Chaque établissement de santé autorisé à l'activité de psychiatrie mènera - en coordination avec les associations agréées en application de l'article L.1114-1 du CSP[135] - des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes souffrant de troubles psychiatriques en général, et plus particulièrement des familles et aidants de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement.

Une attention particulière devra être portée :

- au repérage des difficultés des aidants ;
- au suivi des enfants de personnes atteintes de troubles psychiatriques.

2. Liens entre secteurs sanitaire, médico-social et social

2.1. Objectifs opérationnels

Développer des collaborations entre équipes de psychiatrie et équipes relevant du secteur médico-social, dans le respect de leurs rôles respectifs, en associant autant que possible et en fonction de l'offre sur chacun des territoires concernés, les établissements privés et professionnels libéraux.

Définir les conditions d'accueil et de prise en charge en psychiatrie, l'organisation du suivi psychiatrique, ainsi que les conduites à tenir en situation de crise des personnes - notamment des personnes handicapées psychiques - hébergées dans des établissements ou bénéficiant de services médico-sociaux, sociaux et/ou judiciaires.

Organiser l''intervention des équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie au sein des structures sociales, médico-sociales et judiciaires, dans le cadre de conventions.

Définir et répondre aux besoins de formation, de soutien et d'accompagnement des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Assurer un accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques vers un logement adapté, en privilégiant un accompagnement vers le logement ordinaire lorsque leur état le permet.

2.2. Plan d'action

Spécifier les missions des différentes structures

Spécifier, pour chaque territoire pertinent, le rôle et les missions des différent(e)s structures et modes de prises en charge, ainsi que les articulations entre les différents types de prises en charge.

Préciser le rôle des structures d'accueil à temps partiel (prises en charge de proximité, prises en charge spécialisées, spécificités par rapport aux accueils de jour médico-sociaux et aux structures sociales du territoire).

[135] Associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades : cf. article L1114-1 du CSP (version en vigueur au 08/07/2011)

Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés / Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

L'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale sera adaptée de façon à disposer, dans chaque département et en partenariat avec les établissements autorisés à l'activité de psychiatrie, d'au moins un service d'accompagnement en milieu ordinaire des personnes handicapées psychiques :

- soit sous la forme d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ;
- soit dans le cadre d'un accord local formalisé permettant la mobilisation concomitante des établissements et services adéquats des champs sanitaire et médico-social (Groupement de Coopération Sanitaire – GCS – ou Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale – GCSMS).

La création de SAMSAH destinés à prendre en charge des personnes handicapées souffrant de déficiences psychiques devra nécessairement s'accompagner de la conclusion d'un accord de coopération avec les établissements psychiatriques.

Organiser les demandes d'orientation de patients suivis en psychiatrie vers les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

Un psychiatre et un infirmier référents devront être désignés pour chaque patient suivi par ces services.

Les missions respectives des CMP/CATTP et des SAVS seront spécifiées, en distinguant les activités relevant du soin (CMP/CATTP) de celles relevant d'un accompagnement à la vie quotidienne (SAVS).

Organiser et encourager les échanges entre les professionnels des différents champs

Il reviendra à chaque établissement de santé de faire connaître son activité aux autres professionnels et structures intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Des échanges d'informations entre les équipes des différents secteurs devront être organisés.

Lorsque la personne prise en charge par le secteur sanitaire sera habituellement suivie au sein d'une structure et/ou connue des secteurs social, médico-social et/ou judiciaire :

- Les équipes de ces secteurs seront informées par les équipes du secteur sanitaire et participeront au bilan et aux prises de décisions concernant sa prise en charge et son orientation ;
- Elles pourront intervenir en appui des professionnels de la psychiatrie. Leur intervention s'effectuera alors dans le cadre d'un partenariat formalisé par voie de convention.
- Les critères d'admission et de sortie d'hospitalisation en psychiatrie seront définis conjointement par les équipes des différents secteurs.
- L'hospitalisation complète en psychiatrie devra trouver une juste place dans la palette de soins, pour des temps déterminés, dans le cadre d'un projet d'ensemble élaboré pour chaque personne, en coordination avec les équipes sociales et médico-sociales qui l'accompagnent, et au besoin – lorsque cela est possible – avec sa famille. Elle pourra être réalisée de façon séquentielle et conjuguée avec toute autre forme de prise en charge sociale et/ou médico-sociale.

Apporter une réponse aux besoins de soutien et d'accompagnement des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Recenser les besoins de formation, d'accompagnement et de soutien des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux et mener des actions en conséquence.

Veiller à la pérennisation et au renouvellement de ces actions.

Formalisation des coopérations

Les coopérations entre l'ensemble des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social d'un territoire devront être formalisées par le biais de procédures et/ou de conventions.

