



AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION
DE RHÔNE-ALPES

Schéma régional d'organisation sanitaire

Période 2006-2010

Révision

Avril 2008



ARRETE 2008-RA-335

relatif au schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes,

Vu le code de la santé publique et notamment le livre I^{er} de la sixième partie,

Vu la convention constitutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes en date du 31 décembre 1996 ;

Vu l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes n° 2005-RA-116 en date du 27 mai 2005 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Rhône-Alpes, modifié par l'arrêté n° 2008-RA-299 en date du 27 mars 2008 et l'arrêté n° 2008-RA-326 en date du 21 avril 2008 ;

Vu l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes n° 2006-RA-51, en date du 20 février 2006 relatif au schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes ;

Vu les avis émis par les conférences sanitaires pour le :

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| - bassin hospitalier n° 1 | - Bourg-en-Bresse : | le 26 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 2 | - Valence : | le 08 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 3 | - Montélimar : | le 08 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 4 | - Grenoble : | le 04 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 5 | - Roanne : | le 29 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 6 | - Saint-Etienne : | le 08 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 7 | - Villefranche-sur-Saône : | le 12 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 8 | - Lyon Est : | le 04 mars 2008, |
| - bassin hospitalier n° 9 | - Lyon Centre et Nord : | le 25 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 10 | - Lyon Sud et Ouest : | le 14 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 11 | - Chambéry : | le 11 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 12 | - Annecy : | le 08 février 2008, |
| - bassin hospitalier n° 13 | - Haute-Savoie Nord : | le 08 février 2008 ; |

Vu l'avis émis par le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale le 20 mars 2008 ;

Vu l'avis émis par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, lors de sa séance du 9 avril 2008 ;

Arrête

Article 1

Le schéma régional d'organisation sanitaire et ses annexes pour Rhône-Alpes, pour la période 2006-2010, sont révisés, tels qu'ils figurent dans le document joint.

Article 2

Le présent arrêté est susceptible d'un recours hiérarchique auprès du Ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3

Le présent arrêté sera publié avec l'intégralité des documents composant la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et de son annexe au recueil des actes administratifs de la région, et seul au recueil des actes administratifs des départements de Rhône-Alpes.

Il pourra être consulté avec l'intégralité des documents au siège de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes, ainsi que sur le site internet de l'agence (<http://rhone-alpes.parhtage.sante.fr>).

Article 4

Chaque composante de l'ARH de Rhône-Alpes est chargée de l'exécution du présent arrêté, et notamment le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 30 avril 2008

Le directeur de l'agence régionale
de l'hospitalisation de Rhône-Alpes,

Jean-Louis BONNET

SOMMAIRE

Introduction	3
Les orientations stratégiques	5
Les thématiques :	
Urgences et transports sanitaires	15
Réanimation pédiatrique	29
Imagerie	37
Cancérologie	65
Personnes âgées : les USLD	85
Lutte contre la douleur	105
Soins palliatifs	127
Addictologie	149
L'évaluation	177
Annexe : les objectifs quantifiés	179
Methodologies	181
Implantations et volumes	195

INTRODUCTION

La nécessité de procéder à une révision du schéma arrêté au mois de février 2006 s'impose déjà, d'une part en raison de la parution de nouveaux textes nationaux pour certaines activités de soins ; d'autre part, par l'obsolescence d'une partie importante des objectifs quantifiés déterminés au moment de l'élaboration du schéma sur des données anciennes, essentiellement de 2002-2003 ; enfin, du fait de l'intérêt de préparer la refonte des projets médicaux de territoire sur une base actualisée.

L'ampleur d'une révision exhaustive conduit cependant à procéder en deux phases successives. La seconde, qui sera mise en œuvre dès 2008, devrait bénéficier, par ailleurs, de la parution effective ou annoncée de nombreux textes relatifs à l'assistance médicale à la procréation, à la cardiologie interventionnelle, aux SSR, à la médecine et à la chirurgie, etc. Si l'on examine les éléments qui imposent dès maintenant une refonte partielle du schéma actuel, on peut mettre en avant les éléments qui suivent :

- **les urgences** : les décrets du 22 mai 2006 introduisent un certain nombre de modifications, en particulier sur la mise en place des réseaux de prise en charge de l'urgence, sur l'implantation de plateaux techniques spécialisés ou sur le nombre minimum de passages devant être pris en compte, sans parler de l'adaptation de la terminologie ;
- **la réanimation pédiatrique** : les décrets du 24 janvier 2006, ainsi que la circulaire du 8 septembre 2006, ont donné le cadre d'organisation de cette activité, distincte de la réanimation polyvalente, qui garantit la qualité des soins pédiatriques les plus lourds ;
- **l'imagerie** : la raréfaction de professionnels dans le secteur public doit conduire à accélérer la mise au point d'une organisation des plateaux techniques et des permanences qui permettent d'assurer la continuité des soins dans le secteur public, de plus en plus fragilisé, en étroite collaboration avec les acteurs privés et dans le respect de l'équilibre privé/public. Le développement de la télémédecine constitue une opportunité technique qui doit être favorisé pour conforter cette nouvelle organisation ;
- **la cancérologie** : attendus depuis longtemps, la cancérologie a été l'objet le 21 mars 2007 de textes réglementaires destinés à en préciser l'organisation dans le droit fil de la circulaire du 22 février 2005, avec la mise en place de critères de qualité, de seuils minimaux d'activité, de nouvelles modalités d'autorisation. Il convenait de prendre en compte l'ensemble de ces éléments qui renouvelle profondément l'organisation de la discipline.

Au-delà de ces thématiques spécifiques, une réflexion transversale sur la problématique du vieillissement de la population doit être poursuivie, dans le droit fil du SROS 3, dans la mesure où elle conditionne en grande partie les évolutions à venir dans le domaine sanitaire. Un groupe de réflexion stratégique a été chargé de définir ce que pourront être les réponses à ce défi dans les années à venir ainsi que les incidences à prendre en compte dans les grands domaines d'activité sanitaires, préparant de fait le SROS 4. Dans le cadre de la première phase, il s'est penché sur l'organisation envisageable en termes de **soins de longue durée** redéfinis.

Par ailleurs, une démarche de révision et d'actualisation du volet **Soins palliatifs** a été menée, à laquelle il est paru souhaitable d'ajouter un nouveau volet uniquement consacré à la **Lutte contre la douleur**.

Enfin, une révision des volumes propres aux objectifs quantifiés a été conduite, afin de tenir compte des évolutions constatées depuis 2005 au sein des différentes disciplines.

Il est certain qu'au-delà d'un simple toilettage, la première phase de révision du schéma amène la modification des règles d'organisations d'un certain nombre de disciplines. Pour mieux situer ces évolutions, il est utile de préciser en préambule **les orientations stratégiques** qui constituent le cadre de la révision et, au-delà, du schéma actuel.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La révision du SROS 3 s'inscrit clairement dans la suite du schéma arrêté le 20 février 2006. Les principes qui caractérisent ce dernier : sécurité, efficacité, continuité, accessibilité, en un mot "qualité des soins", se retrouvent tout au long des 8 volets qui constituent, avec l'actualisation des objectifs quantifiés, la révision. Cette dernière prolonge au demeurant l'approche thématique de l'organisation des soins, qui est la principale caractéristique du schéma élaboré voilà bientôt deux ans. Cette approche qui privilégie une logique de disciplines médicales rend plus difficile une vision intégrée et dynamique de l'organisation sanitaire, malgré la présence dans le schéma initial d'une première partie d'ordre général.

Cette démarche, qui favorise nécessairement les aspects techniques, se distingue de celles qui avaient été mises en œuvre à l'occasion des deux schémas précédents. Ceux-ci avaient, en partie, proposé une vision plus globale de l'offre de soins, avec l'affichage d'orientations stratégiques donnant une meilleure lisibilité à l'action qu'entendaient mener les autorités en charge de la politique hospitalière régionale.

Il est apparu souhaitable, à l'occasion de la révision du SROS 3, de donner au schéma en cours une dimension stratégique plus affirmée, et ainsi de procurer une plus grande visibilité à l'action que mène l'agence.

Dans ce but, seront successivement abordés :

- le contexte dans lequel la démarche de l'agence prend place,
- les enjeux sanitaires qui s'imposent à elle,
- et, enfin, au vu des deux premiers points, les objectifs qu'elle entend atteindre.

1. Un contexte en forte évolution, amenant les établissements de santé à une adaptation constante

Le contexte actuel se caractérise par une évolution forte et rapide des différents facteurs qui constituent l'environnement des structures de soins.

Les établissements sanitaires, qui consomment une partie importante des ressources consacrées par la collectivité aux dépenses de santé¹, ont ainsi dû s'adapter ces dernières décennies à de très nombreux changements, comme peu de services d'intérêt collectif ont eu à le faire.

▪ Adaptation à l'épidémiologie et aux nouvelles technologies

On peut à ce sujet évoquer prioritairement les transformations résultant des évolutions liées à l'épidémiologie : progression continue des cas de cancer, émergence de nouvelles pandémies (effectives -le SIDA en est la meilleure illustration- ou potentielles -maladies à prion, grippe aviaire), allongement de la durée de vie, accompagnée du vieillissement inéluctable de la population, évolution de la traumatologie liée à des comportements plus responsables sur route.

¹ 45,4 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2007 (dépenses prévisionnelles). Source : ministère de la Santé, mission T2A.

On doit aussi mentionner l'impact des techniques médicales : essor de l'anesthésie locorégionale, diffusion de l'endoscopie modifiant en profondeur les modes opératoires, développement des greffes d'organes, mise en œuvre de nouveaux outils diagnostics en imagerie, apparition de nouvelles molécules actives, de la thérapie cellulaire. Il faut également relever, du point de vue de la santé publique, la montée des pathologies chroniques et dégénératives (insuffisance rénale chronique, diabète, cancer, affections cardiaques, etc.) requérant des modes de prise en charge largement extrahospitaliers, avec en parallèle une réduction très importante des durées des séjours hospitaliers pour les affections aiguës.

▪ **Adaptation du régime juridique et financier**

On peut aussi penser à la capacité du monde hospitalier à prendre en compte les réformes impulsées par le législateur, depuis près de quarante ans. Plus près de nous, les ordonnances d'avril 1996 sont la première tentative de régionalisation de la santé, avec la création des ARH, des URCAM et des URML. Pour sa part, l'ordonnance du 4 septembre 2003, de simplification de l'organisation sanitaire, fixe de nouvelles règles à l'organisation sanitaire et donne un nouveau contenu aux schémas d'organisation sanitaire. On est ainsi successivement passé d'une offre peu administrée, à un système d'encadrement strict par des indices nationaux, à, en dernier lieu, une régulation basée sur des besoins identifiés et la prise en compte de l'activité réelle.

Les modes de financement ont logiquement suivis ces différentes étapes de modernisation de l'outil hospitalier :

- d'abord, le prix de journée, réponse financière adaptée à une époque où la médecine, en l'absence de véritables plateaux techniques, avait besoin de temps pour poser un diagnostic et mettre en œuvre un traitement ;
- ensuite, la dotation globale, expression de la volonté, au vu d'une progression des déficits du dispositif de protection sociale, d'une allocation maîtrisée des ressources pour toutes les structures participant au service public, sans véritable prise en compte des besoins locaux et des compétences effectivement mises en œuvre ;
- enfin, la tarification à l'activité, démarche ambitieuse tendant à rémunérer à son juste prix l'activité², ressource désormais dépendante des seules caractéristiques des services offerts, tout en sauvegardant, à travers les missions d'intérêt général, les missions de santé publique³.

On peut ainsi observer un rapprochement significatif des règles tarifaires applicables aux secteurs public, PSPH⁴ et privé, qui contribuent, chacun avec ses spécificités, à répondre aux besoins de santé et à la nécessaire continuité des soins. Cette dernière, au-delà des activités habituelle d'hospitalisation, concerne également les équipements matériels lourds, pour lesquels chaque secteur est amené à contribuer à la permanence.

² L'établissement est rémunéré en fonction des performances moyennes des autres et a donc pour objectif de produire son activité de soin à un coût inférieur ou égal à la tarification et donc au coût moyen qui la fonde.

³ Principalement à travers les missions d'intérêt général et d'action contractuelle.

⁴ Participant au service public.

▪ **Adaptation aux évolutions sociales**

Au-delà de ces incitations spécifiques, les structures de soins ont été également marquées par les évolutions de société. La réduction du temps de travail a eu un impact majeur sur l'organisation hospitalière, caractérisée par son fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. De même, la modification progressive de la relation soignant/soigné, avec le souci permanent de la prise en compte des aspects médico-légaux, conduit à l'évolution de l'exercice médical. Au-delà des excès d'une véritable "réversibilité des mérites"⁵, on doit relever que la participation pleine et entière des usagers à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de soins, favorisée par la loi du 4 mars 2002⁶, a permis de véritables progrès dans le sens d'une meilleure adaptation des structures et des pratiques aux besoins des patients.

Ainsi, l'organisation hospitalière soumise à des évolutions successives a constamment été en mouvement.

2. Des enjeux renouvelés, nécessitant une meilleure prise en compte

Ce rappel du contexte ne doit cependant pas cacher une situation sanitaire actuelle en demi-teinte, en Rhône-Alpes, comme ailleurs en France. Si l'on peut penser que la demande de soins progresse, la réponse qui lui est apportée révèle une attention encore insuffisante aux problèmes liés à la personne âgée vieillissante, ainsi qu'un déséquilibre notable entre le curatif et le préventif. Fragilisant cette réponse, la démographie médicale est elle-même devenue problématique. Parallèlement, les établissements de santé apparaissent de plus en plus dépendant de leur environnement. Enfin, les infrastructures hospitalières, largement héritées de l'histoire, ne correspondent plus nécessairement tant aux normes de sécurité ou de qualité qu'à une allocation des ressources efficiente.

▪ **Mieux prendre en compte les besoins de soins**

Le besoin de soins, auquel toute politique hospitalière a vocation à répondre, est un facteur difficile à objectiver. Si l'on peut considérer que le volume de services attendu repose sur l'âge, le sexe, le niveau de revenu et le degré de précarisation d'une population, on doit reconnaître que le besoin exprimé n'a pas toujours de lien direct avec l'état de santé effectif.

Chaque territoire présente cependant des caractéristiques spécifiques qu'il est essentiel de prendre en compte pour déterminer une politique sanitaire. Une caractéristique commune tend toutefois à se dégager: l'accroissement de la part de la population de plus de 75 ans porteuse de plusieurs pathologies, dont l'une au moins conduit à une réduction significative de son degré d'autonomie. Il est clair que le vieillissement sera le cœur de métier des établissements de santé de demain, avec son corollaire la prise en charge de la dépendance⁷.

⁵ Cf. l'arrêt Hedreul de la Cour de cassation, chambre civile, du 25 février 1997, qui renverse au détriment du médecin traitant la charge de la preuve d'une bonne information.

⁶ Spécialement par son titre II : "Démocratie sanitaire".

⁷ En Rhône-Alpes, les personnes de plus de 75 ans progresseront d'ici 2010 de 35 % au regard de 2000, voire 47 % pour le bassin d'Annecy ou 39 % pour celui de Villefranche-sur-Saône.

Malgré les progrès enregistrés, la montée du vieillissement n'est qu'imparfaitement compensée par le renforcement du taux d'équipement⁸. Ce constat n'est donc pas encore pris en compte comme il devrait l'être. Pourtant, c'est là un véritable défi que l'évolution démographique adresse à notre système de soins.

- **Donner une place à la prévention**

La place du soin est relativement marginale dans l'augmentation de l'espérance de vie (indicateur de synthèse sommaire, mais commode, sur l'état de santé). Les facteurs essentiels en sont l'hygiène, l'environnement, l'éducation et la prévention.

L'augmentation des dépenses de santé est cependant consacrée massivement aux soins, avec une médicalisation croissante des prises en charge (la naissance en est une bonne illustration). Bien plus, les dépenses de prévention restent limitées en France à un faible pourcentage des dépenses de santé⁹. Il est vrai toutefois que les professionnels hospitaliers consacrent de fait une part difficilement évaluable de leur activité à faire de la prévention.

- **Tenir compte des évolutions propres à la démographie médicale**

Face à la progression des besoins de soins, on assiste en outre aujourd'hui à une évolution des démographies professionnelles préoccupante. Contrairement à certains messages alarmistes, il est vrai qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France : le nombre de médecins exerçant dans notre pays était de 45.000 en 1960, il était passé à 200.000 en 2003... Au vu de cette progression, les difficultés annoncées doivent donc être relativisées : en 2012, la densité médicale au plan national devrait être de 300 praticiens pour 100.000 habitants et en 2025 de 280 pour 100.000, soit un niveau proche de celui des années 1980. En Rhône-Alpes, les chiffres sont même plus favorables en raison de l'attractivité de la région et de départs en inactivité plus tardifs¹⁰. Ces éléments devraient permettre une stabilisation de la densité médicale dans notre région.

Cette hypothèse séduisante repose toutefois sur des postulats aléatoires sur le moyen terme.

La question n'est pas tant en effet celle des effectifs que celle de leur répartition : répartition sur le territoire (zones rurales/zones urbaines, zones urbaines difficiles/banlieues aisées), entre spécialités, entre secteurs d'activité (libéral et salarié, hospitalier ou non)¹¹. De véritables difficultés, déjà perceptibles, existent à ces trois niveaux, qui nécessitent autant qu'il est possible, des actions correctrices. On peut l'illustrer par les problèmes croissants de recrutement des imageurs publics (des centres hospitaliers de taille de plus en plus importante se retrouvent avec une part importante de leur effectif vacante en termes statutaires) ou des psychiatres en secteur public.

⁸ De 2003 à 2005 le taux d'équipement (EHPAD, Logements-foyers, USLD, Accueils temporaires, autres) est passé de 154,6 à 147,4 lits et places pour 1.000 personnes de 75 ans ou plus.

⁹ Cf. Ministère de la santé et des solidarités, DRESS, Etudes et résultats, n° 504, juillet 2006 : Pour l'année 2002, l'ensemble des dépenses de prévention (y compris les actes ou soins préventifs identifiés réalisés par les professionnels de santé) représente 6,4 % des dépenses de santé.

¹⁰ En Rhône-Alpes, la densité s'est accrue entre 2000 et 2004 pour atteindre 331 praticiens pour 100.000 habitants (162 généralistes et 169 spécialistes). D'ici 2010, les effectifs médicaux pourraient connaître entre 1 et 8 % de progression.

¹¹ Cf. rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, et J.P. André et I. Richard, la Crise de la démographie médicale : une illusion ?, Esprit, janvier 2007.

- **Pallier à la segmentation de l'organisation de l'offre sanitaire et sociale**

L'autre observation porte sur l'extrême segmentation de l'organisation des institutions qui concourent aux soins. La santé concerne tellement de niveaux différents (Etat, assurance maladie, régions, départements, municipalités, complémentaires santé) qu'il est difficile d'en assurer un pilotage global, alors pourtant que l'articulation des différents acteurs est indispensable.

La dépendance de plus en plus grande des structures de soins par rapport à leur environnement, que ce soit en aval ou en amont de leur activité, conforte cette analyse.

En amont, la mutation très rapide des pratiques de garde des médecins de ville a conduit à transférer vers les établissements de soins des flux de patients qui ont pu y trouver un accueil permanent de jour et de nuit, 7 jours sur 7. Cette pression a conduit à un renforcement en quelques années des moyens propres à l'urgence hospitalière. Ce renforcement nécessaire n'a cependant pas permis de pallier aux défaillances de la prévention des situations de crise (tout particulièrement pour les personnes âgées) et n'a pas encore permis de définir clairement et de façon complémentaire les rôles respectifs des acteurs libéraux, éventuellement regroupés, et des structures hospitalières, dans le domaine de l'urgence.

En aval, l'absence de structuration satisfaisante des prises en charge qui suivent le diagnostic et les soins aigus¹², qu'elles soient internes à l'établissement hospitalier ou externes (retour à domicile, accès aux SSR, aux USLD), ainsi que le déficit de coordination des divers intervenants, ont conduit à la saturation périodique de services hospitaliers ne disposant pas des filières de sortie adaptées à l'état de leurs patients (là encore principalement des personnes âgées dépendantes). Les efforts d'adaptation menés avec la création d'unités d'hébergement de courte durée, de services de court séjour gériatrique (près de 400 lits disponibles en Rhône-Alpes, avec cependant un taux pour 1.000 personnes de plus de 75 ans inférieur à la moyenne nationale¹³) ou d'unités de SSR (création de 325 lits ces dernières années en Rhône-Alpes) sont de fait ruinés par l'impossibilité d'accéder dans des délais raisonnables à des structures adaptées pour la prise en charge de la dépendance. Par ailleurs, les soins de suite et de rééducation doivent évoluer vers une plus grande spécialisation et un plus grand recours à l'ambulatoire.

Il est clair que toute amélioration de la situation postule une prise en compte coordonnée de l'ensemble des acteurs, les établissements de santé devant s'insérer dans des parcours de soins dont ils sont l'un des principaux maillons, mais non le seul.

- **Veiller au respect de la qualité et de l'efficacité des soins**

En dernier lieu, on doit constater une relative dispersion de l'implantation de certaines activités hospitalières. Les exigences actuelles de sécurité et de qualité, dont le principe de précaution est la meilleure expression, imposent une masse critique suffisante pour l'exercice de certaines disciplines, tant en nombre de praticiens qu'en nombre d'actes réalisés. Face à cette réalité, la dispersion de l'offre hospitalière reste encore grande.

¹² A l'exception notable de l'organisation progressivement mise en place en précurseur par certains établissements.

¹³ Taux d'équipement en court séjour gériatrique de 0,87/1.000 personnes de + 75 ans, pour un taux national de 1,10 (Bilan national de la mise en œuvre de la filière de soins gériatriques au 31/12/2006, Ministère chargé de la santé).

Si la place des 3 CHU et du centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) dans notre région doit être confirmée en termes de production de soins¹⁴ (46 %), en revanche, les établissements référents se caractérisent par une part relativement faible de la production hospitalière : 21 % contre 33 % assurés par des établissements de plus petite taille.

Cette situation, conforme à la relative dispersion de l'offre régionale, est confortée par les chiffres nationaux qui montrent qu'en moyenne les CHU/CRLCC assurent 41 % de la production hospitalière, les centres référents 30 % et les plus petits établissements 29 %.

La relative faible taille des plus grands centres hospitaliers en région (aucun ne dépasse les 100 millions d'euros de production médicale) en comparaison d'autres centres hospitaliers français montre le poids des établissements non référents. L'ouverture d'établissements neufs comme à Annecy ou à Annemasse, la modernisation continue de structures comme à Chambéry ou Valence posent la question de l'évolution des établissements périphériques à ces structures. A contrario, on mesure mieux le défi à relever par des centres hospitaliers de taille moyenne comme les hôpitaux reconstruits d'Oyonnax ou de Bourgoin-Jallieu aux portes, d'un côté, de Bourg-en-Bresse, de l'autre, de Lyon.

Parallèlement, le secteur privé, qui ne répond pas aux mêmes contraintes, se caractérise par un niveau plus élevé de concentration.

3. Les objectifs stratégiques du SROS révisé

L'analyse rapide menée ci-dessus amène à privilégier quatre objectifs principaux, destinés à sous-tendre, au-delà des volets thématiques qui suivent, la politique de l'agence. Le premier correspond au développement d'une structuration territoriale de l'offre de soins, la mieux à même de répondre à la plupart des enjeux évoqués. Cette structuration constitue un enjeu majeur des SROS. C'est logiquement le projet médical de territoire qui doit permettre la traduction opérationnelle de cette démarche.

Le second doit s'attacher à promouvoir, conformément aux récentes orientations nationales, l'organisation des soins aux personnes âgées, priorité de santé publique qui va aller en s'amplifiant au fil des années.

Le troisième porte sur la nécessaire mise en œuvre d'une coordination étroite de l'ensemble des acteurs de santé, dans une relation équilibrée où aucun partenaire n'imposera seul ses seules vues. Demain, les établissements de santé, comme la médecine de ville et les secteurs médico-sociaux et sociaux, devront adapter leur organisation à de nouvelles modalités de prise en charge. Leur devenir dépendra clairement de leurs relations avec l'ensemble des autres acteurs impliqués dans la santé des populations d'un territoire donné.

Enfin, l'efficience doit être au cœur de l'ensemble de la politique hospitalière. Il s'agit de dépenser au mieux pour atteindre dans tous les cas le niveau optimum de résultats, c'est à dire le niveau de qualité des soins et de performance le plus élevé possible. Gros consommateur de ressources dans le domaine de la santé, les établissements de santé doivent justifier de façon transparente et continue leurs choix, de quelque niveau qu'il soit.

¹⁴ Au regard de la production médicale 2007.

▪ Une démarche territoriale volontariste

Le SROS 2006-2010 a donné à la notion de territoire un contenu et une force qu'elle n'avait pu acquérir jusqu'alors. Même si les projets médicaux de territoire ne sont pas formellement opposables, la réflexion lancée à leur sujet a permis, d'une part, une élaboration du schéma régional beaucoup plus proche des situations locales, d'autre part, la définition et la prise en compte d'orientations opérationnelles plus adaptées aux spécificités de chaque espace géographique. Aujourd'hui, il convient d'approfondir cette démarche en dépassant les éléments contenus dans l'annexe au SROS (partie de l'annexe consacrée à la structuration de l'offre) afin d'étoffer et préciser tant les orientations que les plans opérationnels, en les déclinant par territoire.

Depuis l'origine des projets d'établissement, la plupart des structures s'intéressent au territoire sur lequel elles sont implantées. Il s'agit aujourd'hui de leur donner un cadre d'action clair qui puisse être partagé par l'ensemble des autres acteurs.

Le but est d'assurer une organisation sanitaire territoriale qui permette d'un côté, là où elles se justifient, le maintien ou le développement d'activités de proximité, de l'autre, la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques. Il s'agit d'assurer partout une accessibilité de l'ensemble de la population à des soins de qualité, ainsi que de développer, aux côtés de l'organisation des soins, un véritable intérêt pour les actions de prévention susceptibles d'être conduites en milieu hospitalier.

La réflexion sur l'implantation, au sein d'un territoire, des plateaux techniques doit logiquement amener à privilégier les unités réellement utiles à l'organisation des soins. Leur implantation doit en effet garantir à la population l'accès à des équipes compétentes, en nombre suffisant, disponibles 24 heures sur 24, aptes à faire face aux situations d'urgence. Lorsque cela ne peut être le cas, le projet de territoire doit prévoir des dispositifs d'urgence permettant un transfert rapide et sécurisé, après évaluation et orientation.

La graduation des soins pose la question de la place et du rôle des CHU dans le projet de territoire. Centres d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, ils assurent également pour une grande partie de leurs activités des soins de proximité. S'ils sont, à ce titre, pleinement parties prenantes du projet, ils relèvent également d'une logique différente pour leurs autres activités. C'est alors dans un cadre régional, inter régional, voire national, que peuvent être définies leurs missions. Le SIOS¹⁵ et le conseil des CHU¹⁶ sont là pour permettre la fixation des principales orientations les concernant. Au-delà, une véritable intégration des fonctions hospitalo-universitaires développées en région s'impose sans doute afin d'obtenir la dimension européenne.

L'agence se doit, dans cette optique de priorisation des projets médicaux de territoire, de mettre à disposition des acteurs hospitaliers des outils d'élaboration de ces projets qui répondent à ces exigences.

Une approche de ce type conduit nécessairement à prioriser, au titre de la proximité, la prise en charge des personnes âgées.

¹⁵ Cf. le schéma inter régional d'organisation sanitaire Sud-Est arrêté le 31 octobre 2007.

¹⁶ Instance de concertation entre les 4 CHU de l'inter région Sud-Est, prévue par le SROS et présidée par les directeurs des ARH concernés.

- **Une priorité reconnue à la prise en charge de la personne âgée**

Les évolutions démographiques rappelées ci-dessus font de la prise en compte du vieillissement une priorité absolue. Non qu'il s'agisse de demander aux établissements de santé de traiter à eux-seul l'ensemble du phénomène. Au contraire, les établissements doivent organiser, tant que cela est possible, leur évitement, restituant à la vieillesse sa dimension de phénomène naturel relevant d'abord d'interventions de nature médico-sociale (maintien à domicile en tout premier lieu). Ils doivent ainsi favoriser, grâce au poids et aux compétences dont ils disposent sur leur zone, la rencontre de l'ensemble des partenaires concernés pour permettre la construction, à l'échelle du territoire, d'une véritable filière intégrée répondant aux besoins concrets des habitants, grâce aux ressources disponibles sur place ou susceptibles d'être développées. L'hôpital local peut jouer à ce titre, en qualité de centre de soins primaires, un rôle utile pour sa zone de proximité immédiate.

Pour leur part, les structures sanitaires doivent s'insérer, selon leur vocation et leur taille, dans le dispositif proprement sanitaire de prise en charge, offrant l'ensemble des éléments de la filière gériatrique. A défaut, elles doivent veiller à l'existence de cette gamme complète de réponses par convention avec d'autres partenaires. Au vu de l'analyse des besoins précédemment conduite, elles ne doivent pas hésiter (comme l'ont déjà fait certains établissements et non des moindres) à redéployer les moyens disponibles au bénéfice de la prise en charge gériatrique.

Cette volonté de traiter spécifiquement la prise en charge de la personne âgée nécessite une concertation approfondie. Pour que cette dernière soit légitime et reconnue comme telle par tous, l'implication de l'ensemble des acteurs de santé s'impose.

- **Une indispensable coordination des acteurs**

Comme il a déjà été indiqué, le monde de la santé souffre d'un cloisonnement des décideurs et des acteurs qui est un lourd handicap pour l'action publique. Au sein même d'un territoire, l'agence traite des structures de soins, l'Etat a la responsabilité de la santé publique (PRSP) et du secteur médico-social (PRIAC), les départements du secteur social et de la petite enfance, les villes favorisent les centres de santé, le conseil régional prend en compte les besoins de formation, les mutuelles animent des réseaux de prévention, de soins et de prises en charge de la dépendance. Le nombre d'acteurs impliqués rend difficile une politique d'ensemble.

Pourtant, dans la pratique, tous les professionnels savent qu'ils ne peuvent prendre en charge un patient qu'à la condition qu'existe une bonne coordination entre eux à l'échelle d'un territoire. Seul le niveau local peut être à même d'apporter plus de cohérence et donc d'efficacité. Cette prise en compte de l'ensemble des acteurs est par ailleurs la condition absolue du bon fonctionnement hospitalier.

Pour atteindre ce but, dans l'attente des réformes de fond qui au plan national permettront de réduire le cloisonnement existant, une association de tous les acteurs est indispensable dans le cadre du territoire. La conférence sanitaire de bassin en est le cadre naturel. Les équipes locales doivent cependant aller au-delà et impliquer dans la définition du projet tous ceux qui le souhaitent et qui peuvent apporter une contribution concrète à la résolution des problèmes rencontrés.

▪ L'efficience comme référence

Les établissements de santé représentant plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie, leur organisation et leur fonctionnement ne peuvent rester sanctuarisés. Les déficits persistants de notre dispositif de protection sociale imposent de soumettre l'ensemble des décisions en matière de santé au principe de l'efficience. Dans la mesure où l'on considère que quelque soit le niveau fixé des dépenses de santé des besoins insatisfaits subsistent, il devient nécessaire de dépenser mieux à défaut de dépenser toujours plus¹⁷.

On doit ainsi accepter de reconnaître que le système de soins peut être de qualité tout en étant inutilement coûteux. Il peut également être de qualité et économe, mais incapable d'évolution. Il peut aussi être innovant mais de faible qualité ou d'accès difficile. L'objectif est d'atteindre le meilleur rapport entre les ressources consacrées à une action et les résultats attendus pour l'état de santé de la population.

Pour juger de l'efficience, il faut donc que chaque dimension de l'activité du système de soins puisse être évaluée. La première condition est donc de disposer d'outils de mesure de la performance. L'évaluation du SROS et la l'élaboration des CPOM¹⁸ a permis d'avancer dans cette direction de façon significative par la mise à disposition de tous d'une série d'indicateurs définis de manière concertée. La tarification à l'activité, ainsi que la réorganisation des établissements de santé en pôle doivent permettre de connaître, par activité, les coûts au regard de la production de soins fournie.

L'une des dimensions de l'efficience est assez naturellement de veiller à l'équilibre des comptes des établissements. Dans un système de tarification à l'activité bientôt abouti, le déficit d'exploitation est l'indice d'une difficulté qui doit être résorbée dans les meilleurs délais, sauf à porter atteinte aux besoins de soins existants par ailleurs.

Elle se retrouve enfin dans la nécessaire adéquation de l'offre implantée dans un territoire, certes aux besoins existants, mais aussi aux normes de sécurité (souvent liées à un nombre minimum de patients traités) et de qualité, ainsi qu'à l'existence de praticiens en nombre et en compétence suffisants. Le maintien de certaines activités de court séjour ne peut se justifier, si des dispositifs de prise en charge et d'orientation permettent dans des délais acceptables de prendre en charge au sein d'autres centres présentant toutes les qualifications requises les patients du territoire considéré. Les moyens concernés peuvent alors être redéployés au bénéfice de besoins plus immédiats, tels que la prise en charge des conséquences du vieillissement.

Sur la base de ces quatre objectifs, la politique hospitalière en région devrait pouvoir d'ici 2011 contribuer à une réponse encore améliorée aux besoins.

La révision du schéma, dont une seconde phase débutera en 2008, donne ainsi l'opportunité, dans un cadre stratégique mieux défini, de préparer les mutations à venir et donc l'élaboration du SROS 4, susceptible d'aller plus avant encore dans la redéfinition du rôle des acteurs et de leurs modalités d'action.

¹⁷ Cf. P. Cunéo, Le système de soins confronté au principe d'efficience, ADSP, décembre 2000.

¹⁸ Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

URGENCES ET TRANSPORTS SANITAIRES

Sommaire

Introduction	19
1. Actualisation des références réglementaires	20
1.1. Nouvelles terminologies	20
1.2. Nouvelles modalités d'autorisation	20
2. Adaptation des objectifs	21
2.1. Recentrer les urgences hospitalières	21
2.1.1. Objectif opérationnel n° 1	21
2.1.2. Objectif opérationnel n° 2	22
2.2. Améliorer la régulation, l'accessibilité et la sécurité des transports sanitaires urgents	22
2.2.1. Objectif opérationnel n° 1	22
2.2.2. Objectif opérationnel n° 2	23
2.2.3. Objectif opérationnel n° 3	24
2.3. Promouvoir une prise en charge adaptée et de qualité des urgences	24
2.3.1. Objectif opérationnel n° 2	24
2.3.2. Objectif opérationnel n° 4	25
2.4. Mettre en place un réseau régional des urgences	26
Glossaire	28

Introduction

La prise en charge des urgences constitue un enjeu de première importance dans l'organisation des soins. Elle concerne l'ensemble de la population et représente de fait une priorité aux yeux des usagers dont le recours aux soins d'urgence a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie, avec toutefois une certaine stabilité plus récemment.

La révision du volet "Urgences et transport sanitaires" du SROS 3 a été rendue nécessaire par la parution des décrets n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 et de la circulaire DHOS/01 n°2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Ces textes sont complétés par des circulaires sur la permanence des soins pouvant avoir un impact sur les articulations "amont" du dispositif de soins, notamment la circulaire DHOS/01 n°2006/470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n°2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

L'ensemble de ces textes vise à mettre en place un dispositif cohérent et intégré de prise en charge, sans rupture de charge, conciliant proximité, sécurité et qualité.

Il conduit donc à définir un nouveau maillage du territoire régional, impliquant l'organisation de filières de prises en charge en fonction de la gradation des soins, avec la reconnaissance de l'accès direct à certains plateaux techniques spécialisés, tout en veillant à la présence d'une permanence des soins par grande spécialité et à l'accessibilité des patients au secteur 1 en tout point de la région.

Il crée à cette occasion un nouvel outil informatique au service des professionnels : le répertoire opérationnel des ressources, nécessairement partagé, qui a vocation à être interopérable au sein de Rhône-Alpes et avec les régions limitrophes.

Il contribue à associer les acteurs aux décisions par la mise en place d'une instance collégiale régionale, et d'un groupe de travail permanent au sein de chaque conférence sanitaire de bassin.

Il impulse une nouvelle dynamique de coopération à travers les réseaux des urgences destinés à se substituer aux relations bilatérales.

Enfin, au sein de chaque établissement, le signalement du non respect d'une règle établie ou de tout problème structurel préjudiciable à la prise en charge d'un patient est prévu afin qu'une analyse collective permette la prise de mesures correctives permettant d'aboutir à une prise en charge adaptée et de qualité.

Dans le nouveau cadre défini, la révision porte donc sur :

- l'actualisation des références réglementaires du texte,
- la définition des plateaux techniques spécialisés aux sens des articles R.6123-32-1 à 6 du code de la santé publique,
- le projet de réseau régional des urgences,
- les objectifs quantifiés par implantation.

1. Actualisation des références réglementaires

La publication de nouveaux textes réglementaires a modifié la terminologie applicable aux activités d'urgence. Elle aussi conduit à redéfinir les modalités d'autorisation.

1.1. Nouvelles terminologies

Conformément au décret n° 2006-576 du 22 mai 2006, relatif à la médecine d'urgence, les termes de service d'accueil des urgences (SAU), d'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), de pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU) n'ont plus cours et sont remplacés par les termes de structures des urgences (SU), ou, le cas échéant, structure des urgences pédiatriques (SUP). La gradation entre UPATOU et SAU disparaît donc.

1.2. Nouvelles modalités d'autorisation

L'activité organisée de soins de médecine d'urgence est désormais autorisée, selon trois modalités (article R 6123-1 du CSP) :

- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU - centre 15),
- la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation appelée "SMUR",
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Un établissement de santé peut être autorisé à prendre en charge de façon exclusive les enfants malades ou blessés dans une structure des urgences pédiatriques (article R.6123-7).

Une novation importante est introduite par le nouveau texte en fixant un seuil minimum d'activité, fixé par l'arrêté ministériel du 12 juillet 2006, nécessaire pour obtenir l'autorisation d'activité.

Toutefois, un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à ce seuil, peut être autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence, à condition qu'il participe à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité (art. R.6123-9).

Il est à souligner que les nouvelles dispositions ne s'appliquent pas aux établissements de santé qui accueillent en permanence des patients présentant des troubles mentaux (art. R.6123-10).

2. Adaptation des objectifs

Il apparaît nécessaire, au vu du nouveau dispositif introduit par les textes précédemment cités, d'adapter les objectifs généraux ou opérationnels qui avaient été fixés par le SROS 3.

Les objectifs généraux sont désormais au nombre de cinq :

- recentrer les urgences hospitalières vers la prise en charge des besoins de soins immédiats et urgents en articulation avec la permanence des soins ;
- améliorer la régulation, l'accessibilité et la sécurité des transports sanitaires urgents ;
- promouvoir une prise en charge adaptée et de qualité des urgences impliquant l'ensemble de la communauté hospitalière ;
- mettre en place un système d'information pertinent sur l'activité d'urgence (objectif inchangé) ;
- mettre en place un réseau régional des urgences ainsi qu'un répertoire opérationnel des ressources, comme prévu par la circulaire du 13 février 2007.

2.1. Recentrer les urgences hospitalières

Le recentrage des urgences vers la prise en charge des besoins de soins immédiats et urgents relevant d'une structure hospitalière d'urgence, en articulation avec la permanence des soins, apparaît toujours souhaitable. A ce titre, les deux premiers objectifs opérationnels du SROS 3 nécessitent une actualisation.

2.1.1. Objectif opérationnel n° 1

Mettre en place dans chaque département une régulation de médecins généralistes conjointe ou inter connectée avec la régulation des médecins spécialistes de l'urgence¹.

Cette régulation, si possible dans les locaux du SAMU - centre 15, doit être identifiée par le public, de préférence à travers un n° de téléphone à 10 chiffres, voire un numéro simplifié, le 3333, dédié "permanence des soins de ville".

Cette régulation permet de répondre aux soins qui ne nécessitent pas de recours à un plateau technique spécifique et qui relèvent d'une prise en charge en médecine libérale.

Compte tenu de l'augmentation du nombre des appels au SAMU - centre 15, cette régulation coordonnée devrait couvrir au moins les soirs de semaine et le week-end, dans tous les centres de régulation.

Elle peut être aussi organisée en dehors de ces périodes en lien avec le SAMU - centre 15 si l'activité de la régulation le justifie après validation par le CODAMUPS².

Cette régulation devra, à terme, être renforcée en priorité dans les CHU pour tendre vers une ligne individualisée 24 heures sur 24.

¹ Cf. décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003.

² Cf. décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 codifié dans le code de la santé publique article R.6315-3.

2.1.2. Objectif opérationnel n° 2

Impliquer l'ensemble des acteurs du bassin de santé dans l'amélioration de la réponse aux demandes de soins non programmés.

- favoriser le développement des maisons médicales de garde. Dans les zones disposant d'un établissement de santé, y compris les hôpitaux locaux, l'implantation de maisons médicales dans l'enceinte de l'établissement, chaque fois que possible, pourrait être encouragée. Ces maisons médicales ou toute autre structure de la permanence des soins, devront s'intégrer dans le réseau des urgences de leur territoire ;
- développer dans les établissements de santé les consultations hospitalières non programmées et faciliter l'accessibilité aux plateaux techniques en optimisant les plages horaires de fonctionnement ;
- faire proposer par les professionnels de l'urgence aux médecins généralistes qui le souhaitent, une offre de formation à la prise en charge des situations d'urgence ;
- privilégier les comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS) comme lieu d'échanges et de réflexion sur l'organisation des complémentarités entre l'aide médicale urgente et la permanence des soins.

L'objectif opérationnel n° 3, consacré à la réorientation des suites de soins en dehors du service des urgences (page 21 du SROS 3), reste inchangé.

2.2. Améliorer la régulation, l'accessibilité et la sécurité des transports sanitaires urgents

C'est toujours là un enjeu important du SROS 3 compte tenu des organisations territoriales et des filières à mettre en place par bassin de santé, des réorganisations et concentrations des plateaux techniques pour des raisons de sécurité et de qualité des soins. Les modifications intervenues dans le paysage sanitaire nécessitent de redéfinir les trois premiers objectifs opérationnels.

2.2.1. Objectif opérationnel n° 1

Mettre en place des conventions quadripartites impliquant les acteurs des urgences pré hospitalières.

Le SAMU - centre 15 s'appuie sur les acteurs et les moyens mobilisables en urgence.

La régulation implique la coordination des moyens SMUR avec le SDIS, les ambulanciers privés et les médecins libéraux. Cette complémentarité doit permettre de mobiliser les professionnels et moyens de transport les plus appropriés à l'état du patient, au vu des disponibilités géographiques.

Le centre de régulation doit garder contact, en toute circonstance, avec l'ensemble des partenaires institutionnels ; les structures concernées devraient pouvoir harmoniser et moderniser leurs réseaux de transmissions dédiés "santé".

En effet, le SAMU doit être informé de tout mouvement intervenant sur son territoire afin de jouer son rôle pivot de l'organisation de l'aide médicale urgente.

2.2.2. Objectif opérationnel n° 2

Favoriser l'orientation directe des patients vers les plateaux techniques ou lieux de conseils/ consultations les mieux adaptés à leur état :

Conformément à sa mission, le SAMU - centre 15 assure une écoute et une régulation médicale en orientant les patients vers la prise en charge la plus adaptée à leur état.

En particulier, l'admission directe et immédiate des patients présentant des pathologies spécifiques vers des plateaux techniques spécialisés disposant des compétences et des équipements requis doit être privilégiée.

Les plateaux techniques spécialisés, au sens des articles R.6123-32-1 à 6 du code de la santé publique :

- permettent d'assurer tous les jours, à tous moment (24 heures sur 24 et 365 jours sur 365),
- dans de brefs délais,
- de façon hautement spécialisée et permanente,
- la prise en charge directe de patients dont le pronostic vital ou fonctionnel est engagé.

Les activités ou équipements matériels lourds retenus en Rhône-Alpes sont les suivants :

- Neurochirurgie,
- Chirurgie cardiaque et vasculaire³,
- Grands brûlés (adultes et enfants),
- Réanimation pédiatrique,
- Plateaux de chirurgie néonatale,
- Réanimation,
- Médecine neurovasculaire,
- Cardiologie interventionnelle,
- Chirurgie de la main,
- Centre d'hospitalisation de recours en ophtalmologie,
- Caisson hyperbare.

La plupart de ces activités font l'objet de volets spécifiques du SROS ou du SIOS Sud-Est.

³ hors chirurgie périphérique.

Cette orientation nécessite l'identification préalable de ces plateaux techniques et de filières organisationnelles spécifiques (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien...) au titre des implantations, puis dans le contrat d'objectif et de moyens de chaque structure concernée et, enfin, dans le futur répertoire opérationnel des ressources (ROR).

2.2.3. Objectif opérationnel n° 3

Améliorer l'efficacité des SAMU-centre 15 autorisés de la région

Ces centres seront amenés à couvrir progressivement plusieurs bassins, avec du personnel et des moyens adéquats et spécifiques. Dans le cadre du futur réseau régional des urgences, des protocoles et des procédures devront être préalablement établis entre les centres 15 actuels pour définir l'organisation ainsi instituée et les modalités de sa mise en œuvre.

La mutualisation de la régulation pourra ne concerner que certaines plages horaires (la nuit par exemple), dans un premier temps.

Les objectifs opérationnels n° 4 "adapter les transports sanitaires" et n° 5 "mettre aux normes les aires de pose d'hélicoptères" (pages 22 et 23 du SROS 3) restent inchangés.

2.3. Promouvoir une prise en charge adaptée et de qualité des urgences

La promotion d'une prise en charge adaptée et de qualité des urgences impliquant l'ensemble de la communauté hospitalière apparaît toujours aussi importante.

La qualité de la prise en charge du patient lors de son admission aux urgences repose en effet sur un grand nombre de facteurs médicaux ou non, en particulier les modalités d'organisation.

Les objectifs opérationnels n° 1 «améliorer l'organisation de l'accueil et de l'orientation" et n° 3 «identifier une zone d'hospitalisation de courte durée" restent inchangés. En revanche, il apparaît souhaitable d'actualiser les objectifs 2 et 4.

2.3.1. Objectif opérationnel n° 2

Garantir une compétence aux urgences par la mise en place d'une organisation adaptée si nécessaire.

L'acquisition et le maintien de la compétence des équipes nécessitent une activité minimale.

Les structures autorisées dont l'activité d'accueil se situe en dessous de 10.000 premiers passages annuels⁴, sont incitées à organiser, dans le cadre du futur réseau régional des urgences, par convention avec un autre site d'urgence ou un autre établissement, des modalités de fonctionnement des équipes garantissant qualité et sécurité des soins.

⁴ Bien que l'arrêté du 12 juillet 2006 fixe le seuil à 8.000 passages, la préconisation de 10.000 premiers passages est confirmée.

Les établissements doivent pouvoir adapter les moyens des équipes des urgences mais aussi celles des plateaux techniques sollicités :

- aux variations d'activité au cours de l'année,
- aux plages horaires de plus forte activité au service des urgences.

Au sein d'un même bassin, ou si nécessaire en inter bassins pour l'agglomération lyonnaise, les services d'urgence fonctionneront ensemble dans le cadre du réseau régional des urgences, tel que prévu par la circulaire du 13 février 2007.

2.3.2. Objectif opérationnel n° 4

Favoriser l'intervention des spécialistes médicaux et des autres professionnels de l'établissement aux urgences.

L'organisation mise en place dans l'établissement de santé doit permettre, en tant que de besoin, dans les 24 heures suivant l'admission du patient en urgence :

- l'intervention aux urgences de spécialistes, d'équipes mobiles (gériatrie, addictologie...), de travailleurs sociaux,
- le recueil de l'avis spécialisé requis,
- l'adressage à une consultation spécialisée.

Tout établissement doit mettre en place des procédures écrites de repérage et d'orientation des difficultés d'ordre social, en partenariat avec les services et organismes dédiés.

Tout établissement doit mettre en place des procédures écrites de repérage et de protection contre les risques infectieux liés aux pathologies accueillies dans les services d'urgences, en lien avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement.

Tout établissement doit formaliser une organisation permettant, aux patients accueillis dans son service d'urgence et le nécessitant, d'accéder en moins de 30 minutes à des produits sanguins labiles (par convention ou dépôt propre).

Des études ont montré que les temps d'attente aux urgences étaient corrélés à la disponibilité du plateau technique.

Sur un territoire donné, l'optimisation de l'articulation des urgences avec les plateaux techniques doit être recherchée (cf. volet imagerie et télé médecine), en termes :

- de moyens,
- de disponibilité selon des formules à préciser au cas par cas,
- de formalisation des modalités de recours au plateau technique.

Pour atteindre cet objectif, les liens des structures d'urgence avec les plateaux techniques privés et les praticiens libéraux seront formalisés dans le cadre du réseau régional des urgences.

Par ailleurs, l'engagement de participer à l'astreinte d'imagerie au bénéfice des structures d'urgence, découlant de la mise en place de la charte de bassin pour l'imagerie (cf. volet Imagerie révisé), devra être confirmé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, sous forme de fiches objectifs "Coopération" entre les détenteurs de l'autorisation en imagerie concernés et les structures d'urgence, au niveau de chaque bassin de santé.

Enfin, il est prévu d'organiser une astreinte, si possible par bassin, pour les activités chirurgicales⁵.

2.4. Mettre en place un réseau régional des urgences

La finalité et les caractéristiques du réseau des urgences sont indiquées dans la circulaire du 13 février 2007.

En région Rhône-Alpes, ce réseau s'appuiera sur les réseaux déjà mis en place, notamment le réseau Nord alpin des urgences (RENAU) et le réseau cardiologie urgence (RESCUe).

L'organisation générale sera établie sur trois niveaux :

- niveau régional, fédératif ;
- niveau infra régional, en appui sur les réseaux déjà existants, à développer ou à créer ;
- niveau des territoires de santé, notamment bassins de santé.

Le réseau régional des urgences (RRU) englobera l'ensemble des niveaux indiqués ci-dessus. Une convention constitutive sera rédigée, permettant de définir le rôle de chacun. Une instance collégiale des urgences sera mise en place.

La mise en place et le bon fonctionnement du RRU devront améliorer les problèmes de fonctionnement des filières urgences, par exemple les urgences chez les personnes âgées, les urgences et la psychiatrie, les urgences et la pédiatrie, pour ne citer qu'une partie des problèmes existants.

Les liens du RRU avec l'offre de soins libérale, tel qu'il existe dans les réseaux RENAU et RESCUe, seront également maintenus et développés, sous forme de réseaux de santé complémentaires au réseau inter établissement tel qu'indiqué par la circulaire.

En même temps un répertoire opérationnel des ressources (ROR) sera mis en place, sous la forme d'un outil informatique simple à utiliser et mis à jour régulièrement. De même que pour les réseaux, la constitution du ROR se fera à partir des répertoires déjà existants (RENAU et RESCUe). Ce ROR comprendra obligatoirement les plateaux techniques spécialisés indiqués dans l'objectif opérationnel 2.2.2.

Les obligations des détenteurs d'autorisation, concernés par le fonctionnement du RRU, verront leurs engagements précisés en matière d'informations et de mises à jour à transmettre pour le bon fonctionnement du ROR, dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH.

⁵ cf. § 31 du volet "Chirurgie" du SROS 3.

Les structures hors du champ sanitaire hospitalier, concernées par le RRU, seront, en tant que de besoin, sollicitées pour en faire partie, au moins au niveau des territoires de santé. Parmi celles-ci, les maisons médicales de garde le seront prioritairement, notamment par l'ancrage qu'elles pourraient être amenées à constituer pour maintenir une permanence de soins libérale aussi structurée que possible.

Glossaire

AMU	aide médicale urgente
C(A)MU	capacité de médecine d'urgence
CCA	certificat de capacité d'ambulancier
CCNP	centre de consultation non programmé
CCMU	classification clinique des malades des urgences
CIM	classification internationale des maladies
CMU	couverture maladie universelle
CODAMUPS	comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins
CODIS	centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
CRAU	collège Rhône-Alpes des urgences
FAQSV	fond d'aide à la qualité des soins de ville
GEMSA	groupe d'étude multicentrique des services d'accueil (6 groupes)
HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
IDE	infirmier(e) diplômée d'état
IOA	infirmier(e) organisateur de l'accueil
MRIICE	mission régionale interdépartementale d'inspection de contrôle et d'évaluation
OQN	objectif quantifié national
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PMSI	programme de médicalisation du système d'information
POSU	pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
RENAU	réseau nord alpin des urgences
ROR	répertoire opérationnel des ressources
RPU	résumé de passage aux urgences
RRU	réseau régional des urgences
SAE	statistiques d'activité des établissements
SAU	service d'accueil des urgences
SAUV	salle d'accueil des urgences vitales
SDIS	service départemental d'incendie et de secours
SFAR	société française des anesthésistes réanimateurs
SFMU	société francophone des médecins d'urgence
SIGMED	système d'information et de gestion des personnels médicaux
SMUR	structure mobile d'urgence et de réanimation
SSU	secours et soins d'urgence
SU	structure d'urgence
SUP	structure d'urgence pédiatrique
TIH	transports inter hospitaliers
TIIH	transports infirmiers inter hospitaliers
UPATOU	unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences
ZSTCD	zone de surveillance de très courte durée

REANIMATION PEDIATRIQUE

Sommaire

Introduction	33
1. Etat des lieux	33
2. Objectifs	34
2.1. Objectifs opérationnels pour la réanimation pédiatrique	35
2.2. Objectifs opérationnels pour la surveillance continue pédiatrique isolée	35

Introduction

La publication des textes spécifiques à la réanimation et la surveillance continue pédiatriques¹ a conduit à prévoir dans le cadre de la révision du SROS 3 un volet "réanimation et soins continus pédiatriques", ne traitant pas, en revanche, des activités de chirurgie cardiaque ou de traitement des grands brûlés, déjà prises en compte par le schéma inter régional d'organisation sanitaire Sud-Est récemment publié.

Ces activités concernent la prise en charge des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans, hors nouveau-nés hospitalisés en maternité.

La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants traités par la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, par la chirurgie néonatale.

La surveillance continue pédiatrique a pour mission de prendre en charge les risques de défaillance d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthode de suppléance. La surveillance continue pédiatrique est médicale et chirurgicale.

L'activité ainsi que les structures de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique sont en règle générale séparées de celle des adultes, la transition se faisant progressivement à l'âge adolescent, c'est-à-dire entre 15 et 18 ans.

1. Etat des lieux

La Région Rhône-Alpes possède dans ses trois CHU, quatre services assurant "historiquement" une activité de réanimation pédiatrique avec une capacité totale de 30 lits installés. Seul le service du CHU de Saint-Etienne est couplé à une unité de surveillance continue pédiatrique.

Réa Péd. 2006	Grenoble	H. E. Herriot	Debrousse	Saint-Etienne *	Total
Lits	6	10	6 + 4 SC Péd.	4 + 4 SC Péd.	30
Entrées	404	488	511	358	1.761
Journées	1.746	2.839	2.116	2.333	9.034

* à Saint-Etienne passage de 4 à 8 lits en 2005 ; l'unité de 8 lits est mixte (4 lits réa + 4 lits SC non différenciés)

Le taux d'équipement est ainsi de 2,1 lits / 100.000 enfants (pour 1.402.397 enfants de moins de 18 ans en projection 2010), ce qui paraît convenable².

En 2006, ont été enregistrées 4.777 journées de ventilation assistée, invasive ou non, soit 53 % du total des journées, cette proportion témoignant d'une bonne adéquation des patients.

¹ Décrets n° 2006-72 et 2006-74 en date du 24 janvier 2006, correspondant désormais aux articles R.6123-33 à R.6123-34, R.6123-38-1 à R.6123-38-7, D.6124-27 à D.6124-34-5 du code de la santé publique, ainsi que circulaire DHOS/O/ n°2006 396 du 8 septembre 2006.

² Cf. Calculation of the Need for paediatric intensive care Beds, in Archives of Disease in Childhood, 1995, December, 73 (6), pp. 505-7.

Il est possible de rappeler que ces services sont en lien étroit avec les 29 services de pédiatrie médicale de la région (environ 59.000 hospitalisations complètes annuelles), les services de chirurgie, les services d'urgences, ainsi que le réseau des SAMU / SMUR.

Des gardes médicales spécifiques sont en place pour les deux unités du CHU de Lyon ; elles sont communes avec la réanimation néonatale à Saint-Etienne et à Grenoble (où une individualisation est prévue lors de l'installation dans le futur l'hôpital Couple - Enfant). Toutes les sur-spécialités sont disponibles à des degrés divers dans les trois CHU, avec toutefois à Lyon des équipes généralement plus étoffées, notamment en biologie spécialisée.

Les unités existantes apparaissent en première analyse convenablement pourvues, à la date d'élaboration du volet, en personnel infirmier (sous réserve de la qualification définitivement retenue pour l'unité), mais des écarts à la norme existent pour les aides soignants et auxiliaires de puériculture. Les normes pour les autres auxiliaires médicaux sont presque satisfaites, sauf pour les psychomotriciens.

Le système répond bien aux besoins, mais devra être mieux coordonné, en interne, entre les CHU, et avec les activités de surveillance continue pédiatrique.

Il est cependant à noter que les unités de surveillance continue pédiatrique ne sont pas individualisées dans les CHU de Lyon et de Grenoble.

Des activités de surveillance continue pédiatrique ont été repérées de façon diffuse dans les services de médecine pédiatrique de la région. Elles concernent entre 5 % et 10 % des entrées de pédiatrie médicale, le haut de la fourchette étant le plus vraisemblable si l'on inclut les séjours post chirurgicaux pris en charge hors pédiatrie. Y sont notamment accueillis les surveillances de méningites, les détresses respiratoires et les déshydratations sévères. Cinq hôpitaux comportent ainsi une organisation ad hoc, sous forme de 2 à 5 lits identifiés et disposant d'un équipement minimum (monitorage cardio-respiratoire, parfois un respirateur). Les établissements équipés de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ont une garde de pédiatre sur place. Le personnel non médical est celui du service de pédiatrie dans son ensemble et n'est pas affecté spécifiquement à l'activité de surveillance continue pédiatrique. Les chefs des services de pédiatrie les plus importants estiment en moyenne avoir besoin de 4 lits de surveillance continue pédiatrique chacun. A une exception près, les liens existants avec les services de réanimation pédiatrique ne sont pas formalisés.

L'activité de surveillance continue pédiatrique s'est organisée spontanément pour répondre aux nécessités. Le dispositif est cependant imprécis quant à la présence rapprochée des personnels non médicaux, à l'affectation de matériels adaptés, à l'adéquation et la continuité des soins.

2. Objectifs

Les objectifs généraux sont identiques à ceux de la réanimation et des soins continus "adultes" en termes d'accessibilité, de sécurité, de continuité des soins, de respect de la personne soignée, de suivi et d'évaluation.

Il apparaît par ailleurs nécessaire d'organiser plus rigoureusement l'activité de surveillance continue pédiatrique.

Les objectifs opérationnels concernent tant la réanimation pédiatrique que la surveillance continue pédiatrique isolée.

2.1. Objectifs opérationnels pour la réanimation pédiatrique

Compte tenu de l'activité constatée, l'accessibilité de la réanimation pédiatrique est assumée par les trois implantations actuelles réparties dans chacun des CHU de la région. Ces derniers comportent une structure des urgences pédiatriques, assurant chacune plus de 200 entrées annuelles, et qui devront être confortées. Au sein des unités de réanimation pédiatrique doivent être acceptés les enfants de moins de 18 ans présentant une ou plusieurs défaillances viscérales dans un cadre médical ou chirurgical, y compris les nouveau-nés de moins de 28 jours provenant du domicile ou relevant d'une affection chirurgicale. Les adolescents de plus de 15 ans peuvent être admis en réanimation adulte. Deux des trois autorisations auront la qualification de réanimation pédiatrique spécialisée pour les affections complexes ou rares : à Lyon et Grenoble.

Pour satisfaire aux autres objectifs opérationnels, les dispositions figurant au volet "réanimation" du SROS 3 sont complétées pour la pédiatrie par les mesures qui suivent:

Les équipes paramédicales seront bien sûr conformes à la réglementation³. L'unité de réanimation pédiatrique spécialisée devant disposer d'une permanence médicale sur place 24 heures sur 24, non partagée⁴.

Chaque établissement qui sollicitera l'autorisation d'activité de réanimation pédiatrique devra prévoir une unité de surveillance continue pédiatrique d'une capacité égale au moins à la moitié de celle de réanimation pédiatrique.

2.2. Objectifs opérationnels pour la surveillance continue pédiatrique isolée

Hors CHU, une unité de surveillance continue pédiatrique doit être prévue dans les établissements disposant d'une continuité des soins pédiatrique déjà établie sur place, en relation avec des lits de soins intensifs néonataux, de réanimation néonatale, ou en situation géographique isolée, ou ayant une activité de chirurgie pédiatrique importante ou d'oncologie pédiatrique.

Les enfants de moins de 18 ans qui nécessitent une surveillance rapprochée ou continue en raison d'un risque de défaillance d'un ou de plusieurs organes, notamment en suites opératoires, et ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthode de suppléance doivent y être hospitalisés.

L'unité est un secteur individualisé dans l'unité de pédiatrie ou adossée aux soins intensifs néonataux ou à la réanimation néonatale, avec une capacité souhaitée de 4 lits minimum. Elle doit disposer de matériel affecté en propre. Les membres de l'équipe médicale possèdent les compétences réglementaires⁵.

Lorsque un ou plusieurs enfants sont présents, une infirmière diplômée d'état doit y être affectée spécifiquement, et un autre personnel disponible (infirmière DE, auxiliaire de puériculture ou aide soignante). Des conventions de transfert seront établies entre chaque établissement équipé de surveillance continue pédiatrique et au moins un CHU disposant de réanimation pédiatrique ou réanimation pédiatrique spécialisée, précisant les affections et actes concernés par les transferts.

³ Cf. articles D.6124-34-2, -4 et -5 du code de la santé publique.

⁴ Cf. articles D.6124-34 et D 6124-34-3 du code de la santé publique.

⁵ Cf. articles D.6124-119 et 120 du code de la santé publique.

L'organisation régionale du transport pédiatrique conditionne le bon fonctionnement du système et devra être adaptée à l'activité réalisée conformément aux textes⁶. Un comité régional d'urgence et de réanimation pédiatrique définira les bonnes pratiques de collaboration et de transferts entre les divers niveaux de soins.

⁶ Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveaux nés, nourrissons et enfants

IMAGERIE

Sommaire

Introduction	41
1. Etat des lieux	42
1.1. Sites et appareils	42
1.2. Personnel médical et paramédical	42
1.2.1 Les radiologues et les médecins nucléaires	42
1.2.2. Les manipulateurs en électro radiologie et les radios physiciens	43
1.3. Eléments d'évaluation de l'organisation en imagerie	43
1.3.1. Les délais d'attente	43
1.3.2. Analyse des délais d'attente	45
1.3.3. La mutualisation	45
1.3.4. Les examens en urgence	46
1.3.5. La permanence des soins	46
1.3.6. L'attribution des autorisations	47
1.3.7. Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires	47
1.3.8. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information	47
1.3.9. La qualité des examens réalisés	48
1.3.10. La gestion des procédures d'autorisation	48
1.3.11. La radioprotection	48
2. Les grands principes qui fondent l'organisation de l'imagerie	48
2.1. La permanence et la continuité des soins	48
2.2. L'intensification des complémentarités	49
2.3. La qualité des soins dans le respect de l'intérêt du patient, des règles de déontologie et des valeurs définies dans le SROS	49
3. Les modalités d'organisation de l'imagerie	49
3.1. La charte régionale pour l'imagerie en Rhône-Alpes	49
3.2. Les outils de la charte régionale	51
3.2.1. La mutualisation des moyens entre établissements publics	51
3.2.2. Le renforcement des ressources consacrées à l'imagerie publique	51
3.2.3. L'organisation de la permanence radiologique	52
4. Un outil particulier : l'organisation de la télé transmission d'images	52
4.1. Le volet télé médecine du SROS 3	52
4.2. Le recours à la télé imagerie et la convention cadre régionale	53
5. La promotion du partage de compétences entre professionnels	54
6. Un dispositif spécifique d'évaluation	55
7. Les orientations au titre des implantations	55
Conclusion	56
Annexe 1 : Effectifs de radiologues	57
Annexe 2 : Charte régionale pour l'imagerie	58
Annexe 3 : Composition type du groupe imagerie de bassin	60
Annexe 4 : Convention cadre dans le domaine de la télé-imagerie	61

Introduction

La nécessité de procéder à une révision du schéma actuel s'impose en ce qui concerne l'imagerie pour deux raisons :

- une évolution de la démographie médicale, doublée d'une crise de l'exercice public,
- une nécessaire réflexion sur l'évaluation des besoins en matière d'implantation des équipements matériels lourds (au titre des objectifs quantifiés).

Sur le premier point, il est clair que le nombre de médecins radiologues va s'inscrire dans la baisse progressive, mais inéluctable du nombre de praticiens. L'évolution démographique attendue sur le plan national va se traduire par un solde annuel négatif de façon croissante entre 2008 et 2015, phénomène qui devrait affecter à la baisse l'effectif des médecins radiologues d'environ 25 %, d'ici 2025¹. La région Rhône-Alpes, bien qu'attractive, et ayant vu le nombre de ses médecins radiologues progresser de façon constante ces dernières années, doit se préparer à cette baisse (estimation de 163 départs en retraite d'ici 2010 pour un flux de remplacement de 30 à 40 personnes, la région recensant 799 radiologues en octobre 2007²).

Par ailleurs, la désaffection croissante des médecins radiologues envers le secteur public menace dès aujourd'hui la permanence et la continuité des soins dans nombre d'établissements publics de la région.

Toute la profession pressent de sérieuses difficultés liées à la situation démographique dans les prochaines années, puisque le remplacement des départs ne sera pas suffisamment assuré par l'arrivée des nouveaux formés.

La région Rhône-Alpes a la faculté, en accélérant les mutualisations et les coopérations et en recourant aux nouvelles technologies de la communication, d'anticiper ce phénomène. Le recours à la mise œuvre de solutions innovantes s'impose donc plus que jamais.

Sur le second point, il n'est pas inutile de rappeler que le parc régional d'appareils s'est sensiblement accru : 10 nouvelles autorisations de scanners, 13 d'IRM, 2 de gamma caméra, 5 de tépographe depuis le 1^{er} janvier 2005.

Le maillage territorial des équipements lourds doit être étudié en tenant compte des besoins de la population et d'un égal accès de celle-ci sur l'ensemble du territoire au regard d'une efficience accrue des matériels en place.

La mise en œuvre d'une nouvelle procédure d'appréciation des besoins par territoire apparaît cependant s'imposer au vu des difficultés grandissantes à garantir la permanence et la continuité de l'offre. Ce n'est qu'au terme de la réalisation de cette nouvelle approche qu'une révision complète des implantations dans le domaine de l'imagerie pourra être envisagée.

Il est à souligner que la révision actuelle s'entend dans la continuité des objectifs généraux et opérationnels du SROS 3.

¹ Cf. rapport 2004 de l'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé, tome 2, page 19.

² Source : base Adeli (ADELI : Automatisation des listes). C'est un système d'information national sur les professionnels de santé, qui contient des informations (état civil - situation professionnelle - activités exercées), quel que soit leur mode d'exercice. Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence : c'est aussi le numéro qui identifie chaque professionnel sur sa carte de professionnel de santé (CPS).

1. Etat des lieux

1.1. Sites et appareils

Au 1^{er} septembre 2007, la région disposait :

- au titre des scanners, de 75 sites (80 prévus par le SROS) et de 86 appareils autorisés (90 prévus par le SROS), dont 10 n'étaient pas à la date indiquée installés (soit + 10 appareils depuis le 1^{er} janvier 2005) ;
- au titre des appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM), de 41 sites (48 prévus par le SROS) et 52 appareils autorisés (55 prévus par le SROS, plus celui de l'hôpital militaire Desgenettes), dont 7 n'étaient pas à la date indiquée installés (soit + 13 appareils depuis le 1^{er} janvier 2005).
- au titre des tépographes (TEP), 9 sites (12 prévus par le SROS) et 11 appareils autorisés (13 prévus par le SROS), dont 5 n'étaient pas à la date indiquée installés (soit + 5 appareils depuis le 1^{er} janvier 2005).

Il est à noter que la montée en puissance des TEP est progressive, ce qui devrait conduire à un nouvel examen de leur situation dans les indications cliniques. On doit également relever la relative difficulté en matière de fourniture des radios éléments dans la région (cyclotron).

Enfin, deux gammas caméras supplémentaires ont été accordées depuis la parution du SROS 3, portant à 45 le nombre de machines autorisées sur la région.

Les taux d'équipement régionaux (calculés sur la base de la population française au 1^{er} janvier 2005, source INSEE) sont donc de :

- 1,44 scanner installé pour 100.000 habitants (1,32 en 2005),
- 0,87 IRM installé pour 100.000 habitants (0,67 en 2005).

En France métropolitaine, début 2006, le taux de scanners (appareils installés) était de 1,3 scanner pour 100.000 habitants et de 0,76 IRM pour 100.000 habitants.

Au 1^{er} septembre 2007, 9 bassins sur 13 étaient saturés pour les scanners, sur la base des objectifs quantifiés prévus au SROS 3 ; 9 bassins sur 13 l'étaient également pour les IRM.

Il restait à la date indiquée deux possibilités d'autorisation de tépographes sur le territoire des 3 bassins de Lyon.

1.2. Personnel médical et paramédical

1.2.1. Les radiologues et les médecins nucléaires

En radiologie, le déséquilibre entre le secteur public et le secteur libéral s'est accru depuis 2005 (état des lieux réalisé au premier semestre 2007, en annexe 1). Tous les bassins ont des établissements menacés d'une pénurie de praticiens seniors, parfois à court terme (départ en retraite dès 2007). Des postes vacants existent déjà dans la plupart des établissements publics.

On recense la présence de praticiens sans compétence ordinale (praticiens associés attachés) sur 13 établissements parfois sans senior, ainsi que des praticiens de l'union européenne en attente de reconnaissance de leur diplôme. Beaucoup d'établissements ne parviennent plus à recruter.

Les motifs du manque d'attractivité du secteur public sont nombreux et complexes : différence de salaire, contraintes des gardes et astreintes sur de petits effectifs, poids des indications "en urgence" (qu'un examen clinique plus approfondi permettrait parfois d'éviter ou qui correspondent plus à une demande du patient ou encore au souci d'écartier tout risque médico-légal que d'une urgence au sens médical), lourdeur du fonctionnement hospitalier.

Dans une mesure moindre, les médecins libéraux sont également confrontés à cette tension démographique qui les prive quelques fois de remplaçants et de successeurs.

Même si la région Rhône-Alpes est une région attractive et part d'un nombre élevé de praticiens (799 praticiens en septembre 2007), elle devra nécessairement faire face à une diminution de ce nombre : 163 praticiens devraient être partis en retraite en 2015, alors que le flux de remplacement n'est évalué, comme il a été dit, qu'à 30 ou 40 personnes.

Au titre de la médecine nucléaire, 54 médecins sont recensés en région³, dont 23 auront plus de 65 ans en 2015.

1.2.2. Les manipulateurs en électro radiologie et les radios physiciens

Les manipulateurs restent a priori, aux dires des professionnels, en nombre insuffisant : 61 professionnels sont sortis des écoles de Lyon et de Grenoble en 2007.

Le nombre de manipulateurs issus de la formation par BTS dispensée par l'éducation nationale (3 écoles : Valence, Saint-Etienne, La Martinière à Lyon) n'est malheureusement pas connu.

En termes d'attractivité, les manipulateurs iraient plutôt vers le secteur public. Les établissements des départements limitrophes de la Suisse ont par ailleurs des difficultés réelles à stabiliser leurs personnels, malgré divers dispositifs d'incitations.

Le nombre de radio physiciens n'est, pour sa part, pas encore recensé dans la région avec précision. Les services de radiothérapie sont en tout état de cause insuffisamment pourvus. De manière récente, ces professionnels paraissent s'orienter plus vers les structures privées que publiques et plutôt vers les structures de conseil et contrôle que vers les services de radiothérapie, ce qui conduit à des situations de pénurie, parfois graves.

1.3. Eléments d'évaluation de l'organisation en imagerie

1.3.1. Les délais d'attente

Les délais d'attente restent variables d'un bassin à un autre et d'un service à un autre. De façon globale ils sont moins importants pour un examen de scanner que pour un examen d'IRM.

³ Source : collège régional des médecins nucléaires de Rhône-Alpes, décembre 2007.

La plupart des détenteurs d'autorisation affirment pouvoir réaliser dans la journée un scanner demandé pour une urgence vitale.

Il est à relever que six nouvelles autorisations ont été données pour consacrer spécifiquement un appareil à un service d'urgence (cliniques du Tonkin et de la Sauvegarde, CHU de Saint-Etienne, CHU de Lyon, CHU de Grenoble, clinique des Eaux Claires).

Le premier recueil des indicateurs de suivi du SROS (fin 2006, sur 15 établissements) montre une moyenne régionale de 3,16 jours d'attente pour les patients hospitalisés et de 14,41 jours pour les patients ambulatoires.

Cependant ces données sont essentiellement celles des structures publiques et sont très variables d'un établissement à un autre.

L'activité annuelle sur les appareils va de 6.000 voire 8.000 actes à 13.000, certains équipements dépassant cette fourchette⁴.

Pour l'analyse de ces chiffres, Il faut tenir compte du fait que :

- le scanner reste pratiqué en première intention dans nombre de situations où l'IRM devrait être réalisée du fait des délais d'accès à l'IRM,
- le coroscanner, ainsi que la coloscopie virtuelle, sont en voie de développement.

Les examens IRM répondant à une réelle indication d'urgence médicale vitale sont également, aux dires des détenteurs d'autorisation, réalisés dans des délais rapides.

Peu d'IRM fonctionnent cependant en astreinte de nuit ou de weekend : au CHU de Saint-Etienne, aux HCL de Lyon, à la clinique des Eaux Claires à Grenoble et au CH de Valence, au CHU de Grenoble pour le week-end.

Les délais restent de plus de 2 semaines dans les autres indications, dépassant parfois le mois. Les indicateurs du SROS donnent les résultats suivants :

- 8,06 jours pour les patients hospitalisés :
- 23,82 jours pour les patients ambulatoires :

L'activité annuelle sur une machine va de 4.000 à 8.000 examens⁵.

L'examen IRM ne remplace pas encore l'examen par scanner dans toutes les indications possibles (crâne en particulier).

Des indications sont en émergence forte : l'IRM mammaire dans le bilan initial du cancer du sein, l'IRM de la prostate en investigation, l'IRM de diffusion-perfusion⁶.

⁴ Source : dossiers présentés au comité régional de l'organisation sanitaire (CROS).

⁵ Source : dossiers CROS.

⁶ L'IRM de diffusion permet de détecter les mouvements aléatoires (diffusion) des molécules d'eau au sein du parenchyme cérébral. Cette technique permet d'identifier très précocement la topographie et l'étendue de l'infarctus et permet de faire la différence entre une lésion récente et séquellaire. Enfin, le volume lésionnel précoce déterminé par l'IRM de diffusion-perfusion est très bien corrélé avec le volume final de l'infarctus déterminé à 8 jours d'évolution.

L'activité des tépographe monte plus lentement en puissance que les prévisions l'avait escomptée. En 2006, le délai d'attente se situait autour de 3 semaines. L'approvisionnement en FDG⁷ est aujourd'hui assuré par 3 à 4 sites. Les demandes d'examen TEP par les cliniciens restent encore limitées ou trop tardives. Si un délai d'attente trop long ne permet pas un examen par un TEP en phase initiale de prise en charge, la poursuite de la prise en charge se fait sans recours à ce type d'examen.

1.3.2. Analyse des délais d'attente

Le délai d'attente pour un examen dépend de 4 facteurs :

- une indication sérieuse par une raison médicale justifiée,
- la masse des demandes,
- le nombre de praticiens susceptibles de réaliser l'examen,
- le nombre de machines.

La gestion des demandes d'examen reste un concept difficile à apprécier : il est parfois plus rapide et moins conflictuel pour un radiologue de réaliser l'examen demandé par le clinicien que d'entamer une discussion longue sur le sujet. La pression qui pèse sur les urgentistes dans les hôpitaux (sociétale et médico-légale) les conduit à demander fréquemment des examens radiologiques ou échographiques "en urgence". Il semble exister une carence de procédures ou d'échanges entre radiologues et urgentistes en particulier dans les établissements publics.

Ces éléments prouvent qu'il conviendrait d'instaurer une veille scientifique portant sur l'évolution des indications.

Le volume des demandes vers les techniques d'imagerie lourde est croissant. Il devrait s'accompagner d'une diminution des examens d'imagerie conventionnelle. Mais on constate que cette diminution est bien inférieure à celle attendue (lourdeur des habitudes ? problèmes de délais d'attente ? ...).

Le nombre de praticiens susceptibles de réaliser les examens pose problème dans les établissements publics : toutes les plages disponibles ne sont pas occupées. Il en résulte soit une attente, soit une orientation vers les structures privées renforçant ainsi la masse des demandes.

L'accès de l'ensemble des professionnels aux techniques de routine reste une revendication des médecins libéraux.

1.3.3. La mutualisation

Il convient de différencier la mutualisation des matériels de la mutualisation des hommes pour assurer les astreintes, les examens en urgence, la continuité des soins.

⁷ Fluoro-désoxyglucose : molécule de glucose marquée par un isotope radioactif, capable d'émettre un rayonnement, injectée dans l'organisme du patient

- La mutualisation des appareils

Plusieurs équipements lourds d'imagerie sont partagés entre des praticiens hospitaliers et des praticiens libéraux.

Les modes juridiques de partage sont de plusieurs types :

- partage de l'activité sur la base de conventions : généralement l'autorisation est détenue par un établissement public ;
- partage de l'activité, l'autorisation étant détenue par un GIE constitué en général à part égale entre le public et le privé : 15 GIE exploitent 23 EML (scanners et IRM) ;
- partage de l'activité, l'autorisation étant détenue par un GCS : 1 seul GCS pour 1 IRM.

- La mutualisation des hommes pour assurer les astreintes

La mutualisation est surtout le fait des praticiens libéraux qui, autour d'un regroupement de cabinets libéraux, s'organisent pour assurer des astreintes.

La mutualisation entre praticiens privés et publics pour assurer des astreintes est très rarement mise en place ; quelques exemples apparaissent depuis peu sur la région.

Paradoxalement, aucune mutualisation n'a été identifiée sur le territoire de Rhône-Alpes entre praticiens publics d'entités juridiques différentes.

1.3.4. Les examens en urgence

Lorsque l'équipement médical lourd est partagé, le règlement de la structure de gestion prévoit normalement que le praticien titulaire de la plage d'exercice, de quelque statut qu'il soit, réalise, s'il se présente une urgence sur cette plage, l'acte qui s'impose. Cette règle paraît respectée.

Les indicateurs du SROS donnent les résultats suivants (sur 18 établissements) :

- délai moyen pour obtenir la réalisation d'une échographie demandée par les services d'urgence : 1,06 heure,
- délai moyen pour obtenir la réalisation d'un scanner demandé par les structures d'urgence : 56 minutes.

Les activités de radiologie interventionnelle s'inscrivent, en ce qui les concerne, à la fois dans l'urgence et dans la permanence des soins. Elles nécessitent des praticiens spécialisés et doivent être reconnues à part entière.

1.3.5. La permanence des soins

Le manque de radiologues dans certains hôpitaux publics peut compromettre la possibilité d'assurer la continuité des soins au titre de la radiologie, discipline pourtant indispensable au fonctionnement des urgences. Il est assez fréquent que les patients soient adressés aux cabinets privés par les services hospitaliers (exemple de l'échographie).

Lorsque qu'un appareil tombe en panne ou est en maintenance, il est de pratique courante que l'équipement voisin prenne en charge les examens prévus pour celui arrêté.

La charge de l'astreinte dans les hôpitaux publics repose de plus en plus sur un très petit nombre d'hommes : 2 à 3. Ce qui induit une grande pénibilité et fragilise le dispositif.

La charge est naturellement mieux répartie sur plusieurs (5 à 9, voire davantage) dans les établissements privés.

On constate dans un même bassin l'existence de 2 lignes d'astreinte voire plus (une à l'hôpital, une autre dans une ou plusieurs cliniques).

1.3.6. L'attribution des autorisations

Toutes les autorisations données depuis la parution du SROS 3 l'ont été en milieu hospitalier, ce qui n'exclut pas, les besoins des structures hospitalières de soins couverts, d'envisager l'attribution éventuelle d'autorisations à des centres ambulatoires, si la nécessité en était reconnue.

Tous les centres hospitaliers référents de bassin disposent aujourd'hui d'autorisations de scanner et d'IRM.

Presque tous les sites d'accueil d'urgences disposent d'une autorisation de scanners.

1.3.7. Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires

Les radiologues participent aux réunions de concertation pluri disciplinaires en oncologie.

Les trois CHU de la région ont réuni dans un même pôle la radiologie et la médecine nucléaire.

Dans les groupes privés qui concentrent un grand nombre de praticiens, la spécialisation permet l'adressage au praticien le plus qualifié dans le domaine concerné. Dans les villes moyennes, les praticiens sont plutôt généralistes et revoient éventuellement les dossiers avec les confrères qui ont développé une compétence dans un domaine particulier.

1.3.8. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information

Le financement par l'avenant conventionnel n° 24⁸ de l'archivage numérique des images radiologiques contribue à la mise en place des PACS⁹ dans les structures privées.

La télé transmission d'images existe déjà dans plusieurs établissements publics ou privés ou dans des structures libérales de radiologie : transmission en interne de l'imagerie vers les services de l'établissement ; transmission des images au domicile des radiologues d'astreinte dans certains établissements publics ; transmission entre praticiens au sein d'un même groupe, dans le cadre d'un avis sur spécialisé.

⁸ Cf. arrêté interministériel du 10 septembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 24 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

⁹ Acronyme de termes anglais ("picture archiving and communication system") signifiant système d'archivage et de communication d'images, c'est-à-dire outil informatique de stockage et de communication des données "image", issues de différentes modalités (IRM, scanner, radiologie conventionnelle).

A l'heure actuelle, la transmission vers d'autres établissements ou praticiens de statuts différents est mise en place essentiellement dans le domaine de l'avis neurochirurgical.

Un questionnaire réalisé auprès des structures d'urgence de la région au cours de l'été 2007 sur la capacité d'acheminer par télé transmission des images à un service de neurochirurgie a recueilli 36 réponses : 15 des établissements répondeurs n'acheminent pas par télé transmission des images à un service de neurochirurgie et donc 21 le font. Sur le plan technologique, les modalités de transmission sont diverses et reposent surtout sur le réseau Internet, sécurisé ou non. Tous ceux qui ont cette possibilité ont émis un commentaire très positif sur l'apport de cette pratique.

1.3.9. La qualité des examens réalisés

Par ailleurs, les indicateurs de suivi du SROS et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) commencent à être renseignés. Les indicateurs portent principalement sur la qualité de la prescription de l'examen et sur la mise en place des contrôles dosimétriques.

1.3.10. La gestion des procédures d'autorisation

Elle bénéficiera de l'enquête annuelle d'évaluation.

La rapidité des évolutions technologiques ainsi que les modifications, les élargissements, les substitutions d'indications démontrent la nécessité d'un travail continu d'information et d'analyse, en particulier au sein du CRIM.

1.3.11. La radioprotection

En matière de radioprotection un travail fructueux a été mené au sein du CRIM entre les professionnels et l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) sur la mise en œuvre des dispositions réglementaires. Il doit donner lieu à évaluation.

2. Les grands principes qui fondent l'organisation de l'imagerie

Trois principes majeurs peuvent utilement être rappelés.

2.1. La permanence et la continuité des soins

Le SROS 3 définit la continuité des soins en tant que prise en charge permanente et intégrée quelle que soit la diversité des acteurs de soins nécessaires.

Le décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 préconise pour sa part "l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans une structure des urgences aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie.¹⁰".

¹⁰ Dispositions reprises désormais par l'article D.6124-24 du code de la santé publique.

La continuité des soins suppose donc une accessibilité permanente aux examens et demande une amélioration de l'efficacité dans l'utilisation du parc d'équipements. Plusieurs bassins de la région abritent des appareils dont l'utilisation peut ne pas apparaître optimale.

Il existe par ailleurs des inégalités d'accès aux examens d'imagerie lourde qui peuvent avoir différentes conséquences : longs délais d'attente, défaut de choix du patient, non-respect du principe de substitution.

Il importe également de veiller à préserver l'activité sur spécialisée de la radiologie interventionnelle.

Dans la région, la continuité des soins pour l'hôpital public est menacée en imagerie du fait du déséquilibre croissant de la répartition des professionnels entre praticiens de statut public et médecins libéraux. La part des radiologues de statut public ne cesse ainsi de baisser : 28 % en 2000, 27 % en 2006, 26 % en octobre 2007¹¹.

2.2. L'intensification des complémentarités

La coopération entre les structures publiques ou assimilées et privées ainsi qu'entre les professionnels de statut public et libéral, la mutualisation entre les établissements publics doivent s'intensifier, en mettant en œuvre, si nécessaire, des solutions innovantes.

La garantie de la permanence et la continuité des soins sur chacun des bassins de Rhône-Alpes nécessitent une mobilisation réelle de tous les professionnels, dans le cadre de nouvelles organisations passant par des mutualisations de moyens et de ressources humaines.

2.3. La qualité des soins dans le respect de l'intérêt du patient, des règles de déontologie et des valeurs définies dans le SROS

La notion de qualité des soins unifie les quatre grands principes qui prévalent dans l'organisation des soins en Rhône-Alpes : une plus grande sécurité, une amélioration de l'efficacité, une garantie de continuité, une plus grande accessibilité.

Tous les professionnels du bassin devront contribuer de façon effective à la garantie de la qualité des soins en imagerie.

3. Les modalités d'organisation de l'imagerie

3.1. La charte régionale pour l'imagerie en Rhône-Alpes

La charte type régionale (présentée en annexe 2) a pour but de permettre une organisation optimale de l'imagerie dans la région Rhône-Alpes.

Elle décline les orientations proposées afin d'impulser dans chacun des 13 bassins de Rhône-Alpes la mobilisation des acteurs pour garantir la continuité des soins. Les points évoqués dans la charte devront se traduire de façon opérationnelle au niveau de chacun des bassins dans un projet territorial d'organisation de l'imagerie.

¹¹ Cf. annexe 1.

Le projet d'organisation de l'imagerie de bassin formalisera en priorité la permanence de la radiologie sur chacun des bassins.

Les solutions pourront être variables d'un bassin à l'autre, en fonction des forces, des contraintes et des besoins constatés.

L'élaboration du projet d'organisation de l'imagerie de bassin relève, à l'initiative et avec l'appui de l'équipe de bassin, de la responsabilité des professionnels de l'imagerie du territoire, en lien avec la conférence sanitaire de bassin.

A la demande du chef de file de bassin et en concertation avec le bureau de la conférence sanitaire, un groupe de travail réunissant les représentants des diverses catégories de professionnels concernés par la continuité des soins en radiologie sur le bassin sera constitué. La composition type du groupe de travail chargé de préparer la déclinaison de la charte en un projet d'organisation de l'imagerie par bassin est présentée en annexe 3.

L'installation du groupe sera préparée par le chef de file de bassin, le secrétaire de la conférence et deux représentants des professionnels du bassin, l'un public, l'autre privé.

Tout établissement ou toute société de professionnels libéraux titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd devra être entendu par le groupe de travail. Le secrétariat en sera assuré par un membre de l'équipe de bassin, désigné à cet effet par le chef de file.

Après validation d'un état des lieux fourni par l'agence, le groupe devra rédiger un projet d'organisation de l'imagerie pour le bassin visant à mettre en place les organisations nécessaires, en tenant compte des forces et des faiblesses existantes, pour garantir l'accès en permanence et sans délai des patients, en particulier de ceux accueillis dans les structures des urgences, aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie. Le projet d'organisation pourra également décliner les diverses formes de coopérations possibles dans la perspective de l'amélioration de la qualité des soins. Il veillera à prendre en compte tous les équipements et à associer toutes les forces médicales intéressées. Il identifiera les besoins complémentaires en termes d'équipement matériel lourd, en les argumentant sur le plan quantitatif et qualitatif.

Ce projet sera soumis, si possible avant la fin de l'année 2008, pour premier avis à la conférence sanitaire de bassin, puis, accompagné de l'avis de la conférence, à l'agence, par l'intermédiaire de l'équipe de bassin. Après avis de l'agence, il sera à nouveau soumis à la conférence sanitaire de bassin en vue de son intégration dans le projet médical de territoire.

Un suivi et une évaluation de la mise en œuvre des préconisations du projet d'organisation de l'imagerie de bassin seront mis en œuvre pour chaque bassin.

Les modalités d'application du projet d'imagerie de bassin seront inscrites dans les contrats pluri annuels des établissements et des structures titulaires des autorisations.

Les autorisations d'équipements matériels lourds seront étudiées dans le cadre des projets d'imagerie de bassin.

Les secrétaires des groupes de travail, issus des équipes de bassin, constitueront un groupe de réflexion au niveau régional, dans le triple objectif de suivi et de cadrage de la démarche, de formation et d'échange d'expériences.

3.2. Les outils de la charte régionale

L'importance des problèmes conduit à proposer un ensemble de solutions organisationnelles, parfois innovantes.

Ces solutions visent à accélérer les complémentarités et les regroupements.

3.2.1. La mutualisation des moyens entre établissements publics

Beaucoup d'hôpitaux périphériques ont des postes de praticiens en radiologie partiellement ou non pourvus. Certains sont le siège de structures d'urgence.

Les emplois correspondants ont alors vocation à être transférés aux établissements proches de plus grande capacité, souvent référents de bassin, afin de constituer des équipes médicales de taille suffisante.

L'équipe ainsi formée est mieux à même d'organiser l'accès en permanence et sans délai à l'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents, dans des conditions de qualité et de sécurité en utilisant, en tant que de besoin, la télé radiologie.

Elle autorise parallèlement un exercice professionnel de plus grande qualité, en mutualisant les permanences sur un plus grand nombre de personnes et en favorisant la rotation des praticiens sur les postes les moins attractifs, tout en permettant les spécialisations.

Ce type d'organisation est susceptible de relever de la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) "qui peut se voir transférer certaine compétence exercée par les établissements de santé (gestion d'activités médico techniques, gestion de moyens..)" conformément aux dispositions instaurées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹².

3.2.2. Le renforcement des ressources consacrées à l'imagerie publique

Plusieurs pistes peuvent être évoquées en vue, soit de renforcer les moyens des unités concernées, soit d'améliorer les conditions financières propres aux praticiens exerçant en secteur public.

Pour renforcer les moyens dédiés à l'imagerie, les établissements peuvent utilement développer des prestations de service au bénéfice d'autres structures de soins, générant ainsi des recettes supplémentaires. Celles-ci peuvent permettre, avec l'accord préalable des instances de l'établissement, et dans le respect du principe d'unité budgétaire, d'affecter au bénéfice du service prestataire de télé diagnostic ou de télé expertise des crédits de dépense supplémentaires.

En ce qui concerne les conditions financières propres aux praticiens, il est possible d'évoquer, dans le respect du principe de libre administration de chaque établissement :

- l'indemnisation, à due proportion, lors de la vacance d'un ou de plusieurs emplois de radiologue, grâce à l'indemnité de travail additionnel, des praticiens qui assurent la suppléance ;

¹² Cf. article 66 de cette loi.

- la possibilité de leur offrir, plutôt qu'ils abandonnent entièrement le secteur public, de conserver en qualité de praticiens à temps partiel des activités publiques ;
- la possibilité, à la libre initiative de chaque praticien, de pratiquer, dans le respect des règles applicables et d'une activité principalement dédiée au secteur public, une activité libérale.

En cas de pénurie totale de médecins radiologues publics, la charte devrait s'attacher à prévoir une organisation permettant aux radiologues du bassin d'assurer, si possible sur place, le fonctionnement du plateau d'imagerie, y compris la continuité des soins dans le respect de la prise en charge prioritaire et permanente des patients à l'hôpital.

3.2.3. L'organisation de la permanence radiologique

La permanence des soins peut rendre nécessaire son partage entre les praticiens du territoire. Dans ce cadre, la raréfaction du nombre de praticiens du côté public conduit à envisager une complémentarité accrue entre radiologues pour l'accès "en permanence et sans délai des patients accueillis dans les structures d'urgences, aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie"¹³.

L'astreinte doit être étudiée sur la base d'une participation du plus grand nombre possible de radiologues du bassin, permettant ainsi la diminution de la fréquence des gardes, la télé médecine permettant, le cas échéant, le regroupement des interprétations à distance. L'organisation ainsi définie sera prise en compte dans le futur répertoire opérationnel des ressources¹⁴.

Par ailleurs, la recommandation d'une séniorisation systématique des demandes d'examen radiologique, notamment dans le cadre de l'urgence, est renouvelée aux responsables médicaux et administratifs des établissements. En sens inverse, les cliniciens, en particulier urgentistes, doivent pouvoir obtenir, lorsque cela s'impose, l'avis d'un radiologue sénior.

Enfin, l'avis sur spécialisé devrait également pouvoir être obtenu, en astreinte, après validation par un radiologue sénior.

4. Un outil particulier : l'organisation de la télé transmission d'images

4.1. Le volet télé médecine du SROS 3

Le SROS 3 a pris en compte pour la première fois un volet télé médecine comprenant la mise en place d'un réseau thématique d'imagerie.

La mise en œuvre de ce réseau est en voie d'expérimentation opérationnelle depuis l'automne 2007 dans les bassins de Lyon et de Grenoble.

¹³ Cf. dispositions du décret n° 2006-577 du 22 mai 2006, désormais reprises par l'article D 6124- 24 du code de la santé publique.

¹⁴ Cf. révision du volet "Urgences".

Il peut être utile de rappeler le principe de la démarche : un projet pour tous les établissements publics, assimilés ou privés, ainsi que pour les structures libérales, disposant ou non d'un PACS, l'établissement ou la structure pouvant être connectés ou non au DPPR¹⁵.

Le dispositif s'appuie sur la norme DICOM¹⁶. Il est basé sur les valeurs du système d'information santé Rhône-Alpes (SISRA) qui souhaite permettre l'accès le plus large possible des professionnels à l'information disponible dans les PACS locaux (objectif : donner accès à l'intégralité des examens disponibles et non des seules images clefs).

Il est important de souligner que la carte CPS est la base de l'identification des professionnels de santé.

Les établissements peuvent choisir soit une fonction d'échange (au titre des urgences, d'un second avis, d'une sous traitance, de gardes) ou/et une fonction de partage (accès aux dossiers des patients et en particulier aux images).

La fonction échange est matériellement possible, sous la réserve que les images soient numérisées (ce qui n'est pas toujours envisageable pour les équipements radiologiques les plus anciens).

La mise en œuvre des échanges est nécessairement réglée par une convention précisant les aspects organisationnels (dont qualitatifs), techniques, juridiques et financiers.

Au vu des possibilités techniques, le périmètre des besoins en télé transmission des établissements en difficulté devra être précisé, afin qu'une réponse adaptée puisse être envisagée à leur bénéfice.

La mise en pratique des nouvelles relations dans le domaine de la télé transmission doit donner lieu au plan juridique (responsabilité), comme au plan financier, à l'écriture de procédures détaillées, validées par toutes les parties prenantes.

La région Rhône-Alpes pourrait donc demain bénéficier d'un dispositif permettant une transmission d'images dans le respect des principes du système d'information santé de Rhône-Alpes (SISRA) et en pleine compatibilité avec ceux du DMP¹⁷ national.

4.2. Le recours à la télé imagerie et la convention cadre régionale

Le recours à la télé imagerie doit s'exercer dans le souci constant de garantir les principes de continuité, de permanence, de qualité et d'efficacité des soins. Il est un moyen d'optimiser les ressources médicales en radiologie. Il nécessite préalablement une numérisation des images. Il se conçoit aussi bien dans le cadre de l'astreinte que de façon programmée.

L'organisation de la télé transmission d'images par pôles et par territoires doit se faire sur la base de la mutualisation de toutes les ressources disponibles. Un site d'interprétation peut gérer plusieurs sites de garde grâce à la télé radiologie.

¹⁵ Dossier patient partagé réparti initié en Rhône-Alpes.

¹⁶ Norme internationale standard.

¹⁷ Dossier médical personnel.

L'échange d'images permet d'améliorer et de coordonner la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients et limite les redondances d'examens.

La télé expertise permet l'obtention d'un avis sur spécialisé sans déplacer le malade. Elle doit permettre aux praticiens regroupés de développer des sur spécialisations d'organe. Le type d'organisation qu'elle favorise en sur spécialisation est un facteur de motivation pour les médecins.

L'organisation de la télé imagerie requiert une organisation rigoureuse.

L'organisation entre partenaires différents d'une télé transmission d'images, qu'il s'agisse de télé diagnostic ou de télé expertise, doit faire l'objet d'une convention entre les diverses parties prenantes¹⁸. Par ailleurs, il est préconisé la signature de la convention cadre dans le domaine de la télé médecine prévue entre l'agence et tout titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd (présentée en annexe). L'objectif de cette convention est de garantir les grands principes propres à l'organisation des soins inscrits au schéma régional ainsi que leurs modalités de mise en œuvre, dans le respect des règles de déontologie.

La convention signée entre les différents partenaires concernés doit être visée par l'agence régionale de l'hospitalisation qui la soumet, en tant que de besoin, pour avis à la commission régionale de l'imagerie médicale¹⁹.

5. La promotion du partage de compétences entre professionnels

Les transferts de compétence s'inscrivent également dans les outils proposés.

Dans la région comme dans le reste du pays, des expérimentations existent en effet pour élargir le champ de compétences des manipulateurs en étroite coopération avec les radiologues.

Toutes les coopérations allant dans le sens d'un élargissement des compétences des manipulateurs doivent être promues dans le cadre des travaux nationaux qui sont en cours.

Une formation spécialisée des manipulateurs pourrait être programmée à ce titre dans la région, le moment venu.

Le transfert de compétences doit toutefois recevoir en préalable une reconnaissance juridique et financière qui dépend du seul niveau national.

¹⁸ Cf. note de M. le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation en date du 09 septembre 2005.

¹⁹ Cf. le Guide pour le bon Usage professionnel et déontologique de la Télé radiologie élaboré par le Conseil professionnel de la Radiologie et par le Conseil national de l'Ordre des Médecins, 2007.

6. Un dispositif spécifique d'évaluation

L'activité des scanners et des IRM sera déclarée annuellement dans le contrat d'objectifs et de moyens par tous les détenteurs d'autorisation en nombre de passages selon la définition donnée par l'enquête annuelle SAE et également selon l'indice de complexité relative (ICR). La pratique de substitution sera évaluée de la même façon sur des actes traceurs.

En complément du dispositif d'évaluation prévu pour le suivi du SROS et des CPOM, l'agence engagera les moyens nécessaires à la mise en œuvre du dispositif spécifique d'évaluation évoqué reprenant les éléments de la grille d'évaluation prévue et validée par le CRIM.

Le dispositif d'évaluation sera décliné dans le CPOM des structures concernées et la remontée des informations se fera en parallèle des données d'évaluation du SROS.

7. Les orientations au titre des implantations

L'évolution constante des besoins amène à veiller en permanence à la bonne répartition des équipements pour l'ensemble des territoires.

Les objectifs opérationnels déclinés à cet effet dans le volet imagerie du SROS 3 restent identiques, en particulier l'application du principe de substitution

Il importe cependant, à travers les futures autorisations ou les renouvellements d'autorisation, d'accélérer les coopérations entre les professionnels et les structures, en vue du maintien de la permanence et de la continuité des soins.

Trois orientations peuvent à ce titre être prévues, notamment en lien avec l'article L.6122-7 du code de la santé²⁰.

- Orientation n°1 :

Une approche des besoins sur la totalité d'un bassin et non établissement par établissement sera privilégiée, afin de veiller à la bonne utilisation des appareils existants sur ce bassin et de favoriser le développement des coopérations.

Il pourra être demandé d'accroître le fonctionnement d'un appareil déjà existant avant d'en autoriser un supplémentaire.

- Orientation n°2 :

Lorsque la garantie de la continuité et de la permanence des soins le nécessite, la recherche d'une coopération entre praticiens de structures différentes, tout particulièrement entre les praticiens publics et privés (GCS, GIE...), en vue d'assurer la permanence radiologique sera systématiquement recherchée, à l'occasion d'une implantation nouvelle ou d'un renouvellement. Les modalités de cette coopération seront déclinées de façon précise de manière à faire apparaître la contribution de chaque partenaire à cette permanence.

²⁰ L'article L.6122-7 du code de la santé prévoit que l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins.

A l'occasion de toute nouvelle implantation de scanner la priorité sera donnée, sauf situations particulières, aux sites présentant l'activité en termes d'urgence la plus conséquente.

- Orientation n°3 :

Pour les établissements siège de structure d'urgence, dont l'activité est peu élevée²¹ et qui disposent d'un nombre réduit de postes de praticien hospitaliers temps pleins effectivement pourvus, le transfert des postes médicaux sur un établissement référent et l'organisation par ce centre au bénéfice de la première structure de l'accès en permanence et sans délai à l'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie pourront être envisagés.

Conclusion

Les dispositions mises en œuvre au titre de l'imagerie à l'occasion de la révision du SROS donneront lieu à un examen annuel par le comité régional de l'imagerie, en présence du directeur de l'agence, des chefs de file de bassin, des présidents des groupes de travail dédiés à l'imagerie et des secrétaires des conférences sanitaires de bassin, ou de leurs représentants. Cet examen sera destiné à en apprécier la faisabilité, la pertinence et l'efficacité. Les éléments recueillis dans ce cadre serviront à la préparation du SROS 4.

²¹ Chaque cas d'espèce devra être étudié. On peut penser, en lien avec le volet urgences, à une activité inférieure à 10.000 passages.

Annexe 1

Effectifs de radiologues

Evolution du nombre de médecins radiologues dans les départements de Rhône-Alpes

Dép ^t .	01 total	07 total	26 total	38 total	42 total	69 total	73 total	74 total	Région		
									total	dont pub.	pub. / total
2000	28	21	39	126	79	234	22	60	609	171	28 %
2006	34	21	45	142	81	272	38	78	711	189	27 %
2007	43	29	60	160	85	296	40	86	799	208	26 %

Source : ADELI Octobre 2007

En 2000, ADELI répertorie 35 salariés privés, 37 en 2006 et 54 médecins d'activité mixte (salariée et libérale) en 2007

Annexe 2

Charte régionale pour l'imagerie

Préambule

La charte régionale pour l'imagerie concerne tous les professionnels, publics ou privés, de l'imagerie.

La mise en œuvre opérationnelle de sa déclinaison doit se faire dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'organisation de l'imagerie propre à chaque bassin.

Son fondement est la mise en œuvre des grands principes retenus dans le SROS révisé : permanence et continuité des soins, intensification des complémentarités, qualité des soins dans le respect de l'intérêt du patient, des professionnels quelque soit leur mode d'exercice, des règles de déontologie et des valeurs définies dans le SROS 3.

Les outils de la Charte consistent en un panel de solutions organisationnelles innovantes déclinés dans le SROS, non exclusives et qui peuvent s'ajouter aux solutions déjà existantes.

L'organisation de la télé transmission d'images est un axe important des solutions préconisées et requiert une organisation rigoureuse dans le cadre d'une convention entre les partenaires, obligatoirement visée par l'agence régionale de l'hospitalisation, ainsi que la passation d'une convention cadre avec l'agence.

La mise en œuvre de nouvelles formes de coopération doit aboutir à une force globale en radiologie permettant aux médecins radiologues d'optimiser leur temps de travail.

Les signataires du projet d'imagerie de bassin s'accorderont pour :

1. S'inscrire dans la garantie de l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences de leur bassin aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie, dans le respect de la qualité des soins. Sur chaque territoire, l'ensemble des radiologues se concertera pour mettre en place la couverture radiologique nécessaire à cette garantie d'accès, en lien avec le répertoire opérationnel des urgences.
2. Rechercher, mettre en place ou /et intensifier les complémentarités entre structures et professionnels publics et privés, en ayant recours, si nécessaire, à des solutions innovantes.
3. Etablir des mutualisations de moyens entre établissements de santé publics.

- 4.** Utiliser de façon solidaire les nouvelles technologies. Pour faire face aux difficultés liées à la démographie médicale ainsi que pour garantir la continuité des soins, l'agence régionale de l'hospitalisation préconise un examen systématique de la possibilité de recours à la télé imagerie. La convention passée entre les partenaires se réfère à la convention cadre définie dans le SROS révisé et reçoit un visa de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Dans le cadre du projet système d'information santé Rhône-Alpes (SISRA), une partie des investissements nécessaires pourra être financée par l'agence régionale de l'hospitalisation
- 5.** Veiller à ce que les médecins radiologues, quelles que soient leurs modalités d'intervention (télé diagnostic, télé expertise...) gardent toute leur place dans la démarche de soins en liens avec les cliniciens. La conférence sanitaire de bassin s'engage à demander à ce que l'ensemble des établissements sanitaires veille à l'association la plus étroite des médecins radiologues à l'ensemble du processus de soins.
- 6.** Favoriser la mise en œuvre de nouvelles formes de coopération entre professionnels pour aboutir à une force globale en radiologie qui permettra aux médecins radiologues d'optimiser leur temps de travail.
- 7.** Prévoir, de façon conjointe et négociée, les besoins en équipement lourd sur le bassin au regard des besoins de la population et des environnements d'activité.

Les modalités, de participation à la permanence radiologique devront faire partie du cahier des charges de la demande d'autorisation des équipements d'imagerie.

Les autorisations d'équipements matériels lourds seront étudiés au regard du projet d'imagerie de bassin.
- 8.** Participer à l'évaluation régulière des dispositifs mis en place pour garantir la permanence et la continuité des soins dans les CPOM et le suivi des autorisations.

Annexe 3

Composition type du groupe imagerie de bassin

A l'initiative du chef de file de bassin et en lien avec le secrétaire de la conférence sanitaire de bassin et de deux représentants des radiologues, l'un public et l'autre privé, un groupe de travail dédié à l'imagerie est mis en place.

Il comprend en permanence, avec les deux radiologues déjà évoqués, un maximum d'une dizaine de personnes :

- deux autres représentants de l'imagerie publique,
- deux autres représentants de l'imagerie privée,
- trois représentants de la conférence sanitaire de bassin, dont un clinicien, président de commission médicale d'établissement, et deux chefs d'établissement, l'un public ou PSPH, l'autre privé, désignés par le bureau de la conférence,
- un à deux représentants de l'équipe de bassin, désigné(s) par le chef de file, dont l'un sera secrétaire du groupe de travail,
- ainsi qu'à titre ponctuel, toute autre personne que le groupe souhaite s'adjoindre pour la réalisation de ses travaux.

Le groupe désignera lors de sa première séance de travail son président.

Les relevés de conclusions des réunions du groupe sont adressés aux membres, ainsi qu'au chef de file, au secrétaire de la conférence sanitaire, et au directeur de l'agence.

Annexe 4

Convention cadre dans le domaine de la télé-imagerie

Entre

L'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, représentée par son directeur

et

l'établissement de santé ou le groupe de radiologues libéraux ou le groupement de coopération sanitaire ou le groupement d'intérêt économique, représenté par

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.4113-9, relatif à la communication à l'ordre des médecins des contrats ayant pour objet l'exercice de la profession médicale, L.6111-1, relatif aux missions des établissements de santé, L.6114-1 à L.6114 -3 relatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, L.6121-1 à L.6121-3, relatifs au schéma d'organisation sanitaire, L.6122-1 à 6122-16, relatifs aux autorisations, et L.6134-1, relatif aux conventions de coopération ; ainsi que R.1333-29 et 67 relatifs à l'emploi de rayonnements ionisants, R.4532-2 relatif aux actes des manipulateurs d'électroradiologie, D.6124-24 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence en matière d'accès aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ;

Vu le code de déontologie médicale, figurant dans le code de la santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112, et plus particulièrement son article 8, correspondant à l'article R.4127-8, relatif à la liberté et à la pertinence des prescriptions ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article D.162-6 fixant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, dont les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;

Vu la loi n° 2004-810 en date du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, notamment ses articles 32 et 33 ;

Vu l'arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale, notamment son article 2, 4^e, relatif aux réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine ;

Vu l'arrêté n° 2006-RA-51 du 20 février 2006 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes relatif au schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes, modifié par l'arrêté portant révision du schéma, et en particulier ses dispositions relatives à l'imagerie ;

Vu la délibération n° de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, en date du, autorisant un scanographe à utilisation médicale au bénéfice de

Vu la délibération n° de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, en date du, autorisant un appareil d'imagerie par résonance magnétique à utilisation clinique au bénéfice de

Vu la circulaire DHOS/O/n° portant sur l'organisation et le bon usage de la télé radiologie ;

Vu le guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la télé radiologie, élaboré par le conseil professionnel de la radiologie et par le conseil national de l'Ordre des médecins en 2007;

Vu le protocole-cadre sur l'organisation de la télé radiologie, élaboré par un groupe de travail conduit par la sous-direction de l'organisation du système de soins de la DHOS, en date du 17 octobre 2006 ;

Considérant que la télé radiologie participe directement à l'organisation des soins et s'inscrit ainsi dans l'évolution raisonnée des structures de soins destinée à mieux répondre aux besoins de la population ;

Considérant que le recours à la télé radiologie doit s'exercer dans le souci constant de garantir les principes de continuité, de permanence, de qualité et d'efficacité des soins ;

Considérant que la coopération à distance des professionnels de santé dans le cadre de la télé radiologie est un moyen d'optimiser les ressources médicales en radiologie ;

Considérant que le centre hospitalier ou que la SCM du scanner et de l'IRM de ... est détenteur (trice) d'une autorisation de scanner ou/et d'IRM ;

Considérant qu'il /elle entend mettre en œuvre un dispositif de télé-radiologie lui permettant de bénéficier pour ses patients d'avis radiologiques déportés et ainsi de garantir la continuité et/ou la permanence des soins radiologiques pour les équipements visés, au bénéfice de la population des zones desservies ;

Considérant que le SROS Rhône-Alpes révisé demande à cet effet la signature d'une convention cadre de nature à garantir les grands principes propres à l'organisation des soins inscrits au schéma régional (Livre I, pp. 79 à 81), ainsi que les modalités de mise en œuvre, dans le respect des règles de déontologie ;

Il est convenu d'un commun accord :

Article 1 :

La présente convention permet la réalisation d'actes médicaux par la voie de la télé-médecine, c'est-à-dire à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient concerné, par des moyens de communication appropriés à la réalisation des actes.

Elle permet ainsi au médecin en contact direct avec le patient de disposer de l'avis d'un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique. Elle ne soustrait pas le patient à l'examen clinique réalisé sur le site d'accueil, examen qui peut être complété à la demande du télé radiologue, si des données cliniques complémentaires sont nécessaires.

Article 2 :

L'utilisation de la télé radiologie requiert une organisation rigoureuse reposant sur des règles précises et connues de tous pour la sécurité et la qualité des échanges médicaux et le respect de la déontologie médicale, formalisée par des protocoles écrits élaborés par les professionnels impliqués et validés par les institutions concernées.

Elle requiert un engagement écrit de chaque médecin utilisateur de la télé radiologie et la passation d'une convention entre les structures de soins partenaires, incluant les protocoles d'organisation des échanges médicaux.

Les conventions concernées sont transmises pour visa et observations éventuelles, d'une part, à l'agence régionale de l'hospitalisation, qui les soumet, en tant que de besoin, pour avis à la commission régionale de l'imagerie médicale placée auprès de son directeur, ainsi que, d'autre part, au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 3 :

La télé radiologie peut permettre, à travers une coopération à distance entre médecins et radiologues, d'assurer pour les sites autorisés pour l'accueil et le traitement des urgences une permanence de l'interprétation radiologique, lorsque celle-ci ne peut en aucun cas être réalisée sur place.

Elle ne saurait justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie lorsque le site ne dispose pas des radiologues nécessaires pour faire fonctionner ces équipements.

Article 4°:

La réalisation des échanges médicaux par télé radiologie conduit à ce que le médecin demandeur, en contact direct avec le patient, correspondant au site interprété, sollicite l'avis du radiologue à distance, correspondant au site interpréteur, pour interpréter les images, soit en urgence, soit en rendez-vous programmé, selon les modalités d'exercice convenues entre les deux parties.

Le manipulateur d'électroradiologie sous la responsabilité du médecin demandeur présent sur le site réalise l'examen, recueille et télétransmet les images, le cas échéant en liaison téléphonique simultanée avec le radiologue au cours de l'examen.

Le radiologue interprète les images et télétransmet le compte-rendu.

Les deux praticiens peuvent, par téléphone ou visioconférence, échanger sur l'interprétation des images médicales pour la prise de décision.

Le médecin demandeur est responsable de la pertinence des données recueillies auprès du patient et télétransmises, de l'utilisation qu'il fait de l'interprétation des images par le radiologue, ainsi que du diagnostic et du traitement qu'il délivre. Il conserve le compte-rendu du radiologue dans le dossier médical du patient.

Le radiologue intervenant à distance est responsable de l'interprétation et des conseils au médecin demandeur. Chaque demande d'interprétation d'images fait l'objet d'un compte-rendu écrit en français et signé, transmis immédiatement ou dans les délais les plus courts au médecin demandeur.

Article 5 :

La convention passée entre les partenaires doit préciser les aspects organisationnels, techniques, juridiques et financiers de la coopération.

Sur le plan organisationnel, la finalité recherchée doit être explicitement indiquée. Elle doit prendre en compte les orientations du SROS, les dispositions de la charte type régionale pour l'imagerie, ainsi que les préconisations de la charte de bassin pour l'imagerie.

La convention doit prévoir l'application des recommandations du guide de bon usage des examens d'imagerie, ainsi que le respect des règles de radioprotection et d'utilisation des matériels. Elle doit prendre en compte les protocoles propres aux filières de soins (cf. urgences). Elle doit décrire dans le détail le processus des échanges médicaux assortis d'images médicales. Elle doit prévoir un suivi d'activité et une évaluation avec des indicateurs formalisés, évaluation transmise annuellement à l'ARH.

Sur le plan technique, le cahier des charges relatif au fonctionnement et à la maintenance des équipements de recueil et de transfert d'images doit être conforme à celui élaboré et diffusé dans le cadre du système d'information de Santé Rhône-Alpes. Il doit prévoir les modalités envisagées par le site interprété pour alimenter le dossier médical personnel (DMP)/ dossier patient partagé réparti (DPPR).

Sur le plan juridique, il convient de joindre à la convention entre les partenaires les contrats de télémédecine comportant, pour le site interprété, le visa des conseils départementaux concernés de l'ordre des médecins ainsi que de prévoir les modalités d'information et de recueil du consentement du patient en certifiant la confidentialité des échanges.

Sur le plan financier, les modalités de paiement de la prestation de télé interprétation convenue entre les partenaires doivent être explicitées.

Le financement par l'agence du dispositif de télémédecine dans le cadre de la mesure 16 du plan urgence doit être, le cas échéant, également mentionné. Il donnera droit, s'il y a lieu, au versement au titre de la présente convention à la structure bénéficiaire d'une somme de 15.000 euros, selon les modalités et les conditions ci-après annexées.

Article 6°:

Les modalités pratiques de mise en œuvre de la coopération définie dans la convention de partenariat seront déclinées dans une fiche commune de coopération insérée au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des deux parties, lorsque celles-ci se trouvent toutes deux en Rhône-Alpes, ou dans le seul CPOM du site interprété, dans un cas différent.

Article 7 :

Une évaluation des conditions de mise en œuvre de la présente convention sera effectuée chaque année, d'une part, dans le cadre de l'évaluation des CPOM. Elle donnera lieu à un compte-rendu conjoint adressé à l'ARH de Rhône-Alpes.

Pour le centre hospitalier
Le directeur

Pour la SCM du scanner et de l'IRM de
Les gérants

Visa du président de la commission médicale
du centre hospitalier

Visa du chef de service de radiologie
du centre hospitalier

Pour l'agence régionale
de l'hospitalisation de Rhône-Alpes
Le directeur

CANCEROLOGIE

Sommaire

Introduction	69
1. Etat des lieux	70
1.1. Organisation régionale	70
1.1.1. Les pôles régionaux	70
1.1.2. Le réseau régional	70
1.2. L'offre territoriale	70
1.2.1. Les sites de cancérologie	70
1.2.2. Les réseaux territoriaux	71
1.3. Bilan des activités soumises à autorisation et impact des nouvelles dispositions réglementaires	71
1.3.1. Chirurgie des cancers	71
1.3.2. Radiothérapie	72
1.3.3. Radiothérapie métabolique	73
1.3.4. Chimiothérapie	73
1.4. Cas particuliers de certaines pathologies	74
1.4.1. Onco-Hématologie adulte	74
1.4.2. La cancérologie pédiatrique	74
1.4.3. L'oncogériatrie	75
1.5. La problématique de la nutrition en cancérologie	75
1.6. Démographie médicale	76
1.7. Déficit en offre d'aval	76
2. Objectifs généraux	77
3. Objectifs opérationnels	77
3.1. Constituer les pôles régionaux de cancérologie	77
3.2. Organiser l'offre de recours	78
3.3. Organiser l'offre en réseaux	78
3.3.1. le réseau régional de cancérologie	78
3.3.2. L'organisation territoriale	79
3.4. Prise en compte des préconisations du PRSP	80
3.5. Fixer le nombre d'implantations par pratique thérapeutique	80
3.5.1. Détermination des objectifs quantifiés en implantation en chirurgie	81
3.5.2. Pour la chimiothérapie	82
3.5.3. Pour la radiothérapie externe	83
Références	84

Introduction

Le traitement du cancer est une activité de soins désormais soumise à autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation¹. Les deux décrets fixant les nouvelles conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement sont en effet parus le 21 mars 2007². Le premier de ces textes prévoit en son article 2 la révision du SROS dans un délai de 18 mois à compter de sa publication.

Cette révision du volet cancérologie du SROS doit permettre de compléter et préciser le SROS 2006-2010 en redéfinissant l'organisation régionale au regard des modifications apportées par la nouvelle réglementation.

Celle-ci détermine les conditions d'attribution de la nouvelle autorisation et prévoit les conditions d'implantation : champ de l'autorisation, modalités thérapeutiques pratiquées, organisation en réseau et organisation de la prise en charge et du suivi des patients. Elle pose aussi pour la première fois le principe de niveaux d'activité minimale, précisés par l'arrêté du 29 mars 2007.

Les nouveaux textes mettent également en place certains critères généraux et transdisciplinaires de qualité exigés des établissements traitant le cancer. Ils prévoient la déclinaison spécifique de l'autorisation en pratiques thérapeutiques distinctes : chirurgie des cancers, radiothérapie et chimiothérapie, principalement.

Ils font état, par ailleurs, des critères d'agrément définis par l'INCa³ en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses. Le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 prévoit expressément que les autorisations pour la pratique des activités en cancérologie doivent satisfaire aux critères d'agrément tels que définis par l'INCa. Ces critères seront donc opposables pour l'instruction des dossiers d'autorisation dès leur diffusion.

Il est aussi prévu des conditions spécifiques à certaines pratiques thérapeutiques (radiothérapie et chimiothérapie⁴).

Les principes de la concertation pluridisciplinaire et de la continuité des soins et certaines de leurs modalités de réalisation sont également décrits.

Les textes permettent enfin l'autorisation, sous réserve de mise en conformité dans un délai qu'ils précisent, pour les établissements se situant, lors de l'autorisation, dans une activité au moins égale à 80 % du seuil d'activité minimale.

Il est important de souligner que la révision actuelle s'entend dans la continuité des objectifs généraux et opérationnels du SROS 3.

¹ Cf. l'article R.6122-25 du code de la santé publique.

² Cf. décrets n° 2007-388 et n° 2007-389 du 21 mars 2007, relatifs, respectivement, aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

³ Institut national du cancer.

⁴ La validation de la préparation des traitements de radiothérapie est faite conjointement par un oncologue-radiothérapeute et un radio physicien. La décision de mise en œuvre des traitements de chimiothérapie est prise par un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale, en oncologie radiothérapique, ou titulaire du DES en oncologie ou, pour la spécialité dans laquelle il est inscrit au tableau de l'Ordre, par un médecin qualifié compétent en cancérologie ou titulaire du DESC en cancérologie. Pour les hémopathies malignes, la décision est prise par un médecin titulaire du DES en hématologie ou en onco-hématologie ou qualifié compétent en maladies du sang.

1. Etat des lieux

A la lecture du volet cancérologie du SROS 3, un bilan des actions mises en œuvre au titre de l'organisation régionale des acteurs en cancérologie et du maillage de l'offre locale peut être établi comme suit.

1.1. Organisation régionale

1.1.1. Les pôles régionaux

Les 3 pôles ne sont pas encore formalisés.

Des projets de rédaction des modes de coopération des établissements pour constituer ces pôles sont en cours de réflexion ; le pôle de Lyon a déposé son pré-projet fin septembre 2007.

1.1.2. Le réseau régional

Conformément à la mesure 29 du plan cancer, les travaux du groupe convergence animé par l'ARH sont sur le point d'aboutir à la constitution du réseau régional de cancérologie.

La circulaire DHOS/CNAMTS/INCa n° 2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie et son annexe "référentiel national des réseaux régionaux de cancérologie" précisent leurs missions, les conditions d'organisation et l'évaluation.

Actuellement les réflexions ont abouties sur :

- le système d'information en lien avec le SISRA⁵,
- l'annuaire des RCP⁶,
- certains référentiels thérapeutiques notamment de 1ère ligne,
- le palmarès des protocoles de chimiothérapie de première intention.

1.2. L'offre territoriale

1.2.1. Les sites de cancérologie

Le précédent volet cancérologie du SROS 3 préconisait d'identifier au minimum un site de cancérologie par bassin, un site pouvant être constitué par un ou plusieurs établissements et/ou centres de radiothérapie autorisés pour l'activité de soins "traitement du cancer".

En l'absence de parution des textes réglementaires, la mise en œuvre de cette identification n'a pu être effectuée.

⁵ Système d'information Rhône-Alpes.

⁶ Réunions de concertation pluridisciplinaire.

La parution des décrets du 21 mars 2007 va désormais permettre la mise en œuvre des procédures d'autorisation qui permettra elle-même d'identifier les établissements constitutifs des sites de cancérologie.

1.2.2. Les réseaux territoriaux

Au niveau des territoires, les réseaux Oncoloire et Onco 38 ont fait l'objet d'un avis favorable pour un financement par CAP RESEAUX.

Un projet lyonnais "Sources", en lien avec le centre Léon Bérard (CLB), a été déposé auprès de CAP RESEAUX pour un financement au titre du FIQCS⁷.

D'autres projets sont en préparation : au titre du réseau Concorde sur Lyon, ainsi qu'en Savoie et Haute-Savoie, et en Drôme et en Ardèche.

1.3. Bilan des activités soumises à autorisation et impact des nouvelles dispositions réglementaires

Le décret n°2007-388 fixe la liste des activités soumises à autorisation :

- chirurgie des cancers,
- radiothérapie externe, curiethérapie, dont le type est précisé,
- utilisation thérapeutique de radioéléments en source non scellées,
- chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

Le dispositif d'autorisation des activités de chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie prévoit des seuils annuels pour chacune de ces activités.

Les établissements dont l'activité annuelle se situe entre 80 % et 100 % du seuil pourront prétendre à autorisation sous réserve d'atteindre le seuil dans un délai de 18 mois.

1.3.1. Chirurgie des cancers

L'INCa a développé une méthodologie permettant d'apprécier l'activité de chaque établissement afin de déterminer l'atteinte des seuils.

Les critères retenus par cette méthodologie pour définir l'activité de chirurgie cancérologique d'un établissement reposent sur la prise en compte d'un diagnostic principal de cancer avec une sélection des seuls GHM chirurgicaux.

Les données présentées ci-dessous sont donc issues de cette méthodologie pour l'année 2006.

⁷ Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville.

	Chirurgie Cancer du sein	Chirurgie Cancer digestif	Chirurgie Cancer urologique	Chirurgie Cancer thoracique	Chirurgie Cancer gynécolog.	Chirurgie Cancer ORL
Nombre d'établissements ayant une activité de chirurgie en cancérologie*	83	83	73	61	82	83
Nombre d'établissements n'atteignant pas 80 % du seuil d'activité*	23	12	26	44	43	50
Total activité régionale	7.204	5.551	4.839	1.783	1.772	2.498
Somme de l'activité des établissements ne remplissant pas les conditions de seuil (<80 %)	232	117	185	267	345	332
% des séjours des établissements ne remplissant pas les conditions de seuil (<80 %)	3,2 %	2,1 %	3,8 %	15,0 %	19,5 %	13,3 %

* HCL considérés par site géographique

Source : PMSI 2006

Ce tableau présente une vision régionale par typologie de chirurgie du cancer et prend en considération les établissements qui ont une activité au moins égale à 80 % du seuil pour chacune de ces typologies.

1.3.2. Radiothérapie

La région comporte 16 centres de radiothérapie, dont 5 à Lyon. Parmi ces 16 centres, 6 sont privés (les centres installés sur les sites de la clinique Saint Jean et de la clinique Jeanne d'Arc ont été considérés comme un seul centre).

Le besoin sur Villefranche-sur-Saône n'est actuellement pas couvert en l'absence de centre de radiothérapie sur le bassin. Les patients sont pris en charge sur le bassin de Lyon ou hors région (Macon).

S'il n'existe plus de cobalt en activité dans la région, il persiste des centres à un seul accélérateur : CH de Bourg-en-Bresse, CH de Montélimar, CH de Roanne pour lesquels l'installation d'un deuxième accélérateur est en cours, CH d'Annecy, le centre privé installé sur le site de la clinique générale d'Annecy et la clinique Jeanne d'Arc à Lyon.

Le problème majeur concernant la radiothérapie reste celui des délais d'accès au traitement, surtout liés à un déficit en personnel que ce soit médical ou paramédical (physicien ou manipulateur).

Il faut signaler également que les irradiations corporelles totales ne sont actuellement réalisées qu'au centre Léon Bérard (CLB) et à l'institut de cancérologie de la Loire (ICL). Une reprise de cette activité est prévue au CHU de Grenoble en 2008.

Concernant la curiethérapie seuls 5 centres poursuivent actuellement cette activité : le CH Lyon Sud (HCL), le CLB, la clinique St Jean, l'ICL, le CHU de Grenoble. Globalement les indications de curiethérapie sont en diminution, exception faite de l'indication dans le cancer de la prostate notamment compte tenu du développement du dépistage de cette pathologie.

Les difficultés rencontrées portent sur les délais d'attente et la fermeture des chambres protégées le week-end, nécessitant de réaliser les traitements sur 5 jours avec des débits de doses élevés majorant le risque d'effets secondaires et limitant les indications de curiethérapie exclusive.

1.3.3. Radiothérapie métabolique

Concernant la radiothérapie métabolique, la répartition des chambres protégées est actuellement :

- pour les chambres protégées "fortes doses " :
 - . 2 chambres au CHU de Saint-Etienne ouvertes 5 jours sur 7 (5 j./7),
 - . aucune chambre au CH Lyon Sud,
 - . 7 chambres à l'hôpital neuro-cardiologique (5 j./7),
 - . 4 chambres au centre Léon Bérard (7 j./7),
 - . 1 chambre officielle intégrée dans les 5 chambres protégées commune avec la curiethérapie (7 j./7) au CHU de Grenoble;
- pour les chambres protégées "faibles doses", il existe actuellement :
 - . 3 chambres au CH de Valence (5 j./7).

1.3.4. Chimiothérapie

Le seuil d'activité annuelle est fixé à 80 patients dont 50 en ambulatoire en hospitalisation de jour.

En 2006, selon les données PMSI (prise en compte des séjours et séances avec un DP Z=511), 74 établissements ont eu une activité en chimiothérapie qu'elle soit exclusivement réalisée en ambulatoire en hospitalisation de jour ou non et associée ou non à une activité de chirurgie du cancer.

Cette activité se caractérise par 150.730 séances pour la région répartie pour 70 % dans le secteur public et participant au service public et 30 % sur le secteur privé.

25 de ces établissements avaient une activité inférieure à 80 % du seuil, mais ils ne représentaient que 1 % de l'activité régionale (soit 1.522 séances) et concernaient 261 patients.

1.4. Cas particuliers de certaines pathologies

1.4.1. Onco-Hématologie adulte

L'onco hématologie est actuellement prise en charge en Rhône-Alpes dans les services d'hématologie ayant également en charge les hémopathies non malignes.

Ce type de service est présent aux HCL, au CHU 38 et à l'ICL (en association avec le CHU 42 pour la partie non maligne), dans la plupart des CHG et dans certains établissements privés ainsi qu'au CLB (à l'exclusion des hémopathies non malignes pour ce dernier)".

La prise en charge en onco-hématologie s'effectue, en règle générale, selon des protocoles nationaux.

Les centres dits de référence (HCL, CLB, CHU 38, ICL) travaillent en lien avec les centres hospitaliers et les autres établissements périphériques ; cette collaboration n'est pas toujours formalisée.

L'activité de greffe de cellules souches autologue ou allogénique n'est par contre réalisée qu'aux HCL, au CLB, au CHU 38 et à l'ICL pour la Loire.

Une réflexion est en cours pour déterminer, au-delà des sites de référence hospitalo-universitaires, le rôle susceptible d'être joué par les principaux centres hospitaliers de la région en étroite collaboration avec les centres de référence.

1.4.2. La cancérologie pédiatrique

Tous les cancers pédiatriques sont diagnostiqués et traités en Rhône-Alpes à l'exception du rétinoblastome. Cette tumeur rare est prise en charge par l'Institut Curie à Paris.

Au vu des critères de la circulaire sur l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique⁸, il existe 4 centres spécialisés en cancérologie pédiatrique (CSCP) : les HCL (Hôpital Debrousse), le CLB, le CHU de Grenoble, l'ICL en collaboration avec le CHU de Saint-Etienne.

Sur le territoire lyonnais, les HCL et le CLB ont constitué un groupement de coopération sanitaire : l'institut hématologique et oncologique pédiatrique (IHOP) ; la pratique de la chirurgie est maintenue aux HCL (Hôpital Femme Mère Enfant) et la radiothérapie au CLB. Concernant la radiothérapie curative, cette activité n'est plus réalisée sur l'ICL qui s'est limité aux radiothérapies palliatives.

Le CHU de Grenoble n'a pas disposé en 2007 de radiothérapeute clairement identifié ayant suivi une formation en cancérologie pédiatrique et la prise en charge des patients a été organisée avec le CLB, qui est alors devenu le seul établissement de la région assurant la radiothérapie curative pédiatrique.

Concernant la pratique des greffes, des données d'activités ont été fournies lors de l'enquête nationale de l'INCa de 2007.

⁸ Circulaire DHOS du 29 mars 2004.

L'ICL réalise des autogreffes (3 en 2006), les allogreffes pour les hémopathies malignes étant pratiquées dans le service d'hématologie de l'Hôpital Debrousse.

L'ICL poursuit cependant dans son unité de greffe d'hématologie adulte, les allogreffes pour les grands enfants et adolescents en étroite collaboration avec l'unité de pédiatrie.

Le CHU de Grenoble effectue les autogreffes (2 en 2006 et 7 pour les 10 premiers mois de 2007) et les allogreffes (5 en 2006 et 6 pour les 10^{ers} mois de 2007).

Pour les HCL, l'hôpital Debrousse réalise les autogreffes (11 en 2006) et allogreffes (25 à 30 annuellement) en secteur pédiatrique dédié.

1.4.3. L'oncogériatrie

Le manque de données prospectives sur la prise en charge des cancers des sujets âgés s'illustre par une opposition entre une attitude théorique - calquée sur celle des patients plus jeunes - et le traitement effectif des patients âgés, souvent sub-optimal et basé sur des évaluations empiriques et hétérogènes.

Les patients âgés et identifiés comme "vulnérables" du fait de leur co-morbidité ou de leur situation sociale représentent environ 30 % des personnes de plus de 70 ans et doivent pouvoir bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie ainsi que de traitements carcinologiques adaptés à leur situation.

Un financement a été accordé par l'INCa en 2005 aux HCL et au CLB pour le programme Lyonnais d'oncogériatrie (PROLOG) qui, outre son implication dans l'organisation d'un diplôme interuniversitaire d'oncogériatrie, a permis la mise en place de réunions de concertation onco-gériatriques de recours sur les sites de l'hôpital Edouard Herriot (en partenariat avec les oncologues du centre Léon Bérard) et du centre hospitalier Lyon Sud (associant les services d'oncologie médicale et de médecine gériatrique).

1.5. La problématique de la nutrition en cancérologie

"La prévalence de la dénutrition est élevée dans les services qui prennent en charge des patients atteints de cancer : plus de 80 % pour les cancers de l'estomac ou du pancréas. Parmi les patients cancéreux, on considère que 35 % des patients pris en charge sont à haut risque de dénutrition. (...) Cette dénutrition chez les patients atteints de cancer, empêche la réalisation des protocoles, réduit la survie (20 à 30 % des décès), affecte la qualité de vie et accroît les coûts d'hospitalisation.⁹"

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) visé par la circulaire DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002, relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, constitue une force de proposition et un comité consultatif d'appui auprès de la commission médicale d'établissement (CME) et du directeur d'établissement pour mettre en œuvre des actions spécifiques envers les patients atteints de cancer.

⁹ Source : document produit par la coordination en cancérologie des Hospices Civils de Lyon en janvier 2006 : "Etat des lieux et perspectives".

En Rhône-Alpes, au recensement établi par la DRASS en mai 2006, seulement une quarantaine d'établissements déclarent avoir mis en place un CLAN.

Il est constaté que, cinq ans après la parution de la circulaire susvisée, l'organisation d'une activité de nutrition clinique dans les centres hospitaliers généraux est rarement mise en place.

1.6. Démographie médicale

L'actualisation des données démographiques sur la région Rhône-Alpes depuis la publication du SROS 3, permet de retracer l'évolution comme suit :

	Oncologues radiothérapeutes		Oncologues médicaux		Compétents en cancérologie (DESC ou capacité en cancérologie)	
	2006	2004	2006	2004	2006	2004
35 ans et moins	5	5	11	17	9	1
36 à 40 ans	9	7	20	19	10	2
41 à 45 ans	5	5	12	6	8	10
46 à 50 ans	10	11	6	6	32	42
51 à 55 ans	12	10	6	5	38	35
56 à 60 ans	4	4	3	2	35	34
61 à 65 ans	4	2	0	1	15	13
66 ans et plus	0	0	2	1	5	4
Total	49	44	60	57	152	141

Source : DRASS – ADELI au 01/01/2006

Malgré une légère augmentation constatée des effectifs médicaux, les préoccupations signalées dans le SROS 3 restent d'actualité.

1.7. Déficit en offre d'aval

Un déficit en structures d'aval notamment pour la prise en charge des inter-cures de certaines chimiothérapies est unanimement signalé par les professionnels de la cancérologie. Les structures existantes sont actuellement sous-qualifiées en personnel médicaux spécialisés.

Le volet du SROS SSR lors de sa révision devra prendre en considération cette situation.

2. Objectifs généraux

Ils sont de cinq ordres :

- constituer les pôles régionaux de cancérologie,
- organiser l'offre de recours,
- préciser les modalités de mise en place des réseaux territoriaux de cancérologie et leur articulation avec le réseau régional,
- prendre en compte les préconisations du PRSP¹⁰ dans le domaine de la nutrition,
- fixer le nombre d'implantations par pratique thérapeutique, au sens du décret n° 2007-388 du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

3. Objectifs opérationnels

Ils s'articulent autour de cinq axes.

3.1. Constituer les pôles régionaux de cancérologie

Trois pôles régionaux seront constitués en Rhône-Alpes :

- le pôle lyonnais : HCL et CLB,
- le pôle grenoblois : CHU 38 et IPC¹¹,
- le pôle stéphanois : CHU 42 et ICL.

Les missions des pôles régionaux sont précisées dans la circulaire DHOS/CNAMTS du 22 février 2005 et son annexe 6 qui distingue les missions relevant du soin et les missions relatives à l'enseignement et à la recherche.

Les pôles régionaux de cancérologie ont pour objectifs de garantir l'accès de tous les patients qui le nécessitent, quel que soit le lieu de leur prise en charge initiale, aux ressources de recours disponibles en cancérologie au niveau régional.

Les établissements constitutifs des pôles doivent avoir mis en place une organisation fédérative et formalisée de leur activité de cancérologie, traduite en particulier à travers un centre de coordination en cancérologie répondant au cahier des charges précisé en annexe 5 de la circulaire DHOS/CNAMTS du 22 février 2005.

Tous les établissements autorisés à pratiquer la cancérologie doivent garantir aux patients qu'ils prennent en charge l'accès à des traitements innovant et à des essais cliniques et les établissements constitutifs des pôles de cancérologie doivent s'impliquer dans la promotion des actions de recherche menées au sein des cancéropoles régionaux ou inter régionaux.

Ces missions doivent être mises en œuvre dans le cadre d'actions concertées.

¹⁰ Plan régional de santé publique.

¹¹ Institut privé de cancérologie.

3.2. Organiser l'offre de recours

Les pôles régionaux devront garantir que non seulement l'offre de recours est disponible et optimale mais qu'elle est également accessible.

Les critères qui justifient le recours régional seront précisés ; les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes seront clairement formalisées par les pôles.

Le libre choix du recours au sein du ou des pôles doit être garanti. De même, le libre choix du recours au sein du ou des pôles nationaux identifiés par l'INCa doit être garanti.

Les ressources de recours devront être explicitement formalisées en étroite collaboration par chacun des 3 pôles régionaux en particulier pour les hémopathies malignes, les tumeurs solides rares, la cancérologie pédiatrique et l'oncogériatrie dans son versant évaluation, ainsi que l'accès à des plateaux techniques spécialisés ou compétences spécifiques pour tout autre type de tumeur.

Une gradation des prises en charge devra être proposée en lien avec les hôpitaux généraux et les établissements privés autorisés pour l'activité de cancérologie de façon à permettre aux établissements constitutifs des pôles régionaux de remplir prioritairement leur rôle de centre de référence.

Ces travaux feront l'objet de propositions soumises au conseil des CHU.

3.3. Organiser l'offre en réseaux

3.3.1. Le réseau régional de cancérologie

Un seul réseau régional de cancérologie sera constitué en Rhône-Alpes.

Ces missions sont définies conformément aux circulaires DHOS du 22 février 2005 et DHOS/CNAMTS/INCA du 25 septembre 2007 et leurs annexes :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie,
- l'aide à la formation continue,
- la coordination opérationnelle des activités de cancérologie en région,
- la coordination des réseaux territoriaux de cancérologie,
- la promotion d'outils de communication communs au sein de la région,
- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins,
- l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau,
- l'information du public, des professionnels et des patients.

Le référentiel national des réseaux régionaux de cancérologie annexé à la circulaire DHOS/CNAMTS du 25 septembre 2007, précise que le réseau, en lien avec les pôles régionaux, rend lisible l'accès des patients aux ressources de recours, quel que soit le lieu de prise en charge.

Conformément à la circulaire DHOS du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en oncologie pédiatrique, le réseau régional de oncologie pédiatrique doit s'intégrer dans le réseau régional de oncologie.

3.3.2. L'organisation territoriale

Cette organisation est centrée sur la prise en charge du patient au sein d'établissements de santé participant à l'organisation du site de oncologie et sur la continuité des soins entre la ville et l'hôpital au sein des réseaux de santé.

Comme préconisé dans le précédent volet oncologie du SROS 3, chaque bassin devra, dans la mesure du possible, comporter au moins un site de oncologie.

Il est rappelé que le site de oncologie doit assurer la majorité des prises en charge de patients atteints de cancer en terme de diagnostic et de traitement par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, hormis ceux relevant du recours, en incluant l'accès aux soins de support.

Des établissements non autorisés peuvent, en accord avec le site de oncologie, appliquer ou assurer le suivi d'une partie du traitement (chimiothérapie par exemple) sous réserve d'appartenir à un réseau de oncologie. On parle alors d'établissements associés.

Le maillage territorial de l'activité de oncologie sera complété par le fonctionnement d'un réseau de santé assurant la coordination entre les établissements de santé ou les sites de oncologie, les établissements associés, les professionnels libéraux et toute structure intervenant dans la prise en charge du cancer. L'interface entre établissements autorisés constituant les sites de oncologie et le réseau sera mise en œuvre au niveau du (ou des) centre(s) de coordination en oncologie (3C) dont les missions sont précisées en annexe de la circulaire du 22 février 2005.

Les missions des réseaux territoriaux sont définies dans le document "cahier des charges des réseaux territoriaux" élaboré par "Cap réseau" en décembre 2005.

Il s'agit pour ces réseaux territoriaux de :

- garantir l'accès aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP),
- assurer la coordination entre la médecine ambulatoire et l'hôpital notamment dans la mise en œuvre du programme personnalisé de soin (PPS),
- favoriser la continuité des soins,
- assurer la proximité et la globalité de la prise en charge médico-sociale.

Il est envisagé :

- au minimum un site de oncologie par bassin, dans la mesure du possible, constitué par l'ensemble des établissements autorisés du bassin, prioritairement par mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou, par défaut, par convention. Cette organisation en site doit être lisible et formalisée (dans le projet médical de territoire notamment).
- un réseau par bassin. Il s'agit d'un maximum, l'intervention d'un réseau sur plusieurs territoires pourra être privilégiée en fonction de la taille du bassin et/ou en fonction des organisations existantes (HAD à orientation oncologique ou d'autres réseaux).

Pour les 3 bassins lyonnais la complexité et l'intrication des organisations font recommander l'implantation de deux (voir trois au maximum) réseaux inter bassins constitués en lien avec les sites de cancérologie.

3.4. Prise en compte des préconisations du PRSP

Dans le domaine de la nutrition, tout établissement de santé qui prétend à une autorisation "traitement du cancer" sera incité à :

- mettre en place un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ou à participer à un CLAN inter établissement ;
- inscrire dans son projet médical les objectifs du CLAN en matière de prévention et traitement de la dénutrition chez les patients atteints de cancer, c'est à dire informer les patients et leur famille sur le risque nutritionnel et assurer une harmonisation de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition chez le patient cancéreux ;
- former le personnel médical et paramédical à la surveillance et aux soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer, qu'ils soient hospitalisés ou consultants externes ;
- prioriser les interventions au niveau des services qui traitent les cancers du poumon, digestifs, ORL et en hémato-oncologie ;
- accompagner ce plan d'actions d'une politique de recrutement de personnes compétentes : diététiciennes et nutritionnistes.

Dans le domaine de l'addictologie, compte tenu de la fréquence des cancers évitables chez les personnes présentant une conduite addictive, il y a lieu d'inciter les établissements autorisés pour l'activité "traitement du cancer" à repérer les addictions et solliciter l'intervention d'une Equipe de Liaison des Soins en Addictologie (ELSA).

3.5. Fixer le nombre d'implantations par pratique thérapeutique

Les objectifs quantifiés en implantations sont présentés en annexe.

Ces objectifs quantifiés s'appliquent selon un nombre d'implantations minimum et maximum :

- pour les 6 types de chirurgie en cancérologie visés par l'arrêté du 29 mars 2007,
- pour la chimiothérapie.

Concernant la radiothérapie externe, le nombre d'implantations présenté en annexe correspond au maximum d'implantations.

En l'absence de disposition particulière prise par les textes réglementaires en termes de seuil d'activité pour la curiethérapie, la réalisation de cette pratique sera maintenue dans les sites actuels.

Pour la radiothérapie métabolique, les propositions intégrées dans le volet imagerie initial du SROS 3 seront maintenues en l'absence de disposition particulière prise par les textes réglementaires en termes de seuil d'activité, soit au titre des chambres protégées "fortes doses" ouvertes 7 jours sur 7 :

- 4 chambres à Saint-Etienne,
- 8 chambres à Lyon Sud,
- 8 chambres à HNC,
- 6 chambres au CLB,
- 6 chambres au CHU de Grenoble.

Au titre des chambres protégées "faibles doses" ouvertes 5j./7, ces dernières, bien que ne relevant pas a priori des pratiques thérapeutiques en cancérologie devraient être maintenues comme suit :

- 3 chambres au CH de Valence,
- 2 chambres prévues en 2010 au CH de Chambéry,
- 2 chambres prévues en 2011 au CHI Annemasse- Bonneville.

Pour les services de soins intensifs en hématologie, cette activité relevant du recours, leur implantation actuelle au niveau des HCL, du CLB, de l'IHOP, du CHU 38 et de l'ICL est à pérenniser.

Concernant le CH d'Annecy, la reconnaissance de cette activité, et notamment celle d'autogreffe, ne pourra se faire que si les conditions d'organisation et la présence en personnels médicaux et para médicaux le permet. Elle devra se réaliser à travers une étroite collaboration avec les équipes du CHU de Grenoble et éventuellement avec le CHU de Lyon. Cette collaboration devra être clairement formalisée.

Dans le cas où, sur un bassin, seule l'offre privée est susceptible d'être autorisée pour l'une ou l'autre des activités soumises à seuil, le promoteur concerné doit s'engager à permettre l'égalité d'accès aux soins.

Lorsque plusieurs établissements d'un bassin atteignent 80 % du seuil pour une pathologie donnée, le regroupement de ces activités sera à prioriser afin d'en assurer la pérennisation.

3.5.1. Détermination des objectifs quantifiés en implantation en chirurgie

L'arrêté du 29 mars 2007, en application du décret 2007-388 du 21 mars 2007, définit pour les 6 types de cancer listés un seuil conditionnant l'autorisation pour ces activités.

Ce texte précise également qu'un établissement peut être autorisé à pratiquer une chirurgie du cancer si son activité est inférieure au seuil mais supérieure à 80 % dudit seuil sous réserve de s'engager à atteindre dans les 18 mois de l'autorisation le niveau du seuil de référence.

La méthodologie retenue pour permettre une lecture des activités en 2006 sur la région Rhône-Alpes repose sur les critères définis par l'INCa.

La notion de seuil d'activité est un critère nécessaire à la définition du nombre d'implantations possible sur un bassin mais ne peut être considéré isolément.

Ainsi, le plateau technique, les conditions de réalisation de cette activité en lien avec l'évolution constatée entre 2004 et 2006 du nombre d'actes réalisés pour un établissement considéré isolément et au sein du bassin, sont des éléments qui ont été pris en considération afin d'établir le nombre de sites d'implantation possible par bassin pour chacun des types de cancer visé par l'arrêté du 29 mars 2007.

En conséquence, à chaque bassin correspond un nombre d'implantations minimum et un nombre d'implantations maximum selon les critères retenus comme il suit :

- nombre minimum d'implantations souhaité :
 - . prise en compte du nombre d'établissements réalisant une activité supérieure ou égale au seuil de référence ;
 - . non prise en compte des établissements ne pratiquant une chirurgie que pour un type de cancer lorsqu'ils ne fournissent pas de réponses pluridisciplinaires.
- nombre maximum d'implantations possible :
 - . prise en compte du nombre d'établissements réalisant une activité en 2006 supérieure ou égale à 80 % du seuil de référence que cette activité soit isolée ou non ;
 - . prise en compte de l'activité résiduelle sur le bassin pour définir un ou des sites d'implantations supplémentaires en vue de favoriser les coopérations. Cette activité résiduelle correspond à l'activité réalisée par un ou des établissements qui ne remplissent pas les conditions de seuil.

Le seuil minimum et le seuil maximum peuvent être identiques sur un bassin en raison de l'absence de besoin d'implantation supplémentaire constaté ; ce sera le cas où l'activité est concentrée sur des établissements qui dépassent le seuil et les autres établissements du bassin ne peuvent prétendre à atteindre le seuil de 80 %.

La borne haute définie plus haut n'est pas un objectif à atteindre à l'issue du SROS : il s'agit d'une limite théorique déterminée en fonction de l'activité de l'ensemble des établissements d'un bassin et ne prenant pas en compte les limitations qu'engendreront l'application des critères d'agrément que doit fournir l'INCa, les éventuels regroupements ou réorientation d'activité.

3.5.2. Pour la chimiothérapie

L'arrêté du 29 mars 2007 définit le seuil d'activité en chimiothérapie par la prise en charge de 80 patients dont 50 au moins en ambulatoire en hospitalisation de jour.

Pour les établissements réalisant 80 % de ce critère soit ayant pris en charge 64 patients dont 40 au moins en ambulatoire, un délai de 18 mois est ouvert pour atteindre les seuils requis dans le cadre des procédures d'autorisation.

Les données d'activité recueillies sur la base PMSI 2006 retiennent comme critère l'indication en diagnostic principal Z511 en distinguant l'activité en ambulatoire en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète.

Pour chaque bassin, un nombre de sites minimum et maximum pour la pratique de la chimiothérapie sont définis selon les critères qui suivent :

- nombre minimum d'implantations souhaité :
 - . prise en compte du nombre d'établissements répondant aux conditions de seuil.
- nombre maximum d'implantations possible :
 - . prise en compte du nombre d'établissements réalisant au moins 80 % du seuil de référence ;
 - . prise en compte de l'activité non réalisée sur le bassin par des établissements ne répondant pas aux critères de seuil pour définir un ou plusieurs sites supplémentaires.

3.5.3. Pour la radiothérapie externe

L'ensemble des structures existantes atteignent au moins 80 % du seuil d'activité fixé à 600 patients annuels par l'arrêté du 29 mars 2007.

La persistance de centres à 1 seul appareil nécessite leur mise en conformité au sens du décret n°2007-388 du 27 mars 2007. En lien avec les orientations du SROS 3, le regroupement de ces centres est à privilégier.

Pour Villefranche-sur-Saône, une estimation de l'activité potentielle à partir du nombre de patients issus du bassin et relevant de la radiothérapie pourrait conforter la nécessité de créer un centre sur ce bassin.

Suite à la constitution du centre de traitement d'hadronthérapie par ions carbone installé à Lyon, ce centre disposera d'une installation de scanner, d'imagerie par résonance magnétique et d'un tépographe.

Références

- Décret 2007-388 du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer,
- Décret 2007-389 du 21 mars 2007, relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicable 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/SDO/O 1 n° 2002-299 du 3 mai 2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie, et notamment son annexe 1,
- Circulaire DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé,
- Circulaire DHOS/2004/161 du 29 mars 2004 relative à la pédiatrie,
- Circulaire DHOS du 22 février 2005, relative à l'organisation des soins en cancérologie,
- Circulaire DHOS/E4/2007/230 du 11 juin 2007 relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique,
- Circulaire DHOS du 25 septembre 2007, relative aux réseaux régionaux de cancérologie,
- 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,
- Cahier des charges CAP RESEAUX des réseaux territoriaux de cancérologie (décembre 2005),
- Critères d'agrément de l'INCa.

PERSONNES AGEES : LES USLD

Sommaire

Introduction	89
1. Etat des Lieux	89
1.1. Cadrage démographique	89
1.2. L'offre de soins	90
1.3. Les résultats de l'enquête PATHOS 2006	90
1.4. Les locaux d'hébergement	91
2. Objectifs généraux	91
3. Objectifs opérationnels	91
3.1. Maintenir une offre sanitaire de soins de longue durée	91
3.2. Définir des modalités de reconnaissance	92
3.2.1. S'intégrer dans la filière gériatrique	92
3.2.2. Fonctionner avec les compétences requises	92
3.2.3. Prévoir dans leur projet d'établissement une politique de formation continue	93
3.2.4. Assurer la permanence des soins	93
3.2.5. Disposer de locaux et équipements adaptés	93
3.2.6. Disposer d'un projet de vie et d'un projet de soins	94
3.2.7. Intégrer une démarche qualité, dynamique et continue	94
3.3. S'inscrire dans un fonctionnement coordonné de la filière gériatrique du territoire	95
4. Déclinaison territoriale	95
Références	97
Annexe 1	98
Annexe 2	102
Glossaire	103

Introduction

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹ a prévu une redéfinition des soins de longue durée, ainsi qu'un redimensionnement des unités de soins de longue durée (USLD), à partir de la réalisation d'analyses transversales de la population accueillie.

"Sont considérées comme USLD les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques sus mentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum²".

Il s'agit là de patients requérant des "soins médicaux et techniques importants" (SMTI) ou en fin de vie (profil M2), selon le modèle PATHOS³.

La prise en charge de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins).

Il est important de souligner que cette définition ne prévoit pas de condition d'âge, et que le critère de perte d'autonomie n'est pas "en soi" déterminant.

C'est dans la recherche de la meilleure adéquation possible de la prise en charge des personnes relevant des USLD redéfinies que la démarche mise en œuvre trouvera tout son sens.

1. Etat des Lieux

Il est important de dresser un état le plus précis possible de la situation existante, afin de déterminer des objectifs adaptés et pertinents.

1.1. Cadrage démographique

La population des plus de 75 ans représentait en région Rhône-Alpes 400.739 personnes en 1999 et 447.700 en 2005.

Elle représentera 512.564 personnes âgées de plus de 75 ans en 2010, soit 20 % de plus qu'en 1999.

¹ Cf. loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

² Cf. L'annexe 2, "Référentiel d'organisation des soins pour les unités de soins de longue durée", de la circulaire n° 193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

³ Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées qui a été élaboré en partenariat avec le service médical de la CNAM.

1.2. L'offre de soins

Le nombre de lits de soins de longue durée autorisés s'élevait à 10.845 en 2002. Lors de l'enquête USLD réalisée en mai 2006, il en restait 7.499. Ainsi, plus de 3.000 lits ont été transformés en EHPAD⁴ médico-sociaux, en raison des "fusions" juridiques et budgétaires intervenues.

Les capacités restantes rapportées à 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans permettent d'établir un ratio moyen régional d'équipement correspondant à 16,75 lits pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans. On constate cependant de grandes disparités de l'offre de soins en USLD entre les bassins au sein de la région puisque le moins équipé est à 7,62 lits et le plus équipé à 35,97 lits. Il est à noter que 7 bassins sont en dessous du ratio régional : les bassins de Valence, Saint-Etienne, Roanne, Lyon Est, Lyon Centre et Nord, Chambéry, et Annecy.

Une cartographie régionale permettant de visualiser la répartition selon les différents types de prise en charge sanitaires et médico-sociales (maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile- SSIAD, USLD) et d'identifier les zones dépourvues d'USLD est jointe en annexe.

Ces disparités d'équipement sont à corréliser avec la proportion de lits USLD convertis en médico-social par bassin qui se révèle également très inhomogène. En effet, 31 % des lits ont basculé dans le secteur médico-social en région ; mais ces proportions sont là encore très variables en fonction des bassins, puisqu'elles oscillent entre 0 % et 75 % de transformations.

Certains bassins comme celui de Valence cumulent les deux situations : taux d'équipement le plus bas et proportion de lits basculés dans le secteur médico-social le plus haut.

1.3. Les résultats de l'enquête PATHOS 2006

L'effectif obtenu des patients s'est élevé à 7.183 personnes, pour un âge moyen de 84,5 ans, et une proportion de 74,23 % de femmes.

La population des moins de 60 ans représente 125 personnes âgées réparties sur tous les bassins, soit 1,7 % des patients ayant été l'objet de la coupe en région Rhône-Alpes.

Les principaux indicateurs de l'outil PATHOS, pour la région étaient :

- le GIR⁵ moyen pondéré (GMP⁶) à 864 (charge en soins de base),
- le taux de soins médico-sociaux techniques infirmiers (SMTI) à 38,13 %, soit 2.739 patients,
- le Pathos Moyen Pondéré à 317,
- un nombre de patients ayant un profil de soins M2 correspondant à 105.

Les permanences médicales et infirmières étaient déclarées assurées dans plus de 3/4 des établissements, mais ces données déclaratives méritent d'être précisées puisqu'elles regroupent des réalités très diverses sur le terrain (mutualisation des effectifs infirmiers parfois, appel à la garde médicale libérale de secteur...).

⁴ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁵ Le GIR (groupe iso ressources) représente le degré ou la classification de dépendance d'une personne.

⁶ Le GIR moyen pondéré est obtenu par le nombre de patients obtenu dans chaque groupe (GIR) multiplié par un coefficient propre à ce groupe.

Le ratio régional de soignant s'établit, au vu des déclarations, à 50,03 équivalents temps plein (ETP) pour 100 lits installés, avec des écarts importants entre les établissements.

Le plateau technique⁷ était déclaré partiel pour près de la moitié des établissements, avec là aussi une grande diversité de situation.

1.4. Les locaux d'hébergement

Malgré les efforts d'harmonisation déjà engagés, il existe encore dans certaines structures des chambres à plus de 2 lits et ne disposant que d'une salle de bain ou d'une douche pour 20 lits.

La prise en compte des risques inhérents aux fortes chaleurs est généralisée par la mise à disposition de pièces rafraîchies ou plus rarement climatisées. L'équipement est encore insuffisant dans certaines structures.

2. Objectifs généraux

Ils sont de trois ordres :

- maintenir une offre sanitaire de soins de longue durée dans chaque bassin,
- reconnaître des USLD répondant à des critères de qualité incontestables (compétences et modalités de prise en charge des patients essentiellement),
- reconnaître des USLD s'inscrivant dans un fonctionnement coordonné de la filière gériatrique du territoire.

Ils doivent être déclinés sur un plan opérationnel.

3. Objectifs opérationnels

3.1. Maintenir une offre sanitaire de soins de longue durée

Chaque bassin doit être doté de lits en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

La répartition se fera en fonction des spécificités de chaque bassin mais :

- chaque centre de référence gériatrique doit bénéficier, soit en propre, soit par convention, de lits d'USLD en nombre suffisant afin de garantir la fluidité de la filière gériatrique sanitaire ;
- chaque zone de proximité doit bénéficier de lits d'USLD permettant de répondre à l'exigence de proximité du domicile des patients. Les établissements devront formaliser avec le ou les établissements de référence de leur bassin les coopérations nécessaires : consultations avancées spécialisées, accès au plateau technique et aux services de court séjour, ainsi qu'aux services de géronto psychiatrie dont relèvent les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques anciens.

⁷ Selon la définition donnée par l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

3.2. Définir des modalités de reconnaissance

Sept points méritent d'être pris en considération pour obtenir la reconnaissance comme unité de soins de longue durée.

3.2.1. S'intégrer dans la filière gériatrique

Chaque unité de soins de longue durée doit s'intégrer dans la filière gériatrique⁸ de son territoire et définir des chemins cliniques spécifiques adaptés au profil de certains types de patients.

3.2.2. Fonctionner avec les compétences requises

L'équipe pluridisciplinaire comprend nécessairement les personnels suivants :

- médecin formé en gériatrie ou en cours de formation (DESC ou capacité de gériatrie). En fonction des pathologies des patients, il sera fait appel aux spécialistes du domaine.
- infirmier : une formation à orientation gériatrique et/ou géronto-sociale est souhaitée pour les cadres de santé. Cette culture gériatrique contribuera à la dynamique de l'équipe.
- aide soignant,
- kinésithérapeute.

Les USLD doivent pouvoir bénéficier des compétences d'une équipe pluridisciplinaire. Aussi, il est recommandé d'associer un temps de :

- professionnels de rééducation : ergothérapeute, orthophoniste,
- psychologue : chargé de prendre en charge les patients, les familles et les équipes, et de participer aux groupes de parole,
- diététicien,
- assistant social,
- aide médico-psychologique,
- podologue,
- animateur placé sous l'autorité fonctionnelle du responsable de l'équipe.

Ces professionnels sont disponibles pour intervenir à la demande en USLD. Ils doivent adhérer aux objectifs du projet de service. Ils contribuent à la mise en œuvre du projet de soins et du projet de vie, dont l'animation est une des composantes. Ils devront faciliter les éventuelles sorties de ces unités.

⁸ Etant précisé que les gériatres en raison de leur formation d'interniste ou de généraliste sont en mesure de prendre en charge les patients non âgés

3.2.3. Prévoir dans leur projet d'établissement une politique de formation continue

Il est important que les personnels participant à la prise en charge des personnes âgées puissent bénéficier d'une politique adaptée de formation continue.

3.2.4. Assurer la permanence des soins

Une présence infirmière et aide soignante 24 heures sur 24 est prévue par les textes.

Une présence médicale le jour est nécessaire, ainsi qu'au minimum une astreinte la nuit, les dimanches et les jours fériés.

Les établissements devront donc s'organiser pour que le médecin d'astreinte puisse intervenir dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

Pour l'ensemble des établissements et en particulier pour les établissements référents disposant de l'intégralité de la filière gériatrique, et du plateau technique, il est recommandé que l'astreinte organisée soit une astreinte gériatrique.

Pour l'ensemble des établissements, la formation des personnels soignants, l'élaboration et la formalisation d'un projet personnalisé de soins pour chaque patient, ainsi que l'utilisation d'un dossier médical commun régional informatisé sont des éléments qui permettront d'améliorer la sécurité des malades, la continuité et la qualité des soins.

3.2.5. Disposer de locaux et équipements adaptés

Il est recommandé qu'un service de soins de longue durée comprenne des unités fonctionnelles d'une quinzaine de lits.

Les efforts déjà engagés d'humanisation et d'accessibilité devront se poursuivre pour permettre une prise en charge adaptée à la dépendance et à la spécificité des patients. Des locaux permettant l'accueil des familles devront également être prévus.

A terme, les USLD devraient disposer de locaux et d'équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique.

Toute nouvelle construction ou adaptation de locaux devra suivre les recommandations relatives au cahier des charges des conventions tripartites⁹. En outre, il conviendra de prendre en compte, lors de la conception ou de la rénovation de bâtiments, les risques liés aux fortes chaleurs, ainsi que les aspects architecturaux du concept de développement durable.

L'unité devra prévoir ses modalités d'accès au plateau technique défini¹⁰.

Au sein de chaque USLD, la possibilité d'installation d'une unité de psycho gériatrie réservée à l'accueil des patients déments présentant des troubles psycho comportementaux, doit être envisagée.

⁹ Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁰ Cf. note 7.

Les résultats de la coupe PATHOS permettront d'étayer le projet, et d'en argumenter le dimensionnement.

Cette unité devra être organisée comme un secteur fermé au sein duquel la déambulation est possible dans des conditions humaines. Le personnel affecté devra être spécifiquement formé.

3.2.6. Disposer d'un projet de vie et d'un projet de soins

Les familles des personnes admises doivent pouvoir bénéficier d'un entretien d'accueil. Chaque malade âgé entrant dans un service de SLD doit bénéficier d'une évaluation gériatrique réalisée par le médecin avec le concours de professionnels (rééducation, psychologue...). Cette évaluation doit permettre d'établir avec l'ensemble de l'équipe soignante le projet personnalisé de soins et le projet de vie à la personne.

La réévaluation des malades et de leurs capacités fonctionnelles, ainsi que l'actualisation des thérapeutiques sont régulièrement réalisées.

Le projet de soins et le projet de vie sont étroitement liés, et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, y compris l'animateur, doit contribuer à leur mise en œuvre.

L'ensemble de ce dispositif permettra, le cas échéant, de prévoir les moyens à mettre en œuvre (en particulier pour les malades d'unité de psycho gériatrie) pour la sortie possible de cette unité après l'amélioration des troubles du comportement vers d'autres secteurs de la même institution, vers une autre institution ou vers le domicile.

Ce projet de retour se fera en lien avec le réseau de santé personnes âgées de l'aire géographique du domicile du patient.

3.2.7. Intégrer une démarche qualité, dynamique et continue

Cette démarche comprend l'accueil et le soutien des familles, une mise en œuvre du projet de soins et du projet de vie adaptée à la situation individuelle du patient, le soutien des soignants.

Elle doit mettre en place l'analyse et la gestion des événements indésirables tels que les infections nosocomiales, les chutes, le développement d'escarres, les problèmes d'incontinence... aux fins d'en tirer les mesures pour améliorer la qualité du service rendu et prendre les mesures adaptées pour prévenir ces risques. L'analyse des causes du décès entre dans cette problématique.

La qualité des prescriptions médicales et leur suivi se verraient facilités par la mise en place de référentiels disponibles et accessibles aux prescripteurs en lien avec le COMEDIMS¹¹ ou à défaut le pharmacien responsable. Cette démarche devra être intégrée au développement à venir des systèmes d'information.

Le développement du soutien des équipes par la création notamment de groupes de parole, ou de supervision, ou d'analyse de pratique...

¹¹ Comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles

L'ensemble des intervenants de la structure devra s'être approprié les concepts de maltraitance et bien-traitance conformément au "plan de développement de la bien-traitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance¹²" de 2007 (prévention, diffusion des bonnes pratiques, évaluation interne, contrôle des embauches...).

La mise en place d'un dossier médical commun (informatisé) contribuera à cette démarche.

La structure pourra mettre en œuvre l'ensemble en fonction de ses priorités et de ses constats en s'appuyant sur les recommandations d'un document réalisé par un collège d'experts à la demande de l'agence et intitulé «Eléments incontournables relatifs à la qualité de la prise en charge Qualité de vie – Qualité de soins», joint en annexe du document.

3.3. S'inscrire dans un fonctionnement coordonné de la filière gériatrique du territoire

Une filière gériatrique ne doit en aucun cas correspondre à la simple juxtaposition de différentes structures, mais bien à la mise en place de liens fonctionnels :

- en interne, pour un établissement possédant l'ensemble de la filière,
- ou en externe, par coopération inter-établissements, selon un montage juridique adapté (lien conventionnel...) et définissant le rôle respectif des acteurs dans la filière, ainsi que les protocoles d'admission et de retour, établis conjointement.

Le fonctionnement de la filière sera facilité par une régulation médicale des entrées avec l'ensemble des intervenants, sous la responsabilité du gériatre désigné dans le cadre de cette coopération.

Cette filière doit organiser au sein de son territoire d'implantation les partenariats avec les différents acteurs médico-sociaux, professionnels libéraux et structures existantes de coordination, en particulier les réseaux de personnes âgées.

Pour les patients des unités psycho gériatriques, une filière spécifique devra s'organiser à tous les niveaux de l'hospitalisation (court séjour - SSR - SLD).

4. Déclinaison territoriale

L'analyse des données de l'enquête USLD 2006 permet d'établir le besoin en capacités d'USLD par territoire à l'échéance 2010, selon la fourchette de répartition suivante :

- capacités minimales : 6,4 ‰ habitants de plus de 75 ans, correspondant au taux moyen constaté sur la région,
- capacités maximales : 11 ‰ habitants de plus de 75 ans, correspondant au taux le plus favorable existant actuellement dans certains bassins de la région.

La partition des USLD qui doit s'opérer devra aboutir à une répartition plus équilibrée, à la fois au sein de la région et de chaque bassin.

¹² Plan national annoncé le 14 mars 2007 par M. Bas, ministre délégué aux personnes âgées.

Les objectifs quantifiés en volumes sont déterminés en tenant compte de ces critères, ainsi que des réalités propres à chaque territoire, intégrant les spécificités de prise en charge.

Par ailleurs, chaque bassin devra comporter au minimum une unité de psycho gériatrie, telle que définie précédemment.

Une ou plusieurs unités spécifiques de prise en charge de patients atteints de maladies neuro dégénératives seront également identifiées en fonction des besoins dont le recensement sera fait courant 2008.

Enfin, des lits identifiés de soins palliatifs devront également être mis en place et être organisés en lien avec les équipes mobiles et les unités de soins palliatifs existantes. Les demandes devront être étayées par les résultats de la coupe PATHOS et répondre au référentiel d'organisation des soins existant¹³.

Chaque bassin devra disposer d'une filière de soins gériatriques complète¹⁴, comportant au minimum un "établissement de santé support de la filière".

Le rôle et les obligations réciproques des établissements membres de la filière seront formalisés dans une convention constitutive.

Le dispositif devra également prévoir pour les USLD l'organisation des partenariats (HAD, structures psychiatriques, médecins traitants, acteurs médico-sociaux et structures de coordination) et l'articulation avec les réseaux de santé "personnes âgées" dans chaque bassin.

Le processus de planification, tel qu'il vient d'être décrit, ne pourra être effectif que sous réserve d'un accompagnement financier et juridique de la réforme, au terme de la démarche de partition.

¹³ Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002, relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

¹⁴ Au sens de la circulaire ministérielle DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

Références

Références réglementaires :

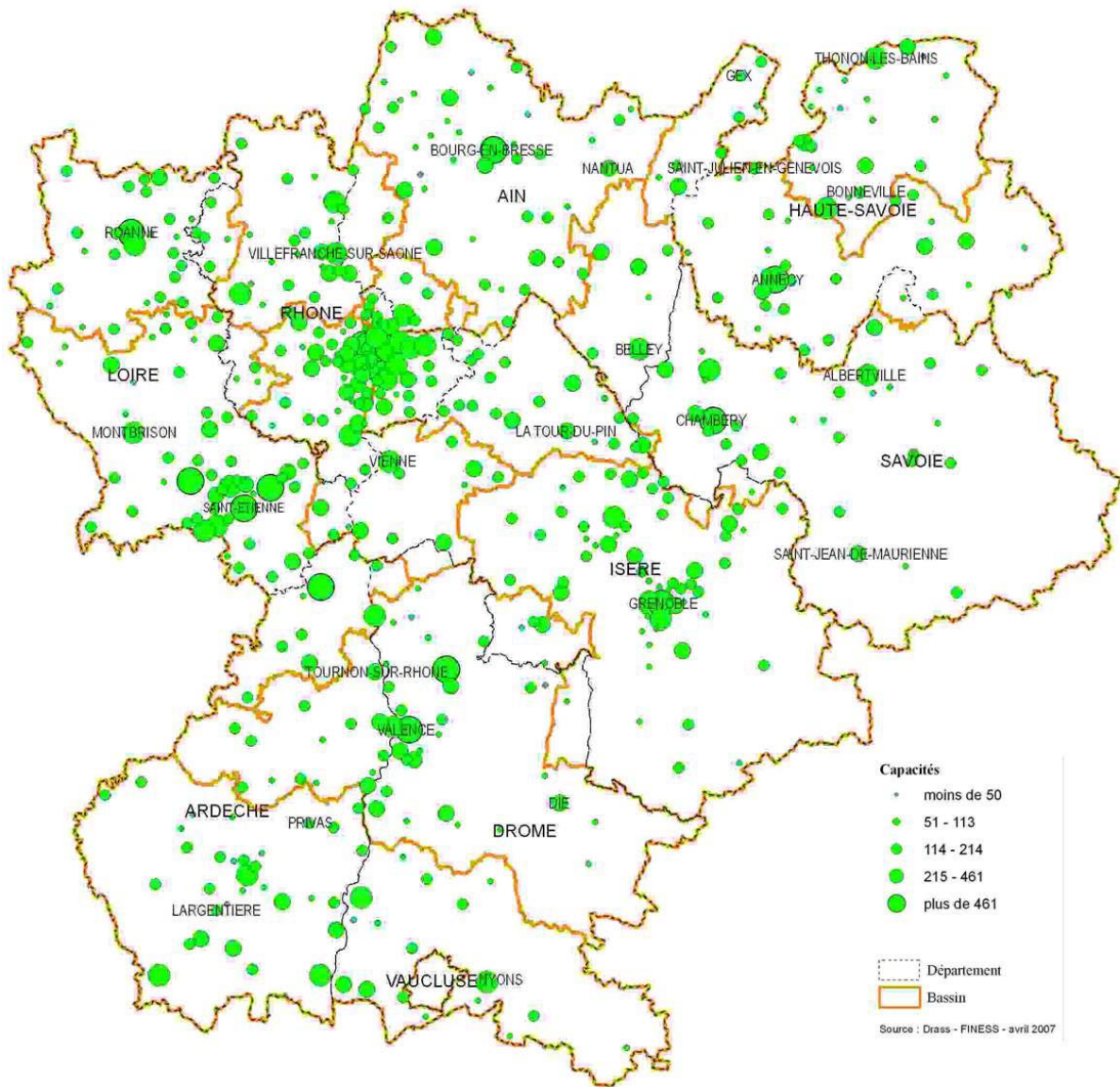
- Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, et notamment son article 46,
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et notamment son article 84,
- Arrêté ministériel du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales,
- Arrêté du directeur de l'ARH de Rhône-Alpes n°2006 – RA – 51, en date du 20 février 2006, relatif au SROS pour Rhône-Alpes, et notamment son livre II "La constitution des filières de soins : une prise en charge intégrée des patients", volet Gériatrie,
- Arrêté ministériel du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD,
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002, relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs,
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 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 ministérielle DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique,
- Circulaire ministérielle DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD,
- Circulaire ministérielle DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé des personnes âgées.

Autres références :

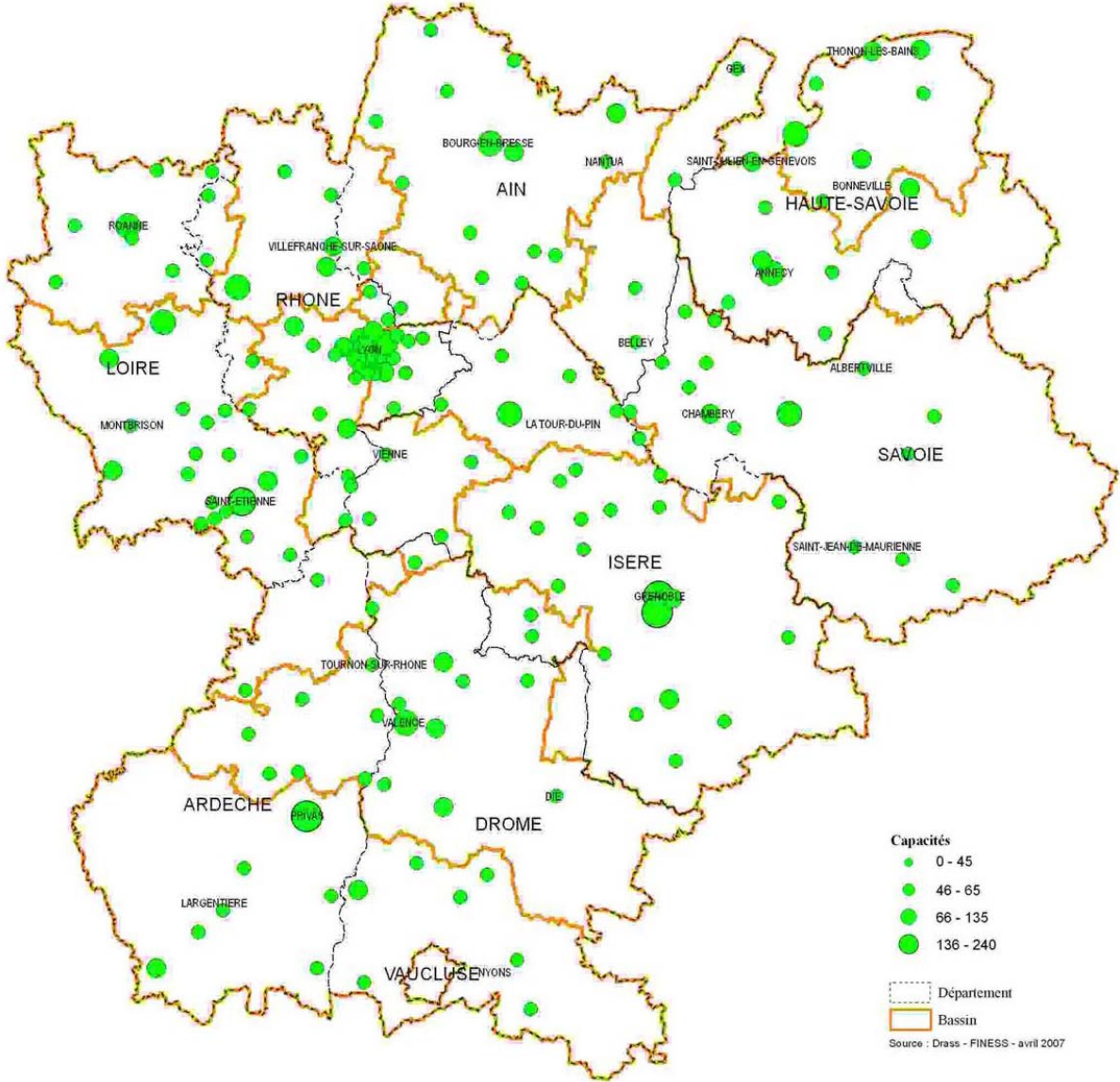
- CNAMTS, DSM, Prévost P., Vuillemin C., Fender P., Etude PATHOS sur l'Echantillon "ERNEST" – Les Soins de Santé en Maison de Retraite, Foyers Logements et Services de Soins de longue Durée au Niveau national, Février 2003,
- DRSM Rhône-Alpes, pôle organisation du système de soins. Pasquinelli S. Enquête USLD 2006 – région Rhône-Alpes "Des Résultats au Redimensionnement", mars 2007,
- Plan ministériel de développement de la bien-traitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance de mars 2007, ministère délégué aux personnes âgées.

Annexe 1

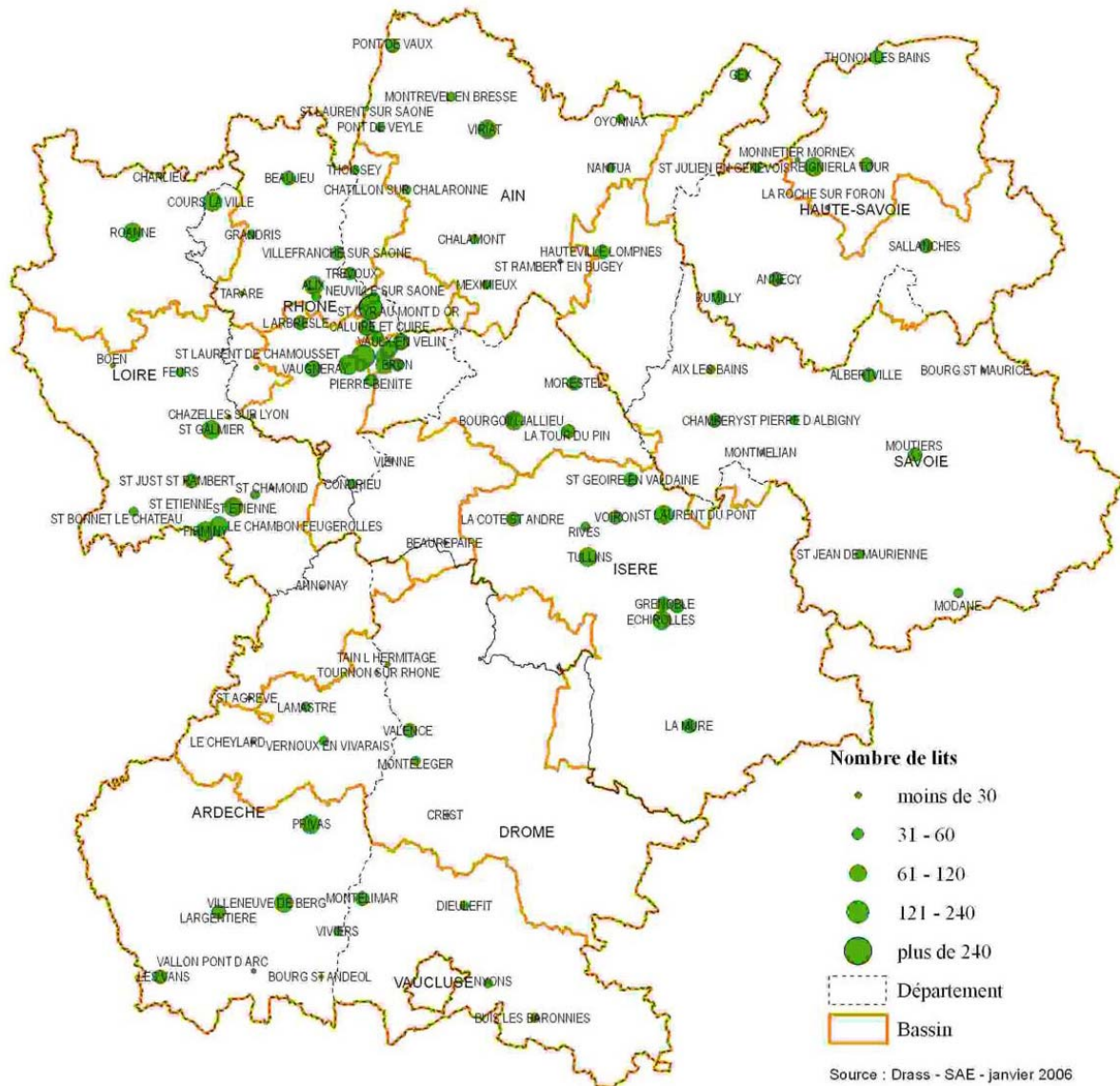
Carte n° 1 : Implantation des maisons de retraite sur la région Rhône-Alpes (avril 2007)



Carte n° 2 : Implantation des services de soins infirmiers à domicile sur la région Rhône-Alpes (avril 2007)

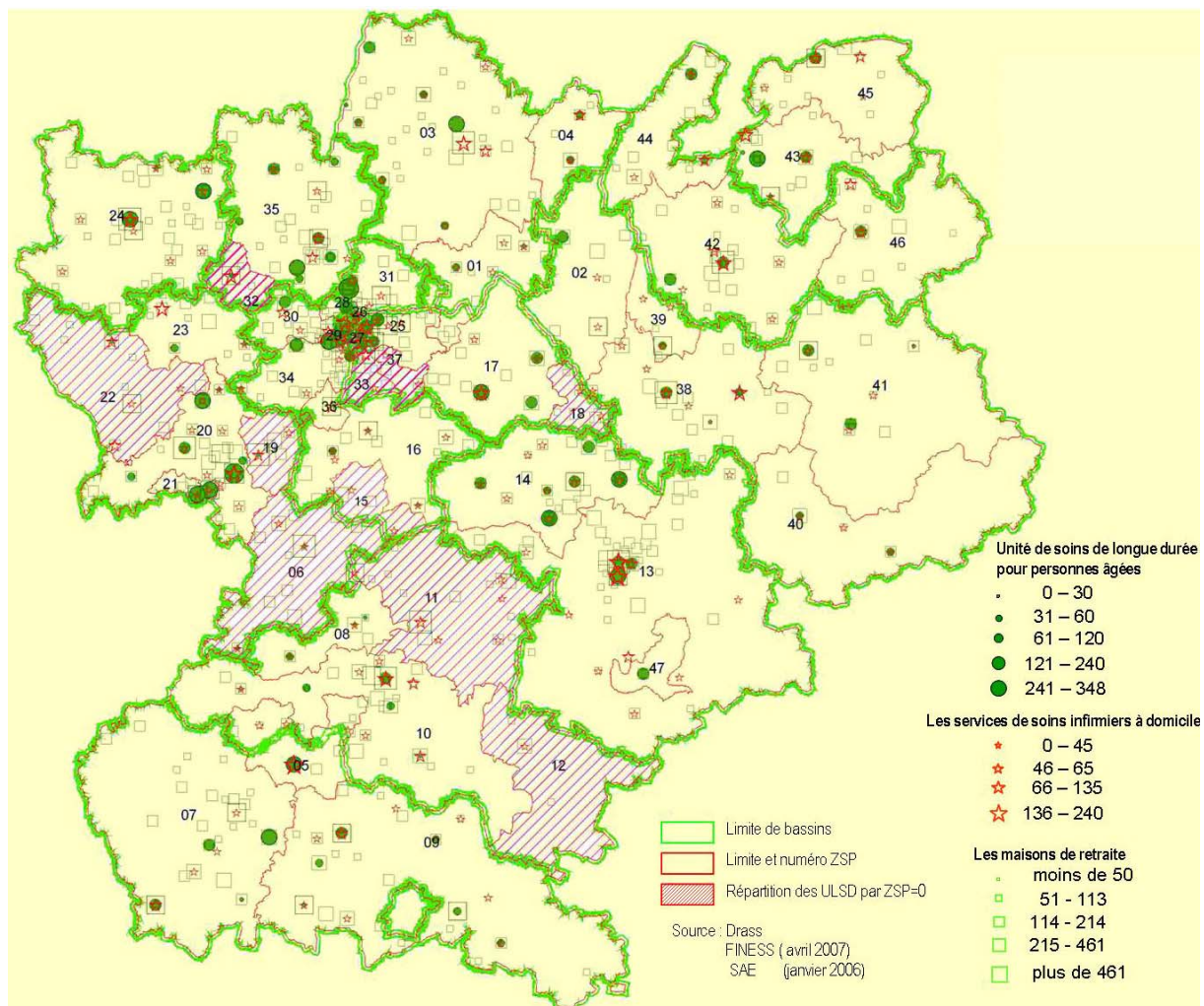


Carte n° 3 : Implantation des unités de soins de longue durée pour personnes âgées sur la région Rhône-Alpes (janvier 2006)



Carte n° 4 : Répartition des capacités par type de structure pour personnes âgées sur la région Rhône-Alpes (avril 2007) :

- des maisons de retraite (□),
- des services de soins infirmiers à domicile (☆)
- des unités de soins de longue durée (○)



Annexe 2

Eléments relatifs à la qualité de la prise en charge : qualité de vie, qualité de soins (avis d'experts, à la demande de l'ARH de Rhône-Alpes)

Chaque patient doit bénéficier d'un projet de soin et de vie individualisé, élaboré en équipe, à partir d'une évaluation à l'entrée : entretien d'accueil et évaluation gériatrique standardisée.

Qualité de vie

- soins d'hygiène quotidiens adaptés au niveau d'autonomie du patient (toilette, douche, bain, soins de bouche...),
- maintien des capacités physiques restantes selon le niveau d'autonomie,
- lever quotidien systématique sauf contre-indication médicale (durée en fonction de la tolérance),
- entretien des transferts et de la marche (inciter et aider la personne âgée à se rendre à pied à la salle à manger...),
- pour les patients pour lesquels un alitement est incontournable : mobilisation et changements de position réguliers jour et nuit,
- assurer une alimentation équilibrée respectant les goûts,
- pas de mixés (systématiques),
- nombre et temps de repas : 3 repas + 1 à 2 collations par jour (organisation institutionnelle). Le temps du repas de midi ne doit pas être inférieur à 30 min,
- prévention et prise en charge de l'incontinence,
- réalisation d'horloges mictionnelles,
- pas de protections systématiques,
- présentation aux toilettes régulières jour et nuit,
- prise en charge et respect des différentes prothèses et appareillages visant à pallier un déficit sensoriel ou autre (mise en place, nettoyage, entretien...) : lunettes, Prothèses auditives, prothèses dentaires,
- protocolisation des contentions (prescrites, évaluées),
- communication et attitude adaptée en particulier chez les patients déments (éviter l'aide inadaptée, les contre-attitudes...). Une formation du personnel est nécessaire à ce titre.

Qualité de soins

- prévention et prise en charge de la douleur (douleurs aiguës, chroniques et douleurs provoquées par les soins),
- utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur (Doloplus, ECPA,...),
- prescription d'antalgiques selon les protocoles anticipés individualisés,
- prévention et traitement des plaies et escarres,
- prévention et traitement de la malnutrition protéino-énergétique et de la déshydratation : surveillance nutritionnelle avec au minimum un relevé de poids mensuel ; une distribution systématique de boisson doit être par ailleurs assurée régulièrement en cours de journée,
- repérer, diagnostiquer et traiter les atteintes cognitives et la dépression et leurs conséquences.

Glossaire

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
COMEDIMS	Comité des Médicaments et des Dispositifs Implantables Médico-Stériles
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
ECPA	Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur pour la Personne Agée
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso Ressource
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
M2	Patient en fin de vie non classé SMTI
PATHOS	Outil évaluant la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les personnes âgées
SLD	Soins de Longue Durée
SMTI	Soins Médico-Techniques Importants
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unités de Soins de Longue Durée

LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Sommaire

Introduction	109
1. Définitions	110
1.1. La notion de douleur	110
1.2. Les structures de prise en charge	110
1.2.1. Les consultations	111
1.2.2. Les unités	111
1.2.3. Les centres	111
1.3. Les organisations	112
1.3.1. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)	112
1.3.2. Soins de support	112
1.3.3. Douleur et soins palliatifs	113
1.4. Rappel des rôles des différentes structures dans la lutte contre la douleur	113
2. Etat des lieux	114
2.1. L'offre en structures	114
2.1.1. Etats généraux de la douleur	114
2.1.2. le comité de lutte contre la douleur (CLUD)	114
2.1.3. Structures spécialisées de lutte contre la douleur	115
2.1.4. Les réseaux	116
2.2. Les coopérations	116
2.3. L'appréciation des besoins	117
2.4. Conclusion de l'état des lieux	118
3. Principes de financement	118
3.1. Financement à l'activité	118
3.2. Financement MIGAC	119
4. Objectifs généraux	119
4.1. La prise en charge au quotidien de la douleur dans les établissements de santé	120
4.2. La prise en charge de la douleur chronique et rebelle par des structures spécialisées	120
4.3. Evaluation de la lutte contre la douleur et des structures spécialisées	120
5. Objectifs opérationnels	120
5.1. La prise en charge au quotidien de la douleur dans les établissements de santé	120
5.1.1. Amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur	120
5.1.2. Associer les usagers par une meilleure information	120
5.1.3. Améliorer l'information et la formation des personnels de santé	121
5.1.4. Renforcer le rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur	121
5.1.5. Disposer d'un système d'information accessible sur la prise en charge de la douleur	121
5.2. La prise en charge de la douleur chronique et rebelle par des structures spécialisées	121
5.2.1. Accessibilité à des structures spécialisées de lutte contre la douleur dans toute la région	121
5.2.2. Veiller aux conditions de fonctionnement	122
5.2.3. S'inscrire dans un fonctionnement coordonné	122
Références	123
Annexe	124

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la lutte contre la douleur est devenue une priorité de santé publique. Elle participe pleinement à la prise en charge globale des patients et constitue l'une des missions des établissements de santé, depuis la loi n° 95-116 du 4 février 1995¹ : "les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent"². Ces moyens doivent être définis par le projet d'établissement³.

La politique menée par les pouvoirs publics en la matière s'est articulée autour des deux types de douleur habituellement reconnus (aiguë et chronique).

La circulaire du 7 janvier 1994⁴ a posé les principes d'organisation des soins et de la lutte contre la douleur chronique, en définissant notamment trois types de structures spécifiques de prise en charge : consultation, unité, centre.

Cette démarche a été complétée par deux plans nationaux successifs de lutte contre la douleur (1998-2002 et 2002-2005).

Un troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur a été élaboré, pour la période 2006-2010, qui s'articule autour de 4 priorités :

- amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie),
- amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé,
- meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques,
- structuration régionale de la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Depuis de nombreuses années, la région Rhône-Alpes s'est investie dans la démarche de lutte contre la douleur. En témoignent un certain nombre d'actions, qu'il s'agisse :

- de la mise en place d'un groupe thématique régional, en 1997, chargé de proposer un cahier des charges pour la création des structures spécialisées et de rendre un avis sur les projets proposés, dans le cadre des enveloppes ciblées qui ont accompagné le premier plan douleur,
- de la réalisation d'un annuaire des consultations de la douleur en 1998, réactualisé en 2000 puis 2002,
- de la participation aux Etats généraux de la douleur, qui se sont tenus en 2004,
- de la mise en place, en 2005, d'une cellule régionale de lutte contre la douleur au sein de l'ARH, en vue de faire un état des lieux de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé du Rhône, puis de l'ensemble de la région (besoins ressentis par les professionnels, satisfaction des patients) et d'assurer une coordination des activités entre les comités de lutte contre la douleur (inter CLUD),
- de la tenue de trois réunions des inter CLUD régionaux.

¹ Les différents textes relatifs à la prise en charge de la douleur sont présentés en annexe.

² Dispositions désormais reprises par l'article L.1112-4 du code de la santé publique.

³ Visé à l'article L.6143-2 du code de la santé publique.

⁴ Cf. Circulaire DGS/DH/1994/03 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

1. Définitions

Il est nécessaire de préciser un certain nombre de notions, tant au titre de la douleur elle-même, que des structures ou des organisations, avant d'évoquer l'état des lieux.

1.1. La notion de douleur

La définition de la douleur généralement retenue par les autorités sanitaires est celle d'"une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion"⁵.

Deux types de douleur sont schématiquement reconnus ⁶ :

- la douleur aiguë de courte durée, inférieure à six mois (postopératoire, post-traumatique ou provoquée par les actes de soins...). La douleur aiguë a valeur de signal d'alarme, de symptôme aidant au diagnostic : généralement, elle décroît lorsqu'un traitement de sa cause est institué ;
- la douleur chronique rebelle, supérieure à six mois et résistante aux traitements antalgiques usuels.

Les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories :

- les douleurs cancéreuses provoquées par le cancer lui-même, les douleurs secondaires au cancer, d'origine iatrogènes ou encore dues à une maladie concomitante. La prévalence de ces douleurs va augmenter considérablement avec la pathologie cancéreuse ;
- les douleurs liées à l'infection par le VIH ;
- les douleurs chroniques non malignes qui perturbent la vie des malades atteints, souvent pendant de longues années. Les douleurs les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, les douleurs neurologiques par lésion du système nerveux périphérique ou central, les céphalées et les douleurs psychogènes.

Il convient également d'évoquer les douleurs "transversales", spécifiques de certaines populations, parfois non communicantes, telles les personnes âgées (en institution ou non), les enfants, les personnes handicapées ou encore les douleurs spécifiques en santé mentale.

1.2. Les structures de prise en charge

Aux termes de la circulaire du 4 février 1998⁷, il existe trois types de structures spécialisées dans la lutte contre la douleur chronique.

⁵ Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP).

⁶ Référence : Introduction du programme de lutte contre la douleur 2002-2005.

⁷ Circulaire DGS/DH/1998/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

1.2.1. Les consultations

Les consultations pluridisciplinaires, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés représentent le maillon essentiel de l'approche globale du patient douloureux.

Il est recommandé que la structure soit placée sous la responsabilité d'un médecin et regroupe au moins trois médecins : 2 somaticiens de disciplines différentes en cohérence avec les pathologies examinées (dont un neurologue ou un neurochirurgien) et un psychiatre ou un psychologue.

Le médecin responsable de la consultation devrait être titulaire du diplôme universitaire (DU), ou du diplôme interuniversitaire (DIU) ou de la capacité d'algologie.

Le temps de fonctionnement de la structure est a priori au minimum de 2 demi-journées par semaine. Une consultation doit assurer au moins 500 consultations/an.

La consultation joue le rôle de recours pour le traitement de la douleur chronique dans le bassin hospitalier, en assurant l'accueil de tout type de douleur, avec réorientations organisées.

Dans les faits, il est important de souligner l'existence d'un certain nombre de consultations, que l'on pourrait qualifier "de proximité", ne répondant pas à aux recommandations, car fonctionnant par exemple avec un seul praticien ou accueillant moins de 500 patients par an. Ces consultations jouent toutefois un rôle de première ligne dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

1.2.2. Les unités

Les unités pluridisciplinaires mettent en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à un plateau technique adapté aux actes à visée antalgique, quel que soit le type d'hospitalisation (complète ou incomplète) et/ou des places ou lits d'hospitalisation.

Pour être unité de prise en charge de la douleur chronique, les structures devraient comporter en propre (ou avoir à disposition) ces lits ou places et/ou ce plateau technique et avoir satisfait aux exigences de l'identification d'une consultation pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique.

L'unité joue également le rôle de recours pour le traitement de la douleur chronique dans le bassin hospitalier, avec possibilité d'hospitalisation dans des lits spécifiquement dédiés.

1.2.3. Les centres

Les centres pluridisciplinaires, situés au sein des centres hospitalo-universitaires ont en outre, pour mission, l'enseignement (délivrance de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur) et la recherche sur le thème de la douleur.

Pour être reconnue en tant que centre, la structure doit également avoir satisfait aux exigences de l'identification en tant que consultation ou unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique.

Le centre peut jouer le rôle de référent régional, en fonction de ses spécialités et spécificités (expertise et prise en charge spécifiques). Il assure également un rôle d'enseignement et de recherche.

Il est à souligner que les équipes mobiles de lutte contre la douleur, initialement individualisées dans la liste des missions d'intérêt général n'y figurent plus. Elles sont désormais considérées comme activité interne des structures spécialisées.

1.3. Les organisations

Elles peuvent être envisagées à trois niveaux.

1.3.1. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est une instance pluridisciplinaire, propre à un établissement, appelée à travailler en collaboration effective et permanente avec la direction de cet établissement et la CME (ou le CCM), ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques. Il n'a pas pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur, qui relève des services cliniques et des structures spécialisées de traitement de la douleur.

Les responsabilités du CLUD, en vue d'améliorer la prise en charge de la douleur sont⁸ de :

- proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement⁹,
- coordonner, au niveau de l'ensemble des services de l'établissement, toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type (aiguë ou chronique), l'origine (maligne ou non) et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs...),
- aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

1.3.2. Soins de support

Il s'agit de "l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves"¹⁰. Les soins palliatifs et les structures douleur participent aux soins de support.

La démarche des soins de support s'initie actuellement autour des patients atteints de cancer et de leurs proches. Le plan cancer 2003-2007 prévoit ainsi le développement de ces soins de support, en complémentarité, notamment, avec les programmes nationaux soins palliatifs et douleur.

⁸ Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements du collège national des médecins de la douleur.

⁹ Cf. article L.6143-2 du code de la santé publique.

¹⁰ Définition inspirée de celle du "supportive care", donnée en 1990 par la "Multinational Association for Supportive Care in Cancer" (MASCC).

Il s'agit essentiellement d'une organisation, visant à coordonner les différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques, dans la prise en charge du malade, permettant ainsi une approche globale de ce dernier.

A terme, cette organisation devra concerner autant la pathologie cancéreuse que non cancéreuse.

Chaque fois que cela est possible, l'organisation mise en place doit favoriser les liens à établir entre soins palliatifs, douleur et organisation des soins de support pour une efficacité maximum.

1.3.3. Douleur et soins palliatifs

Douleur et soins palliatifs doivent être distingués sans ambiguïté, mais ces deux activités sont, de fait, souvent associées dans certaines structures sanitaires et réalisées par une seule et même équipe, dans un souci de gestion plus rationnelle des ressources humaines et de mutualisation des moyens.

Dans le cas de l'existence de deux équipes distinctes, des liens doivent être formalisés, même si l'organisation est commune, pour une organisation la plus efficace possible.

1.4. Rappel des rôles des différentes structures dans la lutte contre la douleur

Structures	Comité de lutte contre la douleur CLUD	Structure spécialisée de lutte contre la douleur	Structures soins palliatifs
Etablissements concernés	Tous	Etablissements reconnus	Etablissements reconnus
Mission	Amélioration de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé	Traitement de la douleur chronique rebelle	Soulager la douleur physique et la souffrance morale des patients en situation palliative et en fin de vie
Patients pris en charge	Aucun	Patients hospitalisés et surtout non hospitalisés, souffrant depuis plus de 6 mois	Surtout patients hospitalisés en situation palliative ou en fin de vie
Personnel	Aucun propre	Selon l'activité	Personnel affecté pour équipe et unité Renfort pour lits
Activité principale	Programme de lutte contre la douleur	Consultations pluridisciplinaires	Conseil aux équipes soignantes pour EM Prise en charge en séjours pour lits et unité
Financement	Budget de l'hôpital	MIG (consultations) GHS (séjours)	MIG (activité EM) GHS (séjours)

2. Etat des lieux

L'état des lieux doit porter aussi bien sur les structures et les coopérations, que sur l'évolution des besoins.

2.1. L'offre en structures

Les différents types de structure seront passés en revue.

2.1.1. Etats généraux de la douleur

Dans le cadre des Etats généraux de la douleur, une enquête a été réalisée dans six régions, dont la région Rhône-Alpes, au cours du premier semestre 2004.

L'objectif de cette enquête était de décrire :

- les modalités d'information, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients douloureux,
- les résultats de leur prise en charge.

L'une des principales conclusions a été que la douleur restait sous-évaluée et sous-traitée et que la dynamique de lutte contre la douleur devait donc être poursuivie sans relâche, notamment en matière de traçabilité des résultats de l'évaluation de la douleur.

2.1.2. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

La cellule régionale de lutte contre la douleur a organisé une enquête déclarative auprès des établissements de santé de la région Rhône-Alpes, en 2006.

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer l'existence, le développement et le fonctionnement des CLUD, dans la région.

Un questionnaire a été adressé, en mars 2006, à tous les établissements de soins de la Région Rhône-Alpes : hôpitaux publics, cliniques, centres de soins de suite et de réadaptation, centres de longue durée, centres de dialyse, représentant 307 établissements. Les Centres Hospitalo-universitaires de Lyon, Grenoble et Saint-Étienne ont été exclus de cette enquête, pour laquelle le taux de réponse a été de 78 %.

Les principaux résultats sont repris en annexe. Parmi ceux-ci :

- 58 % des établissements disposaient d'un CLUD,
- référent douleur : un médecin (67 % des CLUD) ou un(e) infirmier(e) (53 %),
- seuls 33,6 % des établissements avaient mis en place un contrat d'engagement douleur et 28 % un processus volontaire d'évaluation des pratiques professionnelles.

2.1.3. Structures spécialisées de lutte contre la douleur

Un bilan des structures spécialisées dans la lutte contre la douleur a été réalisé au 31 décembre 2006, par croisement des données issues de l'annuaire diffusé par la société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) en 2006 et des réponses au questionnaire adressé par le groupe thématique régional de l'ARH aux établissements de la région, en mai 2007.

Ce bilan est le suivant :

Bassin hospitalier	Centre	Unité	Consultation	Consultation de proximité
01 Bourg-en-Bresse				1
02 Valence		1		
03 Montélimar				3
04 Grenoble	1	2	1	
05 Roanne			1	
06 Saint-Etienne	1			3
07 Villefranche-sur-Saône				0
08 Lyon Est	1	1	3	1
09 Lyon Centre et Nord		1		2
10 Lyon Sud et Ouest		1		3
11 Chambéry		1	1	
12 Annecy				2
13 Haute-Savoie Nord				1
Total Région	3	7	6	16

Ce bilan des structures met en exergue l'existence de :

- un centre dans chacun des 3 CHU de la région,
- au moins une unité dans 6 des 13 bassins hospitaliers,
- un faible nombre de consultations répondant aux critères réglementaires, suppléé par des consultations de proximité dans la presque totalité des bassins.

Les bassins hospitaliers totalement démunis en structures spécialisées de prise en charge de la douleur chronique sont les suivants :

- Bourg-en-Bresse,
- Montélimar,
- Villefranche-sur-Saône,
- Annecy,
- Haute-Savoie Nord.

2.1.4. Les réseaux

Deux réseaux douleur existent sur la région Rhône-Alpes :

- le réseau voironnais de la douleur, financé depuis 2000 par l'ARH. Ce réseau est implanté sur le nord-est de l'Isère. Financé aujourd'hui conjointement par l'ARH et la dotation régionale des réseaux, porté par le Centre Hospitalier de Voiron, ce réseau offre des consultations spécialisées et vise, en outre, à former des relais de prise en charge en médecine de ville. ;
- le réseau ALGO 38, financé depuis 2004 par la dotation régionale des réseaux. Ce réseau, qui réunit trois des six structures douleur reconnues en Rhône-Alpes dans le cadre du SROS 2 (CHU de Grenoble, Clinique mutualiste des Eaux claires et Hôpital rhumatologique d'Uriage) intervient sur l'agglomération grenobloise.

2.2. Les coopérations

Il convient de passer en revue la clinique, l'enseignement et la recherche au titre des coopérations.

▪ La clinique

- Médecine de ville et structures douleur :

La coopération s'effectue par courriers, dossiers communs (ex. : dossier informatique "peps" commun aux trois structures et deux réseaux du bassin grenoblois-voironnais, devant s'ouvrir sur les médecins et les soignants de ville), présentation pluridisciplinaire, interventions de proximité (domicile) en lien direct avec médecin traitant grâce au réseau (Grenoble).

- Coopération entre les structures :

Les coopérations se font d'abord entre consultation de premier niveau / unité / centre.

Les coopérations se font également en fonction des spécificités de certaines structures. Certaines des références ainsi identifiées sont les suivantes (liste non exhaustive) :

- . fibromyalgie (Centre CHU Grenoble),
- . douleurs neuropathiques (Centres CHU Lyon et Saint-Etienne),
- . algies faciales (Centres CHU Lyon et Saint-Etienne),
- . douleurs de l'enfant (Unité HEH Lyon, Centre CHU Grenoble),
- . douleur pelvienne (Unité HEH Lyon),
- . douleurs du sujet âgé (Hôpital des Charpennes Lyon),
- . douleurs rhumatologiques (CH d'Uriage).

Un réseau de santé vise à améliorer les démarches ville - hôpital des trois structures grenobloises sur le territoire de santé (travail sur un parcours/orientation communs, une gestion commune).

- Coopérations formalisées autour de la prise en charge de la douleur du cancer :
 - . structures douleur / DISPO des centres anticancéreux (Lyon – Saint-Étienne),
 - . staffs communs (IPC / UETD Grenoble),
 - . travail des réseaux au sein de la maison des réseaux Sud-Isère avec démarrage d'un réseau d'oncologie (Onco38 / Algo38 / Palliavie).

- Coopérations douleur / soins palliatifs et douleur du cancer :
 Ces coopérations sont effectives dans certaines unités et consultations avec une coordination formalisée (CH Chambéry).

- Coopération douleur et soins palliatifs :
 Les unités et consultations douleur semblent avoir une coordination plus formalisée.

▪ **L'enseignement**

L'enseignement universitaire est géré par les universités, en lien avec les CHU pour l'essentiel.

Cependant, certains praticiens de structures non universitaires participent à l'enseignement, en fonction des spécificités.

▪ **La recherche**

La recherche est réalisée notamment dans l'unité INSERM Douleur U 879 Lyon - Saint-Etienne.

2.3. L'appréciation des besoins

L'appréciation des besoins en matière de prise en charge de la douleur peut s'envisager par une approche démographique. Selon le livre blanc de la douleur, 57 % des français de plus de 18 ans ont en effet été confrontés personnellement à la douleur.

Selon une série d'études récentes¹¹, la prévalence de la douleur chronique (> 6 mois) est de 15 à 25 % (en moyenne 20 %), avec des variations selon le sexe et selon l'âge.

La prévalence de la douleur neuropathique est de 6,9 %.

¹¹ Elliot et autres, Lancet, 1999 ; Blyth et autres, Pain, 2001 ; Eriksen et autres, Pain, 2003 ; Breivik et autres, Pain, 2005.

Les pathologies ciblées comme s'avérant les plus rebelles sont les suivantes :

- pathologie ostéo-musculaire : lombosciatalgie, fibromyalgie, syndromes myofasciaux,
- céphalées et algies faciales : migraine, céphalées chroniques, céphalées avec abus médicamenteux,
- douleurs rebelles ou séquellaires des cancers,
- douleurs post traumatiques post chirurgicales,
- douleurs avec composante psychologique et sociale : expertise et prise en charge psychologique (psychiatre psychologue), expertise sociale et réinsertion sociale et professionnelle (médecine du travail, assistante sociale).

2.4. Conclusion de l'état des lieux

Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de cet état des lieux en région Rhône-Alpes, semblables à celles relevées par le Ministère en 2004¹², notamment en termes :

- de ressources humaines (peu de structures identifiées répondent au cahier des charges défini en 1998),
- d'organisation (pluridisciplinarité difficile à assurer),
- de réponse aux demandes : patients de plus en plus nombreux (liste d'attente : en moyenne de 3 à 6 mois) ; patients de plus en plus difficiles, avec problématique psycho sociale.

3. Principes de financement

Il n'est pas inutile de préciser les modalités de financement de cette activité transversale aux soins qu'est la lutte contre la douleur.

3.1. Financement à l'activité

Les trois niveaux de prise en charge de la douleur chronique rebelle (consultations, unités, centres) bénéficient du financement suivant :

- financement des consultations par les MIGAC,
- financement des hospitalisations par le GHS "douleur chronique rebelle",
- financement de la formation et de la recherche par le biais des MERRI.

¹² Enquête relative aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – CEMKA-EVAL – 2004.

Deux GHM ont été créés dans la version 10 des GHM :

- "01M21Z Douleurs chroniques rebelles",
- "24M37Z Douleurs chroniques rebelles : séjours de moins de 2 jours".

Pour la douleur aiguë, le financement est inclus dans les tarifs des GHS, y compris pour l'intervention des équipes mobiles.

3.2. Financement MIGAC

A compter de 2007, la MIG "équipe mobile douleur" et la MIG "structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle" sont remplacées par une seule MIG, intitulée "structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle : consultation, formation, coordination, soutien et évaluation".

L'indicateur de référence proposé par le Ministère est le nombre annuel de consultations médicales externes :

Nombre annuel de consultations externes	Personnel	Forfait
< 500	Mutualisation entre établissements	-
500 - 1.000	Pers. médical : 0,6 ETP PH Pers. non méd. : 0,5 ETP IDE + 0,5 ETP secrétariat + 0,5 ETP psychologue Frais de structure de 2 %	131.300 €
1.000 - 1.500	PM : + 0,4 ETP toutes les 500 consultations PNM : + 0,3 ETP toutes les 500 consultations	200.000 €
2.000 - 2.500		311.000 €
3.000 - 3.500		422.000 €
7.000 - 7.500		865.000 €

Cette modélisation a pour objectif d'allouer les moyens de manière plus équitable et plus transparente.

4. Objectifs généraux

Les orientations proposées se déclinent autour de deux axes :

- la prise en charge au quotidien de la douleur dans les établissements de santé,
- la prise en charge de la douleur chronique et rebelle par des structures spécialisées.

4.1. La prise en charge au quotidien de la douleur dans les établissements de santé

La douleur doit être évaluée et traitée dans tous les établissements de santé. Pour cela, les établissements de santé doivent s'engager dans un programme d'amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur, axé sur des actions d'information, formation, évaluation et traitement, qui sera l'objet d'une évaluation interne annuelle afin de générer une dynamique évolutive.

4.2. La prise en charge de la douleur chronique et rebelle par des structures spécialisées

L'organisation envisagée vise à proposer :

- une répartition cohérente des implantations des différents types de structures spécialisées de lutte contre la douleur (consultations, unités, centres), répondant à un objectif d'égalité d'accès en tous points du territoire.
- une coordination régionale inter structures.

4.3. Evaluation de la lutte contre la douleur et des structures spécialisées

L'évaluation des structures spécifiques de prise en charge de la douleur est l'un des éléments importants de l'appréciation de leur fonctionnement effectif, des moyens mis en œuvre et des services qu'elles rendent à la population.

5. Objectifs opérationnels

Les objectifs généraux se déclinent en objectifs opérationnels.

5.1. La prise en charge au quotidien de la douleur dans les établissements de santé

Les principaux éléments du plan 2002-2005 de lutte contre la douleur se traduisent, au quotidien, par la mise en œuvre des principes suivants :

5.1.1. Amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur

Il s'agit de définir, dans chaque établissement, un programme d'actions. Ce programme sera établi à partir d'un bilan de l'existant et devra tenir compte des priorités nationales retenues.

5.1.2. Associer les usagers par une meilleure information

Le livret d'accueil des établissements de santé doit intégrer le "contrat d'engagement contre la douleur".

5.1.3. Améliorer l'information et la formation des personnels de santé

Les documents résumant les connaissances nécessaires à une prise en charge quotidienne de la douleur doivent être fournis au personnel soignant.

Au titre de la formation continue des personnels, les formations doivent s'axer sur la dimension sociale et psychologique et sur l'approche de la douleur (mesure, protocoles...), y compris celle des personnes non ou mal communicantes.

5.1.4. Renforcer le rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur

Le rôle des infirmiers, en particulier celui du référent douleur, dans les unités de soins est primordial et doit être développé.

L'infirmier référent douleur a pour rôle :

- la coordination et l'animation pour l'élaboration et la conduite du programme de lutte contre la douleur,
- les conseils, la formation, la supervision des équipes de soins,
- les activités cliniques auprès des patients lors de situations de soins complexes.

La SFETD¹³ a élaboré un référentiel d'activités de l'infirmier référent douleur.

5.1.5. Disposer d'un système d'information accessible sur la prise en charge de la douleur

Les protocoles de prises en charge de la douleur devront être accessibles aux soignants des services.

5.2. La prise en charge de la douleur chronique et rebelle par des structures spécialisées

Trois principes doivent être pris en compte pour cette prise en charge.

5.2.1. Accessibilité à des structures spécialisées de lutte contre la douleur dans toute la région

Il est nécessaire que chaque CHU continue de disposer d'un centre de lutte contre la douleur.

Cependant, chaque bassin hospitalier disposera, a minima, d'une consultation pluridisciplinaire contre la douleur ou, si possible, d'une unité de lutte contre la douleur.

Pour ce faire, il est nécessaire que les unités et consultations pluridisciplinaires existantes soient pérennisées.

Dans les bassins dépourvus de telles structures (notamment Bourg-en-Bresse, Montélimar, Villefranche-sur-Saône, Annecy et Haute-Savoie nord), il conviendra d'encourager voire d'inciter les compétences locales qui pourraient être mises à disposition, afin qu'elles s'organisent (regroupement...) en vue de la mise en place de consultations, voire d'unités.

¹³ Société française d'étude et de traitement de la douleur.

5.2.2. Veiller aux conditions de fonctionnement

Pour être reconnues par l'agence, les consultations contre la douleur devront s'engager à respecter certaines modalités de fonctionnement, en l'attente de références nationales :

- équipe médicale pluridisciplinaire composée de trois médecins : deux somaticiens (dont un neurologue ou un neurochirurgien) et un psychiatre ou un psychologue clinicien,
- diplôme ou compétence d'algologie pour le médecin responsable,
- temps d'activité minimale de deux demi-journées hebdomadaires de consultations externes et activité supérieure à 500 consultations annuelles,
- équipe non médicale composée d'IDE, d'aides-soignantes et de secrétaires présentes pendant les consultations,
- fonctionnement avec un accueil téléphonique cinq jours par semaine,
- méthode d'évaluation : échelle visuelle analogique ou verbale,
- suivi thérapeutique,
- locaux : deux salles de consultations sur un même site, accessibles aux personnes handicapées,
- démarche qualité.

Les unités contre la douleur devraient en plus :

- avoir un temps d'activité minimale de cinq demi-journées hebdomadaires de consultations externes.
- disposer d'un accès à un plateau technique en propre ou mis à disposition
- disposer de lits d'hospitalisation spécifiques en propre ou mis à disposition, dans le cadre d'une unité douleur sous la responsabilité d'un médecin de l'équipe de la douleur chronique.

Les centres contre la douleur devraient en plus :

- avoir un temps d'activité minimale de dix demi-journées hebdomadaires de consultations externes.
- se donner les moyens d'investigation, d'accès au plateau technique, d'avis spécialisé et de techniques spécifiques de prise en charge, pour être un recours dans le domaine de la douleur chronique rebelle,
- avoir une activité de formation,
- avoir une activité de recherche (MERRI).

5.2.3. S'inscrire dans un fonctionnement coordonné

Une consultation a vocation à être adossée à une unité ou un centre, avec formalisation d'une convention.

Une coordination régionale des structures de lutte contre la douleur pourrait être envisagée, pour la définition d'un plan d'actions communes, régionales, dans l'esprit d'une véritable démarche de politique de santé sur la douleur chronique dans le territoire Rhône-Alpes.

Références

Références réglementaires :

- Article L.1112-4 du code de la santé publique introduit par la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses propositions sociales, qui précise que "les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement".
- Articles R.4127-37 et 38 du code de la santé portant code de déontologie médicale, introduits par le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995.
- -Circulaire DGS/DH/1994/3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
- Circulaire du Secrétariat d'état à la santé et à la sécurité sociale du 29 mai 1997 sur "L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé".
- Circulaire DGS/DH/1998/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
- Circulaire DGS/DH/1998/213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DGS/DH/1998/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
- Circulaire DGS/DH/DAS/1999/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

Autres références :

- Bulletin Officiel n° 9113 bis : La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement. 1991.
- Guide d'orientation. Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Mai 2002.
- Livre blanc de la douleur. Synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des Etats généraux de la douleur. Juin 2005.
- Site ministériel : sante.gouv.fr - dossier "douleur".

Annexe

ENQUETE CLUD

Introduction

La Cellule Régionale de Lutte contre la Douleur a organisé une enquête déclarative auprès des établissements de santé de la région Rhône-Alpes en 2006.

Cette enquête avait pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation de la prise en charge de la douleur,
- assurer une coordination des activités entre les Comités de lutte contre la douleur,
- faire un état des lieux de la satisfaction des patients.

Méthode

Un questionnaire fut adressé, en mars 2006, à tous les établissements de soins de la Région Rhône-Alpes : hôpitaux publics, cliniques, centres de soins de suite et de réadaptation, centres de longue durée, centres de dialyse, représentant 307 établissements. Les Centres Hospitalo-universitaires de Lyon, Grenoble et Saint-Étienne ont été exclus de l'enquête.

Résultats

Réponses obtenues : 238 soit un taux de répondants de 78 %.

Etablissements disposant d'un CLUD : Oui 131 soit 58 %
Non 95 soit 42 %

Nombre de réunions annuelles : Moyenne annuelle : 3
Minimum : 1
Maximum : 6

Objectifs et actions des CLUD : Formation des référents : 20,7 %
EVA systématique : 20,5 %
Elaboration de protocoles : 19,9 %
Enquêtes d'évaluation : 9,7 %
Information des usagers : 9,3 %
Formation et mise en place de PCA : 8,5 %
Prévention et traitements des douleurs induites : 8,1 %
Consommation des antalgiques : 3,3 %

Médecin référent douleur :

- Etablissements disposant d'un médecin référent douleur : 155 soit 66,8 %
- Etablissements ne disposant pas d'un médecin référent douleur mais sollicite une USP : 13 soit 5,6 %
- Etablissements ne disposant pas d'un médecin référent douleur car petite structure : 7 soit 3 %

Infirmier référent douleur :

- Etablissements disposant d'un infirmier référent douleur : 122 soit 52,6 %
- Etablissements ne disposant pas d'un infirmier référent douleur mais sollicite une USP : 4 soit 1,7 %

Etablissements ne disposant pas d'un médecin référent douleur car petite structure : 7 soit 3 %

Contrat d'engagement douleur :

Etablissements ayant mis en place un contrat d'engagement : 78 soit 33,6 %

Satisfaction des usagers :

Etablissements ayant mis en place un questionnaire de satisfaction des usagers : 129 soit 55,6 %

Evaluation des pratiques professionnelles :

Etablissements ayant mis en place un processus d'évaluation des pratiques professionnelles : 65 soit 28 %

SOINS PALLIATIFS

Sommaire

Introduction	131
1. Etat des lieux	131
1.1. L'offre en structures	131
1.1.1. Unités, équipes mobiles, lits identifiés recensés	132
1.1.2. Réseaux, HAD	133
1.1.3. Coordination régionale	134
1.2. Les besoins en unités de soins palliatifs (USP)	134
1.3. Les besoins en équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	135
1.4. Les besoins en lits identifiés de soins palliatifs (LISP)	135
1.5. L'avis des experts	136
1.5.1. La qualité des prises en charge	136
1.5.2. La coordination	136
1.5.3. La continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital	137
1.5.4. L'accessibilité des soins, la planification de l'offre	137
1.6. Conclusion de l'état des lieux	137
2. Objectifs généraux	138
2.1. Assurer une accessibilité en soins palliatifs	138
2.2. S'assurer d'une prise en charge de qualité	138
2.3. Permettre une continuité entre la ville et l'hôpital	139
2.4. Favoriser la coordination des structures de soins palliatifs	139
3. Objectifs opérationnels	139
3.1. Compléter le maillage du territoire de la région Rhône-Alpes en équipes mobiles de soins palliatifs	139
3.1.1. Création d'équipes mobiles de soins palliatifs	140
3.1.2. Structuration des équipes mobiles	140
3.1.3. Financement	141
3.2. Maintenir une réponse adaptée aux besoins en lits identifiés de soins palliatifs	141
3.2.1. Reconnaître les lits de soins palliatifs	141
3.2.2. Financement	142
3.2.3. Assurer les liens entre les services disposant de lits identifiés reconnus et les équipes mobiles existantes	142
3.3. Poursuivre le maillage du territoire en unités de soins palliatifs	142
3.3.1. Créations d'unités de soins palliatifs	142
3.3.2. Financement	143
3.4. Disposer d'un centre de soins palliatifs (équipe mobile et unité de soins palliatifs de 8 à 12 lits) dans chaque CHU de la région.	143
3.5. Diffuser les recommandations de prise en charge spécifique en soins palliatifs	143
3.6. Encourager la mise en place des projets de soins pour les patients susceptibles de relever de soins palliatifs	143
3.7. Evaluer la douleur physique et psychique des patients en fin de vie.	144
3.8. Disposer de locaux et matériels adaptés à la prise en charge des soins palliatifs	144

3.9. Favoriser une formation graduée des personnels en soins palliatifs, en fonction des niveaux de prise en charge	144
3.10. Bien accueillir les familles	145
3.11. Envisager une organisation permettant le retour à domicile	145
3.12. Articuler le fonctionnement des structures de soins palliatifs	145
3.13. Encourager les coopérations entre les structures de soins palliatifs et celles de prise en charge de la douleur	145
Références	147

Introduction

Pouvoir mourir dans la dignité en ré-humanisant le décès est l'une des évolutions de notre société et a été l'un des déterminants du développement des soins palliatifs en France.

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs rappelle, dans son article 1er, que "toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement".

Il s'agit d'offrir une prise en charge médicale permettant au malade de bénéficier de «soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage¹".

Cette loi s'est accompagnée d'un premier plan triennal de développement des soins palliatifs (1999 à 2001), suivi d'un deuxième plan (2002-2005).

Un bilan de la politique ainsi menée en matière de soins palliatifs a été élaboré, qui a permis de dégager les problématiques auxquelles il est nécessaire de répondre.

Après 2005, le ministère de la santé a mis en place un comité de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie, organisé autour d'une démarche de santé publique, en vue de connaître l'offre en matière de soins palliatifs, les besoins en soins palliatifs et en accompagnement et proposer une organisation des soins palliatifs en France.

L'ARH de Rhône-Alpes s'est, dès le début, engagée avec volontarisme dans le développement des soins palliatifs en région et souhaite finaliser le dispositif existant, encore perfectible, à travers la révision du SROS 3.

1. Etat des lieux

Il porte tant sur l'offre en structures que sur les besoins ou encore l'appréciation de la situation par les experts.

1.1. L'offre en structures

Le bilan présenté ci-dessous a été élaboré à partir des reconnaissances contractuelles des structures par l'agence régionale de l'hospitalisation, au regard d'engagements des établissements.

Au 15 octobre 2007, les structures suivantes ont été recensées sur la région :

- unités de soins palliatifs : 8 unités (soit 71 lits),
- équipes mobiles de soins palliatifs : 26 équipes,
- lits identifiés de soins palliatifs : 301 lits dans 52 établissements,
- réseaux de soins palliatifs : 5 réseaux,
- hospitalisation à domicile : 230 places.

¹ Cf. Article 1-B de la loi n°99-477 du 9 juin 1999.

1.1.1. Unités, équipes mobiles, lits identifiés recensés

Bassin hospitalier	Unité de soins palliatifs (nombre lits)	Equipe mobile de soins palliatifs	Lits identifiés de soins palliatifs
01 Bourg-en-Bresse		CH Bourg-en-Bresse	Cl. Convert (4) CH Public Hauteville (5)
02 Valence	CH Crest (5)	CH Valence CH Crest Hôpitaux Drôme Nord	CH Valence (5) CH Saint-Marcellin (3) Hôpitaux Drôme Nord (8 SSR) CH Tournon (3) Hôp. privé Drôme Ardèche (4)
03 Montélimar	CH Privas (6)	CH Montélimar CH Privas	CH Aubenas (3) HL Bourg-Saint Andéol (5) Cl. Kennedy (3)
04 Grenoble		CHU Grenoble Clinique des Eaux Claires	CHU Grenoble (12) Clinique Eaux Claires (3) Institut privé cancérologie (8) CH Tullins (3) CH Voiron (3) Centre Rocheplane (6 SSR) Cl. des Cèdres (3)
05 Roanne		CH Roanne	CH Roanne (5)
06 Saint-Etienne	CHU Saint-Etienne (8)	CHU Saint-Etienne CH Annonay CH Firminy CH Feurs	CHU Saint-Etienne (12) CH d'Annonay (4) Institut cancérologie Loire (6) CH Feurs (4) CH Pays de Gier (3) CH Montbrison (3) CH Chambon-Feugerolles (8 SSR) USLD Ste Elisabeth (4 SLD)
07 Villefranche-sur-Saône	CH Trévoux (10)	CH Villefranche-sur-Saône	CH Tarare (3) HL Belleville (4)
08 Lyon Est	Hôp. des Charmettes (10) HCL – Hôp. Charpennes (10)	HCL - Hôp. E. Herriot Centre Léon Bérard CH Bourgoin-Jallieu	HCL - Hôp. E. Herriot (11) Centre Léon Bérard (15) CH Bourgoin-Jallieu(5) Cl. Saint-Jean (10) CH Pont Beauvoisin (3) CL. du Tonkin (4)
09 Lyon Centre et Nord		HCL - Croix Rousse CH Saint-Joseph-Saint-Luc*	HCL - Croix-Rousse -Hôtel Dieu (8) Infirmierie protestante (4) Polycl. Rillieux (5)
10 Lyon Sud et Ouest	HCL- CH Lyon Sud (12)	HCL – CH Lyon sud CH Vienne CH Givors	HCL - CH Lyon sud (16) CH Vienne (6) CH Givors (5) Cl. Charcot (3) Cl. la Sauvegarde (3)

* à reconstituer suite au départ du praticien

Bassin hospitalier	Unité de soins palliatifs (nombre lits)	Equipe mobile de soins palliatifs	Lits identifiés de soins palliatifs
11 Chambéry	CH Chambéry (10)**	CH Chambéry CH Albertville-Moûtiers	CH Chambéry (4) CH Albertville-Moûtiers (3) CH Aix les Bains (8) CH Saint-Jean-Maurienne (3)
12 Annecy		CH région Annecy	Centre Praz-Coutant (30) Cl. générale Annecy (3)
13 Haute-Savoie Nord		CHI Annemasse-Bonneville Hôpitaux du Léman	CHI Annemasse-Bonneville (4) Hôpitaux du Léman (4) Polycl. de Savoie (4) Centre A. Léaud (3 SSR)

** non reconnue contractuellement, mais figurant dans les bilans annuels itératifs

1.1.2. Réseaux, HAD

Les réseaux soins palliatifs existant en région Rhône-Alpes, au 15 octobre 2007, sont au nombre de cinq :

Bassin hospitalier	BH d'intervention	Réseau
Valence	02	CH de Crest
Grenoble	04	PALLIAVIE
Saint-Etienne	06	OIKIA
Lyon Centre et Nord	08 - 09 - 10	RESONANCE
Haute-Savoie Nord	13	SPAD du Faucigny

En matière d'hospitalisation à domicile, 13 structures étaient autorisées sur la région, au 31 décembre 2006.

Parmi celles-ci, 11 d'entre elles déclarent avoir des places réservées aux patients relevant de soins palliatifs, pour un total de 230 places (soit 40 % des places autorisées).

A ce jour, aucune de ces places ne fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

Bassin hospitalier	Etablissement de santé	Nombre de places	dont places soins palliatifs
02 Valence	CH Crest	30	8
	Union mutuelles de la Drôme	22	16
03 Montélimar	CH Montélimar	22	9
04 Grenoble	CHU Grenoble	80	14
	AGIR A DOM	30	10

Bassin hospitalier	Etablissement de santé	Nombre de places	dont places soins palliatifs
05 Roanne	CH Roanne	25	11
06 Saint-Etienne	OIKIA	30	17
07 Villefranche-sur-Saône	Soins et Santé	40	4
08 Lyon Est	Centre Léon Bérard Soins et Santé		
09 Lyon Centre et Nord	Soins et Santé		
10 Lyon Sud et Ouest	Soins et Santé	230*	116*
11 Chambéry	CH Chambéry	30	13
12 Annecy	HAD 74	45	12
Total		584	230

(*) Les 230 places de Soins et Santé se répartissent sur les 3 bassins lyonnais et celui de Villefranche-sur-Saône.

La mise en place de 24 places d'HAD est prévue en 2007 au CH de Bourg-en-Bresse, de même que 20 places supplémentaires au centre Léon Bérard. Un projet existe également au CH de Vienne à hauteur de 20 places (horizon 2008).

Le bassin de Haute-Savoie nord ne recense aucune prise en charge de ce type à ce jour. Les hôpitaux publics du département ont toutefois souhaité fédérer leurs initiatives dans le domaine de l'hospitalisation à domicile, en constituant un Groupement de Coopération Sanitaire de statut public, constitué de 5 membres pour une capacité totale de 130 places qui couvriront l'ensemble des zones de soins de proximité des bassins de Haute-Savoie Nord et Sud.

1.1.3. Coordination régionale

Une coordination régionale est assurée par la coordination Rhône-Alpes pour les soins palliatifs et les soins de support (CORASP) depuis novembre 2005.

1.2. Les besoins en unités de soins palliatifs (USP)

L'objectif national fixé d'ici la fin de l'année 2007 était d'atteindre, pour chaque région, 1 unité de soins palliatifs par pôle régional de cancérologie.

Cette préconisation nationale correspondait à 3 unités pour la région Rhône-Alpes.

1.3. Les besoins en équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

L'objectif national fixé pour la fin de l'année 2007 était d'atteindre, pour chaque région, une équipe mobile de soins palliatifs pour 200.000 habitants.

Bassin hospitalier	Nombre EMSP à titre indicatif		Nombre EMSP existantes
	Population Projection 2010	Approche indiciaire 1/200.000 hab.	EMSP
01 Bourg-en-Bresse	326.292	1,6	1
02 Valence	401.624	2,0	3
03 Montélimar	281.411	1,4	2
04 Grenoble	767.761	3,8	2
05 Roanne	158.266	0,8	1
06 Saint-Etienne	647.036	3,2	4
07 Villefranche-sur-Saône	247.858	1,2	1
08 Lyon Est	953.597	4,8	3
09 Lyon Centre et Nord	327.133	1,6	1
10 Lyon Sud et Ouest	651.725	3,3	3
11 Chambéry	454.383	2,3	2
12 Annecy	516.048	2,6	1
13 Haute-Savoie Nord	299.573	1,5	2
Total	6.032.706	30,2	26

1.4. Les besoins en lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

L'objectif national fixé pour la fin de l'année 2007 était d'atteindre, pour chaque région, 5 lits identifiés de soins palliatifs pour 100.000 habitants.

Sur la base d'une projection de population à l'horizon 2010, les besoins seraient les suivants :

Bassin hospitalier	Nombre lits à titre indicatif		Nombre lits existants
	Population Projection 2010	Appr. indiciaire 5/100.000 hab.	Lits identifiés
01 Bourg-en-Bresse	326.292	16	4
02 Valence	401.624	20	23
03 Montélimar	281.411	14	11

Bassin hospitalier	Nombre lits à titre indicatif		Nombre lits existants
	Population Projection 2010	Appr. indiciaire 5/100.000 hab.	Lits identifiés
04 Grenoble	767.761	38	38
05 Roanne	158.266	8	5
06 Saint-Etienne	647.036	32	44
07 Villefranche-sur-Saône	247.858	12	7
08 Lyon Est	953.597	48	48
09 Lyon Centre et Nord	327.133	16	17
10 Lyon Sud et Ouest	651.725	33	33
11 Chambéry	454.383	23	23
12 Annecy	516.048	26	33
13 Haute-Savoie Nord	299.573	15	15
Total	6.032.706	301	301

1.5. L'avis des experts

L'avis des experts a été sollicité, lors de l'élaboration de la précédente version du volet soins palliatifs du SROS 3. Il en est ressorti les constats qui suivent.

1.5.1. La qualité des prises en charge

La qualité des prises en charge doit être améliorée. Les soins palliatifs nécessitent une qualité de l'hôtellerie accrue, assurant un bon niveau de confort du malade et suffisamment de personnel pour une prise en charge humaine de qualité.

Une évaluation de la prise en charge doit être réalisée au cours de celle-ci et après le décès du patient.

1.5.2. La coordination

La coordination au sein des établissements reste en générale insuffisante. En particulier, il convient d'améliorer le lien entre les soins palliatifs et la lutte contre la douleur, nécessaire dans un même établissement, de même que le lien entre les différents acteurs des soins palliatifs.

Les patients nécessitant des soins palliatifs n'ont pas toujours de projet de soins établi ou pas assez tôt. Si un retour à domicile est à prévoir, il est nécessaire de faire intervenir le médecin traitant dès que possible.

1.5.3. La continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital

La coordination ville-hôpital est actuellement insuffisante. Une étude de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) montrerait que 75 % des patients meurent à l'hôpital et 25 % à domicile. Il semble donc qu'il existe des possibilités d'amélioration, afin d'augmenter la proportion des personnes décédant à domicile, pour celles qui le souhaitent.

L'organisation des relais entre l'hôpital et le domicile est à améliorer au moment du retour à domicile et, le cas échéant, lors des nécessaires ré-hospitalisations (lits de répit). Il serait souhaitable d'éviter les sorties mal préparées qui peuvent générer des retours en urgence.

Le retour à domicile ne peut être proposé à tous les patients. Il nécessite un entourage du patient à domicile et une continuité des soins, qui peut être assurée par l'hospitalisation à domicile ou par les réseaux de soins, quand ces structures existent.

Les réseaux de soins sont insuffisamment sollicités avant la sortie du malade et le médecin traitant n'est pas associé ou pas assez tôt.

1.5.4. L'accessibilité des soins, la planification de l'offre

L'organisation régionale en soins palliatifs n'est pas suffisamment lisible. En effet, il n'est pas clairement défini sur quels territoires doivent intervenir les structures de soins palliatifs, quels sont les acteurs et qui assure la coordination de la prise en charge.

Il n'existe pas d'annuaire des structures, comme pour les structures de prise en charge de la douleur.

Il a été indiqué une fragilité des structures de soins palliatifs mises en place. Un certain nombre d'équipes mobiles reste à renforcer, avant d'envisager d'en créer de nouvelles.

1.6. Conclusion de l'état des lieux

La région Rhône-Alpes a connu un fort développement des structures de soins palliatifs, qu'il s'agisse des équipes mobiles ou des lits identifiés. Les moyens mis en œuvre ont ainsi permis de réaliser un maillage de la région : tous les bassins hospitaliers disposent désormais de structures de soins palliatifs, dont un certain nombre nécessiteraient toutefois d'être renforcées.

Le retour à domicile reste à développer. Les réseaux et l'HAD constituent, à ce titre, un autre moyen essentiel de diffusion de la pratique des soins palliatifs à domicile. De manière plus générale, la coordination entre la ville et l'hôpital est à développer.

Les relations entre les structures de soins palliatifs et celles de lutte contre la douleur sont à encourager. Les relations et la coordination entre structures de soins palliatifs restent à préciser.

Enfin, concernant la pratique quotidienne, il est constaté que la démarche soins palliatifs n'est pas encore totalement admise par l'ensemble des acteurs du système de soins, comme en témoignent les difficultés qu'ont parfois les équipes mobiles à se faire reconnaître au sein des établissements.

L'acceptation de la démarche soins palliatifs et le recours à une expertise pour sa mise en œuvre restent encore un enjeu quotidien pour les acteurs de ce domaine.

2. Objectifs généraux

Tout patient en fin de vie doit avoir sa souffrance soulagée et avoir la possibilité d'être accompagné dans une démarche de soins palliatifs, en fonction de l'état dans lequel il se trouve, si son médecin, lui-même ou son entourage immédiat le demande.

Les patients en situation particulière, par exemple pris en charge en réanimation, ou les patients en coma prolongé doivent pouvoir également être pris en compte dans une démarche de soins palliatifs.

Cette possibilité d'accompagnement est garantie par :

- une accessibilité des réponses de type soins palliatifs,
- une exigence de qualité pour le patient et son entourage,
- une continuité assurée entre les prises en charge hospitalières et à domicile,
- une bonne coordination au sein et entre les structures de soins palliatifs.

2.1. Assurer une accessibilité en soins palliatifs

Suite aux plans nationaux et à la mise en place de la tarification à l'activité, la région Rhône-Alpes a connu un fort développement des structures de soins palliatifs.

Le développement des unités de soins palliatifs, ainsi que la reconnaissance de lits identifiés en soins palliatifs en synergie avec les équipes mobiles devrait permettre d'apporter une réponse adaptée aux différents aspects de la prise en charge en soins palliatifs.

Par ailleurs, les CHU, au titre de leur activité de cancérologie sont appelés à jouer un rôle majeur en soins palliatifs. L'objectif de disposer d'un centre de soins palliatifs dans chaque CHU de la région est réaffirmé.

2.2. S'assurer d'une prise en charge de qualité

Le code de déontologie médicale précise que "le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et des mesures appropriées, la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage²."

Pour assurer cette qualité d'une vie qui prend fin, l'apaisement des douleurs physiques et psychiques est un élément essentiel. Ceci nécessite une évaluation de ces douleurs, un projet de soins pour ces patients, la présence de personnels formés, des locaux adaptés, ainsi que la prise en compte de l'entourage du patient.

Pour cela, la préoccupation des soins palliatifs doit continuer de se développer, en particulier dans les établissements de santé.

² Cf. article R.4127-38 du code de la santé publique.

2.3. Permettre une continuité entre la ville et l'hôpital

Actuellement, 75 % des patients meurent à l'hôpital, alors qu'une majorité de personnes souhaiterait pouvoir mourir à domicile.

Le retour à domicile ne peut être proposé à tous les patients. Mais la proportion des personnes qui décèdent à domicile devrait augmenter, en assurant une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital, une prise en charge de qualité à domicile et des possibilités de ré-hospitalisation (lits de répit) si nécessaire.

L'hospitalisation à domicile et les réseaux ville - hôpital sont un moyen d'organiser des relais entre l'hôpital et le domicile.

L'ensemble de ces dispositions ne pourra jouer pleinement son rôle que dans la mesure où l'entourage est prêt à participer à ce retour à domicile.

2.4. Favoriser la coordination des structures de soins palliatifs

La coordination des structures de soins palliatifs est nécessaire afin de créer des synergies permettant d'accroître la capacité de réponse aux besoins qualitatifs et quantitatifs, tant des acteurs hospitaliers que ceux du domicile.

Par ailleurs, même si les champs d'intervention ne se recouvrent pas totalement, il n'en reste pas moins que la prise en charge de la douleur est une fonction première de la prise en charge des soins palliatifs et des synergies sont à mettre en œuvre.

Une coordination interne aux établissements peut également être envisagée, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3 C).

3. Objectifs opérationnels

Il s'agit de finaliser le dispositif existant en améliorant encore le maillage territorial et en répondant aux besoins non encore couverts.

3.1. Compléter le maillage du territoire de la région Rhône-Alpes en équipes mobiles de soins palliatifs

La mise en place d'une équipe mobile par zone de soins de proximité témoignant d'une activité hospitalière suffisante (au moins 300 décès hospitaliers annuels) ou accueillant un site de cancérologie a abouti à ce que chaque bassin hospitalier dispose désormais, a minima, d'une équipe mobile.

Le nombre d'équipes mobiles a ainsi progressé de 42 % en 3 ans et demi.

Une fois constituée, l'EMSP doit être en mesure d'offrir réellement soutien et conseils, à l'ensemble des services de l'établissement qui font appel à elle.

3.1.1. Création d'équipes mobiles de soins palliatifs

Après approfondissement des études de besoin et selon l'état d'avancement des projets, des équipes mobiles de soins palliatifs peuvent être envisagées sur les bassins suivants :

- Lyon est,
- Grenoble,
- Annecy.

Dans un second temps, une fois ces bassins hospitaliers déficitaires pourvus, l'équipement régional pourra, le cas échéant, être complété, en fonction de la population desservie et des crédits disponibles, dans le cadre de l'enveloppe annuelle MIGAC. Il peut être également envisagé le renforcement des équipes mobiles existantes, en particulier pour celles qui s'engagent à intervenir hors établissement de rattachement (par exemple dans la ou les structures privées voisines).

Des équipes mobiles de soins palliatifs inter-établissements pourront être mises en œuvre.

Dans la mesure où une équipe mobile intervient sur plusieurs établissements, ces derniers doivent être proches géographiquement, afin de limiter les temps passés en déplacement.

L'organisation projetée devra permettre une intervention si possible rapide, quel que soit l'établissement demandeur. La répartition des interventions dans chaque structure devra faire l'objet d'une réflexion préalable et tenir compte de la taille de ces établissements et de leurs orientations médicales³. Dans tout projet inter-établissements, ces aspects devront être abordés. La prise en compte des besoins propres aux EHPAD devront également être envisagée.

3.1.2. Structuration des équipes mobiles

Ayant une vocation de référence en matière de soins palliatifs et une activité transversale au sein de l'établissement, toute équipe mobile doit disposer, quelle que soit la taille de l'établissement, de compétences médicales et de temps de secrétariat, en plus des personnels paramédicaux.

La composition minimale d'une équipe mobile (pour une file active de 200 patients par an) préconisée par le ministère de la santé est la suivante :

- 1,00 ETP de médecin,
- 1,50 ETP d'IDE,
- 0,25 ETP d'assistante sociale,
- 0,50 ETP de psychologue,
- 1,00 ETP de secrétaire.

L'EMSP a vocation à être érigée en unité fonctionnelle rattachée à un service clinique de l'établissement. Le service de rattachement est généralement celui qui a servi d'appui à la création de l'équipe mobile⁴.

³ Notamment en fonction de l'implantation des services de cancérologie qui représente environ 80 % des prises en charge en soins palliatifs.

⁴ Aude Le Divenah, "Perspectives de santé publique ; les équipes mobiles de soins palliatifs : quel avenir ?", Ministère de la santé, de la famille et personnes handicapées, DHOS/02, 3 octobre 2003 - repris en annexe du rapport de la mission "Fin de vie et accompagnement" déjà cité.

3.1.3. Financement

Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, les équipes mobiles sont financées par le biais de l'enveloppe Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le maintien de ce financement est destiné à être apprécié annuellement, en fonction des moyens humains mis en œuvre et de l'activité réalisée.

La reconnaissance des moyens de prise en charge des soins palliatifs est opérée dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens⁵.

3.2. Maintenir une réponse adaptée aux besoins en lits identifiés de soins palliatifs

Les lits identifiés sont des lits spécialisés en soins palliatifs, implantés dans les services ayant une activité importante en soins palliatifs, un projet de soins spécifique, une équipe formée et des locaux adaptés.

L'objectif fixé par le ministère de la Santé d'atteindre 5 lits identifiés de soins palliatifs pour 100.000 habitants à fin 2007 est désormais atteint dans la majorité des bassins hospitaliers de la région. Le nombre de lits identifiés en Rhône-Alpes a ainsi presque triplé en 3 ans et demi.

Seuls les bassins de Bourg-en-Bresse, Montélimar, Villefranche-sur-Saône et Roanne disposent encore d'un potentiel de reconnaissance de lits identifiés eu égard à cet objectif.

3.2.1. Reconnaître les lits de soins palliatifs

Un cahier des charges pour les lits identifiés a été élaboré, afin de déterminer les éléments objectifs servant à cette reconnaissance. L'établissement qui souhaite faire une demande de reconnaissance de lits identifiés devra ainsi s'engager à respecter les critères suivants :

- renfort en personnel soignant dans le service demandeur,
- formation initiale et continue du personnel avec au moins un référent (médical ou soignant) titulaire d'un diplôme universitaire,
- espaces de parole pour le personnel (échanges à propos des patients et prise en compte de la souffrance des soignants),
- locaux adaptés à la prise en charge des patients et des familles,
- projet de soins autour du patient, élaboré en concertation pluridisciplinaire,
- intervention d'une EMSP (formalisation d'une convention),
- activité importante en soins palliatifs.

Par ailleurs, la reconnaissance de lits identifiés ne devrait pas se faire à moins de 3 lits, afin de garantir la continuité des compétences des équipes, de la qualité de la prise en charge des patients et de l'accueil des familles.

Dans cette même optique, il sera préférable d'éviter la dispersion des lits identifiés au sein d'un même établissement.

⁵ Cf. Mission tarification à l'activité, octobre 2003, pp.17, 26-27

3.2.2. Financement

La reconnaissance des lits identifiés de soins palliatifs s'effectue dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité et est inscrite dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Cette reconnaissance des lits s'effectue à partir d'éléments objectifs (cf. paragraphe précédent), permettant de s'assurer que la tarification majorée accordée correspond effectivement à un service rendu supplémentaire, par rapport à une activité de soins palliatifs réalisée sans reconnaissance.

Une évaluation annuelle de ces engagements doit être faite en vue d'en vérifier le respect.

3.2.3. Assurer les liens entre les services disposant de lits identifiés reconnus et les équipes mobiles existantes

Les services disposant de lits identifiés sont en lien avec les équipes mobiles, dans la mesure où ces deux types d'offres constituent une réponse coordonnée aux besoins en matière de soins palliatifs. Dans le cas où l'équipe mobile n'est pas rattachée fonctionnellement au service disposant des lits identifiés (cf. supra), ces liens sont formalisés par la création de fédération hospitalière ou inter-hospitalière, de groupement de coopération sanitaire ou, à défaut, par convention.

Compte tenu de l'importance de la notion de proximité, pour la prise en charge de patients en fin de vie, il pourra être envisagé de reconnaître des lits identifiés dans des structures de plus petite taille, ne disposant pas obligatoirement d'un plateau technique, à la condition qu'une équipe mobile puisse intervenir en soutien de l'équipe soignante.

3.3. Poursuivre le maillage du territoire en unités de soins palliatifs

L'unité de soins palliatifs est constituée de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle réserve sa capacité d'admission aux cas les plus complexes et/ou les plus difficiles et assure une triple mission de soins, formation et recherche.

3.3.1. Créations d'unités de soins palliatifs

Pour des raisons de proximité, chaque bassin pourrait disposer, à terme, d'une USP, en lien avec le site de cancérologie.

Le plan cancer 2003-2007 (mesure 43) préconise en effet le développement des soins palliatifs, dont 80 % de l'activité est en effet consacrée au cancer, sans oublier les fins de vie des autres pathologies (en particulier les pathologies neurologiques chroniques).

Une unité dispose, en général, de 5 à 20 lits. La taille de chaque USP sera proportionnelle à la population du bassin hospitalier.

L'unité sera située de préférence dans un service de court séjour.

3.3.2. Financement

La reconnaissance de l'unité de soins palliatifs s'effectue dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité et est inscrite dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Cette reconnaissance des lits s'effectue à partir d'éléments objectifs, permettant de s'assurer que la tarification majorée accordée correspond au cahier des charges établi pour les unités⁶.

Une évaluation annuelle de ces engagements sera faite en vue d'en vérifier le respect.

3.4. Disposer d'un centre de soins palliatifs (équipe mobile et unité de soins palliatifs de 8 à 12 lits) dans chaque CHU de la région.

Ces centres ont notamment pour mission de prendre en charge des patients dont les pathologies nécessitent des soins palliatifs particulièrement techniques et spécialisés. Ils ont également pour mission la formation et la recherche en soins palliatifs. Ainsi :

- les activités correspondant au centre de soins palliatifs sont à structurer au sein de chaque CHU,
- une unité de soins palliatifs est à créer au CHU de Grenoble, en synergie avec l'équipe mobile déjà existante, afin de mettre en place un centre de soins palliatifs, coordonnant les activités de formation – enseignement et recherche.

3.5. Diffuser les recommandations de prise en charge spécifique en soins palliatifs

La diffusion des connaissances et l'amélioration des pratiques est une mission des équipes mobiles. Aussi, des recommandations de prise en charge spécifique en soins palliatifs seront diffusées par les personnels des structures de soins palliatifs, dans les établissements de santé où ils assurent leur mission.

3.6. Encourager la mise en place des projets de soins pour les patients susceptibles de relever de soins palliatifs

Un projet de soins doit être élaboré pour les patients atteints d'une maladie grave et dont le pronostic fait envisager le recours à une prise en charge en soins palliatifs. Ce projet de soins sera élaboré par l'équipe soignante du patient, avec l'aide des personnels de soins palliatifs si nécessaire. La famille et le médecin traitant devront être associés, en cas de projet de soins qui prévoit un retour à domicile.

Les équipes mobiles de soins palliatifs devraient pouvoir être destinataires du dossier médical complet du patient. L'intérêt d'un dossier médical unique dans les établissements de santé est rappelé.

⁶ Cf. annexe V de la circulaire DHOS n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement

3.7. Evaluer la douleur physique et psychique des patients en fin de vie.

Afin de parvenir à l'apaisement des douleurs physiques et psychiques des patients en fin de vie, il est nécessaire, pour les établissements qui reçoivent ces patients, de mettre en place des outils d'évaluation de ces douleurs.

3.8. Disposer de locaux et matériels adaptés à la prise en charge des soins palliatifs

Les structures de soins palliatifs doivent disposer de matériel et de locaux adaptés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement des patients et l'accueil de leur famille.

3.9. Favoriser une formation graduée des personnels en soins palliatifs, en fonction des niveaux de prise en charge

La formation peut se concevoir en 3 niveaux :

- un niveau d'expertise,
- un niveau de formation action,
- un niveau de sensibilisation.

Pour les équipes mobiles et les unités, le niveau d'expertise est indispensable. Il apparaît nécessaire que les soignants médecins et non-médecins soient titulaires (ou en cours de formation) du diplôme d'université de soins palliatifs. Le diplôme d'université douleur constitue un apport intéressant, mais semble insuffisant pour développer ce niveau d'expertise.

Pour les services confrontés aux prises en charge en soins palliatifs, notamment pour ceux qui disposent de lits identifiés, les personnels soignants doivent pouvoir acquérir une "formation action" de 3 à 5 jours sur l'accompagnement de fin de vie. Ces formations sont dispensées par les organismes de formation ; ceux-ci délivrent une attestation. Ces formations doivent s'intégrer dans le projet de service.

En effet, une personne référente en soins palliatifs par service ne suffit pas pour assurer une continuité du savoir-faire. Il est nécessaire que les services régulièrement confrontés aux prises en charge en soins palliatifs réalisent un projet de service, intégrant le thème des soins palliatifs et notamment les aspects liés à la formation.

Pour les services concernés de manière discontinue aux fins de vie, des actions de sensibilisation de l'ensemble des personnels peuvent être proposées.

Les formations peuvent être un moment propice pour la connaissance de protocoles de soins. Cependant, la diffusion de protocoles validés par les experts est un rôle essentiel des équipes mobiles.

3.10. Bien accueillir les familles

Les familles et l'entourage sont directement confrontés à la fin de vie de leurs proches et peuvent supporter difficilement cette situation. De ce fait, l'organisation et les locaux des structures de soins palliatifs prendront en compte l'accueil des familles.

Un suivi de deuil sera proposé aux familles.

3.11. Envisager une organisation permettant le retour à domicile

Les patients doivent pouvoir choisir de rester à domicile ou d'être pris dans une structure hospitalière adaptée à leur état.

Une organisation entre, d'une part, les structures hospitalières et, d'autre part, l'hospitalisation à domicile, les réseaux soins palliatifs de prise en charge à domicile, les SSIAD ou les professionnels libéraux doit donc être mise en place.

Elle doit permettre :

- d'évaluer au cours du séjour hospitalier les possibilités de retour à domicile des patients qui le souhaitent,
- d'associer les médecins traitant dès que possible au projet de soins, en cas de possibilité de retour à domicile,
- de mettre à disposition dans l'établissement des lits de répit, disponibles pour les patients pris en charge à domicile et qui nécessitent une ré-hospitalisation.

3.12. Articuler le fonctionnement des structures de soins palliatifs

Les équipes mobiles et les services ou unités disposant de lits offrent une réponse complémentaire et coordonnée aux besoins. Les liens entre ces structures sont formalisés.

De même, il apparaît nécessaire de prévoir une articulation effective avec les réseaux territoriaux de cancérologie, le cancer étant la principale pathologie donnant lieu à prise en charge en soins palliatif.

3.13. Encourager les coopérations entre les structures de soins palliatifs et celles de prise en charge de la douleur

Lorsqu'une structure de soins palliatifs est reconnue dans l'établissement, le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) devra intégrer un volet soins palliatifs dans son programme d'action et évoluer vers un Comité de lutte contre la douleur et soins palliatifs (CLUDES). En l'absence de structure de soins palliatifs, un tel volet est souhaitable, permettant une sensibilisation à la culture des soins palliatifs.

Par ailleurs, les professionnels chargés d'assurer le fonctionnement des structures de lutte contre la douleur sont, dans de nombreux hôpitaux, souvent ceux qui sont également chargés des soins palliatifs.

Aussi, des mutualisations de moyens peuvent elles être envisagées : secrétariat, locaux communs, locaux de consultation ou salles d'attente et le cas échéant, personnels en commun.

Références

Références réglementaires :

- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs,
- Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 22 avril 2005,
- Décret n° 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile,
- Décrets d'application de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n°2005-370 du 22 avril 2005, publiés le 6 février 2006 :
- Décret n° 2006-119 relatif aux directives anticipées,
- Décret n° 2006-120 relatif à la procédure collégiale,
- Décret n° 2006-122 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.
- Décret n° 2007-573 du 18 avril 2007 relatif au congé de soutien familial et modifiant le code du travail et le code de la sécurité sociale,
- Arrêté du 9 février 2006 relatif à la création et à la composition du comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie,
- Arrêté du 6 juin 2006 relatif à la désignation des membres du comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie,
- Circulaire DHOS n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement,
- Circulaire de la CNAM n° CIR-21/2003 du 4 février 2003 relative au financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs,
- Circulaire n° 257 du 9 juin 2004, relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement de santé,
- Circulaire n° 290 du 25 juin 2004, relative au guide d'aide à l'élaboration d'une demande de lits identifiés en soins palliatifs.

Autres références :

- "Les Soins palliatifs et l'Accompagnement en fin de Vie" - Dr DELBECQUE, chargé de mission auprès du ministère de la Santé - Janvier 1993,
- Recommandations de la commission nationale "Structures de soins palliatifs", réunie en 1996,
- "Proposition de développement des soins palliatifs" - La lettre de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs - Dossier spécial – Décembre 1997.
- Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2000-2001, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
- Référentiel d'accréditation SFAP - Septembre 2001,

- Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
- "Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs" - Service - Recommandations et Références professionnelles – HAS (ex ANAES) – Déc. 2002,
- "Etude exploratoire sur les Connaissances, Représentations et Perceptions à l'égard des Soins palliatifs et de l'Accompagnement" - CREDOC - Septembre 2003,
- Mission "fin de vie et accompagnement" - rapport remis par Madame de HENNEZEL au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées – Octobre 2003,
- Recommandations concernant la formation multidisciplinaire aux soins palliatifs et au travail en réseau en établissement de santé et à domicile,
- Site du ministère : <http://sante.gouv.fr/htm/dossiers/palliatifs/index.htm>.

ADDICTOLOGIE

Sommaire

Introduction	153
1. Etat des lieux	154
1.1. Epidémiologie	154
1.1.1. Les consommations de produits psycho actifs en Rhône-Alpes	154
1.1.2. La mortalité prématurée (avant 65 ans) et la morbidité hospitalière liées à l'alcool et au tabac en Rhône-Alpes	154
1.1.3. Les addictions dans une population en difficulté : les personnes détenues	155
1.2. Etat des lieux du dispositif régional de prise en charge	156
1.2.1. Eléments d'évolution de la prise en charge	156
1.2.2. Le dispositif régional hospitalier	157
2. Les objectifs généraux et opérationnels	162
2.1. Mettre en place ou compléter une filière de soins addictologiques	162
2.1.1. Reconnaître la place du niveau de proximité ambulatoire	162
2.1.2. Mettre en place ou compléter le niveau 1 d'addictologie hospitalière (niveau de proximité hospitalière).	163
2.1.3. Mettre en place ou compléter le niveau de recours ou niveau 2	163
2.1.4. Mettre en place un niveau 3	164
2.1.5. Articuler le dispositif avec les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie	164
2.1.6. Impliquer les dispositifs cancérologiques	164
2.1.7. Mettre en place une "Articulation en addictologie", entre dispositif de soin hospitalier et extrahospitalier et le secteur social dans chaque territoire de santé	165
2.1.8. Faire un état des lieux sur les addictions sans produit	165
2.2. Assurer la prise en charge des addictions dans des groupes de populations particulièrement vulnérables	165
2.2.1. Les femmes enceintes	165
2.2.2. Les détenus	165
2.2.3. Les autres personnes en situation de précarité	166
2.3. Conforter le niveau de la région	166
2.3.1. Une commission régionale des addictions (CRA)	166
2.3.2. Implanter un niveau 3	167
2.3.3. Mettre en place des services de SSR cognitifs	167
Annexe 1	168
Le cahier des charges général pour les établissements de santé	168
Annexe 2	171
Le dispositif par bassin : état des lieux	171
Glossaire	175
Références	176

Introduction

La problématique des addictions reste en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème majeur de santé publique. En effet, le poids des conduites addictives est estimé :

- sur la morbidité générale de la population, à environ 20 % (cancer et autres pathologies) . Selon le récent rapport sur les causes de cancer en France, 28 % des causes de cancer sont liées au tabac ou à l'alcool¹,
- sur la mortalité précoce (avant 65 ans), à environ 30 %.

Le champ couvre tant les addictions liées aux substances (tabac, alcool, drogues illicites, psychotropes) que les addictions sans produit (jeu pathologique, troubles du comportement alimentaire ou troubles du comportement alimentaire -TCA).

L'addiction est l'impossibilité répétée pour un sujet de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives.

Les addictions atteignent gravement ceux qui en souffrent sur le plan de leur santé, de leur vie sociale, familiale et professionnelle, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société (accidentologie routière ou sur les lieux de travail, violences sociales ou familiales, syndrome d'alcoolisation fœtale avec nécessité d'une prise en charge médico-psycho-éducative de l'enfant, fractures lors de chutes chez les personnes âgées sous psychotropes, détournement du budget familial au profit du jeu...).

La problématique des addictions sans produits sera ultérieurement développée dans le SROS 4. Le plan national de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011 (PNA), rédigé à l'issue du rapport du sénateur Trucy sur l'état des lieux concluant à l'absence d'une prise en charge spécifique, demande la réalisation d'une expertise collective de l'INSERM sur le jeu pathologique et autres addictions sans produits pour la fin de l'année 2007. Toutefois certaines équipes de soins envisagent dès à présent de prendre en charge ce type d'addiction et il importe de les soutenir² En effet, une réelle demande de prise en charge existe pour l'addiction au jeu, que ce soit en addiction isolée ou en addiction associée. Elle émane tant des patients eux mêmes en ce qui concerne les jeux de casino, loto, PMU, que des parents pour les jeux vidéo et internet chez les jeunes. Pour les TCA, un groupe de travail régional ayant pour objectif de parvenir à un consensus régional pour leurs prises en charge existe.

C'est la première fois que l'addictologie fait l'objet de la constitution d'une filière de soins hospitaliers complète, grâce au plan national de prévention et de prise en charge des addictions (PNA). La mise en place de cette filière ne peut être que progressive, s'étendant également sur le SROS 4. Elle doit conduire à l'obtention d'une véritable intégration des différentes modalités de prise en charge, où les soins primaires joueront un rôle essentiel. Pour une meilleure compréhension de l'articulation du dispositif, une description complète de la filière est nécessaire.

¹ Cf. académie nationale de médecine, académie des sciences - institut de France, centre international de recherche sur le cancer (oms-Lyon), fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'institut national du cancer et de l'institut national de veille sanitaire : Rapport sur les causes du cancer en France, septembre 2007.

² Par exemple en Haute-Savoie, où 7 casinos se trouvent implantés dans un périmètre assez réduit. Les suisses ont déjà à cet égard des consultations spécifiques et prennent en charge des ressortissants français.

1. Etat des lieux

Il porte tant sur la situation épidémiologique que sur le dispositif de prise en charge.

1.1. Epidémiologie

1.1.1. Les consommations de produits psycho actifs en Rhône-Alpes

Par rapport à la France, Rhône-Alpes se situe dans la moyenne ou en diffère peu pour la plupart des produits³.

Le baromètre santé⁴ pour les 15-75 ans de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'enquête ESCAPAD pour les adolescents de 17 ans de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) fournissent des informations sur les consommations déclarées.

Selon le Baromètre :

- un tiers des rhônalpins fume (un quart régulièrement),
- plus du tiers (38 %) sont des buveurs à risque ponctuel ou chronique (9 % à risque chronique/dépendance). L'évolution est cependant à la baisse ; la catégorie des buveurs occasionnels étant devenue la plus fréquente,
- 3 % consomme régulièrement du cannabis (en augmentation),
- moins de 1 % consomme occasionnellement d'autres drogues.

Selon l'enquête ESCAPAD 2005 (jeunes de 17 ans) la tendance est à la baisse pour l'usage du tabac et l'expérimentation du cannabis, à la hausse pour la fréquence des ivresses répétées.

1.1.2. La mortalité prématurée (avant 65 ans) et la morbidité hospitalière liées à l'alcool et au tabac en Rhône-Alpes

La mortalité prématurée est plus intéressante que la mortalité tous âges, car elle représente la part des décès la plus imputable aux produits psycho actifs et vraisemblablement la plus évitable. Si en Rhône-Alpes, nous sommes en sous-mortalité prématurée par rapport à la France, des différences sont notées selon les bassins.

La mortalité prématurée par alcool des hommes, la plus significative, est la plus élevée dans les bassins de la Loire, en Savoie (Bassin 11) et dans celui de Montélimar, la mortalité la plus faible étant retrouvée dans les bassins du Rhône (dernier rang) puis Grenoble, Bourg-en-Bresse et Annecy. En ce qui concerne les morts violentes (hommes), les bassins de Montélimar, Roanne, Chambéry, Villefranche-sur-Saône sont en surmortalité ; les trois bassins de Lyon sont en sous mortalité. A l'intérieur même des bassins, des variations peuvent exister selon les zones de soins de proximité (ZSP).

³ Etat des lieux des consommations et de la diffusion de produits psycho actifs en Rhône-Alpes, centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD), septembre 2007.

⁴ Le dernier en 2005.

En ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer du poumon, le bassin de Saint-Etienne est en surmortalité pour les hommes, ceux de Villefranche-sur-Saône, Valence et Lyon-Est pour les femmes.

La morbidité par alcool a été peu étudiée dans l'activité hospitalière : elle a été longtemps appréciée uniquement par le codage des sevrages pour le PMSI ; l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de Chambéry a établi il y a deux ans un guide du codage en alcoologie diffusé auprès de toutes les ELSA en France pour valoriser cette activité dans la T2A⁵, qui a permis un relevé plus fidèle de l'activité hospitalière liée à l'alcool. Ce guide a été utilisé pour établir les données de séjours hospitaliers figurant ci après.

En 2000⁶, une étude nationale de type "Un jour donné" du ministère de la Santé révélait que 20 % des personnes hospitalisées en service de médecine ou de chirurgie présentaient un problème d'alcoolisation (17 % en Rhône-Alpes), qu'elles soient hospitalisées pour cette cause ou non, et que parmi elles, il y avait 5 % de dépendants et 15 % de personnes en alcoolisation excessive, au niveau France entière (5 % de dépendants et 12 % de personnes en alcoolisation excessive en Rhône-Alpes). En psychiatrie ce taux était de 30 % et en maternité de l'ordre de 4 %.

L'étude⁷ des séjours hospitaliers liés à l'alcool, montre :

- une forte prédominance masculine (2,8 fois le taux féminin) ;
- que les bassins de Chambéry, Saint-Etienne, Montélimar, Villefranche-sur-Saône et Bourg-en-Bresse sont au dessus du taux moyen régional de séjour⁸ ;
- que les bassins de Grenoble, Valence et Lyon Est sont en dessous.

Lorsque l'établissement ne dispose pas d'une ELSA, un patient venant avec un problème aigu lié à l'alcoolisation en milieu hospitalier n'est souvent traité que pour ce problème, sans prise en charge de l'aspect chronique et sans orientation, à sa sortie, vers un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA, bientôt CSAPA⁹). Lors d'hospitalisations pour d'autres motifs, le problème d'addiction de nombreux patients, pourtant bien réel, n'est pas non plus toujours dépisté.

1.1.3. Les addictions dans une population en difficulté : les personnes détenues

Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) sont des services hospitaliers détachés dans un établissement pénitentiaire. Les consommations et la morbidité liée aux addictions sont plus fréquentes chez les personnes sous main de justice.

Deux études nationales successives sur la santé des entrants réalisées dans toutes les maisons d'arrêt en 1997 et 2003 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estimaient qu'environ 30 % des entrants en prison cumulaient les consommations à risques (alcool, tabac, drogues). Il apparaissait que :

- un tiers des entrants déclaraient une consommation excessive d'alcool ;

⁵ Guide en cours de refonte par suite de la création du GHM "sevrage complexe".

⁶ Dernières données de ce type disponibles.

⁷ Source : PMSI, données agrégées 2002-2004 ; Etude préalable au SRA et au volet hospitalier du SROS 3, Observatoire régionale de la santé (ORS) Rhône-Alpes, septembre 2007.

⁸ Taux de séjours des hommes.

⁹ Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

- la prévalence de la consommation d'alcool était quatre fois plus élevée parmi les femmes entrant en prison que parmi l'ensemble des femmes de la population générale (avec une forte hausse entre 1997 et 2003) ;
- 80 % des entrants fumaient (en 1997 comme en 2003), et 15 % plus d'un paquet par jour ;
- parmi les drogues illicites, 30 % des entrants avaient consommé régulièrement du cannabis dans les douze mois précédents, et les autres drogues représentaient 10 % des consommations. (7 % des entrants ont un traitement substitutif) ;
- près de 15 % des entrants déclaraient un traitement en cours par psychotropes ;
- parmi les poly consommations, l'alcool et les drogues illicites étaient l'association la plus fréquente (50 % d'entre elles).

1.2. Etat des lieux du dispositif régional de prise en charge

Il permet à la fois d'évoquer l'évolution de la prise en charge et celle du dispositif hospitalier correspondant.

1.2.1. Eléments d'évolution de la prise en charge

Les besoins de repérage, d'évaluation et de prise en charge des personnes ayant des conduites addictives sont très imparfaitement couverts.

Les réponses aux addictions ne sont pas simples, pour exemple celles suscitées par l'addiction à l'alcool, qui fait souvent l'objet d'un déni par le patient. L'expertise de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) de 2001¹⁰ précisait que moins de 20 % des personnes présentant une dépendance à l'alcool consultaient un professionnel, et cela en moyenne 10 ans après les premiers symptômes.

Jusqu'à une époque récente, et la formation des médecins en est encore fortement empreinte, l'enseignement des professionnels de santé a surtout porté sur la prise en charge des problèmes aigus (ivresses...) ou de la dépendance, problème chronique survenant à la suite d'une longue période d'alcoolisation et jalonné d'épisodes de décompensation aigus (hépatite alcoolique, troubles psychiatriques, troubles cognitifs, hémorragies digestives par varices œsophagiennes...).

En ce qui concerne la dépendance, l'arsenal thérapeutique se compose du sevrage, de la rééquilibration des perturbations physiologiques, de l'accompagnement psychologique, des thérapies individuelles, familiales et groupales, et de l'accompagnement à la réinsertion sociale. Le sevrage est suivi d'une abstinence totale et définitive (à de rares exceptions près).

Le parcours des patients est encore émaillé de rechutes et le taux de guérison reste bas, avec souvent des séquelles somatiques (un tiers des patients dépendants devient abstinents, un tiers présente des rechutes sans grosses comorbidités associées, un autre tiers est en échec (il s'agit d'une situation équivalente à celles des autres maladies chroniques, telles que le diabète). A cause de ces résultats peu encourageants au terme d'un long parcours de prise en charge, les médecins libéraux sont encore peu nombreux à se lancer dans le suivi et le traitement de ces patients.

¹⁰ "Alcool : effets sur la santé".

Depuis une décennie, notamment sous l'impulsion de l'OMS qui a défini des seuils de risque de consommation d'alcool (différenciation entre usage et mésusage), se sont développées des méthodes de repérage précoce des consommations à risques avec une prise en charge immédiate et spécifique dès le stade de l'alcoolisation abusive, avant que ne s'installe la dépendance (méthode du repérage précoce et de intervention brèves : RPIB). A ce stade, les résultats de la prise en charge sont bien meilleurs, la consommation modérée d'alcool reste en effet possible, les changements de comportement plus fréquents (environ 40 % des patients réduisent leur consommation).

En parallèle, dans le domaine de la tabacologie, a été mis en œuvre "le conseil minimal" pour favoriser le sevrage, avec l'aide des substituts nicotiniques.

Ces méthodes de repérage précoce et d'intervention brève ont surtout été développées à ce jour par des acteurs extrahospitaliers. Il est essentiel que les soignants hospitaliers s'en saisissent et les utilisent afin de proposer une prise en charge adéquate.

En ce qui concerne les drogues illicites, de nombreux travaux ont concerné le cannabis (mise au point d'une intervention brève également) ; pour les drogues dures, les méthodes de prise en charge par substitution (méthadone, buprénorphine) ont été largement développées.

1.2.2. Le dispositif régional hospitalier

Il convient d'évoquer à la fois les équipes de liaison, les consultations hospitalières, les réseaux d'addictologie, l'offre en hospitalisation, ainsi que les offres spécifiques.

▪ **Les équipes de liaison**

Les unités d'alcoologie de liaison hospitalière (UALH¹¹) remplacées par les équipes de liaison et de soins en addictologie¹², ont pour missions :

- de favoriser le repérage de tout problème d'addiction chez les patients hospitalisés ou consultants externes ;
- de sensibiliser et former le personnel des services à l'addictologie ;
- de permettre la prise en charge médico-psycho-sociale de l'addiction et d'aider les équipes à la mise en œuvre des thérapies adaptées ;
- de favoriser l'éducation pour la santé en addictologie (envers les patients, le personnel, les visiteurs) ;
- d'établir des liens avec les autres acteurs sanitaires et sociaux de l'addictologie afin d'assurer la continuité des soins après la fin du séjour.

Elles peuvent développer une activité de consultations externes (en relais ou non vers les structures médicosociales) et doivent être individualisées par rapport aux équipes soignantes des unités d'addictologie.

¹¹ Circulaire DH/EO4 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison.

¹² Créées par la circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n° 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Elles sont formées¹³ au minimum d'un temps partiel de praticien hospitalier addictologue, et de deux à trois équivalents temps plein (ETP) d'autres types de personnel : infirmière, psychologue, assistante sociale, diététicienne, et d'un temps de secrétariat (nombre global d'ETP à adapter à la taille de l'établissement).

Il y a actuellement en Rhône-Alpes 24 équipes de liaison d'addictologie ou ébauche d'équipe, de taille très variable. Pour certaines équipes il est difficile de faire la part du temps consacré à l'ELSA de celui consacré à des prises en charges en hospitalisation complète ou à des consultations. Quelques unes d'entre elles interviennent sur deux établissements ou davantage (exemple : celle du CH de Saint-Egrève, qui est la seule du bassin 4, celle du CH de Chambéry - Saint-Jean-de-Maurienne, celles du CH de Valence - Hôpitaux Drôme Nord et du CH de Montélimar-Crest, celle du CH Villefranche-sur-Saône - Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, celle du CH de l'Arbresle - Clinique du Val d'Ouest - Clinique de la Sauvegarde...).

Deux bassins sont totalement dépourvus d'ELSA : le bassin 9 (Lyon centre et nord) et le bassin 13 (Haute-Savoie Nord).

Sur les 3 CHU, celui de Saint-Etienne est le seul à avoir une ELSA ; dans le bassin 4, les intervenants du CHU de Grenoble sont rattachés à l'inter Elsa de l'inter secteur d'addictologie de Saint-Egrève ; aux HCL, il existe un noyau d'équipe qui intervient au CHLS et à l'Hôtel Dieu.

Le nombre d'ETP par ELSA (tous professionnels confondus) est en moyenne dans la région de 2,1 ETP, avec de forts écarts, ce qui est inférieur à la moyenne nationale des ELSA, tirée de l'analyse des rapports d'activité 2005 des ELSA¹⁴ : 2,9 ETP financés par équipe et 3,1 ETP réels.

Mais il s'agit du nombre d'ETP divisé par le nombre d'établissements de rattachement de l'ELSA ; le calcul devrait être fait en fonction de la taille des établissements (par exemple en fonction du nombre de lits, donnée non disponible au niveau national).

▪ Les consultations hospitalières

L'offre de soins en termes de consultations (internes ou externes aux établissements) a été étudiée conjointement à celle des CSAPA :

- sur le plan quantitatif en prenant en compte le nombre d'ETP de l'équipe ELSA et le nombre d'ETP d'intervenants en CSAPA (ex CCAA¹⁵ et CSST¹⁶) pour 100.000 personnes de 15 à 74 ans, à l'échelle du bassin et de la ZSP. L'indicateur est imparfait mais permet d'avoir une idée de la couverture régionale : en effet, il est impossible pour certaines ELSA d'isoler le temps consacré aux consultations internes, du temps consacré aux consultations externes et à leurs autres activités ;
- sur le plan qualitatif : offre pour l'ensemble des produits (alcool, tabac, produits illicites).

¹³ Cf. cahier des charges de la circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant des conduites addictives.

¹⁴ Les équipes de liaison en 2005, par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'OFDT, septembre 2007. 120 équipes ont renvoyé un rapport, dont 14 en Rhône-Alpes.

¹⁵ Centre de cure ambulatoire en alcoologie.

¹⁶ Centre de consultation spécialisé en toxicologie.

L'analyse quantitative révèle que le taux d'ETP de personnel ELSA/CSAPA pour 100.000 habitants de 15 à 74 ans est en moyenne de 5,4 en Rhône-Alpes. Il est le plus élevé dans les bassins de Chambéry (7,6 ETP pour 100.000 habitants), Annecy (7,4), Haute-Savoie Nord (7,0) et Grenoble (6,8). Les bassins ayant les taux les plus faibles sont les 3 bassins de Lyon (regroupés¹⁷ pour l'analyse) avec 4,2 ETP pour 100.000 habitants, le bassin de Montélimar (4,3) et celui de Roanne (4,8).

Taux d'ETP dédiés à l'offre ambulatoire en addictologie et en ELSA par bassin en 2005, selon le type de structure (taux pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans) :

Bassin Structure	Bourg-en-Bresse	Valence	Montélimar	Grenoble	Roanne	Saint-Etienne
CCAA	2,6	2,5	2,2	1,8	1,7	1,6
CSST	2,4	2,3	1,3	2,9	1,9	2,4
ELSA + C ext		0,9	0,8	1,1	1,3	1,4
Consultations alcool/addiction	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0
Total	5,2	5,9	4,3	6,8	4,8	5,4
Bassin Structure	Villefranche-sur-Saône	Lyon	Chambéry	Annecy	Haute-Savoie Nord	Région
CCAA	1,0	1,0	2,5	3,4	2,6	1,9
CSST	3,0	2,2	3,2	3,2	4,0	2,7
ELSA + C ext	0,9	0,7	1,9	0,7	0,0	0,9
Consultations alcool/addiction	0,1	0,3	0,0	0,0	0,5	0,3
Total	5,0	4,2	7,6	7,4	7,0	5,4

L'analyse qualitative nous apprend que :

- pour les 10 ZSP des bassins de Lyon (1/4 de la population régionale), l'offre qui comporte une trentaine de structures de soins ambulatoires, concerne tous les produits, mais seules deux consultations sont réellement polyvalentes. L'offre est cependant très centralisée sur Lyon et Villeurbanne. Deux zones sont plus éloignées de l'offre : l'est lyonnais (Rillieux-la-Pape, Vaulx-en-Velin et au delà), socialement défavorisé et l'ouest lyonnais (Francheville, Tassin et au delà) ;
- pour 23 ZSP, il existe une offre de soins ambulatoires couvrant l'ensemble des produits psycho actifs. Dans 13 ZSP, la situation géographique de l'offre la rend accessible à toute la population. Dans 10 ZSP, la taille de ces dernières fait que certains "secteurs" sont éloignés de l'offre : ce sont des secteurs ruraux ou semi-ruraux ou des secteurs de montagne, où la population peut être plus nombreuse lors des saisons d'hiver ou d'été, avec la présence aussi des saisonniers ;
- pour 11 ZSP, l'offre est déficitaire : déficit partiel pour 8 ZSP (pas d'offre pour un produit) ou déficit important (pas d'offre pour deux produits) pour 3 ZSP (ZSP de Oyonnax, Tournon-sur-Rhône, Saint-Julien-en-Genevois) ;
- pour 3 ZSP iséroises, l'offre est absente (Pont-de-Beauvoisin, La Mure, Roussillon).

¹⁷ Les taux d'ETP sont de 4,1 pour 100.000 habitants pour Lyon Est, 7,0 pour Lyon Centre et Nord, et 2,9 pour Lyon Sud et Ouest.

Si l'on isole les consultations de tabacologie, la région compte 55 sites hospitaliers de consultations avec des temps de consultations très divers ; les consultations sont soit réalisées par l'équipe ELSA, soit par un professionnel hospitalier qui n'appartient pas à l'équipe (par exemple à partir d'un service de pneumologie ou de cardiologie). Tous les bassins hospitaliers en sont pourvus.

Ces consultations sont complétées par 41 sites non hospitaliers (centres de santé, CCAA, CSST, autres sites associatifs comme ceux du comité départemental d'hygiène sociale dans le Rhône).

▪ **Les réseaux d'addictologie**

Ils sont trois actuellement mais ne seront plus que deux au 1er janvier 2008 :

- le réseau REALS qui couvre la Savoie, qui concerne l'alcoolologie ;
- le réseau R3-2A, également à orientation alcoolologie (avec une spécificité pour le suivi des personnes ayant une forte dépendance) pour la Loire et le Rhône ;
- le réseau ReVIH-STS, pour les toxicomanies illicites, le VIH et les hépatites, localisé en Savoie.

Il a été demandé au REALS et au réseau ReVIH STS de trouver des modalités de travail communes afin qu'à terme (juin 2008), ils ne forment plus qu'un seul réseau.

▪ **L'offre de soins en hospitalisation**

L'offre de soins hospitalière et plus généralement l'addictologie hospitalière n'a fait l'objet d'aucune analyse fine ni de programmation dans les SROS précédents.

Elle se fait selon diverses modalités. Elle est assez diffuse et de répartition géographique très inégale. L'hospitalisation de jour reste très marginale.

L'offre actuelle est composée :

- soit d'unités ou de services individualisés, de taille très diverses ;
- soit de lits dédiés dans un service (le plus souvent en service gastro-entérologie ou médecine interne) ;
- soit de lits d'hospitalisation complète (HC) ou d'hospitalisation de jour (HJ) non dédiés ;
- soit de lits de jour dédiés.

Elle est le plus souvent située en service de court séjour, mais sur certains sites, elle est localisée en SSR ou encore en service de psychiatrie. Une activité de court séjour (sevrages) est parfois pratiquée dans des lits de SSR, conjointement ou non à des soins de suite : cf. CH d'Hauteville, CH de Valence.

La région se caractérise par un manque de lits de soins de suite addictologiques ou cognitifs¹⁸ et par un manque de structures médico-sociales de consolidation et de réinsertion intervenant après les soins de suite (centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS - spécialisés, communautés thérapeutiques).

¹⁸ Voir définition §2.1.3.

Des établissements ont un recrutement interdépartemental voir régional (centre médical de Letra, CH d'Hauteville).

La région possède également de longue date un établissement de santé spécialisé en alcoologie, de grande taille (180 lits, qui ne seront plus que 90 début 2008) et qui a un recrutement national (centre spécialisé du Mont Blanc à Passy, dans le bassin d'Annecy).

Cette répartition hospitalière très disparate doit disparaître au profit de modalités d'hospitalisation (complète ou de jour) qui seront un maillon de la filière de soins en addictologie définie par le plan national de prévention et de lutte contre les addictions 2007-2011 ; elle doit faire l'objet d'une analyse de mise en place bassin par bassin, et par ZSP pour certains territoires.

▪ **L'offre de soins relative aux addictions au moment de la périnatalité**

La région comptait en 2007 14 sages femmes tabacologues, dont 12 sages femmes hospitalières et 2 sages femmes intervenantes en protection maternelle et infantile (PMI). 13 d'entre elles réalisent des consultations auprès des femmes enceintes (parfois également pour le compagnon), soit en maternité soit en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Une étude réalisée en début 2006 ¹⁹ met en avant les éléments suivants :

- dans 62 % des maternités, il n'y avait ni médecin ni sage femme formé à la prise en charge du sevrage tabagique ;
- un plan de formation sur ce thème était prévu dans seulement dans 10 maternités ;
- il n'existait une consultation d'aide au sevrage tabagique que dans la moitié des établissements où se trouvent ces maternités ;

La charte "Maternité sans tabac" est peu connue. Seuls 7 chefs de service l'ont signée.

Pour l'alcoologie, la sensibilisation est débutante. Plusieurs journées de sensibilisation des professionnels de santé hospitaliers ou non, ont eu lieu. Il n'est pas possible à l'heure actuelle d'identifier clairement les éléments mis en place en milieu hospitalier : il serait à l'avenir nécessaire d'en faire un bilan

▪ **L'offre de soins en direction des populations fragilisées**

Deux populations méritent un intérêt particulier : les détenus et les personnes en situation de précarité.

Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologique régional (SMPR) réalisent le dépistage des addictions pour les détenus. Les prises en charge se font :

- soit par le médecin de l'UCSA ou par l'équipe du SMPR ;
- soit par des intervenants extérieurs : addictologue de CCAA, intervenant des CSST.

¹⁹ Mémoire de DIU de tabacologie et d'aide au sevrage, Joëlle Lafarge-Boucher, année 2005-2006

Les traitements de substitution sont poursuivis, initiés dans une moindre mesure. Le taux d'accompagnement au sevrage est assez inégal selon les sites pénitentiaires

Vingt-neuf permanences d'accès aux soins de santé (PASS) identifiées fin 2006, de composition très diverse, ont été mises en place dans la région²⁰. Elles doivent permettre un repérage et une orientation vers un dispositif de prise en charge lors d'un problème d'addiction.

2. Les objectifs généraux et opérationnels

Les objectifs généraux consistent d'une part à mettre en place une véritable filière de soins en addictologie, d'autre part, d'assurer la prise en charge des populations fragilisées. Ils se déclinent chacun en différents objectifs opérationnels.

2.1. Mettre en place ou compléter une filière de soins addictologiques

Plusieurs niveaux de soins sont définis, pour constituer une réelle filière de soins addictologiques graduée et cohérente sur un territoire donné.

En préalable, il est essentiel de préciser qu'en addictologie, l'offre de soins hospitalière ne peut se concevoir indépendamment de l'offre de soins ambulatoires : CSAPA, réseaux, médecins généralistes. C'est pourquoi il y a lieu de les citer en premier maillon de la filière addictologique.

La valeur ajoutée de la filière est d'associer sur un territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive. Le réseau de santé vient compléter l'organisation territoriale de prise en charge et favorise une réelle coordination de ces professionnels.

2.1.1. Reconnaître la place du niveau de proximité ambulatoire

Cela concerne les soins ambulatoires en médecine générale (médecins impliqués ou non dans un réseau) ou en CSAPA (qui comporte des consultations d'alcoologie, de tabacologie, de prise charge des addictions aux produits illicites et consultations pour les addictions sans substance), les deux devant étroitement s'articuler, au titre des soins primaires.

Dans l'attente du cahier des charges des réseaux en addictologie en cours de conception par un groupe de travail national, il est prévu d'en créer de nouveaux et de favoriser l'extension des réseaux existants, en vue de couvrir la totalité de la région, au sein des territoires de santé existants.

²⁰ certaines PASS sont très bien structurées (locaux, personnel, équipe mobile) d'autres sont mal repérées, ce qui peut poser problème pour l'orientation des patients

2.1.2. Mettre en place ou compléter le niveau 1 d'addictologie hospitalière (niveau de proximité hospitalière).

Il comportera :

- une équipe ELSA.

Le nombre et le dimensionnement des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) par territoire devra permettre de couvrir les besoins de celui-ci, notamment ceux des services d'urgences et de maternité. Il pourra s'agir d'ELSA inter hospitalières. Les établissements de santé psychiatriques ou les établissements ayant une activité de cancérologie, que l'établissement soit public ou privé, s'inscriront dans ce réseau inter hospitalier.

Lorsque qu'un établissement ne bénéficiera pas d'ELSA, il pourra recourir à l'ELSA d'un autre établissement par convention. Un référent en addictologie existera toutefois dans tout établissement bénéficiant de l'intervention d'une ELSA extérieure, et un niveau minimal de formation sera donné au personnel (savoir utiliser les outils de repérage et orienter vers les personnes ressources).

- la possibilité de réalisation de sevrages simples (un GHS spécifique existe), dans des lits dédiés ou non.

La prise en charge hospitalière concerne aussi les patients addictifs aux drogues illicites.

- des consultations hospitalières d'addictologie, concernant l'alcoologie, la tabacologie, la toxicomanie.

Il pourra être prévu la possibilité de consultations aux urgences ou dans d'autres services de l'établissement de niveau 1 addictologique par les professionnels (psychologues, médecins addictologues...) des CSAPA du territoire de l'établissement de santé ou d'un territoire voisin.

2.1.3. Mettre en place ou compléter le niveau de recours ou niveau 2

Ce niveau comporte :

- les éléments du niveau 1,
- une unité fonctionnelle d'hospitalisation pour la réalisation des sevrages simples et des sevrages complexes (des GHS spécifiques existent). Les sevrages complexes concernent notamment les sujets présentant des polyaddictions (hors le tabac). Elle offrira la possibilité de réaliser des soins résidentiels en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Ces moyens sont regroupés au sein d'une UF ou d'un pôle.

Il est préconisé au moins un service d'addictologie de recours pour 500.000 habitants : les travaux préliminaires du groupe de travail de mise en œuvre du PNA retiennent un service d'une taille de 15 lits Les soins de suite addictologiques (de base) et les soins de suite addictologiques cognitifs, permettent la poursuite des soins au delà de la période aiguë, si nécessaire. Il doit pouvoir être recouru à ces soins dans des conditions acceptables de délai et d'éloignement.

Les soins de suite addictologiques de base permettent de renforcer le travail débuté en court séjour (ou en ambulatoire, plus rarement). Ils se trouvent localisés ou non dans des établissements de niveau 2.

Les soins de suite addictologiques cognitifs sont destinés aux patients ayant des troubles cognitifs induits par leur(s) consommation(s) et nécessitant donc une rééducation spécifique et plus longue. Le nombre et la capacité de ces structures doivent être adaptés à la taille de la région. Au vu de la taille de la région, au moins 2 structures pourraient être nécessaires en Rhône-Alpes.

Des travaux complémentaires d'étude de besoins en SSR addictologiques et SSR addictologiques cognitifs doivent être menés courant 2008 afin de définir les nombres et taille d'unités nécessaires et les implantations.

Les cahiers des charges de la filière addictologique, des réseaux du court séjour, de l'hôpital de jour, des services de SSR en addictologie, établis par le groupe de travail national de mise en œuvre du PNA sont la base de référence pour la mise en œuvre de ces structures (cahiers des charges non encore disponibles au 1er décembre 2007).

2.1.4. Mettre en place un niveau 3

C'est un niveau de recours régional.

Ces structures assurent, en plus des missions de niveau 2, des missions d'enseignement et de recherche, de coordination régionale. Les besoins en termes de recherche se situent prioritairement en recherche clinique, domaine quasi inexistant.

2.1.5. Articuler le dispositif avec les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie

Les établissements psychiatriques ont un rôle considérable à jouer dans la lutte contre les addictions et sont ainsi amenés à proposer une prise en charge aux patients addictifs :

- ils devront au moins assurer une réponse de niveau 1, soit grâce à la présence d'équipes internes aux compétences validées, soit par convention avec une structure de niveau 1 ou 2 d'un autre établissement de santé ;
- des réponses de niveau 2 seront également possibles pour certaines de ces structures.

Afin d'assurer la présence d'une ELSA (financées par des crédits MIGAC) dans ces établissements, il y aura lieu, dans l'attente de la tarification à l'activité psychiatrique, de passer convention avec un établissement de court séjour.

2.1.6. Impliquer les dispositifs cancérologiques

Compte tenu de la fréquence des cancers évitables chez les personnes présentant une conduite addictive, les dispositifs cancérologiques et addictologiques doivent être coordonnés. Les établissements autorisés au titre du traitement du cancer sont des lieux privilégiés de repérage et d'orientation des addictions, dans le cadre des consultations d'annonce du cancer et des autres consultations de cancérologie. Ces établissements doivent bénéficier de l'intervention d'une ELSA.

2.1.7. Mettre en place une "Articulation en addictologie", entre dispositif de soin hospitalier et extrahospitalier et le secteur social dans chaque territoire de santé.

La description de cette "articulation" figure dans le cahier des charges général en addictologie des établissements de santé²¹.

2.1.8. Faire un état des lieux sur les addictions sans produit

Il serait utile de conduire une étude préalable au SROS 4 sur la demande des patients et sur les modalités de prise en charge dans la région (consultations, suivi, mesure volontaire de curatelle, ateliers de type hôpital de jour, hospitalisation en addictologie).

2.2. Assurer la prise en charge des addictions dans des groupes de populations particulièrement vulnérables

2.2.1. Les femmes enceintes

Quelque soit le niveau de soins addictologiques développé dans l'établissement, les services de maternité doivent être un des champs d'intervention des ELSA :

- nécessité d'un niveau de formation de base en addictologie pour toute l'équipe (repérage précoce) ;
- nécessité d'un niveau de formation plus avancé pour une ou plusieurs sage femmes et médecins référent(s) selon le niveau et la taille de la maternité (DU de tabacologie, d'alcoologie...);
- mise en place du repérage des addictions lors de l'entretien du 1er trimestre.

Les 4 réseaux inter hospitaliers de périnatalité devront se saisir de la problématique dans leurs objectifs de travail et être un lieu d'échanges de pratiques et de formation.

Un état d'avancement des prises en charge d'addictologie en périnatalité sera présenté chaque année au niveau de la commission régionale de la naissance, qui pourra elle-même se saisir du sujet au sein d'un groupe de travail.

2.2.2. Les détenus

Les détenus doivent bénéficier pour l'ensemble des produits psycho actifs consommés de :

- repérage des addictions à l'arrivée en détention, avec notamment l'aide de grilles validées ;
- suivi individualisé par des consultations adaptées (addictologue, psychologue et/ou psychiatre, etc.), assurées soit par un professionnel de l'équipe d'addictologie hospitalière, soit par convention par des soignants d'un CSAPA ;
- l'accès à des thérapies collectives ;
- la poursuite ou mise en route des traitements de substitution.

²¹ Fiche technique en annexe.

Une formation de base en addictologie (repérage) doit être réalisée auprès du personnel de l'UCSA et renouvelée à l'encontre de tout nouveau soignant. Un référent "addiction" sera désigné au sein de chaque UCSA.

La préparation à la sortie doit inclure :

- l'orientation vers le partenaire privilégié que sont les CSAPA, ou le médecin traitant, si celui-ci assure la prise en charge en addictologie, ou bien encore vers un réseau de soins formalisé ;
- si l'orientation vers un CSAPA ou une consultation spécialisée d'addictologie est préconisée, un contact entre le détenu et le CSAPA (ou le professionnel de la consultation d'addictologie la plus proche en l'absence de CSAPA) est favorisée avant la sortie (visite à l'intérieur de la détention) ;
- la prise d'un rendez-vous en CSAPA ou dans une autre consultation ou avec le médecin traitant addictologue avant la sortie, avec remise d'un courrier au détenu ;
- la prise de rendez-vous avec le médecin traitant assurant le suivi du patient.

Le programme d'éducation à la santé de l'UCSA comprendra la sensibilisation aux consommations à risques.

2.2.3. Les autres personnes en situation de précarité

Les orientations pour les personnes marginalisées devront tendre vers une prise en charge globale de la personne, médico-psychologique et sociale. Pour ces personnes qui cumulent les difficultés, l'articulation du soin et de la prise en charge sociale est plus que jamais nécessaire.

Les objectifs du SROS sont :

- permettre le renforcement des dispositifs existants, tels que les PASS, dans leurs liens avec le dispositif d'addictologie avec la présence de personnels de CSAPA à certains moments dans les PASS, des dossiers partagés, pour améliorer l'accompagnement de ces personnes ;
- aider au développement du soin en addictologie pour les personnes hébergées au sein de structures sociales par la création de CSAPA mobiles ;
- soutenir les structures spécifiques telles que les équipes médico-sociales de rue, les lits "halte soins santé", les CAARUD²², dans leurs liens avec le dispositif d'addictologie ;
- créer des passerelles entre structures de soins et structures sociales.

2.3. Conforter le niveau de la région

2.3.1. Une commission régionale des addictions (CRA)

Cette mesure figure dans le PNA 2007-2011.

²²Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

Elle sera chargée de :

- veiller à l'application du schéma régional des addictions et, en particulier, en ce qui concerne le volet hospitalier du SROS 3, à l'amélioration globale du dispositif sanitaire (hospitalier et réseaux) et médico- social (CSAPA) d'accueil, de suivi et de soins en addictologie, que ce soit en terme de moyens, de répartition et de logique d'accès aux soins ;
- suivre l'évolution des données et des problèmes en addictologie de la région, en lien étroit avec le centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances et l'observatoire régional de la santé ;
- faire un état des lieux et développer les formations validées des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux en addictologie. ;
- coordonner la recherche clinique, en créant en son sein un sous groupe : le conseil scientifique de coordination de la recherche clinique en addictologie (la recherche fondamentale étant coordonnée par le niveau national).

2.3.2. Implanter un niveau 3

Les structures de niveau 3 sont usuellement implantées en centre hospitalo-universitaire. La région Rhône-Alpes est à ce titre atypique : outre l'existence de trois CHU, les soins en addictologie, et particulièrement en alcoologie, sont très peu développés dans deux des CHU. Ce sont les Centres hospitaliers généraux qui se sont surtout saisis de la discipline et les expertises hospitalières se trouvent en conséquence en CHG. Il serait nécessaire :

- que les soins soient développés dans l'ensemble des CHU ;
- qu'un niveau 3 soit partagé par les 3 sites, avec une forte coordination entre les 3 CHU en ce qui concerne la recherche et la formation.
- Il y a lieu de préciser que :
- les besoins se situent essentiellement en recherche clinique, (recherche quasi inexistante et besoins importants) ;
- les addictologues des CH et les professionnels des CSAPA et réseaux doivent être associés à la recherche clinique.

Afin d'augmenter l'efficacité des travaux scientifiques, le conseil scientifique de coordination de la recherche clinique en addictologie évoqué précédemment sera mis en place dans la région, en associant représentants des CH, des CHU, des structures médico-sociales (CSAPA) et des réseaux.

2.3.3. Mettre en place des services de SSR cognitifs

Il serait souhaitable que puisse être mis en place un service de SSR cognitifs d'ici la fin du SROS 3, et un second ultérieurement.

Annexe 1

Le cahier des charges général pour les établissements de santé

I. Les principes de prise en charge des addictions

La prise en charge des addictions doit répondre aux principes qui suivent.

I.1. Principe de la précocité : il est essentiel de favoriser le repérage précoce des usages à risques et donner une réponse appropriée dans les plus brefs délais.

I.2. Principe de la qualité du dépistage et de la prise en charge (PEC) :

- la PEC doit être globale : médicale, psychologique, sociale et s'appuyer sur des référentiels validés (conférence de consensus des sociétés d'addictologie, recommandations de l'HAS) ;
- elle doit être graduée en fonction de la gravité de l'addiction et de ses conséquences ;
- elle doit être réalisée par des professionnels formés au repérage précoce et à l'intervention brève pour l'alcoolisation, au conseil minimal pour la tabacologie et le cannabis ou à la prise en charge des personnes s'adonnant aux drogues illicites ;
- tous les services d'un établissement de santé sont concernées par le repérage et l'orientation vers les professionnels et structures adaptées ;
- les professionnels doivent assurer ou s'assurer de la continuité de la PEC, lors du séjour ou lors de la sortie.

I.3. Principe de l'articulation entre les intervenants hospitaliers et extrahospitaliers :

- la prise en charge doit être réalisée en fin de séjour hospitalier avec les structures médico-sociales (futurs CSAPA) ou les réseaux ;
- l'articulation avec la médecine générale, les pharmaciens d'officine doit être prévue

I.4. Principe de l'attention particulière aux personnes vulnérables : femmes en souhait de maternité et femmes enceintes, enfants ayant souffert d'alcoolisation fœtale, jeunes, population en situation de précarité, dont les détenus.

I.5. Principe de la réduction des inégalités territoriales afin de couvrir les besoins :

- un minimum d'offre de PEC doit être prévu par niveau de territoire choisi ; le degré d'offre doit aussi être modulé selon les besoins et indicateurs locaux (mortalité prématurée, morbidité) ;
- il pourra être recouru à des équipes inter hospitalières (Inter ELSA) pour couvrir tous les établissements de santé d'un bassin ou d'un territoire de proximité.

I.6. Principe de l'évaluation : il y a aura nécessité de favoriser le développement et l'utilisation d'outils pour une meilleure évaluation des besoins, des formations des professionnels, des prises en charge, des résultats.

II. Les éléments d'organisation de l'addictologie au niveau de l'établissement de santé

Les établissements de santé identifiés par le projet médical de territoire devront dans la mesure du possible s'organiser pour :

II.1. Mettre en place une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), dont le nombre d'ETP dépendra des missions, selon la composition précisée par la circulaire du 8 septembre 2000. Ils pourront s'appuyer pour cela sur le guide méthodologique des équipes de liaison et de soins en addictologie.

Des conventions inter établissements de mise à disposition de temps d'ELSA pourront être élaborées.

De la même façon, les coopérations de ce type entre établissement de santé public et établissement de santé privé seront à développer en tant que de besoin.

II.2. Repérer les addictions, auprès de l'ensemble des patients hospitalisés ou venant en consultations externes

II.3. Former le personnel de l'ensemble des services aux méthodes de repérage précoce des addictions, une des missions essentielles des équipes ELSA.

II.4. Rendre visible l'existence de l'ELSA :

- par présentation du bilan de l'ELSA une fois par an en CME et aux réunions des équipes paramédicales,
- par élaboration d'une charte interne pour que l'équipe de liaison puisse accéder à l'ensemble des services,
- par présentation de l'ELSA sur le site internet de l'hôpital (et intranet s'il en existe un), et dans le livret d'accueil des patients,
- -par répertorisation de l'ELSA dans l'affichage au public des services.

II.5. Organiser l'activité hospitalière afin que les bilans médicaux (biologiques, neurologiques) psychologiques, et sociaux puissent être réalisés, et ce dans des délais raisonnables.

II.6. Mettre en place des consultations externes, pour une prise en charge complémentaire de celles des CSAPA ; ces consultations sur site pouvant d'ailleurs être assurées par convention, comme cela se passe déjà dans un bassin, par un consultant d'un CSAPA.

II.7. Inscrire de façon adaptée le repérage et la PEC des addictions dans le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de territoire.

Le projet médical de territoire de proximité devra être conçu en matière d'addictologie pour assurer la prise en charge de l'ensemble des addictions, à l'échelle du territoire, en ambulatoire (en consultations hospitalières ou CSAPA, hôpital de jour) et en séjours hospitaliers (sevrages simples), par des thérapies individuelles et collectives. Les sevrages complexes et la prise en charge en soins de suite seront à considérer à l'échelle du bassin de santé et les soins de suite spécialisés (prise en charge de troubles cognitifs) à l'échelle de la région. Le projet médical de territoire devra assurer une complémentarité et une continuité entre ES et CSAPA.

Des conventions bi ou multipartites de mise à disposition de personnel entre ES ou entre ES et CSAPA, facilitant la continuité de la prise en charge, pourront être élaborées.

Les associations néphalistes¹ seront des partenaires des équipes hospitalières dans la motivation des patients, l'accompagnement et le renforcement de l'abstinence. Des conventions seront à établir dans cette perspective.

II.8. Assurer la prise en charge des sevrages simples dans tous les établissements ayant un service d'urgences. Les sevrages complexes seront orientés vers les établissements ayant une unité de soins en addictologie (niveau 2). Des sevrages doivent également être possibles en établissement psychiatrique.

II.9. Assurer la continuité de la prise en charge en s'inscrivant par des conventions dans une filière inter hospitalière et médico-sociale :

- dans une filière inter hospitalière, pour permettre une prise en charge des co morbidités notamment psychiatriques ; orienter les personnes pour la réalisation de sevrage complexes ; renforcer l'abstinence après sevrage, par un accompagnement adapté et validé par les sociétés d'addictologie et/ou l'HAS, en soins de suite addictologiques ou cognitifs (accompagnement individuel, thérapies de groupe, rééducation des troubles cognitifs, réinsertion sociale, etc.)
- dans une filière médico-sociale, pour assurer la continuité, la spécificité et la complémentarité des prises en charge par les CSAPA, ou par des centres résidentiels, ou des communautés thérapeutiques.

II.10. Participer à l'"articulation en addictologie" qui sera mise en place dans chaque territoire de santé.

Cette articulation pourra se faire :

- sous la forme d'une réunion au minimum annuelle des intervenants (rassemblant équipe hospitalière, CSAPA, réseau d'addictologie et/ou relatif à la réduction des risques infectieux le cas échéant, membres de l'équipe de secteur psychiatrique, médecins généralistes, associations néphalistes, pharmaciens d'officine) ;
- sous la forme d'une "ligne directe" entre médecins généralistes et équipe hospitalière, avec des engagements de part et d'autre :

Le médecin hospitaliers addictologue s'engage à répondre téléphoniquement au médecin généraliste en cas d'urgence addictologique, à voir le patient dans les 24 heures et à trouver une solution d'hospitalisation rapide en cas de nécessité ; il s'engage à revoir le patient après son hospitalisation, en lien avec le MG ;

Le médecin généraliste se forme au RPIB, et s'engage au suivi des patients après un séjour hospitalier, en lien avec l'addictologue.

II.11. Réaliser chaque année un bilan des l'activité des ELSA (selon le rapport type national déjà diffusé), et un bilan des services de soins en addictologie le cas échéant.

II.12. Assurer tout particulièrement la présence de l'équipe ELSA dans les services suivants : urgences, maternités, PASS, UCSA pour les ES de rattachement de celles-ci.

¹ Association de personnes généralement abstinentes, qui cherchent à aider les sujets exposés aux dangers de l'alcoolisation.

Annexe 2

Le dispositif par bassin : état des lieux¹ (au 30 juin 2007)

Bassin N° 1

Le bassin hospitalier de Bourg-en-Bresse (229.300 habitants) dispose :

- d'un début d'équipe ELSA au CH de Bourg-en-Bresse ;
- une unité de soins en alcoologie de 50 lits au centre médical Espérance du CH d'Hauteville-Lompnès (SSR, également habilités à réaliser des sevrages, activité de médecine) ;
- de 9 lits de médecine au CH de Fleyriat à Bourg-en-Bresse, dans l'unité d'addictologie du service de médecine interne (ciblée alcoologie uniquement).

Bassin N° 2

Dans le bassin de Valence (289.100 habitants), on recense :

- une équipe ELSA au CH de Valence (qui intervient également sur Romans-sur-Isère, Die et Saint-Vallier), ainsi que l'ELSA du CHS de Saint-Égrève qui intervient à Saint-Marcellin ;
- 30 lits hospitaliers en SSR, avec l'unité de soins en alcoologie et addictologie (alcoologie, tabac) au CH de Valence.

Bassin N° 3

Dans le bassin de Montélimar (211.900 habitants), il existe :

- 3 ELSA : CH d'Aubenas, Privas et Montélimar ;
- des lits en hospitalisation complète en médecine, en psychiatrie, en SSR ;
- l'unité d'alcoologie les Alizés (20 lits) au CHS de Privas ;
- l'ELSA du CH de Montélimar, rattachée au service de gastro-entérologie, qui a 6 lits (alcoologie, tabac) ;
- le centre de postcure de Virac (alcoologie) de 30 lits, à Labastide-de-Virac (SSR).

¹ Les données de population qui figurent ci dessous sont celles de la population des 15 – 74 ans au sein des bassins.

Bassin N° 4

Dans le bassin de Grenoble (540.600 habitants), on recense :

- une équipe ELSA intervenant sur tout le bassin. Rattachée à l'inter secteur d'alcoologie et des conduites addictives du CHS de Saint-Égrève, elle intervient sur son site de domiciliation (CH de Saint-Egrève), au CHU de Grenoble, au CH de Voiron, au SSR Rocheplane à Saint-Hilaire-du-Touvet, au CH de La Mure et ainsi que, pour rappel, au CH de Saint-Marcellin situé dans le bassin 2 ;
- des lits en médecine, des lits d'HC en psychiatrie, des lits en SSR :
 - . une unité de soins en addictologie : l'inter secteur d'alcoologie et des conduites addictives au CHS de Saint-Égrève avec 18 lits d'hospitalisation complète et 1 place d'hospitalisation de jour ;
 - . 2 lits réservés (alcoologie) dans le service de médecine interne et d'hépatogastro-entérologie (médecine A) du CH de Voiron ;
 - . 14 lits de SSR (alcoologie) au service d'alcoologie du centre médical Rocheplane à Saint-Hilaire du Touvet ;
 - . des lits non dédiés au CHU.

Bassin N° 5

Dans le bassin de Roanne (118.200 habitants), il existe une ELSA au CH de Roanne, mais on ne dénombre pas de lits ou places d'hébergements dédiés à un problème d'addictologie.

Bassin N° 6

Dans le bassin de Saint-Etienne (475.200 habitants), il existe :

- 5 ELSA, aux CH de Firminy, Feurs (qui intervient aussi au CH de Montbrison), Saint-Chamond et Annonay et au CHU de Saint-Étienne (ELSA qui intervient aussi dans les hôpitaux locaux de Saint-Jean-Bonnefonds et Saint-Priest-en-Jarez) ;
- des lits de médecine et de SSR :
 - . 10 lits (alcoologie), unité rattachée au service de gastro-entérologie du CH de Firminy ;
 - . 4 lits au CH de FEURS ;
 - . 51 lits alcoologie (SSR) au centre mutualiste d'alcoologie de Saint-Galmier.

Bassin N° 7

Dans le bassin de Villefranche-sur-Saône (169.900 habitants), il existe :

- une ELSA au CH de Villefranche-sur-Saône (qui intervient aussi à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or) ;

- des lits en médecine et en SSR :
 - . l'unité de soins en alcoologie au centre médical spécialisé les Bruyères à Létra avec 14 lits en service de médecine et 87 lits en SSR,
 - . 2 lits (alcoologie) au CH de Villefranche-sur-Saône.

Bassins N° 8, 9 et 10

Dans les trois bassins de Lyon (1.393.100 habitants), on recense :

- 2 ELSA dans le bassin de Lyon Est : au CHS à Bron et une autre ELSA qui intervient sur trois sites : le CH de Bourgoin-Jallieu, le Centre psychothérapeutique du Vion et l'hôpital local de Saint-Clair-de-la-Tour ;
- 1 dans le bassin de Lyon centre et Nord, à l'Hôtel Dieu à Lyon (2^{ème} arrondissement) ;
- 4 dans le bassin de Lyon Sud Ouest, au CH de Vienne, au CH de Givors, au CH Lyon-Sud à Pierre-Bénite et à l'hôpital de l'Arbresle (celle-ci intervient aussi à la clinique de la Sauvegarde dans Lyon 9^{ème} arrondissement et à la Clinique du Val d'Ouest, à Ecully) ainsi que l'ELSA de Villefranche-sur-Saône, intervenant aussi à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or ;

On recense² également des lits en médecine :

- l'unité de soins en alcoologie de 10 lits de la Clinique mutualiste La Roseraie à Vénissieux,
- l'ELSA (alcoologie, tabac), commune au CH de Bourgoin-Jallieu et au Centre psychothérapeutique du Vion qui dispose de 3 lits non dédiés,
- 11 lits réservés (alcoologie, tabac, produits illicites) dans le service de médecine du CH de l'Arbresle,
- le CH de Vienne, qui a 4 lits en gastro-entérologie non dédiés.

A noter que deux CSST (produits illicites) hospitaliers disposent de 3 lits (CSST de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon 3^{ème} qui a 2 lits ; CSST du CH Lyon Sud à Pierre-Bénite qui dispose d'un lit).

Bassin N° 11

Dans le bassin de Chambéry (324.300 habitants), il existe :

- 2 ELSA, au CH de Chambéry (qui intervient également à Aix-les-Bains et Saint-Jean-de-Maurienne) et au CH d'Albertville (qui intervient aussi à Moûtiers et Bourg-Saint-Maurice) ;
- des lits en médecine et en SSR : une unité de soins au CH d'Albertville : 4 lits (alcoologie).

² A noter que la Clinique psychiatrique Villa des Roses à Lyon 5^{ème} arrondissement dispose de quelques lits (nombre non défini) pour la postcure (alcool) et que depuis le 5 février 2007, 10 places d'hospitalisation de jour ont été ouvertes et deux journées par semaine réservées à des patients ayant des problèmes avec l'alcool.

Bassin N° 12

Dans le bassin d'Annecy (361 200 habitants), il existe :

- -une ELSA au CH d'Annecy ;
- des lits d'hospitalisation en Médecine et des lits de SSR ;
- deux unités de soins en alcoologie : une au centre médical spécialisé "le Mont-Blanc" (SSR) au Plateau d'Assy qui dispose de 90 lits et une autre aux Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc sur le site de Chamonix qui a 12 lits ;
- 8 lits répartis sur différents services du CH d'Annecy (alcoologie, tabac, produits illicites).

Bassin N° 13

Dans le bassin d'Haute-Savoie Nord (207.200 habitants), il n'y a pas d'ELSA, mais on recense des lits en médecine :

- 6 lits réservés au CH intercommunal Annemasse Bonneville : 5 lits (alcoologie) sur le site de Bonneville et 1 lit (produits illicites) sur le site d'Annemasse,
- 3 lits réservés (alcoologie, produits illicites) au CH du Léman sur le site de Thonon-les-Bains.

Glossaire

CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances CSAPA Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
OFDT	Office français de lutte contre les drogues et les dépendances
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PEC	Prise en charge
PNA	Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
SMPR	Service médico- psychologique régional
UCSA	Unités de consultations et de soins ambulatoires

Références

Références réglementaires :

- Circulaire DH/EO4 n° 557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
- Cahier des charges annexé à la circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant des conduites addictives
- Plan National de Prise en charge et de Prévention des addictions, 2007-2011
- Circulaire DGS/6B/DHOS/2007/2003 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

L'EVALUATION

Chaque volet, conformément aux dispositions du SROS actuel¹, a donné lieu à des modalités d'évaluation, en cours de finalisation, et destinées à être communiquées sur le site internet Parhtage², d'ici la fin de l'année.

¹ Cf. L'évaluation du schéma régional d'organisation sanitaire, Livre I, pp. 101-105.

² Adresse : <http://rhone-alpes.parhtage.sante.fr>.

ANNEXE

LES OBJECTIFS QUANTIFIES

METHODOLOGIES

Sommaire

1. Médecine et Chirurgie (volumes)	185
1.1. Principe	185
1.2. Sources	185
1.3. Nomenclatures	185
1.4. Méthode de calcul	186
1.4.1. Cas général	186
1.4.2. Cas de la médecine des hôpitaux locaux	187
1.4.3. Divers	187
2. Soins de suite et de réadaptation (volumes)	188
2.1. Principe	188
2.2. Taux cibles	188
2.3. Méthode de calcul	188
2.3.1. Journées (hospitalisation complète)	188
2.3.2. Venues (hospitalisation à temps partiel)	189
3. Psychiatrie	189
3.1. Psychiatrie générale	189
3.1.1. Volumes d'activité	189
3.1.2. Implantations	190
3.2. Psychiatrie infanto-juvénile	190
3.2.1. Volumes d'activité	190
3.2.2. Implantations	190
4. Traitement de l'insuffisance rénale chronique	190
4.1. Nombre de patients	190
4.2. Implantations	191
5. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	191
6. Soins de longue durée	192
6.1. Principe	192
6.2. Sources	192
6.3. Méthode de calcul	193
6.3.1. Valeur de référence	193
6.3.2. Bornes	193
6.4. Implantations	193

Les dispositions qui suivent modifient et complètent l'annexe du schéma arrêté le 20 février 2006, annexe qui reste opposable pour les dispositions non concernées par la révision.

Elles prennent en compte les modifications apportées à l'arrêté n° 2005-RA-116, fixant les limites des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Rhône-Alpes.

1. Médecine et Chirurgie (volumes)

1.1. Principe

La méthode générale consiste à projeter à l'échéance du SROS 3 les volumes contractualisés dans le respect de ce dernier pour la première année de sa mise en œuvre.

Cette projection de 2007 à 2010 est réalisée :

- sur la base d'un indicateur d'évolution démographique tenant compte en partie des différences de consommation de séjours selon l'âge,
- en retirant l'activité qui, par application de l'arrêté du 27 février 2007, relève désormais des trois forfaits dénommés "sécurité et environnement hospitalier" (SE).

1.2. Sources

- PMSI, années 2005 et 2006.
- CPOM, annexes objectifs quantifiés 2007.
- INSEE, projections de populations arrêtées en juin 2007 pour les années 2005 à 2010.
- SROS 3, annexe objectifs quantifiés, traduite en version 9 bis de la classification PMSI.

1.3. Nomenclatures

- L'arrêté du 8 juin 2005 précise les critères d'exclusion du PMSI des séjours non soumis à objectifs quantifiés. Il s'agit essentiellement de ceux relevant du schéma inter régional d'organisation sanitaire, de la périnatalité, ou du traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie).
- La table des GHM publiée par l'ATIH contient un champ dénommé Aso (Activités de Soins) permettant de les répartir entre médecine et chirurgie.
- L'annexe 9 de l'arrêté du 27 février 2007 fixe les trois listes d'actes CCAM susceptibles de donner lieu à facturation d'un forfait SE.

1.4. Méthode de calcul

1.4.1. Cas général

▪ Valeur de référence 2007

Le nombre de séjours (C7) contractualisés pour 2007 avec chaque établissement est sommé par discipline et par bassin hospitalier.

Le nombre de séjours (E5) relevant potentiellement des forfaits sécurité et environnement hospitalier est comptabilisé sur PMSI 2005. La création au 1^{er} septembre 2006 des GHS N° 9600 et 9601, qui ont précédé la création, respectivement des forfaits SE1 et SE2, a en effet pu inciter certains établissements à anticiper la création de ces derniers en ne réalisant plus l'activité concernée en hospitalisation dès 2006.

Ce dénombrement est réalisé pour les séjours sans nuitée, comportant un acte des listes SE1, SE2, SE3, et, pour les deux premiers forfaits, réalisés sans anesthésie, cette dernière étant identifiée soit par le code activité "4" de l'acte, soit par la présence, sur le même résumé de sortie anonymisé, d'un acte complémentaire d'anesthésie (codes acte commençant par "ZZLF01" ou "ZZLP0").

Le nombre de séjours (E7) à retrancher de (C7), car susceptibles de relever des forfaits SE, est obtenu en projetant (E5) à 2007 en lui appliquant, par bassin hospitalier, le taux d'évolution global du nombre de séjours entre le total réalisé (R5) en 2005 et le total contractualisé pour 2007 (C7).

Le nombre de séjours contractualisés net (N7) est obtenu en retranchant les séjours relevant des forfaits SE (E7) du total contractualisé (C7) :

$$\text{N7} = \text{C7} - \text{E7}$$

et

$$\text{E7} = \text{E5} \times \text{C7} / \text{R5}$$

▪ Indice de consommation hospitalière par groupes d'âges

L'objectif de cet indice (In) est de représenter l'évolution démographique 2007-2010, en intégrant les différences de structure par âge des territoires de santé et de leurs "consommateurs" de soins.

L'indice (In) est calculé de façon différenciée pour chaque discipline et chaque bassin (soit 26 indices), en répartissant la population 2007 (P1J et P1V) et les séjours consommés en 2006 (S1J et S1V) en deux tranches d'âges (J = moins de 60 ans ; V = 60 ans et plus).

La consommation, recueillie à partir des dernières données du PMSI disponibles (2006), est projetée à 2010 (S2J et S2V), en lui appliquant les taux d'évolution entre les projections de population 2007 (P1J et P1V) et 2010 (P2J et P2V).

L'estimation de consommation ainsi obtenue ($S2J + S2V$) est alors rapportée à la consommation réelle ($S1J + S1V$) pour constituer l'indice (I_n) :

- $P1J, P1V, P2J, P2V$ = respectivement projection de population des moins de 60 ans, des plus de 60 ans, à 2007, à 2010 ;
- $1J, S1V$ = respectivement consommation de séjours des moins de 60 ans, des plus de 60 ans, en 2006 ;
- $S2J = S1J \times P2J / P1J$ et $S2V = S1V \times P2V / P1V$;
- $I_n = (S2J_n + S2V_n) / (S1J_n + S1V_n)$ où n différencie les 26 indices, pour chacun des 13 bassins dans les deux disciplines.

▪ Valeur de référence 2010

Elle est égale à la valeur de référence 2007 projetée selon l'indice d'évolution démographique : $(N10) = (N7) \times (I_n)$.

Compte tenu de la montée en charge, intervenue après la période de référence 2002-2003 utilisée pour le SROS 3, de l'activité de médecine sur le bassin Lyon Centre & Nord (suite à une série d'autorisations nouvelles), le volume contractualisé pour 2007 s'est trouvé être inférieur à l'activité constatée en 2005. Dans ce cas, a été utilisée pour la médecine, comme base de calcul de la valeur de référence 2010, l'activité constatée 2005 actualisée.

1.4.2. Cas de la médecine des hôpitaux locaux

Comme lors de l'élaboration initiale du SROS 3, et selon le même mode de calcul, du fait de l'absence de recueil PMSI pour la plupart d'entre eux, la méthode concernant la médecine des hôpitaux locaux est particulière :

- Valeur de référence 2007 ($N7$) = ($C7$), soit le nombre de séjours contractualisés, sans en retrancher d'éventuels séjours relevant de forfaits SE ;
- (I_n) = taux d'évolution de la population âgée des 75 ans et plus, pour chaque bassin, entre les projections 2007 et 2010 ;
- Valeur de référence 2010 (NHL) = ($N7$) \times (I_n) ;
- La valeur de référence 2010 en médecine pour tous les établissements (soumis à T2A et hôpitaux locaux réunis), est donc égale à ($N10$) + (NHL).

1.4.3. Divers

Les objectifs quantifiés devront être compris, de la date de publication de la révision à l'échéance du SROS 3, entre $N7$ et la plus grande des deux valeurs entre $N10$ (+ NHL en médecine) et le plafond initial du SROS (hors séjours relevant des forfaits SE).

L'existence de spécificités selon les bassins n'est guère prise en compte par l'application uniforme des règles de calcul évoquées ci-dessus. Ce constat pourra conduire à prévoir, sur le modèle d'autres régions, au moment des attributions par établissement des objectifs quantifiés la mise en réserve au niveau régional d'un volume de journées destiné à abonder les besoins particuliers de tel ou tel bassin, dans la mesure où la prise en compte de ceux-ci a été considérée comme prioritaire dans les orientations du schéma.

2. Soins de suite et de réadaptation (volumes)

2.1. Principe

Les objectifs quantifiés à atteindre en 2010 sont calculés, conformément aux dispositions du SROS 3 (livre II – pp. 151, 158 & 159) par rapport à la population du bassin et distingués selon qu'ils correspondent :

- d'une part à l'offre régionale (en distinguant soins de suite médicaux ou SSMed et médecine physique et de réadaptation ou MPR),
- d'autre part à l'offre pour chaque bassin (en distinguant SSMed et MPR).

Ils sont exprimés en nombre de journées, à partir de l'application de taux cibles (nombre de lits pour 1.000 habitants).

2.2. Taux cibles

(Nb lits / 1.000 habitants)	Total (soins de suite et de réadaptation)	Soins de suite médicalisés	Médecine physique de réadaptation
Total	1,80	1,30	0,50
Offre régionale	0,40	0,27	0,13
Offre par bassin	1,40	1,03	0,37

NB : Il est considéré qu'une offre régionale est justifiée pour les spécialités suivantes : pédiatrie, pneumologie, cardiologie, neurologie hors accidents vasculaires cérébraux, appareillage des amputés, prise en charge des brûlés, alcoologie. On identifiera l'activité réalisée dans ces spécialités avec le PMSI SRR.

2.3. Méthode de calcul

2.3.1. Journées (hospitalisation complète)

- Application des taux cibles à la projection de population 2010, réalisée en juin 2007, par bassin ou groupes de bassins (offre polyvalente de proximité), pour la région (offre de spécialité).
- Conversion de ces capacités en nombre de journées par application d'un taux d'occupation cible de 90 %.

Les objectifs quantifiés sont présentés sous forme de fourchette comprise entre cette valeur, représentant la cible 2010, et les journées effectivement réalisées en 2006 (source SAE 2006).

Compte tenu du poids important des patients extérieurs à la région dans l'activité des bassins de Montélimar et de la Loire en SSMed, leur valeur cible sera constituée par la valeur ainsi calculée, augmentée de leur attractivité hors région.

Lors de l'attribution des objectifs quantifiés aux établissements d'ici 2010, une fongibilité SSMed-MPR sera possible, cette souplesse étant notamment destinée à permettre le transfert progressif des volumes de SSMed en MPR.

Les journées réalisées par les établissements d'Hauteville-Lompnès pour les bassins autres que celui de rattachement ne sont pas réparties dans les bassins.

2.3.2. Venues (hospitalisation à temps partiel)

L'activité en hospitalisation à temps partiel ne concerne que l'offre de proximité, qu'elle soit polyvalente ou spécialisée. Elle est faible et très variable selon les bassins. Les venues ne sont pas dans l'immédiat l'objet de détermination d'objectifs quantifiés pour 2010.

2.3.3. Régulation régionale

L'existence de spécificités selon les bassins n'est guère prise en compte par l'application uniforme des règles de calcul évoquées ci-dessus. Ce constat conduit à prévoir, sur le modèle d'autres régions, la mise en réserve au niveau régional d'un volume de journées destiné à abonder les besoins particuliers de tel ou tel bassin, dans la mesure où la prise en compte de ceux-ci a été considérée comme prioritaire dans les orientations du schéma, par exemple : présence d'un taux de personnes âgées particulièrement élevé, développement insuffisant de l'offre en SSR neurologique, ou en addictologie, etc. Cette réserve régionale correspondra au volume obtenu par passage d'un taux d'occupation moyen de 80 % (TOM initial) à un taux de 90 %.

3. Psychiatrie

3.1. Psychiatrie générale

3.1.1. Volumes d'activité

L'activité 2006 (source SAE) s'inscrit dans les fourchettes fixées dans le SROS.

On note une baisse d'activité à Bourg-en-Bresse qui n'est a priori que la conséquence de l'externalisation du secteur de Saône et Loire jusqu'alors rattaché au CPA. Une baisse (allant dans le sens des objectifs du SROS) à Grenoble et Chambéry est également constatée.

Un centre à l'activité atypique, demande cependant un traitement particulier, celui de La Teppe. Son activité s'apparente plus à du SSR qu'à de la psychiatrie. Il est légitime de le mentionner en dehors des volumes propres à la psychiatrie en totalité (une partie de ses journées était encore intégrée dans les OQV de psychiatrie précédemment).

Au vu de ces résultats et compte tenu que les valeurs 2006 laissent une marge non négligeable par rapport à la borne inférieure du SROS (cible 2010), il est convenu de ne pas modifier les objectifs quantifiés en volume pour la psychiatrie générale.

3.1.2. Implantations

Au titre des implantations, une seule addition est prévue sur les bassins de Lyon : une unité de géronto-psychiatrie à l'Arbresle avec un volume prévisionnel de 9.307 journées (30 lits x 365 x 85 % TOM), qui peut être pris en compte dans la fourchette actuelle.

3.2. Psychiatrie infanto-juvénile

3.2.1. Volumes d'activité

En hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile, un léger dépassement, sans doute ponctuel, apparaît à Bourg-en-Bresse, qui dispose pourtant d'alternatives a priori convenables.

On doit noter dans la Drôme les volumes en attente de la création d'une unité de 8 à 10 lits d'adolescents à Valence, dont les travaux ne démarreront qu'en 2008. Une situation parallèle apparaît en Isère au titre d'un établissement non sectorisé où une baisse ponctuelle d'activité doit être liée au départ de praticiens.

Compte tenu de ces remarques, il est convenu là aussi de ne pas modifier les bornes du SROS pour les objectifs quantifiés en volume de psychiatrie infanto-juvénile.

3.2.2. Implantations

En termes d'implantation, seule l'unité de 8 lits pour les deux Savoie sur le bassin d'Annecy sera ajoutée pour un volume complémentaire de 2.482 journées (8 x 365 x 85 %), qui peut être pris en compte dans la fourchette actuelle.

4. Traitement de l'insuffisance rénale chronique

4.1. Nombre de patients

Les promoteurs et les professionnels ont attiré l'attention de l'A.R.H. sur l'alourdissement de la population dialysée traitée et sur la nécessité de revoir la répartition selon les différentes techniques des objectifs quantifiés en volume.

Il est nécessaire de rappeler, en préalable, que les travaux du comité régional se sont déroulés en 2004 et 2005, que les objectifs de répartition définis dans le SROS 3 entre les différentes techniques de soins ont été estimés à partir des données d'enquête DHOS-CNAMTS 2003 et que les objectifs quantifiés en volume ont été arrêtés pour 2010.

Les travaux de révision des objectifs quantifiés en volume sont basés sur les données de la base REIN au 31/12/06 et la participation des membres du CRTIRC.

Les objectifs quantifiés globaux ne sont pas remis en cause de même que les objectifs relatifs à la dialyse domicile (hémodialyse à domicile - HDD) et dialyse péritonéale (DP).

L'analyse a porté sur l'adéquation des patients en centre et en auto dialyse en retenant des critères discutés à l'occasion de l'enquête DHOS-CNAMTS 2003 en l'absence de référentiels validés.

La population adéquate en centre est estimée à 1.348 patients au 31/12/2006. Ont été considéré adéquats les patients déjà pris en charge en centre avec gravité élevée ou moyenne et ceux inadéquats en auto dialyse avec gravité élevée. On retient cette estimation projetée à 2010 sur la base d'une progression de 3 % comme fourchette haute des objectifs quantifiés en volume ce qui amène à prendre en charge 50 % de la population hémodialysée en centre (au lieu des 45 % initiaux).

Pour ce qui concerne l'auto dialyse, seuls 75 % des patients pris en charge au 31/12/2006 seraient adéquats compte tenu de leur âge et des co morbidités associées.

On retient cette estimation projetée à 2010 sur la base d'une progression de 3 % comme fourchette basse des objectifs quantifiés en volume ce qui amène à prendre en charge 22 % de la population hémodialysée en auto dialyse (au lieu des 27 % initiaux).

Ces travaux conduisent à la répartition suivante : 13 % DP et 87 % hémodialyse dont 50 % en centre, 25 % en UDM, 22 % en AD et 3 % HDD au lieu de 45 %, 25 %, 27 % et 3 %.

4.2. Implantations

Les autorisations d'activité délivrées par l'ARH en mars 2007 n'ont pas toujours permis de mettre en œuvre l'objectif de flexibilité 3-2-2 du SROS : « Afin de s'adapter à l'évolution de l'état du patient et de permettre le passage harmonieux d'une modalité de traitement à une autre en limitant les transferts d'une structure à l'autre, il est souhaité que les structures développent chaque fois que possible plusieurs modalités de traitement (centre, unité de dialyse médicalisée, auto dialyse assistée) conformément à la réglementation". Il est en effet souhaitable d'éviter le transfert des patients en leur assurant sur un même site la prise en charge adaptée à leur état de santé.

Il est prévu une ouverture des objectifs quantifiés afin de permettre la mise en œuvre de cet objectif du SROS, en favorisant l'ouverture de structures mixtes centre-UDM sur les bassins de Lyon.

5. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

Le nombre annuel maximum d'actes a été calculé sur la base de l'activité réalisée en 2006, et recensée au PMSI.

Les actes pris en compte correspondent aux codes CCAM suivants :

- DDAF001 (Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF003 (Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),

- DDAF004 (Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF006 (Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF007 (Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF008 (Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF009 (Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDAF010 (Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée),
- DDFF001 (Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée),
- DDSF001 (Embolisation ou fermeture d'une fistule ou d'un anévrisme coronaire, par voie vasculaire transcutanée).

Au vu des recommandations de la société française de cardiologie une activité cible de 400 angioplasties a été fixée pour les centres nouvellement créés.

Une progression moyenne annuelle équivalente a été prévue pour les centres existants, au regard des développements passés et conformément aux perspectives d'activité données par la société française de cardiologie.

6. Soins de longue durée

6.1. Principe

Les objectifs quantifiés tels que présentés dans le document, ne seront effectifs qu'au terme de la démarche de "partition".

Ils sont calculés sur la base d'une projection démographique de 2007 à 2010.

6.2. Sources

- Coupe Pathos USLD 2006 – rapport tome 1 et 2.
- INSEE, projections de populations arrêtées en juin 2007 pour les années 2005 à 2010 des personnes âgées de plus de 75 ans.

6.3. Méthode de calcul

6.3.1. Valeur de référence

Le constat 2006 SMTI + M2 au plan régional et par bassin.

SMTI = Soins Médicaux et Techniques Importants.

M2 = Fin de vie nécessitant un accompagnement (soins de confort et pas de SMTI).

6.3.2. Bornes

Définition d'une valeur seuil (borne basse) et d'une valeur maximale (borne haute) permettant d'obtenir les objectifs quantifiés en nombre de journées (capacités des unités de soins de longue durée x 365 jours).

Définition borne basse : les capacités minimales par territoire s'établissent à partir de l'indice régional (2.844 patients SMTI + M2) rapporté à la population 2010 des plus de 75 ans soit 6,4 ‰ habitants de plus de 75 ans.

Définition borne haute : les capacités maximales par territoire s'établissent à partir de l'indice observé le plus haut, sur les bassins de Villefranche-sur-Saône et Bourg-en-Bresse, bassins peu ou pas transformés avec équipement satisfaisant en USLD, soit 11 ‰ habitants de plus de 75 ans.

6.4. Implantations

La valeur de référence dans ce cas est le nombre de sites géographiques entrant dans le champ de la coupe Pathos 2006, soit 103 au total pour la région (certains établissements comme les CHU peuvent comporter plusieurs sites géographiques, comptabilisés en tant que tel).

L'estimation en nombre de sites doit permettre de répondre aux fourchettes de besoins estimées dans les objectifs quantifiés en volume.

Les unités ainsi constituées devront comporter un minimum de 30 lits d'unités de soins de longue durée "redéfinies" au sens de la réglementation.

IMPLANTATIONS ET VOLUMES

Sommaire

Objectifs quantifiés en implantations (1/3) : Activités et équipements de plateau technique	199
Objectifs quantifiés en implantations (2/3) : Activités de filière de soins (nombre de sites)	200
Objectifs quantifiés en implantations (3/3) : Activités et équipements pour lesquels l'objectif s'applique globalement au territoire de la région	202
Objectifs quantifiés - Soins de courte durée - Médecine	203
Objectifs quantifiés - Soins de courte durée - Chirurgie	204
Objectifs quantifiés - Soins de suite et de réadaptation	205
Objectifs quantifiés - Psychiatrie	206
Objectifs quantifiés - Insuffisance rénale chronique	207
Objectifs quantifiés - Soins de longue durée	208
Objectifs quantifiés - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	209

Objectifs quantifiés en implantations (1/3) : Activités et équipements de plateau technique

Bassin hospitalier	Structures participant à la prise en charge des urgences																				
	Sites ⁽¹⁾		SMUR ⁽¹⁾		SAMU ⁽¹⁾		Pédia. ⁽¹⁾		Plateaux techniques spécialisés ⁽²⁾												
	de	à	de	à	de	à	de	à	N-C	N-V	C-Va	C-Ca	Ca-In	REA	REA-P	C-NN	Opht	Gr-Bru	C-Hyp	Inter-bassins	C-Main
01 Bourg-en-Bresse	4	4	3	3	1	1	-	-	-	1	-	-	1	2	-	-	-	-	-	Roanne, Saint-Etienne	1 à 2
02 Valence	5	5	2	2	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-		
03 Montélimar	3	3	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	Bourg-en-B., Valence, Montélimar, Villefranche S.	1 à 3
04 Grenoble	5	5	2	2*	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	-	-	-		
05 Roanne	2	2	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
06 Saint-Etienne	8	8	3	4*	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4 à 5	1	1	-	-	-		
07 Villefranche ⁹ /Saône	3	3	2	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	Lyon Est, Centre & Nord	1 à 2
08 Lyon Est	8	8	2	2*	1	1	1	1	1	1	-	-	2	3	1	1	1	2	1		
09 Lyon Centre et Nord	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	3-4	3-4	3	3	-	-	-	-	-	Sud & Ouest	
10 Lyon Sud et Ouest	5	5	2	2	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	Chambéry, Grenoble & les 2 bassins de Haute-Savoie	
11 Chambéry	7	8	4	5*	1	1	-	-	-	1	-	-	0 à 1	2	-	-	-	-	-		
12 Annecy	4	5	3	3	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-		
13 Haute-Savoie Nord	3	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-		
Total Rhône-Alpes	60	62	30	32	9	9	3	4	5	8	6-7	6-7	14-15	25-26	3	3	1	2	1		

Bassin hospitalier	Imagerie																					
	Scanner				IRM				TEP				Insuffisance rénale chronique ⁽³⁾						Réanimation Pédiatrique			
	Sites		Appareils		Sites		Appareils		Sites		Appareils		Centre		UDM		Auto-Dialyse		Réa. Péd.		Spécialisée	
	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	de	à	de	à
01 Bourg-en-Bresse	4	4	4	4	2	2	2	2	-	-	-	-	1	1	1	2	3	3	-	-	-	-
02 Valence	5	5	5	5	2	3	3	4	1	1	1	1	2	2	2	2	5	6	-	-	-	-
03 Montélimar	4	4	4	4	2	2	2	2	-	-	-	-	2	2	2	2	3	4	-	-	-	-
04 Grenoble	7	8	10	10	6	6	7	8	2	2	2	2	3	3	2	3	3	4	-	-	1	1
05 Roanne	2	2	2	2	1	1	1	1	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-
06 Saint-Etienne	9	9	11	11	5	5	5	6	2	2	2	2	2	3	2	2	5	6	1	1	-	-
07 Villefranche ⁹ /Saône	2	3	2	3	1	2	1	2	-	-	-	-	1	1	1	2	2	3	-	-	-	-
08 Lyon Est ⁽⁴⁾	13	15	16	19	11	12	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
09 Lyon Centre et Nord	5	6	5	6	3	3	3	3	4	5	4	6	8	9	9	9	14	15	-	-	-	-
10 Lyon Sud et Ouest	8	9	10	11	5	5	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 Chambéry	7	8	7	8	3	3	4	4	1	1	1	1	1	2	2	2	6	7	-	-	-	-
12 Annecy	6	7	7	8	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	-	-	-	-
13 Haute-Savoie Nord	3	4	3	4	3	3	3	3	-	-	-	-	1	2	2	2	2	2	-	-	-	-
Total Rhône-Alpes	75	84	86	95	47	50	52	58	11	12	11	13	24	28	26	29	47	54	1	1	2	2

⁽¹⁾ Implantations à autoriser : Sites = structure des urgences et pédia. = structure des urgences pédiatriques

* La fonction de SMUR néonatal est assurée par une des implantations.

⁽²⁾ Plateaux techniques spécialisés à "reconnaître" : N-C = Neurochirurgie / N-V = Neuro-vasculaire / C-Va = chirurgie vasculaire lourde / C-Ca = Chirurgie cardiaque / Ca-In = Cardio interventionnelle

REA = Réanimation / REA-P = Réanimation pédiatrique / C-NN = Chirurgie néonatale / Opht = Chirurgie ophtalmo. recours / Gr-Bru = Grands brûlés / C-Hyp = Caisson hyperbare / C-Main = Chirurgie de la main

⁽³⁾ IRC : les 3 bassins lyonnais sont globalisés - Centre = Hémodialyse en centre - UDM = Unité de dialyse médicalisée

⁽⁴⁾ Bassin Lyon Est : hors équipements (1 Scanner et 1 IRM) de l'hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes

Objectifs quantifiés en implantations (2/3) : Activités de filière de soins (nombre de sites)

Cancérologie

Bassin hospitalier		Chirurgie		Chimiothérapie		Radiothérapie		Curiethérapie		Radiothérapie Métabolique
		Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	fortes doses
01	Bourg-en-Bresse	2	3	2	2	1	1	0	0	0
02	Valence	4	4	3	3	1	1	0	0	0
03	Montélimar	4	5	3	3	1	1	0	0	0
04	Grenoble	6	7	2	3	2	2	1	1	1
05	Roanne	2	2	1	1	1	1	0	0	0
06	Saint-Etienne	7	11	5	8	1	1	1	1	1
07	Villefranche ^s /Saône	2	2	2	2	0	1	0	0	0
08	Lyon Est	9	11	8	9	3	3	2	2	2
09	Lyon Centre et Nord	4	4	4	4	0	0	0	0	0
10	Lyon Sud et Ouest	7	8	6	6	2	2	1	1	1
11	Chambéry	3	5	3	5	1	1	0	0	0
12	Annecy	5	6	4	4	2	2	0	0	0
13	Haute-Savoie Nord	3	3*	3	3	1	1	0	0	0
Total Rhône-Alpes		58	71	46	53	16	17	5	5	5

* Haute-Savoie Nord : en l'attente du regroupement des 2 cliniques du bassin, un 4^{ème} site pourra être autorisé.

Soins de longue durée

Bassin hospitalier		Existant	Cible à terme	
			de	à
01	Bourg-en-Bresse	12	3	6
02	Valence	6	3	8
03	Montélimar	10	4	5
04	Grenoble	12	7	8
05	Roanne	4	2	2
06	Saint-Etienne	10	5	8
07	Villefranche ^s /Saône	8	4	6
08	Lyon Est	8	6	9
09	Lyon Centre et Nord	3	3	4
10	Lyon Sud et Ouest	11	7	10
11	Chambéry	10	4	5
12	Annecy	5	4	5
13	Haute-Savoie Nord	4	3	4
Total Rhône-Alpes		103	55	80

Suite Objectifs quantifiés en implantations (2/3) : Activités de filière de soins (nombre de sites)

Psychiatrie (hospitalisation complète)

Psychiatrie générale		Sites	
		Mini	Maxi
01	Bourg-en-Bresse	1	3
02-03	Valence et Montélimar	5	6
04	Grenoble	5	6
05	Roanne	2	2
06	Saint-Etienne	6	6
07	Villefranche ^s /Saône	1	1
08-09-10	Lyon	15	15
11	Chambéry	1	2
12	Annecy	2	3
13	Haute-Savoie Nord	3	3
Total Rhône-Alpes		42	46

Psychiatrie infanto-juvénile		Sites	
		Mini	Maxi
01	Bourg-en-Bresse	1	1
02-03	Valence et Montélimar	1	2
04	Grenoble	2	3
05-06	Roanne et Saint-Etienne	2	2
07-08-09-10	Villefranche et Lyon	8	9
11	Chambéry	1	1
12-13	Annecy et Haute-Savoie Nord	3	3
Total Rhône-Alpes		18	21

Addictologie : sevrages complexes (niveau 2)

Bassin hospitalier		de	à
01	Bourg-en-Bresse	0	1
02	Valence	1	1
03	Montélimar	1	2
04	Grenoble	1	1
05	Roanne	0	0
06	Saint-Etienne	1	1
07	Villefranche ^s /Saône	0	0
08-09-10	Lyon	3	5
11	Chambéry	1	1
12	Annecy	1	1
13	Haute-Savoie Nord	1	1
Total Rhône-Alpes		10	14

Objectifs quantifiés en implantations (3/3) : Activités et équipements pour lesquels l'objectif s'applique globalement au territoire de la région

Activités interventionnelles en cardiologie

	Sites	
	Mini	Maxi
Objectif pour Rhône-Alpes	14	15
Existant en Rhône-Alpes	14	

Objectifs quantifiés : éléments d'organisation de l'offre de soins (reconnaisances)

Surveillance continue isolée

Bassin hospitalier	Pédiatrique		Polyvalente	
	Mini	Maxi	De	à
01 Bourg-en-Bresse	1	1	2	2
02 Valence	1	1	3	3
03 Montélimar	-	-	3	4
04 Grenoble	1	1	2	3
05 Roanne	1	1	1	1
06 Saint-Etienne	1	1	5	6
07 Villefranche ^s /Saône	1	1	1	1
08 Lyon Est	1	1	8	6
09 Lyon Centre et Nord	-	-	1	1
10 Lyon Sud et Ouest	1	1	5	5
11 Chambéry	1	1	5	4
12 Annecy	1	2	5	5
13 Haute-Savoie Nord	1	2*	2	1
Total Rhône-Alpes	11	13	43	42

* Deux implantations dérogatoires de moins de 3 lits peuvent être envisagées en l'attente de la réhabilitation du Centre Hospitalier d'Annemasse-Bonneville.

Cancérologie Soins intensifs d'hématologie

Bassin Hospitalier	Sites	
	Mini	Maxi
01 Bourg-en-Bresse	0	0
02 Valence	0	0
03 Montélimar	0	0
04 Grenoble	1	1
05 Roanne	0	0
06 Saint-Etienne	1	1
07 Villefranche ^s /Saône	0	0
08 Lyon Est	2	3
09 Lyon Centre et Nord	0	0
10 Lyon Sud et Ouest	1	1
11 Chambéry	0	0
12 Annecy	0	0
13 Haute-Savoie Nord	0	0
Total Rhône-Alpes	5	6

Soins palliatifs

Bassin	Unités		EMSP	
	Mini	Maxi	Mini	Maxi
01	0	1	1	2
02	1	1	3	3
03	1	1	2	2
04	0	1	2	4
05	0	1	1	1
06	1	1	4	4
07	1	1	1	1
08	2	2	3	5
09	0	1	1	2
10	1	1	3	3
11	1	1	2	2
12	0	1	1	3
13	0	1	2	2
Total	8	14	26	34

Unités = Unités et/ou centres de soins palliatifs
EMSP = Equipes mobiles de soins palliatifs

Objectifs quantifiés - Soins de courte durée - Médecine

Projection à 2010 des objectifs contractualisés pour 2007 hors séjours relevant des forfaits SE Projection avec un indice démographique différencié (borne à 60 ans)

Bassin hospitalier	Année 2007			Année 2010				
	CPOM ⁽¹⁾	SE ⁽²⁾	Borne inf. ⁽³⁾	Projection ⁽⁴⁾	SROS ⁽⁵⁾	SE ⁽⁶⁾	SROS Net ⁽⁷⁾	Borne sup. ⁽⁸⁾
01 Bourg-en-Bresse	36 740	3 276	33 464	35 225	36 560	3 276	33 284	35 225
02 Valence	47 527	2 469	45 058	46 920	49 749	2 584	47 164	47 164
03 Montélimar	34 768	1 454	33 314	34 662	39 089	1 635	37 454	37 454
04 Grenoble	109 503	3 741	105 762	110 699	109 503	3 741	105 762	110 699
05 Roanne	24 626	2 677	21 949	22 400	24 648	2 679	21 968	22 400
06 Saint-Etienne	110 220	4 515	105 705	107 958	113 679	4 657	109 022	109 022
07 Villefranche ⁵ /Saône	23 993	2 705	21 288	22 596	23 993	2 705	21 288	22 596
08 Lyon Est	161 788	9 832	151 955	158 258	162 435	9 872	152 563	158 258
09 Lyon Centre et Nord	59 576	3 767	55 809	61 545	59 576	3 767	55 809	61 545
10 Lyon Sud et Ouest	93 052	6 522	86 530	91 073	99 724	6 990	92 734	92 734
11 Chambéry	54 414	1 353	53 061	55 619	54 594	1 353	53 241	55 619
12 Annecy	57 959	4 419	53 540	56 883	57 959	4 419	53 540	56 883
13 Haute-Savoie Nord	31 673	477	31 196	33 062	32 679	492	32 187	33 062
Total Rhône-Alpes	845 839	47 207	798 632	836 901	864 185	48 169	816 016	842 663

⁽¹⁾ OQ contractualisé pour 2007

⁽²⁾ Séjours relevant potentiellement des forfaits SE = constaté 2005 projeté à 2007 selon l'évolution globale du constaté 2005 au contractualisé 2007

⁽³⁾ Borne inférieure = OQ contractualisé pour 2007 moins séjours relevant potentiellement des forfaits SE ⁽²⁾

⁽⁴⁾ Projection = Borne inf. ⁽³⁾ projeté selon indice d'évolution démographique 2007-2010 tenant compte de la consommation pour 2 tranches d'âges +/- 60 ans

⁽⁵⁾ Plafond SROS 3

⁽⁶⁾ Séjours relevant potentiellement des forfaits SE = SE ⁽²⁾ projeté à 2010 selon l'évolution globale du contractualisé 2007 au plafond SROS

⁽⁷⁾ SROS net = SROS ⁽⁵⁾ - SE ⁽⁶⁾

⁽⁸⁾ Borne supérieure = la plus grande des 2 valeurs Projection ⁽⁴⁾ et SROS Net ⁽⁷⁾

⁽⁹⁾ Pour le bassin N° 9, la borne supérieure est une projection de l'activité constatée en 2005, supérieure au contractualisé 2007

Objectifs quantifiés - Soins de courte durée - Chirurgie

Projection à 2010 des objectifs contractualisés pour 2007 hors séjours relevant des forfaits SE Projection avec un indice démographique différencié (borne à 60 ans)

Bassin hospitalier	Année 2007			Année 2010				
	CPOM ⁽¹⁾	SE ⁽²⁾	Borne inf. ⁽³⁾	Projection ⁽⁴⁾	SROS ⁽⁵⁾	SE ⁽⁶⁾	SROS Net ⁽⁷⁾	Borne sup. ⁽⁸⁾
01 Bourg-en-Bresse	23 123	259	22 864	23 831	23 123	259	22 864	23 831
02 Valence	36 894	390	36 504	37 690	36 894	390	36 504	37 690
03 Montélimar	24 388	324	24 064	24 853	24 388	324	24 064	24 853
04 Grenoble	73 412	665	72 747	75 628	73 412	665	72 747	75 628
05 Roanne	15 581	170	15 411	15 608	16 451	179	16 272	16 272
06 Saint-Etienne	68 769	599	68 170	69 104	71 950	627	71 323	71 323
07 Villefranche ⁵ /Saône	15 816	100	15 716	16 514	16 023	101	15 922	16 514
08 Lyon Est	102 393	970	101 423	104 800	102 393	970	101 423	104 800
09 Lyon Centre et Nord	35 336	351	34 985	36 136	35 336	351	34 985	36 136
10 Lyon Sud et Ouest	62 068	579	61 489	64 010	62 203	581	61 623	64 010
11 Chambéry	48 478	396	48 082	50 073	48 478	396	48 082	50 073
12 Annecy	40 052	413	39 639	41 791	40 856	421	40 435	41 791
13 Haute-Savoie Nord	23 706	200	23 506	24 634	23 706	200	23 506	24 634
Total Rhône-Alpes	570 016	5 416	564 600	584 674	575 213	5 465	569 748	587 557

⁽¹⁾ OQ contractualisé pour 2007

⁽²⁾ Séjours relevant potentiellement des forfaits SE = constaté 2005 projeté à 2007 selon l'évolution globale du constaté 2005 au contractualisé 2008

⁽³⁾ Borne inférieure = OQ contractualisé pour 2007 moins séjours relevant potentiellement des forfaits SE ⁽²⁾

⁽⁴⁾ Projection = Borne inf. ⁽³⁾ projeté selon indice d'évolution démographique 2007-2010 tenant compte de la consommation pour 2 tranches d'âges +/- 60 ans

⁽⁵⁾ Plafond SROS N° 3

⁽⁶⁾ Séjours relevant potentiellement des forfaits SE = Borne inf. ⁽³⁾ projeté à 2010 selon l'évolution globale du contractualisé 2007 au plafond SROS

⁽⁷⁾ SROS net = SROS ⁽⁵⁾ - SE ⁽⁶⁾

⁽⁸⁾ Borne supérieure = la plus grande des 2 valeurs Projection ⁽⁴⁾ et SROS Net ⁽⁷⁾

Objectifs quantifiés - Soins de suite et de réadaptation

Bassin hospitalier		Soins de suite médicalisés		Médecine physique et de réadaptation	
		existant 2006	cible 2010	existant 2006	cible 2010
01	Bourg-en-Bresse	132 908	108 885	94 370	39 114
02	Valence	93 796	133 232	19 583	47 860
03	Montélimar ⁽¹⁾	103 860	116 546	15 953	34 957
04	Grenoble	139 803	247 512	72 009	88 912
05	Roanne ⁽²⁾	61 697	52 572	6 193	18 885
06	Saint-Etienne ⁽²⁾	242 414	234 370	42 441	75 179
07-08-09-10	Villefranche et Lyon	576 675	714 619	153 114	256 708
11	Chambéry ⁽³⁾	72 043	145 819	40 936	52 381
12-13	Annecy et Haute Savoie Nord	224 736	258 793	78 611	92 964
Total niveau de proximité		1 647 932	2 012 348	523 210	706 961
Réserve Régionale		97 349		40 340	
niveau régional		existant 2006	cible 2010	existant 2006	cible 2010
		456 059	546 237	231 863	263 003
Total Rhône-Alpes		de	à	de	à
		2 103 990	2 655 934	755 073	1 010 304

cible 2010 = indices appliqués à la population 2010

existant = journées SAE 2006

⁽¹⁾ SSMed pour Montélimar : cible 2010 = indices appliqués à la population 2010 + attractivité hors région

⁽²⁾ SSMed pour Saint-Etienne et Roanne : cible 2010 = indices appliqués à la population 2010 + attractivité hors région

⁽³⁾ Chambéry : cible à majorer des journées réalisées à Hauteville pour les autres bassins.

Objectifs quantifiés - Psychiatrie

Psychiatrie générale

Bassin hospitalier		bornes SROS		activité 2006
		Borne inf. ⁽¹⁾	Borne sup. ⁽²⁾	
01	Bourg-en-Bresse	94 024	117 530	107 790
02-03	Valence et Montélimar ⁽³⁾	166 339	237 238	186 504
04	Grenoble	165 132	221 080	194 560
05	Roanne	32 906	48 988	41 627
06	Saint-Etienne	133 611	192 808	173 060
07-08-09-10	Villefranche ^s /Saône et Lyon *	586 274	769 429	739 242
11-12	Chambéry et Annecy	166 447	279 984	222 074
13	Haute-Savoie Nord	60 133	88 569	76 593
Total Rhône-Alpes		1 404 866	1 955 627	1 741 450

* pour les bassin de Lyon, la borne haute 2007 est limitée à la valeur maxi du SROS.

⁽¹⁾ La Teppe : 57 487 journées de psy adultes, porte la valeur du bassin à : 243 991

Psychiatrie infanto-juvénile

Bassin hospitalier		bornes SROS		activité 2006
		Borne inf. ⁽¹⁾	Borne sup. ⁽²⁾	
01	Bourg-en-Bresse	766	4 269	4 384
02-03	Valence et Montélimar	1 722	7 171	1 129
04	Grenoble	1 801	11 428	4 611
05+06	Roanne et Saint-Etienne	2 090	8 230	5 157
07-08-09-10	Villefranche ^s /Saône et Lyon	5 221	22 405	13 475
11	Chambéry	1 081	4 644	2 420
12+13	Annecy et Haute-Savoie Nord	1 839	10 371	6 073
Total Rhône-Alpes		14 519	68 519	37 249

⁽¹⁾ Borne inférieure = valeur de référence initiale - 5%

⁽²⁾ Borne supérieure = valeur de référence initiale + 5% proratisée pour respecter l'annexe du SROS.

Objectifs quantifiés - Insuffisance rénale chronique

Nombre de patients par modalité de traitement

Bassin hospitalier		Hémodialyse en centre		Unité dialyse médicalisée		Auto-dialyse		Hémodialyse à domicile		Dialyse péritonéale		Total	
		Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi
01	Bourg-en-Bresse	50	55	25	28	22	24	4	4	15	16	116	127
02	Valence	101	112	50	56	44	49	6	6	30	33	231	256
03	Montélimar	86	95	44	48	38	42	5	5	26	29	199	219
04	Grenoble	190	209	95	105	84	92	12	13	56	62	437	481
05	Roanne	33	37	17	18	15	16	2	2	10	11	77	84
06	Saint-Etienne	156	173	79	87	69	75	10	11	46	51	360	397
07	Villefranche ^s /Saône	45	50	22	25	20	22	3	3	14	15	104	115
08-09-10	Lyon	472	521	237	261	208	230	28	31	142	156	1 087	1 199
11	Chambéry	106	116	53	58	46	51	6	7	31	35	242	267
12	Annecy	87	96	44	48	38	42	5	5	26	29	200	220
13	Haute-Savoie Nord	52	58	26	29	23	25	3	3	15	17	119	132
Total Rhône-Alpes		1 378	1 522	692	763	607	668	84	90	411	454	3 172	3 497

Objectifs quantifiés - Soins de longue durée

Nombre de journées

	Bassin Hospitalier	Borne Inf.	Borne Sup.
01	Bourg-en-Bresse	63 466	109 960
02	Valence	91 021	157 702
03	Montélimar	78 589	136 161
04	Grenoble	136 145	235 882
05	Roanne	45 072	78 092
06	Saint-Etienne	155 614	269 614
07	Villefranche ^s /Saône	45 123	78 180
08	Lyon Est	165 851	287 351
09	Lyon Centre et Nord	57 681	99 937
10	Lyon Sud et Ouest	121 725	210 898
11	Chambery	95 281	165 081
12	Annecy	83 952	145 453
13	Haute-Savoie Nord	48 940	84 792
	Total Rhône-Alpes	1 188 460	2 059 103

**Objectifs quantifiés - Activités interventionnelles sous imagerie médicale,
par voie endovasculaire, en cardiologie**

Nombre annuel maximum d'actes

Bassin ou groupe de bassins		année 2008	année 2010
01	Bourg-en-Bresse	200	400
02	Valence	200	400
04	Grenoble	2 410	2 650
06	Saint-Etienne	2 105	2 320
08-09-10	Lyon	5 635	6 210
12-13	Annecy et Haute Savoie Nord	910	995
Total Rhône-Alpes		11 460	12 975