Lesdites conventions devront notamment préciser :

- les rôles respectifs de chaque partenaire
- les besoins auxquels les partenaires entendent répondre par leur action
- les modalités selon lesquelles les équipes vont travailler ensemble
- les ressources dont elles disposeront

Elles devront fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain et seront un des critères de sélection puis d'évaluation des actions financées.

Selon les thématiques traitées, la nature et le contenu des partenariats pourront faire l'objet d'une convention cadre rédigée conjointement par les partenaires sous l'égide de l'ARS. Cette convention aura pour objet :

- de définir conjointement les modalités d'organisation opérationnelle des missions à conduire,
- de définir le rôle respectif de chaque membre partenaire.

Mener une réflexion sur la mise en place, au sein de chaque établissement psychiatrique, d'un « coordinateur de réseau »

Une réflexion sera à mener sur la mise en place d'un « coordinateur de réseau », dont le rôle consistera notamment :

- à institutionnaliser les rencontres entre son établissement et les professionnels des différents champs et structures ;
- à gérer et évaluer les conventions conclues par son établissement ;
- à identifier et travailler le positionnement de son établissement au sein du réseau des acteurs de la filière de soins psychiatriques ;

tout en conservant une neutralité institutionnelle.

Assurer le logement des personnes suivies

Des coopérations seront organisées entre les équipes de psychiatrie et les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge et parcours des patients.

Les équipes de psychiatrie devront s'assurer de la continuité entre la prise en charge en journée (type hôpital de jour) et le logement de la personne, qui doit être adapté. Différentes formules doivent être développées, de l'hébergement thérapeutique à l'hébergement social. Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 apporte plusieurs pistes de solutions susceptibles d'être explorées.

3. Liens avec les autres politiques publiques, acteurs publics et partenaires : travaux à mener en partenariat avec l'Assurance Maladie

3.1. Prises en charge multi-sites

Travailler sur la prise en charge financière des soins pour les enfants simultanément suivis par des professionnels publics et privés, des secteurs sanitaire, social et médico-social.

3.2. Organisation des transports

Travailler sur les problématiques liées au transport des patients (en lien avec le Programme Régional de Gestion du Risque), notamment sur les modalités de prise en charge financière des transports pour les enfants bénéficiant de prises en charge multi-sites.

3.3. Accès aux soins somatiques des patients suivis en établissements de santé psychiatriques

Organiser l'accès des patients des établissements de santé psychiatriques aux centres d'examens de santé de l'assurance maladie.

Chapitre 6 : Schéma cible - Organisation régionale de l'activité

1. Remarque préalable

Les implantations sont indiquées en commune(s) d'implantation.

Lorsque plusieurs structures relevant d'un même type d'activité (ex : les hôpitaux de jour) sont implantées au sein d'une même commune, une seule implantation est mentionnée pour la commune considérée.

2. Département des Ardennes

2.1. Psychiatrie adultes

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1	Hospitalisation complète
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1*	Hospitalisation de jour
		Revin	1	
		Rethel	1	
		Sedan	1	
		Vouziers	1	
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1	Hospitalisation de nuit
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1	Service de placement familial thérapeutique (situé sur plusieurs communes)
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1 voire 2 en fonction des acquisitions immobilières	Appartements thérapeutiques
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1	Centre de post-cure psychiatrique

* L'implantation considérée intègre deux structures :
- 1 hôpital de jour : regroupement des 2 HdJ respectivement situés rue d'Aubilly et rue Voltaire à la date du 01/01/2011
- 1 hôpital de jour spécialisé dans les prises en charge en addictologie

2.2. Psychiatrie infanto-juvénile

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières	1	Hospitalisation complète
Ardennes	CH Belair	Charleville-Mézières Rethel Revin Sedan	5 *	Hospitalisation de jour

* Pour Charleville-Mézières, l'implantation considérée intègre :
- 1 hôpital de jour pour enfants de moins de 13 ans ;
- 1 hôpital de jour pour adolescents.

3. Département de l'Aube

3.1. Psychiatrie adultes

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Aube	EPSMA	Brienne-le-Château Troyes	2	Hospitalisation complète
Aube	EPSMA	Brienne-le-Chateau Romilly-sur-Seine Troyes	3	Hospitalisation de jour
Aube	EPSMA	Brienne-le-Chateau	1	Service de placement familial thérapeutique
Aube	EPSMA	Romilly-sur-Seine Troyes	2	Centre de post-cure psychiatrique

3.2. Psychiatrie infanto-juvénile

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Aube	EPSMA	Brienne-le-Château ou Troyes	1	Hospitalisation complète
Aube	EPSMA	Brienne-la-Vieille Romilly-sur-Seine Troyes	3	Hospitalisation de jour
Aube	EPSMA	Brienne-le-Chateau	1	Service de placement familial thérapeutique

4. Département de la Marne

4.1. Psychiatrie adultes

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Marne	EPSMM Clinique de Merfy CHU Foyer l'Amitié	Châlons-en-Champagne Merfy Reims	4	Hospitalisation complète
Marne	EPSMM	Châlons-en-Champagne Reims	2	Hospitalisation de jour
Marne	EPSMM	Châlons-en-Champagne	1	Hospitalisation de nuit
Marne	EPSMM	Reims	1	Service de placement familial thérapeutique
Marne	EPSMM	Châlons-en-Champagne Reims Vitry-le-François	3	Appartements thérapeutiques
Marne	Foyer l'Amitié	Reims	1	Centre de postcure psychiatrique

4.2. Psychiatrie infanto-juvénile

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Marne	EPSMM CHU	Reims Châlons-en-Champagne	2	Hospitalisation complète
Marne	EPSMM CHU	Epernay Reims Châlons-en-Champagne	3	Hospitalisation de jour
Marne	EPSMM CHU	Epernay Reims	2	Service de placement familial thérapeutique

5. Département de la Haute-Marne

5.1. Psychiatrie adultes

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Haute-Marne	CHHM	Chaumont Saint-Dizier	2	Hospitalisation complète
Haute-Marne	CHHM	Chaumont Langres Saint-Dizier	3	Hospitalisation de jour
Haute-Marne	CHHM	Chaumont Saint-Dizier	2	Hospitalisation de nuit
Haute-Marne	CHHM	Chaumont	1	Service de placement familial thérapeutique
Haute-Marne	CHHM	Saint-Dizier	1	Appartements thérapeutiques

5.2. Psychiatrie infanto-juvénile

Département	Titulaire de l'autorisation	Implantations	Nombre d'implantations	Type d'activité
Haute-Marne	CHHM	Saint-Dizier	1	Hospitalisation complète
Haute-Marne	CHHM	Chaumont Joinville Langres Saint-Dizier	4	Hospitalisation de jour
Haute-Marne	CHHM	Chaumont	1	Service de placement familial thérapeutique

Chapitre 7 : Indicateurs de suivi du volet psychiatrie du SROS-PRS

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence
Indicateurs relatifs à l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie	Répartition des moyens entre hospitalisation complète et extra-hospitalier (en pourcentage du budget de l'établissement consacré à l'hospitalisation complète dans le budget total « psychiatrie » issu du retraitement comptable) L'objectif de développement de l' « aller vers » en extrahospitalier fera l'objet d'une réflexion conjointe des acteurs de santé mentale et de l'ARS pour définir un ou des indicateurs adéquats. Nombre d'unités intersectorielles d'hospitalisation complète / Nombre total d'unités d'hospitalisation complète au sein de chaque établissement Nombre de lits par unité d'hospitalisation complète en psychiatrie Origine géographique des patients hospitalisés dans les unités intersectorielles Délai d'obtention d'un premier rendez-vous en CMP <u>Activité</u> : Nombre de journées (hospitalisation complète) : - en psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) - en psychiatrie générale Nombre de venues (hospitalisation à temps partiel) : - en psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) - en psychiatrie générale	Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie	Annuelle
Indicateurs relatifs à la prise en charge des urgences psychiatriques	Part des patients relevant du niveau « P » de la CCMU dans les passages aux urgences Nombre total d'hospitalisations en unité d'accueil des urgences psychiatriques : - dont moins de 18 ans - dont + de 80 ans Durée moyenne de séjour au sein des unités d'accueil des urgences psychiatriques	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie disposant d'une unité de 72 heures	Annuelle
	Taux de fréquentation des urgences psychiatriques pour 1000 habitants	ARS	

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence
Indicateurs relatifs à la prise en charge des enfants et des adolescents	Nombre de patients hospitalisés en pédiatrie pris en charge en pédopsychiatrie, pour raisons psychiatriques (nombre d'enfants hospitalisés en service de pédiatrie avec un diagnostic principal CIM 10 commençant par F) Nombre d'enfants et d'adolescents pris en charge en hospitalisation complète au sein des établissements de santé disposant d'une autorisation d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile Durée moyenne des hospitalisations complètes en pédiatrie et en psychiatrie infanto-juvénile	Etablissements de santé disposant d'un service de pédiatrie Etablissements publics de santé mentale	Annuelle
Indicateurs relatifs à la prise en charge des personnes âgées	Nombre de personnes âgées de + de 80 ans prises en charge aux urgences pour motifs psychiatriques	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie et disposant d'une unité de 72h	Annuelle
	Taux de prise en charge des personnes âgées de + de 80 ans : - en hospitalisation complète - en alternatives à l'hospitalisation complète Capacités d'hospitalisation complète dédiées à la prise en charge de personnes âgées et durée moyenne des hospitalisations complètes qui y sont réalisées	Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie	
	Composition (effectifs et ETP) de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie File active suivie par l'équipe mobile de gérontopsychiatrie Zones géographiques couvertes par les équipes mobiles de géronto-psychiatrie Répartition par lieux d'intervention des interventions des équipes de secteur (lorsque leurs interventions relèvent de la gérontopsychiatrie) et des équipes mobiles de gérontopsychiatrie. Seront notamment distinguées les interventions à domicile et celles assurées dans des structures d'hébergement pour personnes âgées		

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence
Indicateurs relatifs à la prise en charge des conduites addictives	Nombre de lits dédiés : - aux sevrages simples - aux sevrages complexes	Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie	Annuelle
Indicateur relatif aux prises en charge au long cours	Nombre et part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'an Capacités d'hospitalisation complète dédiées à la prise en charge de personnes atteintes d'affections de longue durée. Intersectorisation de ces capacités d'hospitalisation : □ oui □ non	Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie	Annuelle
Indicateurs relatifs à la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	Nombre de demandes de soins sans consentement levées au cours de la période d'observation de 72h / Nombre total d'admissions en soins sans consentement : - au sein des unités intersectorielles d'accueil des urgences psychiatriques - au sein des établissements de santé chargés d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement Nombre d'ordonnances de JLD prononcées pour des mainlevées : - au-delà de 15 jours - au-delà de 6 mois - au-delà d'un an	Etablissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence Etablissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie	Annuelle
	Taux d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement par département et par territoire de santé	ARS	
Indicateurs relatifs à la prise en charge des malades difficiles	Répartition par origine géographique des patients pris en charge à l'UMD	Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne	Annuelle

<table>
<tr><th colspan="2">Indicateurs</th><th>Responsable du recueil</th><th>Fréquence</th></tr>
<tr><td>Indicateurs relatifs à la prise en charge des personnes en situation de précarité</td><td>Composition (effectifs et ETP) de l’équipe mobile psychiatrie précarité

Nombre et descriptif des interventions de l’équipe mobile psychiatrie précarité en termes :
- d’actions de sensibilisation, de formation et/ou d’accompagnement des professionnels des établissements et structures sociales en matière de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ;
- d’initiation de prises en charge psychiatriques de personnes hébergées dans ces structures.</td><td>Etablissements de santé autorisés à l’activité de psychiatrie</td><td>Annuelle</td></tr>
<tr><td>Indicateurs relatifs à la prise en charge des personnes détenues</td><td colspan="3">Cf. volet « Soins aux personnes détenues » du SROS-PRS</td></tr>
<tr><td>Indicateurs relatifs aux professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale</td><td>Effectifs médicaux

Psychiatres
Nombre de psychiatres qualifiés
Nombre d’ETP de psychiatres qualifiés
Nombre de postes vacants de psychiatres

Pédopsychiatres
Nombre de pédopsychiatres qualifiés
Nombre d’ETP de pédopsychiatres qualifiés
Nombre de postes vacants de pédopsychiatres

Nombre de postes d’assistants partagés au sein de l’établissement (effectifs et ETP)

Relations avec les médecins généralistes

Nombre d’internes en médecine générale accueillis en stage dans les établissements de santé autorisés à l’activité de psychiatrie

Rôle des infirmiers en psychiatrie

Existence d’une procédure d’accueil en CMP par du personnel infirmier</td><td>Etablissements de santé autorisés à l’activité de psychiatrie</td><td>Annuelle</td></tr>
</table>

Indicateurs		Responsable du recueil	Fréquence
Indicateurs relatifs aux professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale (suite)	**Accueil des nouveaux arrivants** Existence d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivants (en lien avec le critère 3b de la V2010 de la certification des établissements de santé). **Relations avec les professionnels et structures des différents champs** Nombre et descriptif des actions menées par les établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie en termes : - d'information des autres professionnels (dont les médecins généralistes) et structures intervenant dans le champ de la santé mentale ; - de formation, accompagnement, soutien des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux.		

Glossaire

CAMSP : Centre d'Accueil Médico-Social Précoce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHHM : Centre Hospitalier de la Haute-Marne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRA : Centre Régionale de l'Autisme

CRDS : Cellule Régionale de Défense et de Sécurité

CRIAVS : Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

CSP : Code de la Santé Publique

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DGS : Direction Générale de la Santé

DU : Diplôme d'Université

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

EMIG : Equipe Mobiles d'Intervention Gériatrique

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

EPSMA : Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube

EPSMM : Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire / des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TED : Troubles Envahissants du Développement

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UCSA : Unité de Consultation de Soins en Ambulatoire

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

VAGUSAN ; Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires