



AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION
DE RHÔNE-ALPES

Schéma régional d'organisation sanitaire

Période 2006-2010

Révision

Juillet 2009



ARRETE 2009-RA-500

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 l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes n° 2008-RA-335 en date du 30 avril 2008 relatif à la révision du 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 27 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 2 | - Valence : | le 11 juin 2009, |
| - bassin hospitalier n° 3 | - Montélimar : | le 28 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 4 | - Grenoble : | le 25 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 5 | - Roanne : | le 10 juin 2009, |
| - bassin hospitalier n° 6 | - Saint-Etienne : | le 03 juin 2009, |
| - bassin hospitalier n° 7 | - Villefranche-sur-Saône : | le 09 juin 2009, |
| - bassin hospitalier n° 8 | - Lyon Est : | le 26 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 9 | - Lyon Centre et Nord : | le 26 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 10 | - Lyon Sud et Ouest : | le 25 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 11 | - Chambéry : | le 20 mai 2009, |
| - bassin hospitalier n° 12 | - Annecy : | le 11 juin 2009, |
| - bassin hospitalier n° 13 | - Haute-Savoie Nord : | le 18 juin 2009 ; |

Vu l'avis émis par le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale le 26 juin 2009 ;

Vu l'avis émis par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, lors de sa séance du 15 juillet 2009 ;

Arrête

Article 1

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

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

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes et le directeur de chaque composante de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lyon, le 21 juillet 2009

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

Jean-Louis BONNET

SOMMAIRE

Introduction	3
Les thématiques	
Vieillesse	5
Soins de suite et de réadaptation	27
Assistance médicale à la procréation et dépistage prénatal	43
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne et identification par empreintes génétiques à des fins médicales	59
Cardiologie	73
Articulation entre les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques et le schéma régional d'organisation sanitaire	81
Télésanté	89
Annexe : les objectifs quantifiés	
Méthodologies	97
Implantations et volumes	103

INTRODUCTION

Une seconde révision du schéma régional d'organisation sanitaire s'impose pour tenir compte à la fois de la publication de nouvelles dispositions réglementaires et de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers.

L'architecture d'ensemble retenue pour cette révision comprend une partie centrale qui traite de 7 thèmes stratégiques, dont la prise en compte de la thématique du vieillissement, véritable fil conducteur de cette démarche de planification et une annexe portant sur les objectifs quantifiés en volumes et en implantations.

Cette organisation générale traite principalement des éléments suivants :

Les soins de suite et de réadaptation : les décrets du 17 avril 2008 et la circulaire du 3 octobre 2008 déterminent les éléments de structuration de cette activité qui garantissent une meilleure lisibilité de l'offre disponible sur les territoires de santé.

L'assistance médicale à la procréation, le dépistage prénatal et l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne : les décrets du 22 décembre 2006 et du 4 avril 2008 définissent le cadre d'organisation et le périmètre de ces activités, qui s'inscrivent également dans le cadre de l'application de la loi relative à la bioéthique.

La cardiologie : la révision de ce volet du SROS vise à prendre en compte les nouvelles dispositions issues des décrets du 14 avril 2009 et confirme les objectifs initiaux tels que l'organisation de la prévention, la prise en charge en urgence des patients présentant une suspicion de syndrome coronarien aigu et la couverture des bassins en rythmologie interventionnelle.

Au-delà de ces thématiques spécifiques, une réflexion transversale sur la problématique du **vieillissement de la population** a été conduite afin d'élaborer des stratégies à même de répondre aux évolutions démographiques. Les conséquences sanitaires du vieillissement, la question de l'information et la structuration de la filière gériatrique ont constitué les axes principaux de cette analyse prospective qui a mobilisé l'ensemble des acteurs du secteur gériatrique dont les conseils généraux de la région Rhône-Alpes.

Par ailleurs, il est apparu opportun d'ajouter deux volets supplémentaires dédiés à la télésanté et à l'articulation entre les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques et le SROS pour mettre l'accent sur la place de l'utilisateur au sein du système de santé et la gestion des risques naturels et technologiques.

Enfin, une révision des objectifs quantifiés en volumes et en implantations est opérée afin de tenir compte de l'évolution des données démographiques et épidémiologiques intervenue depuis la première révision et des progrès des techniques médicales.

VIEILLISSEMENT

Introduction

L'évolution démographique, le vieillissement de la population et les évolutions des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées ont conduit l'agence à engager avec les différents partenaires concernés, une réflexion sur la gestion des interfaces et la coopération entre les différents dispositifs dédiés à la prise en charge du vieillissement.

Cette orientation vise à établir des liens fonctionnels étroits entre les filières sanitaire et médico-sociale.

Dans le respect de leur champ d'intervention respectif, les autorités compétentes (ARH et Conseils généraux) ont convenu d'engager une démarche concertée pour faciliter et mettre en œuvre la coopération nécessaire entre les deux filières.

L'évolution des pratiques professionnelles et des modes de prise en charge devra se traduire par une adaptation des moyens alternatifs à l'hospitalisation facilitant le maintien et le retour à domicile. La prise en charge des personnes âgées doit être adaptée à leur situation médico-sociale et environnementale.

1. État des lieux

1.1. Bilan de l'existant sanitaire au 31/12/08 (annexe 1)

▪ **Court Séjour Gériatrique (CSG) et hôpital de jour :**

Une étude récente¹ évalue l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Selon cette étude, le vieillissement programmé de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière de médecine et de chirurgie.

Le SROS 3 dans son volet "objectifs quantifiés en implantations" a prévu 14 sites supplémentaires de court séjour gériatrique en sus des 17 sites existants en 2006. Le nombre de CSG identifié en Rhône-Alpes est de 36 en 2009. 31 sont situés sur le même site qu'un service d'urgence.

Il est recensé près de 800 lits de court séjour contre 450 lors du bilan du SROS 3 réalisé en 2006. Le taux d'équipement actuel est de 1.8 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans. L'enquête "Médecine" réalisée en 2004 par l'ARH (DRSM) évaluait, pour sa part, le nombre de lits de court séjour gériatrique (CSG) nécessaires à 3,7 lits pour 1.000 habitants de plus de 75 ans.

La capacité installée d'hôpital de jour gériatrique est de 150 places en Rhône-Alpes pour une cible de 220 places théoriques (cf. circulaire ministérielle du 3 mars 2008).

Sous réserve du développement des alternatives à l'hospitalisation dans le domaine sanitaire et médico-social, ces objectifs ne semblent pas devoir être révisés.

▪ **Soins de suite et réadaptation (SSR) :**

Ce point est développé dans le cadre du volet SSR.

¹ cf. DRESS N°4/2008

▪ **Soins de longue durée (SLD) :**

Le nombre de structures redéfinies après partition sera de 51 au 1^{er} janvier 2010. A cette échéance, le taux d'équipement sera de 6,41 lits pour 1.000 habitants de plus de 75 ans avec une répartition hétérogène sur le territoire régional. Les secteurs les plus déficitaires sont le bassin n° 2 (Valence), avec un taux d'équipement de 3,08 lits pour 1.000 habitants, et le bassin n° 11 (Chambéry), avec un taux d'équipement de 4,21 lits pour 1.000 habitants.

▪ **Équipe mobile gériatrique (EMG) :**

29 EMG sont identifiées dont 28 sur un site disposant d'une autorisation d'activité de médecine d'urgence.

▪ **Consultation mémoire (CM) :**

3 centres mémoires de ressource et de recherche (CM2R) sont labellisés, 36 CM sont identifiées. L'implantation territoriale de ces structures répond aux objectifs fixés par la circulaire du 15/09/08. Le plan Alzheimer 2008-2012 ne prévoit pas de création nouvelle dans notre région².

1.2. Bilan de l'existant médico-social EHPAD et SSIAD (annexe 2 et 3)

Les patients de profil SMTI + M2 représentent environ 10,4 % des patients pris en charge en EHPAD.

En conclusion, plusieurs rapports^{3,4,5,6,7,8,9,10,11} ou travaux^{12, 13} font apparaître les constats suivants:

- le caractère fragmenté des dispositifs d'accueil et de prise en charge,
- un circuit hospitalier pas toujours fonctionnel,
- des goulets d'étranglement liés à l'inadéquation des structures d'aval,
- les difficultés pour l'usager d'identifier les différentes étapes de sa prise en charge.

² cf. Circulaire du 15/09/08 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer (annexe1)

³ cf. C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux – Avril 2006

⁴ cf. PRISMA II France chapitre 26 – 2007

⁵ cf. Plan Alzheimer 2008-2012

⁶ cf. Rapport Larcher – Avril 2008

⁷ cf. Conférence nationale de santé – avis du 22 mars 2007 « les voies d'amélioration du système de santé des français »

⁸ cf. Rapport d'information - Mr G. Colombier n° 3672 – 7 février 2007 sur la prise en charge des urgences médicales

⁹ cf. Rapport d'information – Mr Y. Bur – n° 697 sur les ARS – février 2008

¹⁰ cf. Rapport d'information – Mr M. Bernier – n° 1132 sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire – 30 septembre 2008

¹¹ cf. Rapport d'étape portant sur les pratiques d'évaluation pour le compte de la CNSA – janvier 2009

¹² cf. Gériatologie et société n°123 et n°124

¹³ cf. Société francophone de médecine d'urgence – 10^{ème} conférence de consensus 5/12/2003 - Strasbourg

2. Les orientations stratégiques

Elles reposent sur la définition d'un certain nombre de principes et la fixation d'objectifs généraux.

2.1. Les principes

Les différents acteurs concernés s'accordent pour promouvoir une approche transversale et populationnelle à même de structurer la coopération entre la filière sanitaire et la filière médico-sociale.

Cette approche se traduira par la mise en place d'un espace de concertation témoignant de la reconnaissance des rôles et missions respectifs des opérateurs intervenant dans le champ de la prise en charge des personnes âgées.

Les orientations prévues dans les volets gériatriques et USLD du SROS 3 ne sont pas remises en question. Concernant les USLD redéfinies, la planification devra prioriser dans un premier temps les zones déficitaires d'accueil des patients SMTI + M2. Elle se fera prioritairement par conversion d'activité à l'issue de la phase de partition.

Les orientations de la présente révision s'attachent pour leur part :

- à rendre lisible le dispositif pour les professionnels et les usagers,
- à faciliter les échanges entre les acteurs et la connaissance des dispositifs sociaux médico-sociaux et sanitaires,
- à établir des liens entre les acteurs de la filière, à travers une charte définissant les règles d'échanges et un mode de régulation.

Ces orientations concernent également les patients atteints de la pathologie d'Alzheimer.

2.2 Les objectifs généraux

L'organisation proposée est basée sur le repérage des acteurs et le développement des outils utiles à leur coordination. Elle s'appuie sur les découpages sanitaires et gérontologiques existants.

Quatre priorités sont déclinées pour répondre à ces orientations¹⁴ :

- améliorer la coordination entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux,
- rendre lisible et accessible aux professionnels les informations utiles à leur mission,
- assurer la prise en charge de l'ensemble des personnes âgées par une filière structurée rassemblant l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux,
- faciliter la connaissance par les acteurs de la filière des patients à risque.

L'objectif poursuivi est d'éviter le passage de la personne âgée aux urgences hospitalières et de prévoir une prise en charge spécialisée en fonction de l'état médico-social.

¹⁴ cf. annexe 4 : Schéma cible des relations entre les acteurs au service des usagers

3. Les objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels se traduiront par :

- le déploiement de systèmes d'information facilitant la connaissance des caractéristiques des structures médico-sociales et la prise en charge coordonnée des patients âgés,
- l'amélioration de la coordination entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux,
- la mise en place d'une coopération entre les filières gériatriques sanitaires et médico-sociales à partir d'un cahier des charges.

3.1. Rendre lisible et accessible aux professionnels les informations utiles à leur mission

Cet objectif vise à améliorer la connaissance des dispositifs et de la situation médico-sociale des personnes âgées par les acteurs des deux filières.

Pour cela, il est prévu de :

- mettre en place un système d'information partagé sur les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires accessibles aussi bien aux professionnels qu'aux usagers,
- développer un système d'information sécurisé et accessible aux acteurs, comprenant les informations médicales et socio-environnementales utiles à leurs missions.

3.2. Améliorer la coordination entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux

La filière gériatrique médico-sociale est placée sous la responsabilité des conseils généraux. Selon les départements, elle prend la forme de CLIC, Maisons du Département, pôles de coordination gérontologique ou numéros uniques d'appel... Pour permettre un bon fonctionnement du dispositif de coordination, il convient que les représentants de la (ou des) filière(s) gériatrique(s) sanitaires soient identifiés avec leur zone géographique de couverture afin d'être repérés par les coordonnateurs de la filière médico-sociale. De même, ces derniers doivent être identifiés et connus par les acteurs de la filière sanitaire.

En conséquence, une cartographie des zones d'intervention des correspondants médico-sociaux et sanitaires devra être établie.

Par ailleurs, la coopération de l'ensemble des acteurs des deux filières nécessite de déterminer dans le maillage de leur zone, le rôle respectif de chacun ainsi que les règles d'échange, en s'appuyant sur un cahier des charges¹⁵.

Les acteurs des deux filières formaliseront une charte d'engagement¹⁶ constitutive de l'inter-filière. Ils établiront un rapport annuel relatif à son fonctionnement. Ce rapport sera transmis au Directeur de l'ARH, au Préfet de département et au Président du Conseil Général.

De même, un correspondant sera identifié auprès de chacune des filières.

¹⁵ cf. point 4

¹⁶ cf. annexe 5 : charte de la filière gériatrique

La préparation de la sortie se fera en lien étroit entre les acteurs de la filière gériatrique, de la filière médico-sociale et l'action sociale de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), en fonction de leur champ d'activité.

L'intervention extrahospitalière de l'équipe mobile gériatrique (EMG) est souhaitée dans l'aide à l'élaboration d'un diagnostic médico-social et d'un plan adapté pour les patients complexes.

Une expérimentation sera menée pour apprécier la valeur ajoutée de cette activité extrahospitalière des EMG et des modalités d'exercice permettant l'intégration des acteurs de la filière médico-sociale.

En outre, Il apparaît nécessaire au regard de ces enjeux :

- de développer les équipes mobiles gériatriques¹⁷. Chaque établissement de référence met en place une EMG dont la mission première est d'intervenir dans le service d'urgence. Son dimensionnement tiendra compte de l'activité potentielle définie par le profil de la population accueillie (personnes âgées fragiles, personnes âgées polyopathologiques) ;
- d'organiser et de développer les consultations gériatriques¹⁸ pour faciliter la fluidité de la filière et éviter le passage inapproprié aux urgences ;
- de développer les alternatives à l'hospitalisation complète¹⁹, chaque établissement de référence devant mettre en place un pôle d'évaluation gériatrique et des places d'hôpital de jour ;
- d'améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées²⁰ en facilitant leur accès aux soins spécialisés hospitaliers et ambulatoires ;
- d'inscrire dans les plans de formation des programmes destinés au développement des compétences dédiées à la prise en charge des personnes âgées²¹.

Pour les établissements de santé, l'ensemble de ces actions sera décliné et suivi dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par ailleurs, des mesures spécifiques doivent être envisagées pour les populations à risque :

- tous les professionnels de terrain (libéraux, établissements) qui suivent et accueillent les personnes âgées et les institutions qui développent des actions auprès des personnes âgées (Conseil général, CRAM) doivent être impliqués dans la reconnaissance des personnes fragiles ;
- ces professionnels signalent au correspondant gérontologique du lieu de résidence l'identité de la personne âgée qu'ils considèrent à risque afin qu'un diagnostic médico-social soit établi en lien avec les acteurs de la filière gériatrique, de manière à ce que des mesures d'adaptation et d'accompagnement leur soient proposées.

Il est rappelé l'importance de mettre en place un outil de repérage des populations à risque dans les services d'urgence²². A partir de critères d'alerte à définir, les services d'urgence feront appel aux représentants des filières sanitaires et médico-sociales.

¹⁷ cf. paragraphe 2-2-1 SROS 3

¹⁸ cf. paragraphe 2-1-1 SROS 3

¹⁹ cf. paragraphe 2-1-2 SROS 3

²⁰ cf. paragraphe 2-7 SROS 3 volet gériatrique et paragraphe 1-4-2 volet santé mentale

²¹ cf. paragraphe 2-8 SROS 3

²² cf. paragraphe 2-2-2 SROS 3

3.3. Constituer l'inter-filière gériatrique

L'évolution démographique des prochaines années va conduire les structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à faire face à une double exigence :

- la prise en charge des besoins spécifiques de ces patients,
- la fluidité des parcours sanitaire et médico-social.

L'atteinte de ces objectifs requiert la mise en place d'une coopération des deux filières dédiées à la couverture de l'intégralité des parcours potentiels du patient âgé, du domicile jusqu'aux dispositifs médico-sociaux. Le territoire d'implantation sera déterminé par l'offre sanitaire et médico-sociale existante.

Une filière gériatrique, au sens de la circulaire du 28 mars 2007, *"doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique"*. La notion d'inter-filière répond à l'esprit de la circulaire et permet en respectant l'identité et les missions de chacune des composantes, d'assurer une synergie optimale des acteurs.

De fait, même si la filière gériatrique a vocation à privilégier le soin, la recherche d'une amélioration du service rendu aux usagers ne peut s'envisager sans établir de liens avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux existants. Les acteurs de soins primaires au plus proche de ces populations ont également une place essentielle dans le dispositif.

En conséquence, la valeur ajoutée d'une filière intégrée gériatrique est par essence d'associer sur son territoire d'implantation, l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux concourant à la prise en charge globale du patient âgé. En Rhône-Alpes, les filières réuniront tous les professionnels autour d'un projet concerté offrant une prise en charge complète pour l'ensemble des personnes âgées.

3.4. Respecter le cahier des charges des filières gériatriques

L'objet du cahier des charges est d'identifier les rôles et places respectifs des acteurs au sein de cette inter-filière gériatrique et de mettre à disposition des acteurs de soins primaires les outils favorisant le maintien à domicile, afin que la trajectoire de la personne âgée dans le dispositif soit adaptée à son état médico-social. De même, il convient de permettre à la filière médico-sociale de pouvoir faire admettre dans les meilleures conditions les personnes nécessitant l'accès aux structures de la filière sanitaire.

3.4.1. Les missions

Toute inter-filière labellisée devra répondre aux missions suivantes :

- assurer la prise en charge non programmable, au sein d'un plateau technique, des situations pathologiques chroniques émaillées d'épisodes aigus,
- développer l'hospitalisation programmable en mobilisant tous les maillons de la filière jusqu'à la réadaptation,

- réaliser des avis gériatriques, sous différentes formes, à toutes les étapes du séjour,
- accompagner la sortie d'hospitalisation et la préparation au retour à domicile ou au sein d'une structure médico-sociale.

La coopération doit être en mesure également d'organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les patients confrontés à des pathologies d'ordre psycho gériatrique.

Enfin, il appartient à toute filière de promouvoir et de diffuser la culture gériatrique, à tous les stades de la prise en charge du patient âgé.

3.4.2. Une inter filière articulée autour d'un niveau de référence et d'un niveau de proximité

Deux niveaux se dessinent au regard des moyens et compétences qu'ils regroupent : le niveau de proximité et le niveau de référence.

Chacune des filières de proximité constituée à partir d'un établissement de santé devra établir des liens avec le centre de référence qui regroupe l'ensemble des compétences et plateaux techniques. Ainsi le niveau de référence peut être en relation avec plusieurs niveaux de proximité selon l'importance du territoire couvert et les structures existantes à même de répondre au cahier des charges du niveau de proximité.

Aussi, au travers d'une véritable dynamique d'organisation, est-il défini deux niveaux de coopération devant s'articuler pour offrir l'ensemble des moyens et compétences dédiés à une prise en charge de qualité :

- Un niveau de proximité :

Située au plus près des patients âgés, la coopération des filières de proximité sanitaire et médico-sociale a vocation à constituer le premier niveau d'accompagnement et de soins gériatriques. Elle s'appuie sur des collaborations *naturelles* entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et les professionnels libéraux à partir de territoires pertinents, déterminés par des flux de proximité. S'agissant des maillons sanitaires, il est recommandé de mettre en œuvre un socle minimal comprenant des unités de médecine, de SSR et d'USLD coordonnées entre elles.

- Un niveau de référence :

Située au sein du centre hospitalier référent d'un bassin, cette filière comprend les maillons nécessaires à la fluidité des parcours des patients âgés. Elle est appelée à jouer le rôle de plate forme gériatrique de référence, en proposant les compétences et la proximité du plateau technique nécessaires aux différents acteurs des filières de proximité.

La filière sanitaire de référence doit être constituée des maillons suivants :

- des lits de court séjour gériatrique,
- un pôle d'évaluation gériatrique, hôpital de jour, consultations spécialisées....,
- une équipe mobile de gériatrie (intra et extrahospitalières),
- des lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique (en gestion directe ou en lien avec un établissement de sa filière),
- des lits d'USLD (idem SSR),

- des services d'hospitalisation à domicile dans le cadre d'un projet gériatrique,
- des dispositifs de prise en charge coordonnée du patient âgé psychiatrique et des pathologies de type Alzheimer,
- des lits ou une unité et/ou équipe mobile de soins palliatifs.

Pour définir cette complémentarité et cette coopération avec la filière médico-sociale, les deux niveaux de filières sanitaires établiront des liens avec :

- le dispositif médico-social (EHPAD, SSIAD accueils de jour...),
- les professionnels libéraux (dont le rôle dans le repérage, l'évaluation de l'accompagnement des personnes âgées...),
- les intervenants sociaux (CLIC, Coordonnateur gérontologique CCAS, CORTA...),
- tout réseau de soins concourant à la prise en charge globale ou spécifique des personnes âgées,
- les MAIA.

Ces liens seront facilités par le développement des nouvelles technologies de communication, dont la télémédecine. Ils permettront de sécuriser l'ensemble du dispositif et d'assurer une continuité de la prise en charge évitant autant que faire se peut les déplacements des personnes âgées.

Chaque maillon sanitaire doit être conforme au cahier des charges de la circulaire du 27 mars 2007.

Une interface dynamique devra être constituée entre les filières de proximité et de référence afin notamment de fournir aux acteurs de terrain les compétences gériatriques de spécialité et l'accès à un plateau technique spécialisé. Les deux niveaux devront, en synergie, contribuer à la fluidité de l'ensemble des parcours de soins. Une permanence sera organisée pour assurer une réponse 24 H / 24 sur la zone couverte.

3.4.3. Coordination et articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social

Le fonctionnement harmonieux de la filière gériatrique requiert une coordination de l'ensemble des maillons de soins ainsi qu'une articulation fonctionnelle avec les autres partenaires gérontologiques.

- La coordination des maillons de soins gériatriques

A l'intérieur du volet sanitaire de la filière (de référence ou de proximité), l'identification d'un responsable médical, disposant de la qualification de gériatre, doit favoriser l'animation et la cohésion du dispositif sanitaire. Il sera le correspondant identifié de la filière sanitaire.

De même, un référent, repéré au sein de la filière médico-sociale, aura pour mission de développer des actions de prévention à domicile et d'assurer la cohésion des dispositifs du maintien à domicile.

Ces deux référents seront les animateurs de la charte, outil de référence de l'engagement des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

- La formalisation d'une charte de coopération intégrant les services des filières sanitaires et médico-sociales²³

Il est proposé que l'ensemble des acteurs et structures assurant la prise en charge des patients âgés s'engagent dans une démarche de négociation d'une charte de coopération, précisant à la fois les engagements de chacune des parties et les garanties afférentes au respect des recommandations issues des cahiers de charges de la circulaire du 27 mars 2007.

Ils devront faciliter la prise en charge sanitaire (consultations spécialisées, gériatriques, hôpital de jour, hospitalisation à domicile) et médico-sociale (accueil de jour, hébergement temporaire...), à la demande des professionnels libéraux en particulier et des organisations pluridisciplinaires en charge du maintien d'une offre de soins de proximité dans les zones en difficulté.

Cette charte prévoira les modalités concrètes de relations entre les différents maillons des filières sanitaires et médico-sociales, dont notamment :

- le recours par les EHPAD au plateau technique spécialisé, en favorisant les admissions directes dans les services de CSG,
- l'accès aux expertises, aux évaluations et aux formations délivrées de façon réciproque en faveur des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et de la médecine de ville,
- l'accès aux informations sur les disponibilités en lits sanitaires et en places médico-sociales,
- l'admission facilitée par les EHPAD des patients issus du site référent,
- l'accès pour la filière sanitaire à la connaissance de la disponibilité de place en EHPAD et autres structures médicosociales,
- la diffusion d'une culture gérontologique commune.

Elle devra donc formellement intégrer :

- toute mesure visant à éviter l'arrivée aux urgences d'une personne âgée par l'identification et le développement, entre autres, des sites de consultation gériatrique, d'alternative à l'hospitalisation,
- des facilités faites aux patients dans l'accès aux services gériatriques de l'établissement de référence,
- la garantie pour les établissements sanitaires de voir les patients gériatriques repris rapidement après leur hospitalisation,
- la garantie pour les établissements médico-sociaux ou hôpitaux locaux d'éviter le retour en établissement d'un patient non stabilisé.
- la mise en place d'un lien finalisé entre la filière sanitaire et la filière médico-sociale départementale

Des modalités d'échange et de coopération se mettront en place entre les représentants de la filière gériatrique sanitaire et de la filière médico-sociale (CLIC, maison du département, pôle de coordination gérontologique, MAIA, CORTA...).

²³ cf. annexe 4 et 5

Constituant les portes d'entrée de la prise en charge globale du patient âgé, les dispositifs sanitaires et sociaux seront appelés à élaborer ensemble des diagnostics médico-sociaux et environnementaux préparant l'entrée mais aussi la sortie d'établissement. Il s'agira, au travers de cette coordination, d'apporter une réponse globale en lien avec une simplification des démarches.

3.4.4. Régulation et parcours de soins

Des moyens humains et technologiques sont à envisager pour la réussite de ces filières.

- Moyens humains :

Au-delà des portes d'entrée identifiées, médico-sociale et sanitaire, les patients expriment le besoin de disposer tout au long de leur parcours de prise en charge d'un référent unique, apte à résoudre des problèmes complexes, tels que l'accès à un plateau technique spécialisé, le recours à une rééducation ou à une réhabilitation fonctionnelle adaptée dans les suites d'une affection médicale aiguë ou la réalisation d'une évaluation gériatrique complexe...

Aussi, est-il prévu dans le cadre du SROS 3, l'introduction à titre expérimental d'une fonction de "correspondant sanitaire pour les cas complexes" ayant pour mission d'organiser le parcours de soins du patient âgé, d'être en situation de référent de l'ensemble des acteurs de la filière élargie (y compris l'interlocuteur privilégié du dispositif médico-social et du médecin traitant) et de jouer le rôle de correspondant du coordinateur gériatrique départemental.

Ces fonctions spécifiques relèvent des compétences étendues de l'équipe mobile de soins gériatriques dans sa fonction extra hospitalière.

En tout état de cause, l'EMG intervient sur demande du médecin traitant pour les patients à domicile ou hébergés dans les EHPAD. Elle réalise à la fois le diagnostic sanitaire, le diagnostic médico-social, en concertation avec les services des départements, ainsi qu'un plan de prise en charge adapté à la situation des personnes âgées. Sa mission extra hospitalière porte essentiellement sur la gestion des cas complexes.

En d'autres termes, la gestion de cas sanitaires complexes doit garantir, sous le contrôle du médecin coordinateur, la réussite des stratégies de soins et de réinsertion. Elle n'a pas pour mission de se substituer aux dispositifs existants en particulier ceux en charge de la filière médico-sociale.

- Moyens technologiques :

Le développement des technologies d'information et de communication devra être promu pour la coopération des deux filières.

A ce titre, l'adhésion de ses membres à la plate-forme régionale d'échanges de données des patients (SISRA) constitue un objectif prioritaire.

L'interfaçage des systèmes d'information détenus au sein des deux filières sera également recherché afin de permettre la réactivité et la fluidité du parcours de soins de la personne âgée.

La promotion des techno-gérontologies (moyens de surveillance à domicile, de téléconsultation ou de téléformation) permettra de sécuriser l'accès à la filière et d'améliorer la diffusion de la culture gériatrique en son sein.

3.4.5. Labellisation et reconnaissance de la filière

Au regard de l'ensemble des éléments développés ci-dessus, il appartiendra à l'agence de reconnaître une filière lors de la transmission de la charte signée par l'ensemble des intervenants. Cette labellisation prendra la forme d'une inscription des engagements pris par les établissements de santé vis à vis de leurs partenaires, dans les contrats d'objectifs et de moyens prévus à l'article L.6114-1 du code de la santé publique. Les membres non hospitaliers de la filière labellisée s'engageront pour leur part, par la signature de cette charte, à préciser leur rôle à chaque étape du parcours de prise en charge.

3.4.6. Mise en place d'un comité de filière

Un comité de pilotage sera créé. Il comprendra l'ensemble des acteurs des filières gériatriques sanitaires et médico-sociales ainsi qu'un représentant des usagers désigné par le CISSRA. Il réalisera le bilan du fonctionnement et de la coopération de cette inter-filière et validera le rapport annuel adressé aux instances.

Annexe 1

Bilan de l'existant sanitaire au 31/12/08

Bassin hospitalier	Court séjour gériatrique (CSG)		Unité de soins de longue durée (USLD)		Equipe mobile gériatrique (EMG)
	Nombre de sites	Capacité	Nombre de sites	Capacité	Nombre
1	2	27	3	185	1
2	2	31	2	108	2
3	2	36	4	229	2
4	3	87	6	395	3
5	1	21	2	120	1
6	5	100	5	360	5
7	2	37	3	103	1
8	4	100	6	408	2
9	2	28	2	145	2
10	5	196	6	360	2
11	3	36	5	150	3
12	3	51	5	195	3
13	2	30	3	110	2
Total	36	780	52	2.868	29

(Source DRASS)

Annexe 2

Bilan de l'existant EHPAD et SSIAD par bassin

EHPAD			
Bassin hospitalier	Nature juridique	Nombre d'établissements	Capacité
1	Établissements publics	21	1.888
	Établissements privés commerciaux	13	725
	Établissements privés non lucratifs	8	625
2	Établissements publics	18	1.869
	Établissements privés commerciaux	15	842
	Établissements privés non lucratifs	21	1.205
3	Établissements publics	28	2.498
	Établissements privés commerciaux	8	510
	Établissements privés non lucratifs	17	934
4	Établissements publics	33	2.473
	Établissements privés commerciaux	1	92
	Établissements privés non lucratifs	27	1.798
5	Établissements publics	24	1.637
	Établissements privés commerciaux	4	227
	Établissements privés non lucratifs	8	662
6	Établissement et collectivité territoriale	1	55
	Établissements publics	44	4.245
	Établissements privés commerciaux	15	1.194
	Établissements privés non lucratifs	33	2.462
7	Établissement et collectivité territoriale	1	82
	Établissements publics	12	1.293
	Établissements privés commerciaux	4	224
	Établissements privés non lucratifs	6	382
8	Établissements publics	19	1.346
	Établissements privés commerciaux	18	1.175
	Établissements privés non lucratifs	28	2.127
9	Établissements publics	5	329
	Établissements privés commerciaux	11	886
	Établissements privés non lucratifs	20	1.141

(Source DRASS)

EHPAD (suite)			
Bassin hospitalier	Nature juridique	Nombre d'établissements	Capacité
10	Établissements publics	18	1.621
	Établissements privés commerciaux	24	1.720
	Établissements privés non lucratifs	34	2.239
11	Établissements et collectivités territoriales	4	241
	Établissements publics	33	2.099
	Établissements privés commerciaux	8	421
	Établissements privés non lucratifs	12	699
12	Établissements publics	31	2.078
	Établissements privés commerciaux	6	449
	Établissements privés non lucratifs	12	811
13	Établissement et collectivité territoriale	1	28
	Établissements publics	15	1.122
	Établissements privés commerciaux	5	383
	Établissements privés non lucratifs	5	259
TOTAL		671	49.096

(Source DRASS)

SSIAD			
Bassin hospitalier	Nature juridique	Nombre de services	Capacité
1	Établissements publics	7	206
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	7	319
2	Établissements publics	5	253
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	13	462
3	Établissements publics	4	122
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	14	464
4	Établissements publics	6	414
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	16	692
5	Établissements publics	3	117
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	6	187

(Source DRASS)

SSIAD (suite)			
Bassin hospitalier	Nature juridique	Nombre de services	Capacité
6	Établissements publics	6	249
	Établissements privés commerciaux	1	19
	Établissements privés non lucratifs	20	751
7	Établissements publics	1	12
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	6	337
8	Établissement et collectivité territoriale	1	30
	Établissements publics	4	171
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	17	746
9	Établissements publics	1	36
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	7	321
10	Établissements publics	6	207
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	15	565
11	Établissement et collectivité territoriale	1	15
	Établissements publics	11	347
	Établissements privés commerciaux	2	53
	Établissements privés non lucratifs	8	267
12	Établissements publics	0	0
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	11	540
13	Établissements publics	1	28
	Établissements privés commerciaux	0	0
	Établissements privés non lucratifs	6	337
TOTAL		206	8.267

(Source DRASS)

Annexe 3

PATHOS en EHPAD par bassin

Nombre et pourcentage de SMTI et de M2 - GPP7 par bassin hospitalier

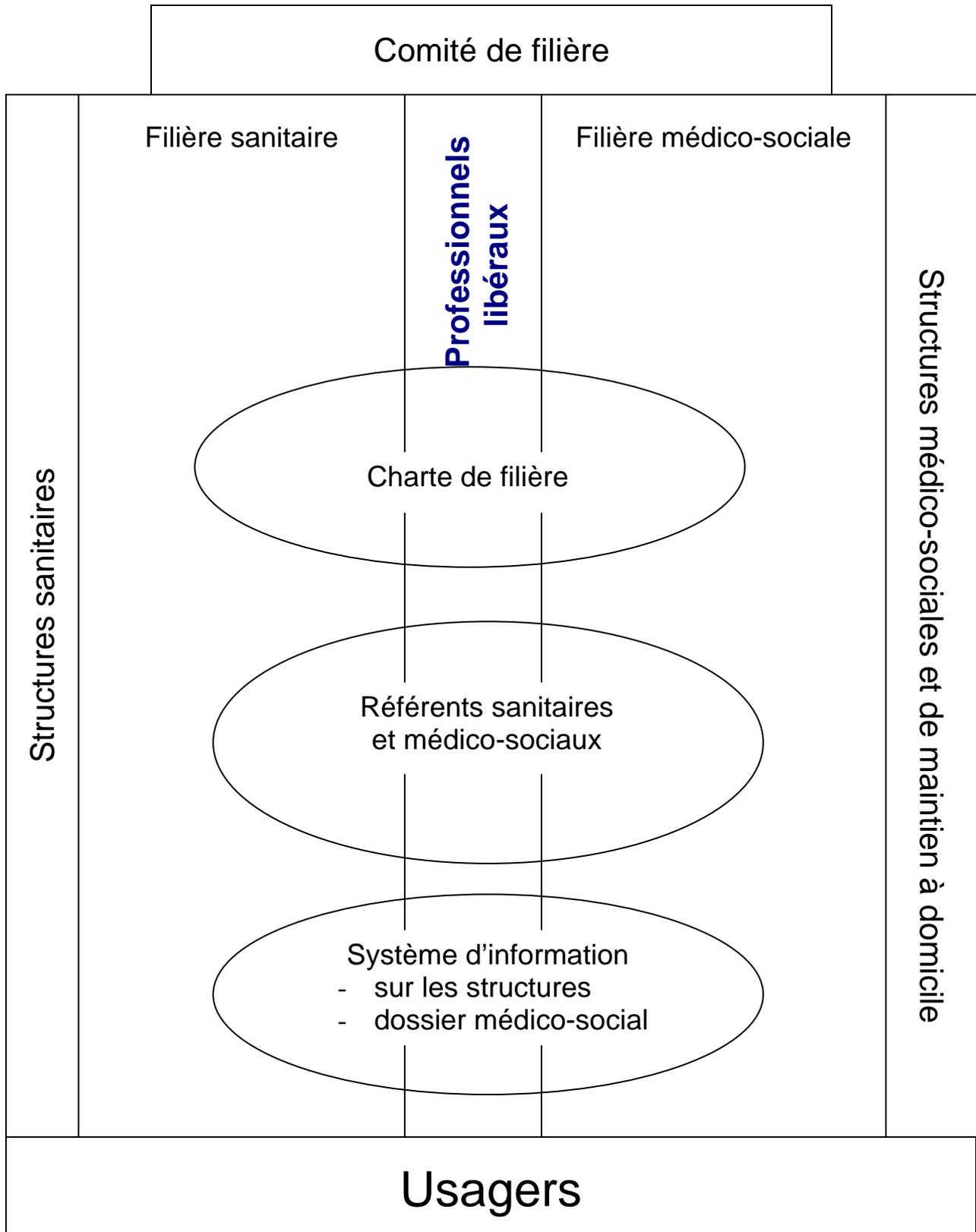
Bassin hospitalier	2007				
	Effectif coupé	Nb SMTI	% SMTI	Nb M2 (GPP 7)	% M2
01	1.447	173	12,0%	14	1,0%
02	2.124	220	10,4%	21	1,0%
03 + MSA	2.345	175	7,5%	44	1,9%
04	1.397	149	10,7%	10	0,7%
05+MSA	1.292	70	5,4%	10	0,8%
06+MSA	4.360	399	9,2%	43	1,0%
07	550	78	14,2%	10	1,8%
08	1.228	117	9,5%	12	1,0%
09	315	24	7,6%	1	0,3%
10	1.524	210	13,8%	18	1,2%
11	1.128	109	9,7%	25	2,2%
12	748	62	8,3%	10	1,3%
13	365	45	12,3%	1	0,3%
Région	18.823	1.831	9,7%	219	1,2%

Bassin hospitalier	2008				
	Effectif coupé	Nb SMTI	% SMTI	Nb M2 (GPP 7)	% M2
01	489	56	11,5%	2	0,4%
02	818	88	10,8%	5	0,6%
03 + MSA	671	45	6,7%	8	1,2%
04	710	63	8,9%	11	1,5%
05+MSA	668	14	2,1%	13	1,9%
06+MSA	857	38	4,4%	9	1,1%
07	761	104	13,7%	4	0,5%
08	586	49	8,4%	5	0,9%
09	570	39	6,8%	3	0,5%
10	737	74	10,0%	10	1,4%
11	333	20	6,0%	3	0,9%
12	417	33	7,9%	4	1,0%
13	63	16	25,4%	0	0,0%
Région	7.680	639	8,3%	77	1,0%

(Source DRSM)

Annexe 4

Schéma cible des relations entre les acteurs au service des usagers



Annexe 5

Charte pour la filière gériatrique

La charte concerne toutes les structures et tous les professionnels prenant en charge les personnes âgées.

Le principe de la charte est d'établir un socle commun clarifiant le rôle et les engagements de chacun pour assurer la qualité des prises en charge.

Cette charte ne signifie en aucun cas que la coopération entre le secteur sanitaire, social et médico-social n'existe pas à ce jour. Elle revêt souvent un caractère informel.

Elle doit être le fruit d'une réflexion concertée entre les acteurs.

Au-delà de leurs propres spécificités, les signataires s'engagent à respecter les principes suivants :

- une connaissance et une reconnaissance mutuelle en vue d'une meilleure articulation entre les différents dispositifs existants,
- une volonté commune de mettre en place, développer et mettre à jour des outils nécessaires facilitant leurs échanges,
- une volonté commune de définir les rôles respectifs et les règles d'échanges.

Son contenu devra comprendre :

- l'identification du correspondant de la filière, interlocuteur privilégié des correspondants gérontologiques départementaux et animateur et facilitateur entre les différents composants de la filière ;
- la désignation de l'établissement assurant le pilotage de la filière ;
- la place des acteurs dans la filière, les règles d'échange entre eux ;
- l'organisation mise en place pour éviter le passage aux urgences hospitalières (n° d'appel, identification des consultations gériatriques, des hôpitaux de jour...) ;
- la contribution des gériatres de la filière pour assurer une permanence de la réponse aux demandes émanant des professionnels libéraux et des structures ne possédant pas de plateau technique pour garantir la continuité des soins ;
- l'installation d'une instance de réflexion regroupant l'ensemble des acteurs à l'évaluation du dispositif mis en place et à leur processus d'amélioration. Cette instance contribuera à la constitution du rapport annuel. Elle comprendra un représentant du collectif des usagers.

GLOSSAIRE

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAS	Centre Communal d'Action Social
CISSRA	Collectif Inter associatif Sur la Santé Rhône-Alpes
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
CM	Consultation Mémoire
CORTA	COoRdination Territoriale pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSG	Court Séjour Gériatrique
CSP	Code de la Santé Publique
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile Gériatrique
HAD	Hospitalisation à Domicile
HJ	Hôpital de Jour
HL	Hôpital Local
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
M2	Soins de fin de vie nécessitant un accompagnement (soins de confort)
PA	Personnes Âgées
SISRA	Systèmes d'Information de Santé en Rhône-Alpes
SLD	Soins de Longue Durée
SMTI	Soins Médicaux Techniques Importants
SSIAD	Service de Soins Infirmier à Domicile
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
SSRG	Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Introduction

Les décrets n°2008-376 et n° 2008-377 du 17 avril 2008 ont fortement modifié les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation, applicables à l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

L'article 4 du décret n°2008-377 impose que les schémas d'organisation sanitaires soient révisés dans un délai de 18 mois à compter de sa publication.

La circulaire DHOS du 3 octobre 2008 a été adressée aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation pour "donner les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité de SSR, dans le cadre d'une révision des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)".

Cette circulaire indique notamment que "la structuration des SSR sur un territoire doit permettre d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre. Le SROS est le premier outil qui permette cette lisibilité."

1. État des lieux

A l'heure actuelle, avant l'application des décrets susmentionnés, l'offre de SSR en région Rhône-Alpes représente 188 établissements de santé (sites géographiques), différenciés au regard du droit des autorisations en :

- 129 disposant de service(s) de Soins de Suite Médicaux (SSMed),
- 25 disposant de service(s) de Rééducation Fonctionnelle (RF),
- 34 disposant de SSMed et de RF¹.

En termes de capacités, deux sources d'information sont à notre disposition : le serveur de veille et d'alerte OURAL et le logiciel d'aide à l'orientation en SSR Trajectoire.

En janvier 2009, la région disposait de 9.143 lits en SSR (source Trajectoire), différenciés fonctionnellement en :

- 2.653 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR),
- 54 en Services de Réadaptation Post Réanimation (SRPR),
- 394 en offre SSR cardiologique,
- 426 en offre SSR respiratoire,
- 2.396 en SSMed gériatrique,
- 3.220 en SSMed polyvalent.

L'offre SSR en ambulatoire est relativement faible : à partir des données du PMSI 2007, on peut l'estimer, pour le SSR considéré comme une offre "spécialisée de niveau régional", à 176 places (43.931 journées avec une hypothèse de 250 journées par place). A noter que le SSR cardiologique est le plus représenté (138 places estimées).

¹ Inventaire DRASS, juin 2008

2. Les orientations stratégiques

La révision du volet SSR du SROS 3 est une nécessité compte tenu des nouveaux textes définissant l'activité des SSR. Conformément au volet initial SSR du SROS 3, les trois orientations suivantes sont reconduites :

- **Développer une offre SSR suffisante dans chaque bassin de santé :**

Cette orientation est en pratique contenue dans les objectifs quantifiés de l'offre des soins (OQOS). On rappelle que dans la région, il a été fait depuis le SROS 3, une distinction entre offre SSR de niveau "régional" et de niveau "bassin de santé", précisément pour pouvoir rééquilibrer l'offre SSR entre les bassins de santé. Cet objectif est poursuivi à travers les OQOS.

- **Améliorer et rendre lisible le fonctionnement des filières SSR spécialisées :**

Cet objectif est entièrement repris et détaillé dans la présente révision, suite aux nouveaux décrets sur le SSR.

- **Rapprocher fonctionnellement les services de court-séjour et de SSR :**

Cet objectif est maintenu, notamment dans son aspect opérationnel sur le rôle des coordinations SSR. La mise en place du logiciel d'aide à l'orientation Trajectoire s'inscrit dans cet objectif, ainsi que la constitution d'un Réseau Régional de Rééducation et de Réadaptation Pédiatrique.

A ces orientations, s'ajoutent celles indiquées pour chaque filière SSR. Il convient d'éviter cependant une nouvelle segmentation de l'offre par catégorie de SSR. On rappelle que tout patient hospitalisé en SSR y bénéficiera dans tous les cas de la prise en charge prévue par les textes (articles R.6123-118 et R.6123-119). Tous les patients nécessitant une prise en charge en SSR pourront bénéficier, a minima, d'une offre SSR polyvalent. Lorsqu'une offre plus spécialisée, médicalement nécessaire, est disponible, celle-ci sera préférée.

Par contre, une autorisation de SSR polyvalent ne permettra pas automatiquement la prise en charge des enfants ou adolescents (des conditions réglementaires particulières devront être respectées pour que cette possibilité soit mentionnée dans l'autorisation).

Enfin, les activités ne faisant pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique pourront faire l'objet d'avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, comme indiqué dans la circulaire 3 octobre 2008.

Trois objectifs généraux doivent caractériser la prise en charge par filières :

- Regrouper autant que possible l'offre SSR, notamment au niveau des bassins de santé.
- Constituer, dans les bassins de santé, des ensembles SSR (polyvalent + gériatrie + neurologie + locomoteur + nutrition) de taille suffisante.
- Développer une offre SSR ambulatoire, dans chaque bassin de santé.

3. Les objectifs opérationnels par filières de prise en charge

Ces filières correspondent aux catégories fixées par les décrets du 17 avril 2008. Elles sont présentées ici de l'offre la plus spécialisée et réduite en nombre, à l'offre la plus polyvalente et la plus importante numériquement.

3.1. La filière SSR "Affections des brûlés"

- Les structures existantes :

Aujourd'hui 2 structures (une pour adultes, une pour enfants et adolescents, situées près de Lyon) regroupent 92% de l'offre SSR "brûlés". Les capacités utilisées pour cette catégorie de SSR sont respectivement d'environ 20 et 5 lits (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

Les "grands brûlés", ainsi que ceux dont les brûlures atteignent des zones fonctionnelles (plis) ou particulières (visage), ou chez qui il existe des problèmes sociaux, familiaux ou psychiatriques, sont en général pris en charge dans les deux centres de référence de la région.

Cette spécialisation est nécessaire ; cependant l'accessibilité géographique pose problème pour la population habitant à distance de l'agglomération lyonnaise, notamment lorsque les soins pourraient se faire en ambulatoire après hospitalisation complète dans un centre SSR spécialisé.

Par ailleurs, il existe un risque de non qualité pour les "petits brûlés", si leur prise en charge se fait sans avis spécialisé.

- Les objectifs :

Préparer la mise en place d'une offre SSR spécialisée "brûlés" en hospitalisation de jour près de Grenoble et St Etienne, pour :

- la poursuite de SSR après hospitalisation dans un des 2 centres existants,
- la prise en charge des "petits brûlés" de ces 2 bassins de santé.

- Les recommandations :

Prévoir ces extensions à partir des 2 centres existants, du fait de la rareté de l'expertise et développer les formations nécessaires.

3.2. La filière SSR "Affections onco-hématologiques"

- Les structures existantes :

Une seule structure, située en Haute-Savoie, est en mesure de prendre parfaitement en charge les pathologies onco-hématologiques au sortir des services spécialisés des 3 CHU. Cependant il s'agit d'une unité de court séjour, dont la durée moyenne de séjour est de 24 jours, intermédiaire entre un court-séjour et un moyen séjour.

Une structure SSR située à Grenoble accueille également ce type de patients, ainsi que quelques hôpitaux de proximité près de Lyon.

- Les problèmes rencontrés :

Un certain nombre de patients, au sortir des services d'onco-hématologie des 3 CHU, ne peuvent être pris en charge à domicile, car ils nécessitent la poursuite de soins complexes, un suivi spécialisé, des soins de support. Il s'agit de patients ayant bénéficié d'une allogreffe, de patients atteints de leucémies aiguës après chimiothérapie d'induction, de lymphomes cérébraux primitifs, de myélomes.

Des complications itératives, parfois à distance du traitement initial, nécessitent également des prises en charge difficiles à réaliser à domicile.

L'hospitalisation à domicile, qui peut jouer un rôle important pour faciliter le retour à domicile, nécessite que le patient bénéficie d'un entourage suffisamment compétent et motivé.

Cette prise en charge post-aiguë a un coût très élevé (transfusion, antibiothérapie, antimétabolite, facteurs de croissance, nutrition parentérale, logistique transport et biologie), et suppose la possibilité de transfuser. Il convient de souligner que son caractère très spécialisé nécessite des compétences particulières et la durée de séjour est imprévisible.

Actuellement, le nombre de patients pris en charge dans l'établissement spécialisé de Haute-Savoie au sortir des services d'onco-hématologie des 3 CHU est d'environ 80 par an, ce qui serait très inférieur aux besoins estimés.

- Les objectifs :

Développer une offre hospitalière en post-aiguë près des 3 CHU.

Dans l'attente d'une évolution de la tarification du SSR, il serait envisageable de développer cette offre en court-séjour.

- Les recommandations :

Prévoir ces développements à partir des centres existants dans les CHU (rareté de l'expertise).

Mieux organiser et coordonner les alternatives (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile) pour faciliter les retours à domicile.

3.3. La filière SSR "Affections cardiovasculaires"

- Les structures existantes :

Aujourd'hui 6 centres sont à l'origine de 86 % de l'activité (cette activité représentant 20 % au moins de l'offre SSR du centre). Le nombre de journées réalisées dans ces 6 centres en 2007 correspond à environ 215 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

La réadaptation cardiaque ambulatoire n'est pas disponible dans (ou à proximité de) plusieurs agglomérations dans les bassins de santé suivants : Annemasse, Annecy, Bourg-en-Bresse, Villefranche, Lyon sud et ouest, Lyon est, Valence, Roanne.

La réadaptation en hospitalisation complète de l'insuffisance cardiaque des patients âgés n'est pas disponible dans chaque bassin de santé ; l'offre SSR cardiologique nécessaire est dépassée par les besoins grandissants de cette population.

La réadaptation cardiaque après transplantation du cœur est réalisée pour $\frac{3}{4}$ des patients de la région dans un centre SSR spécialisé très éloigné (Var).

- Les objectifs :

Mettre en place une offre de réadaptation cardiaque ambulatoire dans (ou à proximité de) la principale agglomération de chaque bassin de santé.

Développer la réadaptation cardiaque en HC des insuffisants cardiaques âgés en SSR gériatrique avec l'appui de cardiologues.

- Les recommandations :

Développer la réadaptation cardiaque ambulatoire à partir de (en collaboration avec) la cardiologie de court-séjour.

Établir des conventions SSR cardiologique et SSR gériatrique.

Préparer un projet de développement d'une offre SSR pour les transplantés, dans la région, dans le cadre d'une évolution de la tarification du SSR.

3.4. La filière SSR "Affections respiratoires"

- Les structures existantes :

6 centres sont à l'origine de 77 % de l'activité (cette activité représentant 35% au moins de l'offre SSR du centre). Le nombre de journées réalisées dans ces 6 centres en 2007 correspond à environ 275 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

Les centres connaissent des difficultés pour trouver des solutions d'aval pour de nombreux patients; on constate une insuffisance du nombre d'unités de soins de longue durée (USLD) spécialisés pour les patients dépendants ventilatoires chroniques (2 USLD pour les 6 centres SSR).

La réhabilitation respiratoire ambulatoire n'est pas développée actuellement dans la région Rhône-Alpes. Par ailleurs, du fait du relatif éloignement d'une partie des centres existants, elle ne serait pas disponible dans (ou à proximité de) plusieurs agglomérations des bassins de santé suivants : Annemasse, Annecy, Bourg-en-Bresse, Chambéry, Grenoble, Lyon est, Valence, Roanne.

Il existe relativement peu de médecins pneumologues pour faire fonctionner les centres SSR respiratoires.

- Les objectifs :

Développer les capacités du SSR respiratoire, s'il n'est pas possible d'augmenter le nombre des USLD spécialisées pour les patients dépendants ventilatoires chroniques.

Mettre en place une offre de réhabilitation respiratoire ambulatoire dans (ou à proximité de) la principale agglomération de chaque bassin de santé.

- Les recommandations :

Mieux utiliser l'HAD (lorsqu'elle est possible) pour permettre le retour à domicile.

Faciliter le travail des professionnels libéraux (protocoles standardisés, disponibilité téléphonique professionnels HAD et/ou SSR respiratoire).

Si possible, augmenter le nombre des USLD spécialisées pour les patients dépendants ventilatoires chroniques.

Développer la réhabilitation respiratoire ambulatoire à partir de (en collaboration avec) la pneumologie de court-séjour.

Centrer les indications de SSR respiratoire sur les patients avec problème ventilatoire.

3.5. La filière SSR "Enfants et adolescents"

- Les structures existantes :

13 centres concentrent 97 % des journées d'hospitalisation pour des patients d'âge inférieur à 17 ans (8 concentrent 84 % de l'offre et 4 concentrent 58 % de l'offre). 6 de ces 13 centres sont désignés aujourd'hui comme "Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire" (MECS) ou "Pouponnières" et devront évoluer, après la publication de la révision du SROS, en structure SSR ou médico-sociale.

Le nombre de journées réalisées dans ces 13 centres en 2007 correspond à environ 370 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

Le dispositif SSR pédiatrique est écartelé entre des services de court-séjour concentrés essentiellement au niveau des 3 CHU et une filière d'aval très dispersée, incluant les libéraux, le médico-social et les familles.

L'offre de soins en SSR pédiatrique est mal connue (à la fois des professionnels du court-séjour et des familles), et les besoins en SSR sont eux-mêmes difficiles à estimer précisément pour certaines pathologies, par manque de connaissances épidémiologiques (pathologies respiratoires chroniques, obésité morbide, diabète, anorexie).

Il existe des dysfonctionnements de l'interface court-séjour / SSR, notamment au sortir des services de réanimation.

L'offre actuelle, en dehors des MECS et pouponnières, est présente dans une partie des bassins seulement :

- 4 centres dans les bassins de Lyon ;
- 1 centre dans le bassin de Grenoble;
- 1 centre dans le bassin de St Etienne;
- 1 centre dans le bassin de Montélimar.

Certains centres sont éloignés des services de court-séjour (et des grandes agglomérations), par exemple une MECS dans le sud est de l'Ain et un centre SSR dans le sud est de la Drôme.

L'offre en ambulatoire est peu développée.

L'aval du SSR est parfois peu fonctionnel, notamment pour les enfants trachéotomisés et ventilés.

▪ Les objectifs :

Préparer la mise en place de SSR neurologique "post-réanimation" à partir des structures SRPR adultes (CHU).

Envisager, à terme, un rapprochement géographique des SSR trop éloignés.

Développer les prises en charge ambulatoires dans (ou à proximité de) la principale agglomération de chaque bassin de santé. Cela concerne en premier lieu, mais non exclusivement, le SSR respiratoire.

▪ Les recommandations :

Développer la connaissance des besoins et de l'offre, avec l'appui du Réseau Régional de Rééducation et de Réadaptation Pédiatrique et des 3 coordinations SSR pédiatriques.

Établir des conventions entre les centres SSR spécialisés adultes enfants/adolescents et les centres SSR "enfants et adolescents", pour les adolescents de 16-18 ans.

Développer des collaborations entre les centres SSR "enfants et adolescents" et les structures médico-sociales de proximité, pour enfants de moins de 6 ans.

Mettre en place des équipes mobiles SSR intervenant en court-séjour (voire en extrahospitalier).

3.6. La filière SSR "Affections liées aux conduites addictives"

▪ Les structures existantes :

7 centres concentrent 99 % des journées d'hospitalisation (avec au moins 8 % d'offre dans la spécialité "addictologie").

Le nombre de journées réalisées dans ces 7 centres en 2007 correspond à environ 380 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

Le travail d'articulation est insuffisant entre MCO et SSR.

Les délais d'admission en SSR posent problème à la fin d'un sevrage et génèrent l'absence de continuité dans la prise en charge des patients. Ces délais sont généralement de 4 à 6 semaines, parfois plus.

Actuellement les SSR spécialisés en addictologie sont centrés sur un seul produit, en général l'alcool, alors qu'il existe aussi des besoins pour d'autres types d'addictions.

L'admission des mineurs nécessitant des dérogations d'âge pose également problème. Or la population concernée est de plus en plus jeune avec des modes de consommation toxicomaniaque.

La précarité est souvent un facteur de refus d'admission en SSR.

Il n'existe pas suffisamment de coopération entre secteurs de psychiatrie et SSR addictologie.

La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs importants est particulièrement difficile. La prévalence de cette population est estimée en Rhône-Alpes entre 50 et 60 patients.

Enfin de façon générale, il existe des difficultés à organiser la prise en charge à la sortie du SSR.

- Les objectifs :

Maintenir une offre de type régional pour le SSR addictologie, en vérifiant que les futurs centres autorisés répondent bien aux critères réglementaires afférents à cette filière (prise en charge de tous les patients, de tous les types d'addictions, programmes de réinsertion, etc.).

Prévoir un développement de l'offre SSR en ambulatoire.

- Les recommandations :

Améliorer la collaboration entre les services de court-séjour et de SSR pour gérer les délais d'attente.

Développer les liens et la collaboration entre les services de psychiatrie et de SSR

Prévoir l'identification (dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) des centres SSR addictologie prenant en charge des patients présentant des troubles cognitifs importants.

Développer les collaborations avec les structures sociales et médico-sociales d'aval, ainsi qu'avec les maisons départementales du handicap.

3.7. Les filières SSR "Affections des systèmes digestif, métabolique, et endocrinien" (ou SSR "nutrition")

- Les structures existantes :

L'offre est très dispersée. Un nombre relativement important de centres accueillant des patients de la région Rhône-Alpes sont situés à l'extérieur de la région. En Rhône-Alpes, 6 centres réalisent 51 % de l'offre (avec chacun au moins 3 % d'offre en nutrition).

Le nombre de journées réalisées dans ces 6 centres en 2007 correspond à environ 205 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

L'offre est très dispersée, souvent excentrée, en partie hors région. Les besoins sont mal couverts par l'offre, souvent sous-évalués.

Il existe un risque de méconnaissance du problème nutritionnel lorsque le patient pose un autre problème qui prend le devant de la scène, notamment chez la personne âgée.

Lorsque des patients très dénutris nécessitent des techniques particulières (alimentations parentérales ou entérales) ou l'utilisation de molécules onéreuses, les surcoûts sont trop importants pour le SSR tel qu'il est financé actuellement.

La prise en charge des troubles nutritionnels chez les patients dialysés pose des difficultés spécifiques : distance entre les centres (temps de transport pour le patient), polyopathie (diabète souvent, insuffisance cardiaque), patients âgés ; en ce qui concerne la dialyse péritonéale (300 patients environ), la prise en charge en SSR est très consommatrice en temps infirmier.

Il existe des difficultés d'aval pour les sorties du SSR lorsqu'il s'agit de patients avec soins complexes (alimentation entérale ou parentérale par exemple), du fait du manque d'infirmiers libéraux et/ou d'une coordination entre infirmiers libéraux pour assurer la prise en charge de ces patients.

Les délais d'attente pour les sorties des patients diabétiques, hospitalisés en court-séjour avec pied diabétique ou autre complication, sont importants.

Il existe une relative méconnaissance de l'importance quantitative du nombre de patients hyper obèses ; on ne trouve pas facilement aujourd'hui de centres SSR capables d'assurer, à la fois, la prise en charge psychologique, l'éducation diététique, la rééducation motrice, éventuellement la préparation à (et les suites de) la chirurgie digestive lourde de l'obésité (création d'une malabsorption).

Les obésités "massives" (poids 200 kilos et plus) posent des problèmes particuliers en ce qui concerne les transports, l'hospitalisation, les soins.

Enfin, l'offre en ambulatoire est pratiquement inexistante.

- Les objectifs :

La prise en charge en SSR des dénutritions nécessitant une nutrition parentérale prolongée (3 mois) et celle des obésités "massives" sont à réaliser par des centres de niveau régional.

Les autres prises en charge, du fait du nombre des patients concernés, sont à réaliser par des centres de niveau bassin de santé.

Il convient également de développer une offre en hôpital de jour, à la sortie ou en alternative à l'hospitalisation complète.

- Les recommandations :

Mieux utiliser l'HAD (lorsqu'elle est possible) pour permettre le retour à domicile.

Faciliter le travail des professionnels libéraux (protocoles standardisés, disponibilité téléphonique professionnels HAD et/ou SSR).

3.8. La filière SSR "Affections du système nerveux"

- Les structures existantes :

10 centres regroupent 82 % de l'offre pour les atteintes traumatiques crânio-cérébrales ou médullaires (3 centres regroupent 52 % de l'offre). Le nombre de journées réalisées dans ces 10 centres en 2007 correspond à environ 100 lits d'hospitalisation complète.

15 centres regroupent 81 % de l'offre pour le reste de la neurologie "lourde" (4 centres regroupent 55 % de l'offre). Le nombre de journées réalisées dans ces 15 centres en 2007 correspond à environ 260 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

D'autre part, l'ensemble des SSR (notamment les centres de rééducation fonctionnelle neurologique et les SSMed) sont impliqués dans la prise en charge de la principale pathologie, à savoir les suites d'Accident Vasculaire Cérébral (environ 10.000 AVC par an dans la région).

- Les problèmes rencontrés :

Les délais pour l'entrée en SSR sont, de façon générale, élevés.

On observe une inégalité d'accès des AVC en SSR selon les bassins de santé (24 % à 40 %, pour une moyenne régionale de 31 %).

Certaines orientations des AVC en SSR ne sont pas optimales : les déficits cognitifs sont parfois négligés (10 à 15 % des patients), et pris en compte tardivement après un retour à domicile.

Selon l'orientation initiale des patients, certains restent ensuite dans une filière SSR neurologique ou SSR gériatrie, alors qu'une réorientation serait nécessaire.

Il existe des difficultés pour prendre en charge les patients atteints d'affections neuropsychiatriques.

On constate enfin une quasi-absence de dispositif de prise en charge des patients neurologiques stables, lourdement handicapés, lorsqu'ils ont moins de 60 ans. Cela retentit en amont sur toute la filière SSR et court-séjour neurologique.

- Les objectifs :

Rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement les SSR neurologie et gériatrie.

Faire fonctionner, dans chaque bassin de santé, une filière de prise en charge des traumatisés crâniocérébraux et médullaires comme indiqué dans le volet SSR du SROS 3 initial.

- Les recommandations :

Rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement les services de court-séjour et de SSR neurologiques (AVC, autres pathologies neurologiques).

Encourager la mise en place d'Unités Neuro Vasculaires "combinées", associant dans un même lieu un secteur court-séjour et un secteur SSR.

Améliorer les liens fonctionnels entre les services de psychiatrie et de SSR neurologique.

Développer des USLD spécialisées neurologiques pour les patients de moins de 60 ans.

3.9. La filière SSR "Affections de l'appareil locomoteur"

- Les structures existantes :

L'offre en SSR "locomoteur" est extrêmement dispersée dans la région, chaque bassin de santé dispose au moins d'un centre avec un ou des médecins de MPR.

17 centres regroupent 52 % de l'offre "rhumatologie-orthopédie", et 24 centres regroupent 51 % de l'offre "post-traumatique". Le nombre de journées réalisées dans ces 17 et 24 centres en 2007 correspond à respectivement environ 890 et 840 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

- Les problèmes rencontrés :

Le fonctionnement de l'interface court-séjour / SSR pour la chirurgie programmée n'est pas toujours optimal.

La collaboration attendue entre le court-séjour et le SSR devrait être clarifiée d'une façon générale, et plus particulièrement en ce qui concerne les sepsis ostéo-articulaires (200 à 250 nouveaux cas par an), les amputations (1.000 par an), les suites de chirurgie neuro-orthopédiques, les patients avec troubles psychiatriques et les personnes âgées, du fait des problèmes spécifiques rencontrés.

- Les objectifs :

Les prises en charge en SSR de certaines amputations (hanches, membre supérieur, plusieurs membres) et des suites de chirurgie de l'infirmité motrice cérébrale de l'adulte sont à réaliser par des centres de niveau régional.

Les autres prises en charge (chirurgie orthopédique programmée, traumatologie, sepsis, amputations, patients avec troubles psychiatriques, personnes âgées), du fait du nombre des patients concernés, sont à réaliser par des centres de niveau bassin de santé.

Il est nécessaire de développer une offre en hôpital de jour, à la sortie ou en alternative à l'hospitalisation complète.

Il convient enfin de rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement les SSR locomoteur et gériatrie.

- Les recommandations :

Rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement les services de court-séjour et de SSR locomoteur.

Établir des procédures communes, si possible standardisées au niveau régional entre chirurgiens et médecins de Médecine Physique et de Réadaptation, pour améliorer le fonctionnement des filières.

Améliorer les liens fonctionnels entre les services de psychiatrie et de SSR locomoteur.

3.10. La filière SSR "Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance"

- Les structures existantes :

L'offre en SSR "gériatrique" n'est pas identifiable simplement. On peut essayer de la repérer en prenant les centres SSR dont l'âge moyen des patients hospitalisés est supérieur ou égal à 75 ans. Les 41 centres ainsi répertoriés sont extrêmement dispersés dans la région, et présents dans chacun des bassins.

Le nombre de journées réalisées dans ces 41 centres en 2007 correspond à environ 2.940 lits d'hospitalisation complète (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

Cette estimation est à rapprocher de celle réalisée dans l'annuaire Trajectoire de 2.396 lits en SSMed gériatrique (en principe, présence d'un gériatre).

- Les problèmes rencontrés :

Lors du passage des personnes âgées aux urgences, du fait du contexte tourné vers les problèmes vitaux, il peut exister un déficit de repérage des patients fragiles, et même des syndromes gériatriques graves (chutes). Ces patients sont parfois renvoyés à leur domicile après élimination des problèmes aigus, et ne sont pas assez rapidement orientés vers la filière gériatrique. Le risque est alors d'aggravation et/ou de récurrences aboutissant à des pertes d'autonomie beaucoup plus difficiles à récupérer ensuite, lorsque les patients finissent par être hospitalisés en SSR.

A partir des services de court-séjour (réanimation, chirurgie, médecine), des entrées sont faites en SSR sans évaluation gériatrique ni stabilisation médicale préalables.

En SSR, la prise en charge peut se trouver limitée par un manque de moyens (soignants et rééducateurs), par exemple pour des patients très âgés avec AVC, problème locomoteur, amputation, dénutrition, etc.

Il manque des lits identifiés de SSR gériatriques, et il existe un risque potentiel d'une insuffisance de médecins gériatres.

Il peut exister une concurrence entre les SSR, aboutissant à des inégalités de types de patients pris en charge.

La filière d'aval (du court séjour et du SSR gériatriques) ne fonctionne pas de façon fluide. De nombreux problèmes s'ajoutent et se conjuguent : coordination insuffisante avec les professionnels de ville, permanence des soins de ville et des aides à domicile non assurée les week-end ou pendant les vacances, dotation insuffisante des Services de Soins Infirmiers à Domicile lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients dépendants mais également nécessitant des soins techniques, lenteur de la mise en place des plans d'aide à l'autonomie, manque de places en Unités de Soins de Longue Durée, et manque de places agréées aide sociale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- Les objectifs :

Rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement les SSR gériatrique, polyvalent, locomoteur, neurologique et nutrition.

Prévoir le renforcement des SSR gériatriques, ce qui devrait être possible lors de l'évolution de la tarification du SSR.

Dans le cadre du plan Alzheimer, identifier des unités cognitivo-comportementales au niveau des bassins de santé (le financement est prévu pour 11 unités dans la région).

- Les recommandations :

Élaborer et appliquer des protocoles standardisés de repérage de la fragilité aux urgences.

Mettre en place, dans les court-séjours gériatriques, des unités d'hospitalisation de courte durée (pendant 4 jours par exemple) chargées de réaliser chez des patients arrivant des urgences ou sortant de services de spécialité, les bilans et des prises en charge gériatriques immédiats, avant entrée en SSR gériatrique.

Organiser les interfaces entre services de court-séjour (gériatrie et/ou spécialités) et centres SSR gériatriques à l'échelle des bassins de santé, de façon à impliquer tous les établissements.

Améliorer les collaborations avec les professionnels libéraux et le secteur médico-social. (cf. : volet vieillissement)

3.11. La filière SSR "polyvalents"

- Les structures existantes :

Ces structures ne sont pas repérables aujourd'hui ; ce qui était classé en "Soins de Suite Médicaux" (SSMed) comporte par exemple des lits en pneumologie, en addictologie, en nutrition, en gériatrie. Cette offre est non seulement disparate, mais aussi très variable en capacités et très dispersée dans la région. L'ensemble de l'offre SSMed est porté par 129 établissements, le tout représentant environ 7250 lits, avec des capacités allant de 5 à 450 lits (capacités estimées à partir du PMSI 2007, sur la base de 300 journées par an, soit un taux d'occupation de 82 %).

Si l'on retire les SSR qui se déclarent "gériatriques" dans l'annuaire Trajectoire, l'offre polyvalente totaliserait 3.220 lits.

- Les problèmes rencontrés :

De façon générale, les SSR polyvalents qui seront issus des structures considérées jusque-là comme du SSMed généraliste, seront confrontés à une insuffisance de moyens pour :

- assurer des suites précoces compatibles avec la meilleure sécurité des soins ;
- dispenser les soins de malades lourds médicalement et/ou très dépendants ;
- assurer des réinsertions difficiles (manque d'assistant de service social notamment).

Le SSMed généraliste manque des compétences nécessaires, notamment en gériatrie, neurologie, rééducation locomotrice, nutrition.

Dans de nombreux cas, les structures SSMed sont de taille trop petite (par exemple une dizaine de lits dans un hôpital Local) pour disposer d'un médecin salarié avec une compétence minimale en SSR et/ou d'une équipe soignante identifiée et formée spécifiquement.

Enfin, non dépendants de l'organisation de l'offre hospitalière mais ayant beaucoup d'effets sur celle-ci, les problèmes d'aval conduisent à limiter les admissions en SSMed généraliste lorsque l'avenir de la prise en charge des patients est incertain, ou difficile à organiser. Le risque est en effet, lorsque les SSMed généralistes acceptent un trop grand nombre de tels patients, qu'ils bloquent leur propre fonctionnement, et ne puissent plus jouer leur rôle de fluidification de la filière de sortie des services de court-séjour.

- Les objectifs :

Dans chaque bassin: rapprocher autant que possible les structures de SSR polyvalent des SSR spécialisés de niveau bassin (gériatrie notamment) ; les rapprocher fonctionnellement et si possible géographiquement des services de court-séjour.

Dans les zones de proximité : maintenir une offre de SSR polyvalent à condition qu'elle soit de taille suffisante, notamment grâce à un regroupement éventuel de l'offre existante et établir des liens fonctionnels avec le SSR gériatrique.

- Les recommandations :

Améliorer les collaborations avec les professionnels libéraux et le secteur médico-social.

**ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION
DEPISTAGE PRENATAL**

Introduction

L'élaboration d'un volet Assistance médicale à la procréation (AMP) et Diagnostic prénatal (DPN) résulte de la promulgation de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique. L'une de ses dispositions concerne notamment la création de l'Agence de la biomédecine. Les décrets du 22 décembre 2006 définissent les activités d'AMP et de DPN, la compétence des ARH relative aux autorisations des établissements, la procédure d'agrément par l'Agence de la biomédecine des praticiens ainsi que les conditions de fonctionnement des structures.

L'AMP s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle de même que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel.

Le DPN s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée.

1. État des lieux

1.1. L'Assistance médicale à la procréation (AMP)

L'AMP est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité.

Il est actuellement admis qu'en France environ 15 % des couples consultent au moins une fois un praticien pour un trouble supposé ou réel de la fertilité mais seulement 3 à 5 % sont en fait stériles.

Dans la pratique quotidienne, la prise en charge thérapeutique de ces couples peut débiter par la prescription d'une induction simple de l'ovulation avec des rapports programmés.

Les activités de procréation médicalement assistée comportent deux types de techniques : l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*.

L'insémination artificielle (IAC avec sperme de conjoint ou IAD avec sperme de donneur) tend à apporter une solution en cas d'hypofertilité féminine si les trompes sont saines, en cas d'hypofertilité masculine si le nombre de spermatozoïdes mobiles est suffisant (IAC) ou en cas de stérilité masculine (IAD). Les indications de cette technique sont très larges et elle est le plus souvent proposée en première intention. Elle nécessite habituellement le recours à un traitement de stimulation de l'ovulation pour de meilleurs résultats. Entrant pleinement dans le cadre de l'AMP, l'insémination artificielle reste la technique la plus accessible.

La Fécondation *In Vitro* (FIV) consiste à mettre en contact les gamètes mâle et femelle, au laboratoire, dans une boîte de culture reproduisant *in vitro* le phénomène physiologique de fécondation. 1 à 3 embryons obtenus sont transférés dans l'utérus quelques jours plus tard. Les embryons surnuméraires sont congelés jusqu'au transfert intra-utérin lors d'un cycle ultérieur. Les principales indications de cette technique sont les stérilités tubaires. Une cause masculine existe également dans plus de 20 % des cas.

La FIV avec micro injection (ICSI) d'un seul spermatozoïde introduit dans le cytoplasme ovocytaire à l'aide d'une micro pipette est la technique la plus récente. Cette technique ne reproduit pas la fécondation physiologique et est indiquée quand les spermatozoïdes sont inaptes à traverser d'eux mêmes les enveloppes ovocytaires. Cette technique est parfois de seconde intention en cas d'échec de la FIV conventionnelle.

Les activités cliniques d'AMP, à l'exception de l'insémination artificielle, ne peuvent être effectuées que dans des établissements de santé, publics ou privés, et les activités biologiques, dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyse de biologie médicale ; le recueil et traitement du sperme (activité biologique de l'insémination artificielle) sont réalisés dans des laboratoires d'analyse de biologie médicale.

Cas particulier : la stimulation de l'ovulation. La prescription de médicaments inducteurs de l'ovulation peut être réalisée en médecine de ville, en dehors d'une AMP, sans contrôle. La dernière enquête périnatale montre une augmentation du taux de naissances multiples et de prématurité dont l'hyperstimulation ovarienne est un facteur favorisant. En France, 340.000 boîtes d'inducteurs d'ovulation sont vendues chaque année. On estime que 60 à 100.000 femmes bénéficieraient de ces traitements prescrits aussi bien par des gynécologues de ville que des médecins généralistes, tous autorisés à prescrire ces médicaments.

Les activités d'AMP soumises à autorisation préalable comprennent :

- Les activités cliniques suivantes:
 1. Recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une AMP intra conjugale avec ou sans recours à un tiers donneur
 2. Recueil par ponction de spermatozoïdes
 3. Transfert des embryons en vue de leur implantation
 4. Recueil par ponction d'ovocytes en vue d'un don
 5. Mise en œuvre de l'accueil des embryons.
- Les activités biologiques suivantes :
 1. Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
 2. Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation
 3. Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don
 4. Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don
 5. Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux en application de l'article L.2141-11 du code de la santé publique
 6. Conservation des embryons en vue d'un projet parental
 7. Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

1.1.1. L'offre de soins

En 2008, 11 établissements de santé (5 publics et 6 privés) disposent d'une autorisation pour les activités cliniques d'AMP et 18 établissements ou laboratoires (3 publics et 15 privés) pour les activités biologiques ; 8 d'entre eux ne sont autorisés que pour les activités biologiques de préparation et conservation de sperme en vue d'une insémination artificielle.

La région Rhône-Alpes dispose de :

- 10,6 centres cliniques par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (moyenne nationale : 9,7). Les 2 régions voisines (Auvergne et Bourgogne) disposent de respectivement de 9,5 centres par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (2 centres) et 3,8 centres par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (1 centre).
- 16,3 laboratoires par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (moyenne nationale : 19), l'Auvergne : 9,5 laboratoires par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (2 laboratoires) et la Bourgogne : 34,5 laboratoires par million de femmes âgées de 18 à 45 ans (9 laboratoires).

Le nombre de centres cliniques reflète l'offre de soins de fécondation in vitro et le nombre de laboratoires, l'offre en insémination artificielle.

Activités cliniques d'AMP	1 : Recueil d'ovocytes en vue d'une AMP	2 : Recueil par ponction de spermatozoïdes	3 : Transfert d'embryons	4 : Recueil d'ovocytes en vue d'un don	5 : Mise en œuvre de l'accueil des embryons
Nombre de sites	11	8	11	2	2

Activités biologiques d'AMP	A	B	C	D	E	F	G
Nombre de sites	18	10	2	2	3	10	2

A : Préparation et traitement sperme intraconjugal (IA)

B : FIV et ICSI

C : Préparation et traitement sperme en vue de don

D : Préparation et traitement ovocytes (don)

E : Conservation à usage autologue gamètes F : Conservation embryons (projet parental)

G : Conservation embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

1.1.2. L'activité en Rhône-Alpes (source ABM)

En 2006, 78.421 enfants sont nés en Rhône-Alpes dont 2.081 à partir d'AMP soit 2,6 % des naissances. La répartition des naissances selon la technique et l'origine des gamètes est comparable à la répartition nationale :

- à partir du sperme du conjoint : 28,0 % par IC, 19,9 % par FIV, 34,2 % par ICSI et 11,8 % par TEC,
- don de sperme : 6,1 % et don d'ovocytes : 0,1 %.

Technique	Tentatives	Grossesses échographiques	Accouche-ments	Enfants nés vivants
Intraconjugal				
Insémination intra-utérine	5.681	660	535	582
FIV hors ICSI	2.048	440	350	411
ICSI	3.383	844	629	720
TEC	1.504	297	218	242
Spermatozoïdes de donneur				
Insémination intra-utérine	498	81	67	74
Insémination intra-cervicale	198	30	24	27
FIV hors ICSI	86	15	9	10
ICSI	65	16	9	9
TEC	18	2	1	1
Don d'ovocytes				
FIV hors ICSI	0	0	0	0
ICSI	15	5	2	3
TEC	17	4	2	2
Accueil d'embryons				
TEC	17	3	3	3

Les inséminations artificielles occupent une place importante puisqu'elles représentent respectivement 6.980 tentatives (569 enfants) en 2005 et 6.197 (683 enfants) en 2006 soit environ 51 % des tentatives d'AMP réalisées en intraconjugale. Les chances de grossesse sont de l'ordre de 10 % par cycle débuté.

Tous les laboratoires développent les 2 techniques de fécondation in vitro (FIV et ICSI). L'activité est relativement stable ces dernières années. En 2006, les tentatives d'AMP (FIV + ICSI) ont abouti à la naissance de 1 399 enfants

La FIV hors ICSI représente 2.134 tentatives. Les chances de grossesse sont de l'ordre de 20 à 23 % selon les centres. Dans 75 % des cas, cette technique va permettre la naissance d'un enfant unique. La FIV a permis la naissance de 421 enfants. (421/2.134).

L'ICSI concerne 3.463 cycles soit 60,8 % des fécondations in vitro totales. Les chances de grossesses sont de 21 à 24 % par cycle d'ICSI. Le taux de grossesse gémellaire est de 22 % et celui de grossesses multiples de plus haut rang est de quelques pourcents. Celui-ci, dépend du nombre d'embryons transférés par patiente. 732 enfants sont nés en 2006 grâce à cette technique

Le transfert d'embryons congelés puis décongelés (TEC), activité non négligeable réalisée seulement par certains laboratoires, a abouti à la naissance de 248 enfants.

La répartition de l'âge des femmes au moment de la ponction est similaire à celle du niveau national avec toutefois, une proportion un peu plus grande des femmes de plus de 39 ans : 37,7 % ont moins de 32 ans, 43,2 % de 33 à 38 ans, 14,7 % 39 à 41 ans et 4,3 % plus de 42 ans.

La prise en charge des donneurs de sperme ainsi que la gestion du don sont assurées par les CECOS (centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme). Cela concerne 2 centres dans la région et a représenté 26 candidats pour le don de sperme et 15 pour le don d'ovocytes en 2005.

1.1.3. Constats et problématiques

Tous les bassins hospitaliers à l'exception du bassin 3 disposent d'au moins un laboratoire permettant une prise en charge de 1^{ère} intention de la stérilité (actes d'insémination) ; cependant la répartition de l'offre de soins sur le territoire est inégale. 3 laboratoires de préparation et conservation de sperme en vue d'une insémination artificielle sur l'agglomération d'Annecy, 4 centres d'AMP sur l'agglomération lyonnaise, 2 sur Saint-Etienne et 2 sur Grenoble.

Les structures actuellement autorisées ne répondent pas toutes à l'obligation de localisation sur un même site des activités cliniques et biologiques afin de répondre à la définition de centre d'AMP, condition nécessaire au renouvellement des autorisations existantes.

Les besoins de la population sont couverts par les structures existantes et il n'y a pas lieu d'augmenter le nombre de sites sauf pour l'AMP viral qui n'est réalisé qu'aux Hospices civils de Lyon.

Les activités cliniques et biologiques en volume d'actes varient de façon très importante d'une équipe à l'autre : de 30 à 700 cycles pour le traitement de sperme en vue d'une IAC, de 110 à 1.300 FIV/ICSI). Il n'est pas démontré que les résultats sont corrélés à l'activité. C'est pourquoi l'activité d'une structure réalisant une faible activité mais répondant aux besoins de la population de proximité doit être poursuivie tant qu'elle présente un fonctionnement conforme aux règles de bonnes pratiques et des résultats dans la moyenne nationale.

1.1.4. Perspectives

Transfert d'un embryon unique : les professionnels du traitement des infertilités qui travaillent, pour la plupart, dans des centres structurés d'AMP, ont évolué dans le sens d'un plus faible nombre d'embryons transférés par tentative afin de réduire les grossesses multiples et la morbidité qui leur est liée.

Développement attendu de l'activité de cryoconservation de tissu gonadique pour les personnes bénéficiant d'un traitement stérilisant et présentant un risque d'altération de sa fertilité suite à la demande des oncologues.

Développement attendu des dons d'ovocytes suite aux campagnes grand public initiées par l'Agence de la biomédecine.

Évolution de la réglementation suite aux réflexions menées par l'Agence de la biomédecine sur la limitation de certaines activités (don d'ovocytes et l'accueil de l'embryon par exemple) aux seuls établissements au statut public.

1.2. Le Diagnostic Prénatal (DPN)

Le diagnostic prénatal, introduit en France en 1972, voit chaque année ses applications s'étendre. En 30 ans, des progrès considérables ont été réalisés en matière de DPN avec l'évolution des techniques et des pratiques.

Les malformations diagnostiquées en période anténatale sont présentes chez 2 à 3 % environ des nouveau-nés vivants à la naissance et chez 20 % des fœtus mort-nés (50 % d'entre elles sont invalidantes). Ceci signifie que chaque année en France, en l'absence de stratégie de dépistage et de prévention, 7.500 à 8.000 enfants naîtraient porteurs d'un handicap grave lié à une ou plusieurs malformations soit 1 % environ des naissances.

Les anomalies chromosomiques sont à l'origine de 60 % des fausses couches spontanées du 1^{er} trimestre, expliquent 7 % de la mortinatalité et sont présentes chez un nouveau-né sur 250. La plus fréquente de toutes ces anomalies chromosomiques est la trisomie 21, première cause de retard mental chez l'enfant.

Les analyses de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un DPN ne peuvent être pratiquées que dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés.

1.2.1. L'offre de soins

Des consultations de conseil génétique sont proposées dans les 3 CHU, dans les centres hospitaliers de Valence, Montélimar et Chambéry ainsi que dans une structure privée de Lyon (Alpigène).

La région Rhône-Alpes dispose par ailleurs de 5 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Ces structures, qui sont des centres d'expertises, donnent des avis et conseils en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic, aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du fœtus.

Sur le plan biologique, le diagnostic prénatal (DPN) se rapporte à des prélèvements soit sur le fœtus ou ses annexes (liquide amniotique, villosités chorales, sang fœtal) soit sur du sang de la mère. Six types d'analyses sont soumis à autorisation dans le cadre du DPN :

1. les analyses de cytogénétique, y compris la cytogénétique moléculaire
2. les analyses de génétique moléculaire
3. les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses y compris analyses de biologie moléculaire
4. les analyses d'hématologie y compris analyses de biologie moléculaire
5. les analyses d'immunologie y compris analyses de biologie moléculaire
6. les analyses de biochimie y compris analyses de biologie moléculaire

Activités	Cytogénétique	Génétique moléculaire	Diagnostic maladies infectieuses
Nombre de sites	6	5	5
Activités	Hématologie	Immunologie	Biochimie
Nombre de sites	1	0	8

1.2.2. L'activité en Rhône-Alpes (source Agence de la biomédecine)

Environ 2.500 dossiers de DPN sont vus chaque année par les équipes de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal aboutissant à 400 attestations d'IMG.

En 2006, 53.043 parturientes de la région (moins de 80 %, ce taux est inférieur à la moyenne nationale) ont bénéficié d'un dosage des marqueurs sériques au cours de leur 2^{ème} trimestre de grossesse (dépistage des grossesses à haut risque de trisomie 21) et 8.200 caryotypes ont été réalisés. 93 % des prélèvements sont faits par amniocentèse. Ces examens de DPN sont proposés par le praticien qui suit la patiente.

Les autres examens de DPN sont prescrits pour la recherche de maladies héréditaires ou pathologies soit lorsqu'il existe des antécédents soit sur signes d'appel.

1.2.3. Constats et problématiques

L'échographie fœtale est le premier moyen utilisé pour le diagnostic prénatal. Elle n'est pas réglementée comme les autres explorations prénatales (biologiques ou génétiques).

Le conseil génétique : Le diagnostic prénatal est :

- soit programmé sur le risque génétique (lors de situation génétique diagnostiquée chez un premier enfant ou un autre membre de la famille ou risque précis connu chez le couple),
- soit organisé dans le cadre du risque combiné en début de grossesse (analyse du risque de Trisomie 21 en l'absence d'antécédent autre que l'âge maternel, le tabagisme ou la gémellarité),
- soit non programmé lors de la découverte fortuite au cours de l'échographie morphologique à 22 semaines d'aménorrhée (ou avant) d'une malformation.

Les généticiens sont peu nombreux (un seul est en cours de formation dans la région Rhône-Alpes), il faut près de 9 mois pour avoir un rendez-vous de conseil génétique programmé.

S'il y a urgence à prendre en charge un couple en DPN, la demande d'analyse ne justifie pas la mise en place d'un fonctionnement des laboratoires 24 h/24.

Le nombre de laboratoires autorisés réalisant des analyses de DPN est très hétérogène selon les activités. Ils sont situés essentiellement dans les 3 villes sièges d'un CHU. Certaines activités telles que les analyses sur les marqueurs sériques peuvent cependant être réalisées à proximité des parturientes.

Les analyses de DPN les plus nombreuses sont les analyses de biochimie (dosages des marqueurs sériques) et de cytogénétique (caryotypes). Ces analyses sont réalisées pour la plupart par des laboratoires privés qui ont mis en place un ramassage organisé des prélèvements aussi bien dans les laboratoires de ville que des établissements de santé. L'absence de personnel dédié, dans les centres hospitaliers, susceptible de réaliser les prélèvements à l'issue des consultations, amène les patientes à réaliser les prescriptions en laboratoires de ville et explique l'activité souvent faible des laboratoires hospitaliers.

Certains laboratoires réalisent des analyses très spécialisées mais peu nombreuses. Ils sont répertoriés en qualité de centres de référence pour une maladie rare avec un recrutement national et développent des activités de recherche.

1.2.4. Perspectives

Risque combiné (RC): Dans le cadre du dépistage prénatal de la Trisomie 21 recommandé par la Haute autorité de santé, la mise en place du risque combiné est un changement de stratégie. Il s'agit du calcul du risque au 1^{er} trimestre au lieu du 2^{ème} trimestre actuellement avec intégration de l'âge, des MSM au 1^{er} trimestre et de la mesure de la clarté nucale. Cela nécessite un changement des pratiques professionnelles (échographie de qualité, ponction des villosités chorales...), une adaptation des laboratoires compte tenu de la répercussion sur l'activité technique et médicale et la mise en place d'un contrôle qualité de la mesure échographique de la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale.

Diagnostic préimplantatoire (DPI) : Cette technique, permettant le tri génétique des embryons avant leur implantation, évite le recours au DPN avec la sanction possible d'une interruption médicale de grossesse toujours traumatisante pour le couple. Le développement d'une activité de DPI permettra la prise en charge des couples de la région "reconnus comme présentant une forte probabilité de transmettre une maladie génétique d'une particulière gravité, à révélation tardive et mettant prématurément en jeu le pronostic vital" dans de meilleurs délais.

Diagnostic du groupe Rhésus fœtal sur sang maternel : Le génotypage RHD fœtal sur plasma maternel permet de rechercher la présence du gène RHD du fœtus chez les mères RhD négatif sans nécessiter de prélèvement invasif. Ce diagnostic qui relève du DPN, permet, par un diagnostic précoce, d'éviter une anémie majeure du nouveau-né pouvant aboutir au décès de celui-ci.

2. Les objectifs généraux

Les femmes conçoivent des enfants de plus en plus tard. En France, l'âge de la 1^{ère} maternité est passé de 27,2 ans en 1970, 29,3 ans en 1998 à 29,9 ans en 2008. En 2008, 21,5 % des enfants sont nés d'une mère de 35 ans et plus contre 16,9 % il y a 10 ans. Les femmes se préoccupent de plus en plus tard de leur stérilité. L'âge moyen des patientes consultant pour infertilité augmente de 0,3 ans chaque année, induisant plus d'infertilités liées à l'âge et en corollaire, plus de besoin de recours au DPN.

L'objectif général du volet AMP-DPN du SROS est d'améliorer la couverture territoriale de la prise en charge de la stérilité et de la prévention des handicaps chez le nouveau-né par le diagnostic prénatal tout en répondant aux nouvelles réglementations et aux règles de bonnes pratiques.

L'organisation de l'offre de soins concernant ces activités d'AMP et de DPN doit répondre aux 4 objectifs essentiels du SROS 3 :

- une exigence de pertinence, de qualité, de sécurité des soins et de globalité de la prise en charge,
- une amélioration de la continuité des soins,
- une plus grande accessibilité,
- un renforcement de l'efficience.

3. Les objectifs opérationnels

Les recommandations et référentiels ainsi que l'analyse de l'existant conduisent à :

- conforter le dispositif actuel tout en visant à l'amélioration de la prise en charge individuelle des patients,
- assurer une meilleure utilisation des moyens disponibles,
- maintenir une accessibilité suffisante.

L'offre régionale comporte l'ensemble des activités et des agréments et est liée à des compétences qu'il est important de maintenir. L'offre est diversifiée en ce sens qu'elle se répartit sur des structures publiques et privées, en CHU et hors CHU. Toutefois, une certaine fragilité est notée car certaines autorisations ne reposent sur l'agrément que d'un seul praticien.

Pour répondre aux besoins de la région Rhône-Alpes, différents objectifs opérationnels doivent être atteints.

3.1. L'amélioration de l'organisation territoriale : une offre de soins diversifiée et harmonieuse sur l'ensemble du territoire.

La plupart des activités d'AMP et de DPN s'organisent à un niveau régional et ne peuvent être déclinées par territoire de santé. Toutefois, certaines d'entre elles (l'insémination intraconjugale en AMP ou les dosages de marqueurs sériques dans le sang maternel en DPN, par exemple) peuvent être qualifiées comme des activités de proximité.

Chaque bassin hospitalier doit donc être en mesure de prendre en charge ou d'orienter un couple rencontrant des problèmes de stérilité ou nécessitant un diagnostic prénatal.

▪ Concernant l'AMP

Les couples doivent pouvoir accéder à proximité de leur domicile à l'exploration de l'infertilité, aux activités de préparation des gamètes et d'insémination artificielle.

Il est important d'inciter à une prise en charge des couples infertiles dans le centre d'AMP le plus proche de leur habitat.

L'efficience d'une IAC étant liée au délai entre le traitement du sperme et l'insémination, cela justifie la répartition de laboratoires sur l'ensemble de la région. Le nombre important de déplacements nécessaires dans le cadre d'une AMP rend la prise en charge de proximité plus efficace. Les autres activités cliniques et biologiques d'AMP doivent être réalisées dans les centres d'AMP autorisés existants.

L'offre de soins doit permettre de maintenir une réponse dans les secteurs publics et/ou privés selon le souhait des couples.

Les couples à risque viral doivent être orientés précocement vers le centre développant cette spécificité qui doit être en mesure de répondre aux demandes de la région. En cas d'incapacité à faire face à l'ensemble des demandes (études de besoin à prévoir), un 2^{ème} centre devra être sollicité pour cette activité.

- **Concernant le DPN**

L'accès au diagnostic prénatal sera facilité par la possibilité de proposer dans chacun des bassins hospitaliers des consultations de génétique médicale, des échographies de référence en lien avec les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal existants dont le nombre et le fonctionnement en réseau permettent d'ores et déjà la couverture de l'ensemble de la région.

Le nombre peu important de généticiens formés et en formation amène à promouvoir des coopérations entre les acteurs du DPN afin de permettre un accompagnement de la décision et le soutien selon l'issue de la grossesse.

La mise en place du risque combiné dans le cadre du dépistage prénatal de la trisomie 21 nécessite une collaboration étroite entre le biologiste, l'échographiste, le gynécologue obstétricien et le médecin traitant. Ceci plaide en faveur d'une offre de proximité pour les marqueurs sériques maternels. Le nombre de femmes prises en charge au sein d'un bassin de santé peut justifier la mise en place d'un pôle regroupant l'ensemble de ces compétences.

3.2. Améliorer l'efficacité, conserver les compétences régionales, consolider les autorisations existantes et optimiser les plateaux techniques

- **Concernant l'AMP**

La stimulation ovarienne, effectuée sans AMP (rapports programmés) ou pour Insémination artificielle, est une activité non réglementée. Afin d'éviter les complications liées aux hyperstimulations et de méconnaître les nouvelles réglementations, elle doit être réalisée par des praticiens expérimentés qui devront disposer de la maîtrise de cette technique (DESC de médecine de la reproduction ou grande partie de leur temps consacrée à cette activité).

Les laboratoires ayant une activité de préparation et traitement du sperme intraconjugal doivent travailler en lien avec le centre d'AMP le plus proche.

Le maintien des compétences passe par la réalisation d'un nombre d'actes suffisants, la formation continue et une organisation adaptée à cette activité toujours plus réglementée et professionnalisée. Une activité de plus de 100 préparations de sperme pour IAC, d'environ 500 FIV-ICSI par an (si le bassin de recrutement le permet) est un minimum pour conserver une technicité et disposer d'un nombre de praticiens suffisant pour assurer la continuité des soins.

Pour prendre en compte les problèmes de démographie médicale, il est nécessaire de former des professionnels pour l'avenir et d'inciter aux regroupements et aux coopérations entre les différentes équipes.

▪ **Concernant le DPN**

Afin d'améliorer la prise en charge des patientes et de réaliser une activité suffisante pour développer les techniques nouvelles dans leurs laboratoires, les centres hospitaliers devront mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réaliser les prélèvements dès la sortie des consultations.

Dans le cadre du dépistage intégré de la Trisomie 21 au cours du 1^{er} trimestre (risque combiné) selon les recommandations de la Haute autorité de santé, il est nécessaire de disposer d'échographistes expérimentés, de gynécologues-obstétriciens entraînés à la ponction des villosités chorales (VC).

Les gynécologues-obstétriciens doivent développer une pratique de 50 ponctions par an en moyenne. Les laboratoires pour leur part, doivent se former à la réalisation de caryotypes sur VC et disposer en conséquence de moyens adaptés.

3.3. Anticiper les évolutions techniques prévisibles

▪ **Concernant l'AMP**

L'adaptation aux demandes nouvelles de la population doit être opérée par la prise en compte de :

- la cryoconservation de tissu gonadique pour les personnes bénéficiant d'un traitement stérilisant,
- des dons d'ovocytes suite aux campagnes grand public initiées par l'Agence de la biomédecine,
- des patients ayant un risque viral (hépatites, VIH...),
- de l'évolution de la réglementation suite aux réflexions menées par l'Agence de la biomédecine sur la limitation des activités (don d'ovocytes et l'accueil de l'embryon par exemple) aux seuls établissements au statut public.

▪ **Concernant le DPN**

La mise en place d'activités nouvelles justifiée par des besoins définis dans la région doit être facilitée par la coopération de tous les acteurs.

Les laboratoires devront anticiper la réforme attendue sur la biologie médicale ainsi que les évolutions techniques concernant le matériel (automates...). Un minimum de 1.000 actes semble nécessaire pour acquérir un automate et améliorer les coûts en cytogénétique.

La réalisation de caryotype sur cellules du trophoblaste nécessitant plus de personnel expérimenté à cette technique imposera une rationalisation de l'organisation. Le recours à l'automatisation devrait permettre d'y parvenir.

3.4. Améliorer la qualité de la prise en charge psychologique

▪ **Concernant l'AMP**

L'exploration psychique des couples et du désir insatisfait d'enfant doit être proposée systématiquement. Si le recours aux professionnels de la psychiatrie s'impose parfois, cela ne doit pas exonérer le praticien de l'écoute et du dialogue avec son patient.

Il y a un travail de deuil à accomplir en ce qui concerne les embryons conçus par AMP et "perdus" qu'il conviendra de reconnaître. En effet, les couples acceptent au départ la congélation de leurs embryons qu'ils perçoivent comme une chance supplémentaire de procréer. Mais ultérieurement, ces couples lorsqu'ils n'ont plus de projet parental, peuvent avoir de réelles difficultés à choisir le devenir de leurs embryons (don à une autre couple, don à la recherche médicale ou fin de conservation).

▪ **Concernant le DPN**

L'objectif du DPN est de dépister chez les femmes identifiées comme porteuses de risques importants par rapport à la population générale, une éventuelle anomalie grave du fœtus et de leur proposer, selon le type d'anomalie dépistée soit une prise en charge de l'enfant atteint soit une interruption médicale de grossesse.

Il est nécessaire de mieux prendre en compte l'annonce du handicap par l'accompagnement de la famille en souffrance et en devenir. La révélation aux parents d'une pathologie chez leur enfant est un moment particulièrement difficile. Les conditions dans lesquelles les parents ont appris la déficience de leur enfant peuvent influencer sur le devenir de leur enfant et sur leur aptitude à assumer des choix déterminants.

Afin d'éviter toute sensation d'abandon, de dévalorisation et de culpabilité, le maintien d'une relation de confiance durant période difficile permet de surmonter le choc de l'annonce.

Il est nécessaire de favoriser l'accompagnement du couple en lien avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et d'assurer la continuité de la prise en charge après la période hospitalière avec les acteurs extrahospitaliers y compris avec les associations de parents d'enfants handicapés.

La création d'une culture commune pour les équipes des services concernés peut être favorisée par la formation.

3.5. Prévention-information

Les patientes doivent être informées par leur médecin traitant sur les risques d'hypofertilité ou d'infécondité en relation avec l'âge maternel ainsi que sur les risques liés aux grossesses tardives. Les stimulations ovariennes mal contrôlées peuvent entraîner des grossesses multiples responsables de l'augmentation de la prématurité et influençant la mortalité in utero et la mortalité périnatale.

Les femmes enceintes qui acceptent, ce qui est la grande majorité des cas, le dépistage prénatal de la Trisomie 21, ne sont pas toujours conscientes que cela peut impliquer pour elles de graves décisions à prendre, comme celles de poursuivre ou non leur grossesse. Il est donc nécessaire d'accompagner le dépistage par une information adaptée réalisée par le médecin prescripteur.

La prévention des embryopathies passe par la sensibilisation des praticiens, en particulier les médecins généralistes en contact avec les femmes enceintes, par l'information sur l'intérêt et les limites de l'échographie de dépistage anténatal et sur la nécessité de réaliser des examens fœto-pathologiques pour la recherche étiologique de la pathologie.

Les réseaux de périnatalité ont par ailleurs une mission de formation des professionnels et d'information des patientes.

3.6. Qualité, sécurité des soins et évaluation

▪ Concernant l'AMP

Tous les professionnels doivent évaluer leurs pratiques en accord avec les recommandations de la Haute autorité de santé et des règles de bonnes pratiques.

Les centres devront organiser la mise en place de l'AMP vigilance sans délai.

Une réflexion doit être menée sur la limitation du nombre d'embryons transférés d'une part et sur la maîtrise de la stimulation ovarienne d'autre part afin de limiter les risques liés aux grossesses de haut rang.

Afin de permettre de réaliser des travaux épidémiologiques de qualité, une concertation sur l'uniformisation des données recueillies dans les rapports d'activité transmis à l'Agence de la biomédecine doit être engagée.

Tous les acteurs doivent être impliqués dans l'amélioration de la réponse apportée aux couples.

Les échanges de pratiques doivent être encouragés entre tous les centres d'AMP, les laboratoires de la région et les professionnels de santé concernés et doivent le plus souvent possible être pluridisciplinaires.

▪ Concernant le DPN

L'échographie fœtale est le premier moyen utilisé pour le diagnostic prénatal. Elle n'est pas réglementée comme les autres explorations prénatales (biologiques ou génétiques). Alors que tout médecin est habilité à pratiquer des échographies, ainsi que les sages femmes dans le cadre de la surveillance de la grossesse, cette technique est "opérateur dépendant". Par ailleurs, l'implémentation de la stratégie du risque combiné nécessite la mise en place d'un contrôle qualité de la mesure échographique de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale.

Le crane

En conséquence, l'amélioration de la qualité des échographies obstétricales passe par la validation des pratiques des praticiens. Celle-ci est déjà réalisée par certains centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en lien avec leurs réseaux de périnatalité. Il est nécessaire de l'étendre à toute la région.

**EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES
D'UNE PERSONNE ET IDENTIFICATION
PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES**

Introduction

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Les analyses de biologie médicale réalisées dans ce cadre recouvrent :

- des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire qui consistent à étudier les chromosomes (mise en évidence, notamment, d'anomalies de nombre et de structure, de recombinaison) ;
- des analyses de génétique moléculaire qui permettent l'étude de l'ADN (recherche de mutations dans les gènes) ;
- toute autre analyse de biologie médicale fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Ces analyses, réalisées dans des laboratoires de biologie médicale, ont pour objet :

- de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique ;
- de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales constitue un volet du schéma régional d'organisation sanitaire en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique.

Le décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 définit cette activité et fixe, notamment, les conditions de prescription de l'examen, d'agrément des praticiens et d'autorisation des laboratoires.

Il prévoit en son article 3, la publication des dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire relatives à cette activité dans un délai de trois ans à compter de sa publication.

La prescription d'un examen des caractéristiques génétiques est réalisée le plus souvent dans le cadre d'une consultation de conseil génétique effectuée par un généticien.

Les analyses de cytogénétique et de génétique moléculaire s'effectuent dans des laboratoires de biologie médicale des établissements publics de santé, des laboratoires des centres de lutte contre le cancer, des laboratoires d'analyses de biologie médicale privés ou des laboratoires d'analyses de biologie médicale de l'Établissement français du sang sous la responsabilité de praticiens agréés par l'Agence de la Biomédecine.

Les laboratoires sont autorisés par le préfet de région puis par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation après publication du SROS.

1. État des lieux

La région Rhône-Alpes compte :

- 7 laboratoires autorisés à réaliser des analyses de cytogénétique :
 - 5 laboratoires situés dans des établissements de santé publics (Groupement hospitalier Est - CHU de LYON - HCL, CHU de Grenoble, CHU de Saint-Etienne, CH de Chambéry, CH de Valence) ;
 - et 2 laboratoires privés (BIOMNIS et ALPIGENE) ;
- 20 laboratoires autorisés à réaliser des analyses de génétique moléculaire :
 - 10 laboratoires aux HCL (4 au Groupement hospitalier Est, 2 au Groupement hospitalier Sud - CH Lyon Sud, 1 au Groupement hospitalier Nord - Hôpital de la Croix Rousse, 3 au Groupement hospitalier Édouard Herriot) ;
 - 3 laboratoires au CHU de Grenoble, 2 au CHU de Saint-Etienne, 1 au CH de Chambéry, 1 au Centre Léon Bérard, 1 à l'Établissement français du sang, site de Gerland ;
 - 2 laboratoires privés : BIOMNIS et ALPIGENE.

1.1. Analyses de cytogénétique

Les analyses de cytogénétique constitutionnelle sont réalisées dans les indications telles que le retard mental / malformations, les troubles de la reproduction, les études familiales, les suspicions d'anomalie gonosomique et les maladies cassantes (Anémie de Fanconi).

Les techniques utilisées sont principalement la technique dite "classique" avec réalisation de caryotypes et marquage des bandes G et/ou R et les méthodes de FISH (hybridation in situ par des sondes fluorescentes).

Une nouvelle technique d'hybridation génomique comparative, la CGH array, est mise en place depuis 2007 au sein d'une plate-forme dont le centre coordonnateur est le CHU de Lyon. Cette technique est réalisée au laboratoire de Cytogénétique Constitutionnelle situé au Centre de Biologie et de Pathologie Est du Groupement hospitalier Est, en relation avec le CHU de Grenoble, le CHU de Saint-Etienne et le CHU de Clermont-Ferrand.

Les données brutes sont transmises aux CHU associés pour analyse, interprétation, vérification et rendu des résultats aux patients.

Les analyses de cytogénétique constitutionnelle et prénatale sont principalement réalisées dans les mêmes laboratoires.

Les praticiens des hôpitaux publics de la région souhaitent ne pas dissocier les activités de diagnostic prénatal (DPN) des activités de diagnostic postnatal. Dans certains cas, le DPN découle d'un remaniement chromosomique parental et inversement la découverte d'une anomalie chromosomique fœtale implique la réalisation de caryotypes parentaux.

Deux éléments différencient cependant la cytogénétique prénatale et constitutionnelle :

- la nature des échantillons en prénatal (liquide amniotique, villosités chorales) exige des techniques de prélèvement invasives réalisées par des praticiens expérimentés ;
- le rendu des résultats d'analyses en prénatal implique des décisions thérapeutiques à prendre rapidement au cours du déroulement de la grossesse.

1.2. Analyses de génétique moléculaire

Les techniques utilisées sont des techniques de biologie moléculaire (par exemple : technique de PCR - Polymerase Chain Reaction).

On peut distinguer deux catégories principales d'analyses en génétique moléculaire :

- les analyses de premier niveau, qui sont notamment demandées dans des bilans d'investigation standards (hémorragie, thrombose...) ou préalablement à l'instauration d'un traitement médicamenteux (pharmacogénétique) ;
- les analyses très spécialisées, plus complexes et plus longues qui, pour certaines ne sont réalisées que dans un seul laboratoire de la région ou quelques laboratoires en France (exemple : granulomatose septique chronique).

Cette distinction n'apparaît pas dans les autorisations actuelles, préalables à ce volet du SROS 3. Elle est désormais affichée dans les objectifs quantifiés qui comprennent trois catégories d'analyses de génétique moléculaire : hématologie, pharmacogénétique et analyses très spécialisées.

1.2.1. Analyses de premier niveau

- Analyses d'hématologie sur les marqueurs génétiques de risque principalement thrombotique :

6 laboratoires réalisent la totalité ou une partie de ces analyses :

- 2 laboratoires au CHU de Lyon (Groupement hospitalier Édouard Herriot et CH Lyon Sud), 1 au CHU de Grenoble, 1 au CHU de Saint-Etienne, 1 au CH de Chambéry ;
- et le laboratoire BIOMNIS.

- Analyses de pharmacogénétique :

La pharmacogénétique est l'étude de l'influence du profil génétique sur la variabilité de la réponse à un traitement médicamenteux (exploration des gènes TPMT, CYP 3A5, RYR1 et CACNA1S...).

Le but est de déterminer les profils génétiques des individus pour dépister ceux qui présentent un risque particulier d'inefficacité ou de toxicité vis-à-vis de certains médicaments.

Les analyses de pharmacogénétique sont réalisées sur 2 sites dans la région :

- l'Unité Fonctionnelle de pharmacologie spécialisée (laboratoire de pathologie moléculaire de l'hémoglobine et de pharmacotoxicologie) situé au Groupement hospitalier Édouard Herriot ;
- le laboratoire de biochimie et génétique moléculaire du CHU de Grenoble.

1.2.2. Analyses très spécialisées

Les analyses très spécialisées sont réalisées par un nombre restreint de laboratoires au niveau régional voire national. Certains laboratoires dits "de référence" explorent un ou plusieurs gènes spécifiques correspondant à des maladies rares.

Il n'y a pas de définition réglementaire du laboratoire de référence. En revanche, cette définition existe pour les centres de référence cliniques labellisés par le Ministère de la Santé pour la prise en charge de maladies rares (une vingtaine de centres de référence cliniques sont répertoriés en région Rhône-Alpes).

Ces centres peuvent être financés dans le cadre de réseaux où se développent des coordinations.

Les laboratoires de génétique moléculaire dits "de référence" travaillent en lien ou sont adossés à ces centres cliniques. Ils sont souvent associés aux réseaux de maladies rares voire même coordonnateurs de ces réseaux ; ils bénéficient d'une aide budgétaire ministérielle en répondant à des appels d'offres.

La région Rhône-Alpes est fortement pourvue en laboratoires dits "de référence" souvent en lien avec l'implantation d'une activité de recherche et universitaire diversifiée.

Des informations ont été recueillies auprès des professionnels et à partir du "serveur d'information sur les maladies rares et les médicaments orphelins" ORPHANET. Elles permettent d'identifier dans la région une douzaine de laboratoires répondant à ces spécificités.

1.3. Autres analyses

Sur l'ensemble des laboratoires de la région effectuant l'étude des marqueurs HLA, seuls 2 laboratoires les réalisent dans le cadre de la génétique (recherche d'associations à certaines maladies) : le laboratoire d'histocompatibilité de l'Etablissement français du sang Rhône-Alpes (site de Gerland) et le laboratoire BIOMNIS.

1.4. Recensement des collaborations existantes

Les principales coopérations significatives dans la région (mise en commun de matériel, de locaux...) sont la création de plateaux techniques communs de biologie moléculaire situés au sein des principaux sites des trois CHU.

Il faut également souligner l'existence entre le Centre Léon Bérard et le Groupement hospitalier Édouard Herriot d'une plate-forme mixte de génétique constitutionnelle qui étudie la prédisposition aux cancers fréquents ainsi que le travail en commun en cytogénétique réalisé par quatre CHU autour de la CGH array.

Par ailleurs, dans de nombreux domaines, des réseaux plus ou moins formalisés entre biologistes ont été mis en place tant au niveau régional (par exemple pour la cytogénétique en visioconférence) qu'au niveau interrégional ou national permettant d'avoir un avis collégial et spécialisé.

1.5. Constats et problématiques identifiés à partir de l'état des lieux

1.5.1. Territoires de santé dépourvus d'offre de laboratoire de proximité

Plusieurs territoires de santé de la région ne disposent pas de laboratoire réalisant des analyses de cytogénétique ni de laboratoire effectuant des analyses de génétique moléculaire :

- le territoire de l'Ain n° 01 avec Bourg-en-Bresse,
- le territoire du sud de l'Ardèche et de la Drôme n° 03 avec Montélimar,
- le territoire de La Loire nord n° 05 avec Roanne,
- le territoire n° 07 avec Villefranche-sur-Saône,
- les territoires n° 12 et n° 13 qui comprennent notamment la Haute-Savoie.

Une étude ciblée pour la cytogénétique a été réalisée sur les deux territoires de santé couvrant la Haute-Savoie. Ces deux territoires limitrophes, pouvant avoir un recrutement frontalier, concernent une population importante d'environ 710.000 habitants¹.

Une analyse qualitative en prenant contact avec les principaux prescripteurs (Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville et Centre Hospitalier d'Annecy) et une étude du nombre d'analyses prescrites (données provenant de l'assurance maladie et des deux établissements précités) ont été effectuées.

Il en ressort :

- des délais de rendu de résultats par les laboratoires extérieurs au département ayant réalisé ces analyses, compatibles avec une bonne prise en charge clinique des patients,
- le recours à des consultations de génétique réalisées dans d'autres centres (Chambéry, Lyon, Paris), faute d'implantation de généticiens en Haute-Savoie,
- un nombre annuel d'environ 850 demandes d'analyses de cytogénétique (dont 200 en constitutionnel), activité jugée trop faible pour justifier l'implantation d'un laboratoire dans le contexte actuel de la biologie.

Concernant les autres territoires précités dépourvus de laboratoires, les analyses sont transmises au laboratoire BIOMNIS, aux laboratoires des établissements de santé de Lyon, de Saint Etienne, de Grenoble et de Chambéry. La transmission est effectuée par transporteur spécialisé ou par voie postale.

Les délais de rendu de résultats par les laboratoires sous-traitants paraissent compatibles avec une bonne prise en charge clinique des patients.

1.5.2. Notion d'urgence pour les analyses génétiques constitutionnelles

D'une manière générale, si la prise en charge des patients doit être rapide, la réponse à une demande d'analyse en génétique constitutionnelle n'est pas susceptible d'engager le pronostic vital immédiat du patient.

¹ Source : INSEE 2000

Cependant, quelques analyses doivent être traitées sans délai comme les analyses réalisées dans le cadre de pathologies susceptibles de mettre en danger la vie du patient (mort subite par troubles du rythme cardiaque, angiédème héréditaire, hyperthermie maligne...).

Pour les analyses de cytogénétique, les analyses à traiter sans délai sont l'ambiguïté sexuelle et les analyses en lien avec un diagnostic prénatal pouvant influencer sur la conduite à tenir pour l'issue de la grossesse.

De plus, le temps de réalisation de l'analyse excède souvent plusieurs jours et varie en fonction de sa nature (exemple : le délai pour un caryotype varie en moyenne de 15 jours à 3 semaines ; face à une demande urgente, le délai minimum pour la réalisation d'un caryotype est de 72 heures et de 24 à 48 heures pour un examen de FISH).

1.5.3. Différence d'activité notable entre les laboratoires de cytogénétique

Ne disposant pas de rapport d'activité en cytogénétique constitutionnelle², l'activité des laboratoires a été étudiée à partir des réponses à un questionnaire adressé aux laboratoires pour établir l'état des lieux.

Une forte variation du volume d'activité d'analyses traitées entre les laboratoires est observée : 312 analyses en 2007 (caryotypes et FISH) pour le plus petit laboratoire (CH de Valence) et 4357 analyses pour le plus important (BIOMNIS) avec 2 laboratoires ayant une activité supérieure à 2000 analyses (laboratoire de cytogénétique des HCL et BIOMNIS).

De même, lorsque l'on rapporte le nombre d'analyses effectuées au nombre de techniciens exprimé en équivalent temps plein, un différentiel significatif est constaté, reflet d'organisations différentes au sein des laboratoires.

Pour tous les laboratoires, exceptés pour BIOMNIS, le temps consacré à des missions exercées en dehors du laboratoire (enseignement, formation, accueil des étudiants, consultation de conseil génétique, participation aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal...) est conséquent et doit être pris en compte.

Deux études sont disponibles sur l'état des lieux en France et en Europe :

- la première a été publiée dans le XIX^{ème} bulletin de l'Association des Cytogénéticiens de Langue Française (ACLF) en mars 2007 (une nouvelle étude serait actuellement en cours),
- la seconde émane du Guideline rédigé par un groupe de travail de l'European Cytogeneticists Association (ECA).

Au regard de ces données, il n'apparaît pas que, dans la région Rhône-Alpes, un laboratoire de cytogénétique soit situé sous le seuil communément admis pour maintenir un niveau d'expertise suffisant³. Toutefois, la plupart des laboratoires situés dans les établissements publics de santé peuvent être qualifiés comme ayant une activité moyenne (à l'exception du CHU de Lyon) et l'un d'entre eux, comme ayant une faible activité (CH de Valence).

² Rapport annuel d'activité défini par arrêté du ministre chargé de la santé non paru au 31/01/09

³ ECA Cytogenetic Guidelines and Quality Assurance § 3

L'organisation entre les laboratoires des établissements de santé publics et les laboratoires privés est différente au niveau du recrutement des patients, de la gestion du personnel et du niveau d'automatisation :

- Le recrutement des patients :

Le laboratoire BIOMNIS a mis en place un ramassage organisé des prélèvements lui assurant un recrutement régional, national voire international. Ce ramassage couvre les laboratoires privés de la région mais aussi des Centres Hospitaliers (Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, d'Annecy, de Montélimar...). En revanche, les centres hospitaliers n'effectuent pas de ramassage des prélèvements.

De plus, une structure publique comme les Hospices civils de Lyon ne dispose pas de centre de prélèvement sur ses sites tels que le Groupement hospitalier Est, permettant une prise en charge optimale du patient même si elle existe à la sortie de certaines consultations.

- Une flexibilité dans la gestion du personnel

Le laboratoire BIOMNIS bénéficie d'une flexibilité dans l'organisation du travail de son personnel permettant une prise en charge des prélèvements sur une période horaire plus importante que les établissements de santé.

- Un niveau d'automatisation différent

A l'exception du laboratoire de cytogénétique du CHU de Lyon qui développe la technique de CGH array, seul le laboratoire BIOMNIS, qui traite un volume très important d'analyses, a recours à une automatisation importante.

Cette automatisation concerne l'automatisation des étapes de préparation des lames, la lecture automatisée des lames d'hybridation in situ interphasique ou la lecture automatisée permettant la capture des métaphases à différents grossissements.

Le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques de l'APHP (CEDIT) s'est prononcé sur certains de ces automates⁴. Les gains de productivité sont incontestables au regard du coût d'acquisition de ces automates mais nécessitent un volume d'activité important (exemple : un minimum de 1.000 examens par an est recommandé pour s'équiper d'un analyseur automatique d'images).

L'automatisation ne réduit pas de manière significative le délai de rendu des résultats mais permet d'absorber des volumes conséquents et d'affecter le personnel à des tâches plus valorisantes de lecture, d'interprétation ou d'aide à la validation biologique.

1.5.4. Consultation de conseil génétique

En génétique constitutionnelle, il est prévu, par la réglementation, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires dans le cas de personnes asymptomatiques mais présentant des antécédents familiaux. Fin 2008, aucune équipe ne s'était déclarée auprès de l'Agence de la biomédecine.

⁴ Recommandations réf. 07.05/Re1/08, réf. 02.11/Re1/03, réf. 92.06

Le conseil se situe à deux niveaux :

- le conseil lié au rendu de l'analyse, effectué par le biologiste qui délivre au prescripteur un commentaire détaillé du résultat,
- le conseil génétique lié à la prise en charge des patients, comprenant notamment l'étude familiale, réalisé par un généticien ou dans le cadre de consultations cliniques spécialisées (exemple : hémostase).

Certains laboratoires, dont le laboratoire BIOMNIS, ne disposent pas d'une structure clinique associée permettant d'assurer le conseil génétique.

La pénurie actuelle en médecins généticiens engendre pour la génétique constitutionnelle des délais de plusieurs mois d'attente pour les patients qui doivent souvent se déplacer loin de leur domicile. Cette pénurie commune au pré et postnatal va se poursuivre dans la région compte tenu du faible nombre d'internes en cours de formation⁵.

La profession de "conseiller en génétique et médecine prédictive" a été créée en 2004 d'une part, pour pallier une carence du nombre de spécialistes formés et d'autre part, pour effectuer certains actes de conseil en génétique dont les procédures sont standardisées et qui ne relèvent pas réellement d'une expertise médicale. Le conseiller en génétique exerce sur prescription médicale, sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique et par délégation de celui-ci. En France, selon l'association française des conseillers en génétique, le besoin est évalué à 300 conseillers exerçant dans des services de génétique.

1.5.5. Laboratoires ayant une faible activité en génétique moléculaire

La notion de faible activité est établie en comparant l'activité des laboratoires entre eux. Le plus souvent, cette notion ne permet pas de tirer des enseignements directs sur le niveau d'expertise du laboratoire en l'absence de données existantes retrouvées dans la littérature ou émises par les sociétés savantes.

- Analyses de premier niveau

Il ressort de l'état des lieux, que le laboratoire d'hématologie du Centre hospitalier Lyon Sud (ayant réalisé 267 analyses en 2007) effectue des analyses similaires à celles réalisées dans le laboratoire d'hémostase du Groupement hospitalier Édouard Herriot (ayant réalisé 3.095 analyses en 2007). Cette situation implique au sein du même établissement le doublement des équipes, du matériel et des réactifs.

Une faible activité peut aussi s'expliquer par la taille de l'établissement dont dépend l'essentiel du recrutement patient. C'est le cas du laboratoire d'hématologie du Centre Hospitalier de Chambéry autorisé pour la recherche des facteurs impliqués dans l'hémostase (recrutement de 255 patients pour 2007). Cependant, l'activité de génétique constitutionnelle s'inscrit dans une activité plus large de biologie moléculaire dans le service de biologie.

Toutefois, le regroupement de ces analyses sur un petit nombre de plateaux techniques permettrait d'effectuer des économies à l'échelle de la région en termes de fonctionnement.

⁵ Un interne en médecine en cours de spécialisation de génétique au 1/01/09 sur l'inter région Rhône-Alpes - Auvergne

- **Analyses très spécialisées**

Une faible activité est le plus souvent liée à la particularité d'un laboratoire qui étudie une seule maladie rare ayant une faible prévalence dans la population (par exemple le centre de diagnostic et de recherche sur la granulomatose septique chronique du CHU de Grenoble qui en 2007, a concerné 127 patients sur la base d'un recrutement national).

Il ressort de l'état des lieux, que le laboratoire d'exploration fonctionnelle et métabolique de l'Hôpital de la Croix Rousse a eu une activité annuelle de 10 patients pour l'année 2007. Un tel niveau de recrutement, plus proche d'une activité de recherche que d'une activité de diagnostic, doit conduire à s'interroger sur le maintien d'une telle activité.

Concernant les HCL, certains laboratoires réalisent des analyses différentes mais dans le même domaine d'activité (exemple : dans le domaine de l'étude des dyslipidémies : génotypage de l'APOE réalisé dans l'Unité Fonctionnelle Dyslipidémies-Cardiobiologie du Groupement hospitalier Est et le laboratoire de biochimie du Centre Hospitalier Lyon Sud).

1.6. Domaines d'évolution

- **En cytogénétique**

La nouvelle technique d'hybridation génomique comparative, la CGH array va se développer. Elle apporte un bénéfice certain dans la recherche étiologique des retards mentaux syndromiques inexplicables. Cependant, elle est coûteuse en réactifs et en temps personnel (environ 1.000 euros l'analyse).

Ainsi, les 100 demandes traitées pour l'année 2007 au CHU de Lyon, ont nécessité 0,5 ETP praticien, 0,5 ETP secrétaire, 1 ETP ingénieur et 1,5 ETP techniciens.

L'évolution de cette technique est difficile à quantifier compte tenu du niveau encore faible d'information des prescripteurs potentiels de cette technique. Toutefois, il est raisonnable de prévoir que la demande actuelle soit triplée voire quadruplée.

Le financement des laboratoires publics réalisant cette technique est assuré par le ministère de la santé pour un petit nombre de laboratoires de CHU.

- **En génétique moléculaire**

Les deux voies d'évolution possibles sont les maladies monogéniques (nouvelles mutations à découvrir dont la nature et le nombre sont difficilement prévisibles) et les polymorphismes de prédisposition, dont fait partie la pharmacogénétique.

S'il est raisonnable de prévoir un développement de la discipline de pharmacogénétique, en particulier dans le domaine de la cancérologie, il est difficile de chiffrer ce développement qui sera lié au degré d'information des prescripteurs potentiels.

- **Dans le cadre de la réforme de la biologie**

Le volet "examen des caractéristiques génétiques d'une personne et identification par empreintes génétiques à des fins médicales" du SROS de Rhône-Alpes s'inscrit dans le cadre de la réforme de la biologie.

Cette réforme vise d'une part, à inscrire les laboratoires de biologie médicale dans la recherche de la qualité prouvée en rendant obligatoire notamment une démarche d'accréditation et engage d'autre part, les laboratoires à se restructurer et à rechercher des gains de productivité face à une baisse annoncée des actes.

2. Objectifs généraux

2.1. Renforcer et réorganiser les structures existantes

La réorganisation des structures existantes doit permettre aux laboratoires d'accéder à l'innovation technique et à l'automatisation tout en garantissant la permanence du service rendu au patient. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de renforcer le recrutement patient de certains laboratoires, de rationaliser l'étape analytique et de regrouper certaines structures.

2.2. Améliorer l'accès des patients aux consultations de conseil génétique

Les consultations de conseil génétique sont indispensables à une prise en charge globale et optimale du patient. Elles sont insuffisamment développées et doivent être renforcées.

2.3. Améliorer l'information des cliniciens

Le recours aux analyses spécialisées est notamment lié au niveau d'information des cliniciens. Cette information doit être améliorée.

2.4. Établir et diffuser la liste des laboratoires dits "de référence" réalisant des analyses très spécialisées dans la région

Cette liste permettra de valoriser les compétences des laboratoires de la région réalisant des analyses très spécialisées en lien avec les centres de référence cliniques déjà répertoriés. Elle sera diffusée auprès des prescripteurs et des patients.

3. Objectifs opérationnels

3.1. Renforcer et réorganiser les structures existantes

- **Renforcement du recrutement patient**
 - pour améliorer la prise en charge des patients à la sortie des consultations, les centres hospitaliers mettront en place des centres de prélèvements. Cette organisation permettra d'améliorer la proximité de l'offre de soins.
 - les centres hospitaliers renforceront leur coopération en organisant un système de ramassage et de transport des prélèvements biologiques dans toute la région.
- **Regroupement de l'activité analytique en cytogénétique et en génétique moléculaire**
 - les centres hospitaliers engageront le regroupement de la partie analytique en cytogénétique pour atteindre dans les 5 ans un maximum de 2 plateaux techniques de taille conséquente permettant l'automatisation des techniques et le recours à l'innovation,

- les centres hospitaliers engageront le regroupement de la partie analytique en génétique moléculaire des analyses de premier niveau d'hématologie sur un petit nombre de plateaux techniques,
 - les Hospices civils de Lyon engageront le regroupement des laboratoires réalisant des analyses dans le même domaine d'activité.
- **Maintien du nombre existant de laboratoires réalisant des analyses de pharmacogénétique**
 - **Octroi des autorisations à des laboratoires disposant d'un nombre suffisant de praticiens permettant de garantir la permanence des activités**

3.2. Améliorer l'accès des patients aux consultations de conseil génétique

Les centres hospitaliers qui ne disposent pas de généticiens devront mettre en place des postes de conseillers en génétique qui travailleront en réseau avec ces praticiens.

Les laboratoires d'analyses médicales privés devront développer une consultation de conseil génétique.

3.3. Améliorer l'information des cliniciens

Les laboratoires devront améliorer l'information des cliniciens sur l'intérêt et l'opportunité de la prescription d'analyses de génétique constitutionnelle (réunions, lettres d'information...).

3.4. Établir et diffuser la liste des laboratoires dits "de référence" réalisant des analyses très spécialisées dans la région

Pour établir cette liste, un groupe de travail sera constitué et comprendra des représentants de chaque spécialité. La liste une fois établie sera diffusée et mise à jour régulièrement sur un site internet.

4. Évaluation

Les indicateurs proposés sont :

- concernant le regroupement de l'activité analytique en cytogénétique et en génétique moléculaire : suivi du nombre de laboratoires autorisés,
- concernant l'accès des patients aux consultations de conseil génétique : suivi du délai moyen d'attente.

CARDIOLOGIE

Introduction

La révision du volet "cardiologie" du SROS 3 s'inscrit dans la démarche d'actualisation du schéma pour prendre en compte la publication des décrets et arrêté relatifs à cette discipline.

Elle vise à conforter la prise en charge en urgence des patients présentant une suspicion de syndrome coronarien aigu.

L'autorisation prévue à l'article L.6122-1 du code de la santé publique porte sur 3 types d'actes :

- les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation,
- les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant et les cardiopathies congénitales de l'enfant et de l'adulte,
- les actes portant sur les cardiopathies de l'adulte en dehors des actes visés au 1.

Les décrets du 14 avril 2009 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et aux conditions d'implantation ainsi que l'arrêté du 14 avril 2009 fixant le seuil minimal annuel pour chacun des trois types d'actes ont été publiés au Journal Officiel le 16 avril 2009.

Ces textes viennent compléter la réglementation en vigueur afférente à ces activités, notamment :

- la sous section 6 du décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue,
- l'arrêté du 18 août 2004 relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables et des sondes de défibrillation cardiaque au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Le volet cardiologie du SROS 3 (livre III) publié en 2006, fixe comme objectifs :

- organiser la prévention,
- organiser la filière cardiologique avec notamment une USIC par bassin et une prise en charge rapide des syndromes coronariens aigus
- assurer la couverture des bassins en rythmologie interventionnelle
- améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques.

En ce qui concerne la rythmologie interventionnelle, l'ARH RA a publié en novembre 2007, un nouvel arrêté relatif aux autorisations spécifiques : défibrillateurs et stimulateurs triple chambre.

Enfin, le SIOS Rhône-Alpes - Auvergne de chirurgie cardiaque inscrit :

- la possibilité de créer un centre dans le bassin d'Annecy,
- un centre unique de chirurgie cardiaque pédiatrique pour l'Inter région : les HCL. Le CHU de Grenoble pourra poursuivre la prise en charge des adolescents dans le cadre d'une convention avec les HCL,
- la concertation médico-chirurgicale pour les actes de cardiologie interventionnelle programmés.

1. État des lieux

L'état des lieux des sites adultes équipés en angioplastie, rythmologie, chirurgie cardiaque est le suivant. Il est précisé également l'implantation en cardiologie pédiatrique.

Bassin	Sites d'activités interventionnelles	Réanimation autorisée	USIC installée
1	GCS 01 - CH Bourg	+	+
	GCS 01 - Clinique Convert	+	
2	CH Valence	+	+
4	CHU de Grenoble	+	+
	Clinique Belledonne	+	+
	Clinique mutualiste		+
5	CH de Roanne	+	+
6	CHU de Saint-Etienne	+	+
	CHPL	+	+
8	Louis Pradel (HCL)	+	+
	Clinique du Tonkin	+	+
9	Croix-Rousse (HCL)	+	+
	St Joseph - St Luc	+	+
	Infirmierie protestante	+	+
	Polyclinique de Rillieux		+
10	Clinique de la Sauvegarde	+	+
12	GCS 74 - site CHRA	+	+
Région		15 sites	16 sites

USIC = Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

Bassin	Sites d'activités interventionnelles	Angioplastie	Rythmologie	Chirurgie cardiaque	Activité pédiatrique
1	GCS 01 - CH Bourg	+			
	GCS 01 - Clinique Convert				
2	CH Valence	+			
4	CHU de Grenoble	+	+	+	
	Clinique Belledonne	+	+		
	Clinique mutualiste	+			
5	CH de Roanne		+		
6	CHU de Saint-Etienne	+	+	+	
	CHPL	+			
8	Louis Pradel (HCL)	+	+	+	+
	Clinique du Tonkin	+	+	+	
9	Croix-Rousse (HCL)	+	+		
	St Joseph - St Luc	+	+		
	Infirmierie protestante	+	+	+	
	Polyclinique de Rillieux		+		
10	Clinique de la Sauvegarde	+		+	
12	GCS 74 - site CHRA	+	+		
Région		14 centres	11 centres	6 centres	1 centre

1.1. En cardiologie interventionnelle

Aucun centre n'est plus autorisé à réaliser une activité isolée de coronarographie à visée exclusivement diagnostique.

En Rhône-Alpes, la majorité des sites d'angioplastie ont un service d'urgences 24 h/24 à l'exception :

- de la clinique Belledonne ;
- de l'hôpital de la Croix Rousse (HCL) ;
- de l'Infirmierie Protestante ;
- et de l'Hôpital cardiologique Louis Pradel.

Les admissions en urgence sont régulées par le Centre 15, en coordination avec les 3 réseaux de la région :

- RESURCOR (Nord Alpin),
- ResCue (vallée du Rhône et Saône),
- Réseau de la Loire qui est un réseau généraliste en place depuis fin 2008.

L'état des lieux permet également de montrer que la permanence des soins liée à cette activité relève soit d'une ligne de garde spécifique soit d'une mutualisation avec l'astreinte de l'USIC conformément à l'article D.6124-105 du code de la santé publique. Le centre de Bourg-en-Bresse, avec un centre de cardiologie interventionnelle sur la clinique Convert et une USIC sur le centre hospitalier, n'est néanmoins pas en situation d'organiser la permanence médicale en cardiologie sur la clinique.

Bassin	Sites d'activités interventionnelles	Total 2006	Total 2007	Total 2008
1	GCS 01	56	95	287
2	CH Valence	-	194	651
4	CHU de Grenoble	993	799	896
	Clinique Belledonne	784	784	776
	Clinique mutualiste	202	435	486
6	CHU de Saint-Etienne	1.017	853	924
	CHPL	254	259	243
8 et 10	Hospices civils de Lyon	1.881	1.740	1.746
	Clinique du Tonkin	876	820	738
	St Joseph - St Luc	692	746	714
	Infirmierie protestante	1.055	828	677
12	Clinique de la Sauvegarde	667	562	529
	GCS 74 - site CHRA	833	870	816
Région		9.310	8.985	9.483

En 2008, l'activité de deux centres reste inférieure au seuil défini à l'article R.623-133 du code de la santé publique : le GCS de Bourg-en-Bresse et le CHPL.

Cinq bassins de Rhône-Alpes sont dépourvus de centre d'angioplastie :

- bassin hospitalier n° 3 - Montélimar
- bassin hospitalier n° 5 - Roanne
- bassin hospitalier n° 7 - Villefranche-sur-Saône
- bassin hospitalier n° 11 - Chambéry
- bassin hospitalier n° 13 - Haute-Savoie Nord.

Les évolutions régionales attendues sont essentiellement la création d'un centre de chirurgie cardiaque dans le bassin d'Annecy et d'un centre d'angioplastie dans les bassins de Chambéry et de Villefranche.

La concertation médico-chirurgicale pour la cardiologie interventionnelle programmée citée dans le volet chirurgie cardiaque du SIOS n'est pas à ce jour formalisée.

1.2. En rythmologie interventionnelle

Pour l'activité de rythmologie, elle se répartit sur 14 centres de rythmologie interventionnelle dont 11 centres autorisés pour défibrillateurs implantables (DFI) et stimulateurs triple chambre (STC)

Depuis novembre 2007, 10 établissements soit 11 centres (2 pour les HCL) sont autorisés pour les stimulateurs triple chambre, 8 pour les défibrillateurs implantables. Parmi ces centres, deux n'ont pas d'activité d'angioplastie : le CH de Roanne et la Polyclinique de Rillieux.

La nouvelle technique d'ablation de la fibrillation atriale (FA) est réalisée dans quelques centres. Cette technique très complexe, qui s'accompagne de complications sévères dans une fourchette de 2 à 4 % des cas fait l'objet actuellement d'une réflexion au sein du groupe de rythmologues de la Société Française de Cardiologie.

En ce qui concerne l'activité réalisée en défibrillation, l'OMEDIT a recensé en Rhône-Alpes (en intégrant le CHRA dont l'activité a débuté fin 2007) un volume de près de 1.000 défibrillateurs posés en 2007. L'OMEDIT dénombre pour 2007 environ 4.700 stimulateurs posés et répartis comme suit :

- Stimulateurs simple chambre : 1.065
- Stimulateurs double chambre : 3.450
- Stimulateurs triple chambre : 185.

Cette répartition n'est pas conforme à l'étude d'évaluation des stimulateurs cardiaques simple et double chambre réalisée par la Haute autorité de santé en février 2009 (dossier "Etude d'évaluation des technologies de santé") qui met l'accent sur une utilisation plus large des appareils simple chambre.

De même, au regard des recommandations de la société française de cardiologie et de l'arrêté du 28 octobre 2003, plus de 30 établissements sont en dessous du seuil de 50 stimulateurs par an et par centre.

Enfin, l'activité par centre fait l'objet d'un recueil national : Registre STIDEFIX. Il convient de relever que l'obligation de renseigner ce registre est respectée par 7 centres.

1.3. Particularité de la Cardiologie Interventionnelle Pédiatrique :

Elle ne concerne que le CHU de Lyon ; l'Hôpital Cardiologique Louis Pradel (HCL) étant l'unique centre pour la région. Situé à proximité de l'HFME, il permet les transferts in utero .Près de 200 actes portant sur les cardiopathies de l'enfant ont été recensés en 2008.

Certaines indications (fermeture de communication inter ventriculaire) justifient l'utilisation d'une technique d'imagerie spéciale : technique de bi plan qui limite l'irradiation et aide aussi à la précision du geste interventionnel.

Cet équipement n'est pas encore présent en Rhône-Alpes.

2. Objectifs stratégiques

2.1. En angioplastie

L'accès au centre de cardiologie interventionnelle est à organiser au regard de l'urgence de la prise en charge de la suspicion de syndrome coronarien aigu. Dans ce cadre, et conformément aux orientations de la Haute autorité de santé¹, l'accès direct au centre de cardiologie interventionnelle doit être privilégié.

Dans cet esprit, et compte tenu de la difficulté à appréhender l'évolution de l'activité d'angioplastie, au regard du maillage du territoire régional défini à ce jour, il est opportun, de conforter dans ce volet du SROS, les centres existants.

Cependant, au regard des données recueillies par les réseaux RESURCOR et RENAU mettant en évidence le potentiel d'activité du bassin et ses caractéristiques démographiques et géographiques, l'ouverture d'un centre d'angioplastie doit être envisagée dans le bassin 11, le plus important et le moins accessible des bassins de la région actuellement dépourvus de cardiologie interventionnelle. Ce projet de développement de la cardiologie interventionnelle devra s'inscrire dans un partenariat renforcé avec le CHU de recours sur le sillon alpin, afin de conforter la fonction de recours et l'effectif requis de praticiens angioplasticiens.

De même, en ce qui concerne le bassin 7, la création d'un site d'angioplastie pourra être envisagée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire avec un établissement de recours et de référence, de manière à organiser la réponse aux besoins et notamment la continuité et la permanence des soins à partir d'une équipe médicale commune.

2.2. En rythmologie interventionnelle

Les décrets soumettent à autorisation les actes de stimulation multisites et de défibrillation.

L'équipement régional est donc à conforter conformément à l'estimation réalisée par la Haute autorité de santé avec comme objectif d'assurer une prise en charge spécialisée de proximité.

Les centres devront respecter les seuils réglementaires relatifs aux stimulateurs et aux défibrillateurs.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/SCASAMU_M1.pdf

3. Objectifs opérationnels

3.1. Préconisations communes aux 3 types d'actes soumis à autorisation

L'objectif est de garantir la sécurité des patients par une prise en charge rapide des urgences coronariennes : Pour ce faire, les établissements doivent assurer :

- la présence sur chaque site, d'une unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC : avec un minimum de 6 lits) et d'une salle dédiée, c'est-à-dire affectée de manière exclusive à la cardiologie interventionnelle, répondant aux normes de sécurité (hygiène, radioprotection, traçabilité des consommables) ;
- la permanence médicale sur place en USIC, distincte de l'astreinte à domicile en angioplastie ;
- le respect du seuil d'activité de 350 par an et par centre prévue par l'arrêté du 14 avril 2009 ;
- la signature d'une convention avec un site de chirurgie cardiaque si non présent sur le site ;
- la participation au réseau régional des Urgences.

L'objectif est également de permettre une pratique de la rythmologie interventionnelle conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé et de la Société française de cardiologie.

Pour ce faire, il est nécessaire de développer une permanence des soins avec astreinte à domicile comprenant au moins deux cardiologues qualifiés, sachant réaliser toutes les techniques interventionnelles rythmologiques : ablation par radiofréquence de toutes les tachycardies (tachycardies jonctionnelles, flutter, tachycardies ventriculaires, fibrillation atriale), pace maker et pose de défibrillateurs.

L'agence rappelle la nécessité de respecter les seuils d'activité de :

- 50 actes pour les procédures d'ablation endocavitaire,
- 50 défibrillateurs implantables,
- 100 stimulateurs.

3.2. Cardiologie interventionnelle pédiatrique

Cette activité très spécifique relevant du CHU nécessite une unité de réanimation néo-natale ou pédiatrique.

Une salle d'angiographie numérisée adaptée à la prise en charge des enfants est nécessaire.

**ARTICULATION ENTRE LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX
D'ANALYSE ET DE COUVERTURE DES RISQUES
ET LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE**

Introduction

Le schéma départemental d'analyses et de couverture des risques (SDACR) est établi dans chaque département par les services départementaux d'incendie et de secours sous l'autorité des préfets de département et fait l'objet d'un arrêté préfectoral (après avis conforme du conseil général et avis des instances représentatives des sapeurs pompiers).

Il dresse l'inventaire des risques pour la population et les moyens de secours pour y répondre.

Ce volet portant sur l'articulation des SDACR avec le SROS permet de tenir compte des risques spécifiques estimés sur le territoire et de leur impact éventuel sur la santé de la population de façon à mieux harmoniser les structures et équipements susceptibles de répondre aux besoins réels de la population en matière sanitaire.

Par ailleurs, le SDACR permet de mesurer l'effet négatif d'un risque sur la structure elle-même et ainsi approcher son inefficacité ou même sa charge en cas d'accident (suite au déplacement d'un nuage toxique par exemple).

C'est là tout l'enjeu de mise en cohérence ces deux types de documents au niveau de chaque région.

1. État des lieux

Les risques naturels constituent non seulement une menace pour la population mais également pour les structures hospitalières elles mêmes et justifient de prévoir les moyens de réduire leur impact au sein des établissements ainsi que les moyens d'évacuation dans les plans blancs.

Les risques technologiques et liés aux infrastructures sont particulièrement importants dans la région Rhône-Alpes.

Les dispositifs d'organisation de la réponse de la sécurité civile (ORSEC) départementaux et zonaux en établissent la liste et les moyens d'y répondre.

La carte (jointe en annexe) présente les sites SEVESO seuil haut, les zones PPI des centrales nucléaires, et les zones d'effets irréversibles des installations classées pour l'environnement (ICPE). Les établissements sièges d'activité d'urgence sont également positionnés.

2. Les objectifs

Ils sont de 3 ordres :

- Adapter le dispositif des urgences hospitalières à la réalité des risques impactant la population qu'il dessert,
- Renforcer la coordination des services intervenant dans la prise en charge de la population impactée,
- Optimiser les systèmes d'information et de communication.

2.1. Adapter le dispositif des urgences hospitalières

- **Mettre à niveau les centres 15 pour leur permettre de faire face à un afflux d'appel en situation particulière**

Les SAMU Centres 15 départementaux en ce qui concerne leur couverture départementale (et limitrophe) et le SAMU référent zonal (CHU de Lyon) doivent disposer de moyens humains et techniques suffisants, ainsi que d'une organisation adaptée aux situations de crise, pour leur permettre de faire face, à tout moment, à une situation inhabituelle générant un afflux d'appels et/ou la prise en charge de nombreuses victimes. Il peut s'agir d'évènements à caractère brutal et de brève durée, de type accidents de trafic ou technologiques, ou de situations de longue durée de type épidémie ou pandémie. Les moyens de renfort, de suppléance et de mutualisation doivent être recherchés et validés à l'échelon départemental, régional, et zonal.

- **Poursuivre les travaux de mise aux normes des aires de pose des hélicoptères au sein des établissements siège des services d'urgences ou disposant de services d'accueil spécialisés indispensables en situation exceptionnelle. (traumatologie, neurochirurgie, accueil des brûlés...)**

Il sera opportun de disposer d'un relevé d'aires, reconnus ou simplement identifiés, permettant la pose d'hélicoptère à proximité immédiate des établissements hospitaliers d'accueil non pourvus d'aires réglementaires, et également au plus près de zones répertoriées à risques.

Les quatre hélicoptères sanitaires "blancs" mis à disposition des SAMU de Grenoble, Lyon, Saint-Etienne et Valence, permettent de répondre aujourd'hui aux besoins "courants" dans ce domaine, avec le renfort d'un hélicoptère de la Sécurité civile et d'un hélicoptère de la Gendarmerie en deuxième appel à Lyon, la couverture des risques d'accidents en montagne étant par ailleurs assurée dans les Alpes par plusieurs hélicoptères de la Sécurité civile, de la Gendarmerie et de sociétés privées (en coordination avec les SAMU alpins).

En situation exceptionnelle, il peut être fait appel aux moyens de la sécurité civile et de la gendarmerie dès lors qu'ils ne sont pas requis pour leurs besoins spécifiques.

- **Installer des unités de décontamination hospitalières (UDH) fixes dans les établissements situés à proximité de structures présentant un risque de contamination important pour la population**

A ce jour, un certain nombre d'unités fixes ou mobiles sont positionnées dans la région :

- 5 UDH fixes et 1 mobile dans le Rhône (dont HIA Desgenettes),
- 1 fixe et 1 mobile en Isère,
- 1 fixe et 1 mobile dans la Loire,
- 1 fixe dans l'Ain,
- et 1 fixe en Savoie.

Les unités fixes sont à privilégier en raison de leur disponibilité immédiate.

Les unités mobiles nécessitent un délai (minimum 1h30 pour tenir compte du montage et de l'équipement) et donc peuvent venir en renfort ou être utiles à la formation.

Compte tenu de l'analyse des risques de la région, un certain nombre d'autres sites fixes pourraient être équipés.

L'ensemble des équipements collectifs et individuels de protection, notamment leur maintenance, leur renouvellement, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires à leur stockage, leur conditionnement, leur transport, leur distribution et leur administration doivent accompagner les dispositifs spécifiques mis en œuvre dans les établissements pour répondre à l'ensemble des besoins dans ces domaines.

▪ **Renforcer et étendre les réseaux des urgences**

L'intérêt des réseaux dans ce domaine n'est plus à démontrer.

Dans la région Rhône-Alpes, 3 réseaux interbassins, coordonnés par l'ARH sont en cours d'organisation :

- RENAU, pour les départements 38, 73, 74,
- RESUVAL pour les départements 01, 07 sud, 26, 38 ouest, et 69,
- REULIAN pour les départements 42 et 07 nord.

En situation exceptionnelle ils permettent de répondre au mieux, grâce à des procédures de travail partagées et à une connaissance de tous les acteurs à l'échelon régional, à la prise en charge des urgences traumatiques, neurochirurgicales, et médico-chirurgicales complexes, à l'accueil des brûlés, et d'une manière générale, à toutes les situations requérant un plateau technique spécialisé (médical, chirurgical, obstétrical, ou pédiatrique).

Dans ce cadre, une attention particulière doit être portée aux capacités potentielles d'accueil en réanimation, soins intensifs et surveillance continue, en situation de crise. Un recensement des possibilités de renforcement de certaines structures locales doit être mené (transformation de lits d'hospitalisation standard par mobilisation de personnel et installation d'équipements de réanimation en réserve ou déplacés à l'échelon local et/ou zonal).

2.2. Renforcer la coordination des services intervenant dans la prise en charge de la population impactée

La coordination entre les services intervenant auprès de la population impactée est indispensable pour optimiser le service rendu.

Les conventions tripartites (entre les hôpitaux sièges des SAMU, les SDIS, et les transporteurs sanitaires privés) mises en place dans les départements constituent un des outils de cette coordination.

Leur évaluation est indispensable pour apprécier les procédures mises en place et les faire évoluer de façon positive (notamment en fonction des directives de la DHOS qui font suite aux conclusions de la Commission quadripartite (Intérieur, Santé, SDIS, SAMU) et aux travaux qui en découlent.

De même, l'implication des médecins libéraux dans ce dispositif, notamment les médecins correspondants SAMU, apparaît nécessaire.

Leur formation et leur entraînement doit tenir compte de cet aspect particulier. La participation des médecins libéraux généralistes à la régulation des centres 15 peut également permettre de renforcer la régulation en situation de crise.

Dans ce cadre, en complémentarité des SDIS, l'organisation et les modalités d'intervention des transporteurs sanitaires privés à l'occasion d'événements exceptionnels doivent être intégrées dans les conventions.

2.3. Optimiser les systèmes d'information et de communication

▪ Le réseau numérique ANTARES

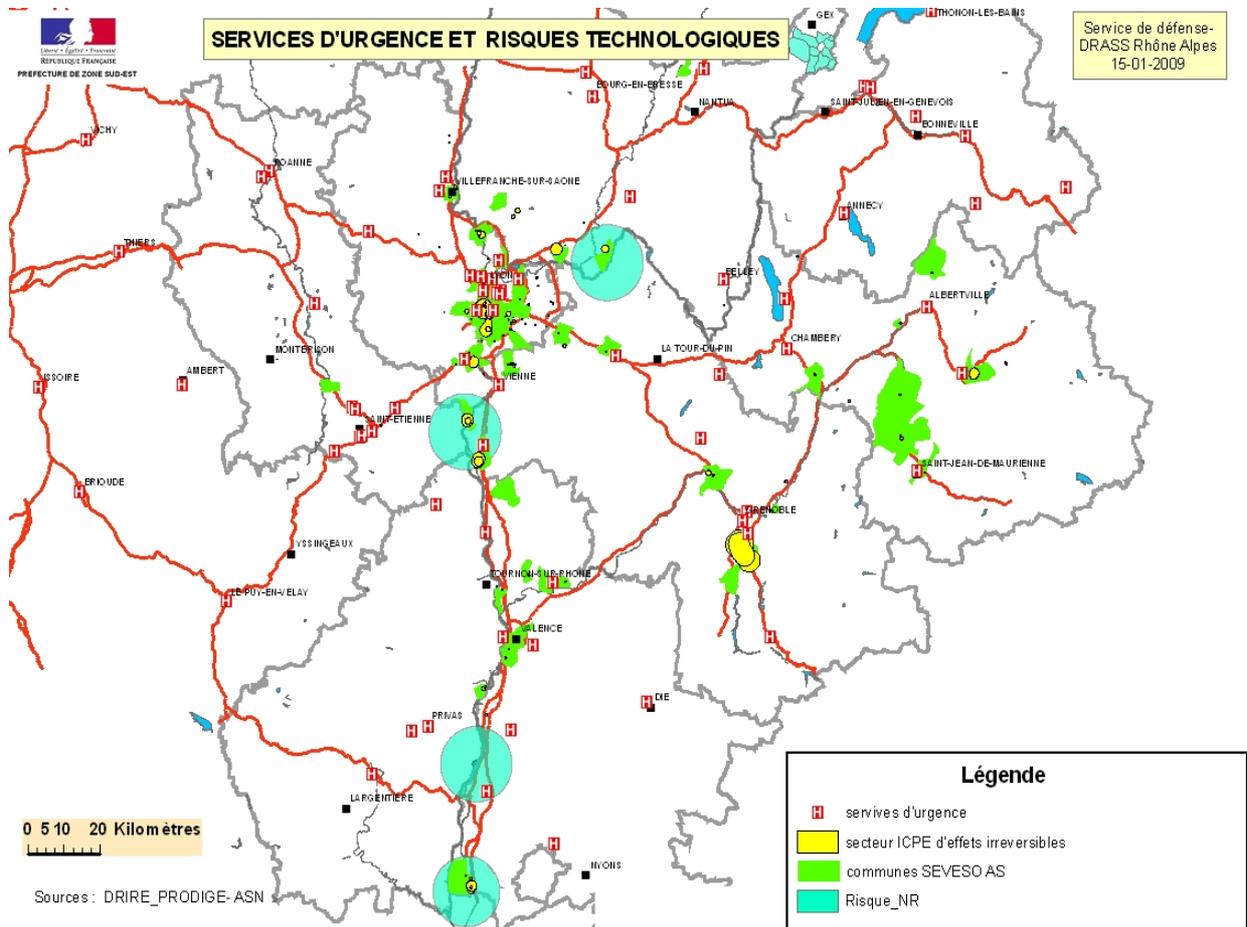
Le développement du réseau numérique ANTARES doit être accompagné dans tous les départements (seul l'Ain est à ce jour équipé de ce réseau) et coordonné dans la région en lien avec les préfetures et les SDIS de façon à moderniser le réseau de communication entre les services et également les systèmes d'information permettant de partager l'analyse de la situation sur le terrain.

▪ Développement du système d'information

La connaissance partagée des informations relatives à la continuité des soins donnés aux patients (si possible dès le début de la prise en charge), aux pathologies accueillies, aux ressources disponibles dans les structures hospitalières au travers du répertoire opérationnel des ressources régional (ROR) constitue un enjeu véritable de veille et d'aide à l'analyse et à la gestion de toute situation difficile au sein des hôpitaux.

La mise en place de ce dispositif dans tous les établissements est une priorité d'ici à la fin du présent SROS.

ANNEXE



TELESANTE

Introduction

Le "volet Télésanté" du SROS 3 est construit autour de deux grands axes :

- le développement progressif d'une plate-forme régionale permettant d'échanger des données médicales par le biais du dossier-patient,
- la mise en œuvre de projets ciblés autour de certaines thématiques médicales: urgence, cancérologie, soins de suite...

L'actualisation de ce volet peut se faire autour de ces mêmes grands axes.

1. État des lieux : le développement de la plate-forme régionale

La signature d'une convention (URML, URCAM, Conseil Régional, ARH) dans un premier temps, puis la constitution du GCS Systèmes d'Information de Santé en Rhône-Alpes (SISRA) dans un second temps, ont permis de tenir les objectifs fixés.

La convention a permis d'installer un comité de pilotage qui réunit les financeurs. Le GCS, quant à lui, réunit les deux grandes composantes de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière.

Les "briques" de la plate-forme restent les mêmes : STIC pour l'identification des patients, PEPS pour l'échange sécurisé et éventuellement l'hébergement de données, DPPR enfin pour la constitution des dossiers patients.

Aujourd'hui, plus de la moitié de l'offre de soins régionale est raccordée à la plate-forme, un million de patients sont identifiés et 300.000 disposent d'un dossier comportant des données médicales.

2. Orientations stratégiques et opérationnelles

Les objectifs en termes de développement des outils ont été tenus. Cela a permis à la région d'être très impliquée dans l'expérimentation du Dossier Médical Personnel (DMP) au niveau national, et de prolonger cette dernière dans le cadre de l'expérimentation lancée par le GIP-DMP.

Pour les années qui viennent, et dès aujourd'hui, l'enjeu principal tourne désormais autour de l'usage du dossier informatisé tant par les médecins libéraux que par les médecins et soignants hospitaliers.

Le comité de pilotage et le GCS SISRA se sont d'ores et déjà fixés des objectifs dans ce sens et ont mis en œuvre des actions dans le cadre de la "conduite du changement".

Un travail a été entrepris avec les acteurs de terrain par le biais de la contractualisation entre l'agence et les professionnels de santé. L'indicateur principal de suivi a trait au partage de données entre opérateurs, ce qui suppose un engagement collectif autour de l'objectif de plusieurs établissements, territoire par territoire.

Ce nouvel axe de travail : conduite du changement et développement de l'usage du dossier patient informatisé s'inscrit lui-même dans un environnement évolutif :

- implication plus forte des usagers dans la démarche, leurs représentants intégrant pour ce faire le comité de pilotage ;
- loi HPST qui pousse plus loin l'approche territoriale et la mutualisation des actions, dont le système d'information, constitue le soubassement ;
- développement des prises en charge à domicile (HAD, réseaux de santé) qui nécessitent un dossier informatisé pour en assurer la coordination ;
- relance du projet national, suite à la mission Gagneux, qui devrait s'appuyer sur les plates-formes régionales existantes ;
- élargissement du champ de la plate-forme au médico-social avec l'avènement des Agences régionales de santé ;
- volonté politique de moderniser les systèmes d'information hospitaliers illustrée par les moyens investis dans le cadre du plan Hôpital 2012.

Il devrait donc s'en trouver renforcé d'autant dans les années qui viennent.

2.1. Les projets thématiques

2.1.1. Les urgences

Cette thématique a été directement soutenue au plan national via le plan "Urgences" et les mesures 15 et 16.

Plusieurs déclinaisons en ont été faites :

- a) un serveur de vigilances (OURAL) qui permet d'observer les flux de patients aux urgences et les disponibilités en lits. Dans sa version actualisée, OURAL renseigne aussi sur les pathologies traitées ;
- b) l'informatisation des services d'urgence des hôpitaux et cliniques permettant notamment de recueillir en direct les données pour OURAL et d'alimenter la plate-forme en partageant les données avec les médecins libéraux ;
- c) l'informatisation de l'amont des urgences (SAMU et ses médecins correspondants, SDIS) et leur liaison avec les services d'urgence : projet SPIRAL ;
- d) l'informatisation des Maisons Médicales de Garde afin de suivre le parcours du patient entre les MMG et les services d'urgence du Grand Lyon ;
- e) le Réseau Opérationnel des Ressources (ROR) qui consiste à informatiser les réseaux des urgences, afin de constituer un annuaire exhaustif des ressources en matière d'urgence.

OURAL version 2 est en fonction. Les deux-tiers des services d'urgence sont informatisés. Les projets SPIRAL et MMG sont en phase de test. Le ROR est partiellement élaboré et reste à compléter sur la Loire, l'Ardèche et la Drôme.

2.1.2. Les soins de suite et de réadaptation

Le projet TRAJECTOIRE permet de fluidifier la filière de soins entre urgences et soins de suite, grâce à un annuaire et un thésaurus des pathologies. C'est aussi un outil de connaissance des besoins pour la planification. Il est en fonction sur Rhône-Alpes. La perspective est de l'étendre au plan national (cf. mesure 16 du Plan Urgences). Une quinzaine de régions sont intéressées par cet outil.

Ce projet pourrait trouver un prolongement et une extension internet dans le secteur médico-social, et notamment les EHPAD. Des contacts ont été pris avec les Conseils Généraux pour ce faire.

2.1.3. Le dossier communicant en cancérologie (DCC)

Le DCC offre des outils de service en cancérologie autour du DPPR. Il facilite la gestion des réunions de concertation pluridisciplinaire, la diffusion des référentiels et l'élaboration des programmes personnalisés de soins.

L'outil est opérationnel. Il convient de le déployer dans toutes les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

2.1.4. Dossier Périnatal Régional

L'objectif est de permettre l'échange et le partage d'un dossier périnatal (obstétrical) s'appuyant sur la plate-forme régionale SISRA en donnant aux établissements de petite taille la possibilité d'avoir leur propre dossier. Le projet est au stade de l'expérimentation.

2.1.5. Imagerie

Par l'échange d'images (astreinte, gardes, avis en urgence) et le partage d'images dans le dossier du patient, en s'appuyant, là encore, sur la plate-forme, l'outil peut permettre de pallier les difficultés de recrutement des radiologues et d'améliorer l'accès rapide et de qualité des patients à un examen radiologique.

Un travail a été demandé à chaque territoire sur ce plan et les trois CHU ont été sollicités pour structurer la démarche.

L'outil existe. Il reste à l'utiliser de manière concrète dans les projets de territoire.

La radiologie n'est pas la seule discipline concernée. Les urgences, la prise en charge des AVC, pourraient également bénéficier de cet outil.

2.2. La poursuite du développement des outils

2.2.1. Les réseaux de santé

La région a eu une démarche volontariste afin d'unifier les systèmes d'information des réseaux.

Elle souhaite poursuivre dans cette voie en accentuant son effort pour que les dossiers spécifiques à chaque réseau prennent aussi une forme simplifiée facilement accessible à tout médecin, notamment généraliste.

Une pause-qualité devrait permettre ainsi de travailler sur :

- la mise en adéquation des besoins des réseaux avec les outils SISRA ;
- l'orientation du système d'informatisation sur la prise en charge du patient et non pas sur l'évaluation ;
- la création de réseaux multi-thématiques.

2.2.2. Les établissements de santé de proximité

La totalité des établissements de santé doit être, à terme, raccordée à la plate-forme. Afin de faciliter l'atteinte de cet objectif, le comité de pilotage a pris l'initiative de proposer une solution de "système d'information externalisé" aux établissements de proximité, dont l'activité dominante est souvent la gériatrie et/ou le soin de suite.

Un appel d'offre régional a été lancé en 2009, pour une première application au second semestre : 15 établissements sont pour l'instant partie prenante de la démarche.

La plate-forme régionale Rhône-Alpes est désormais une réalité dont l'usage va progressivement s'étendre : 100.000 consultations annuelles sont attendues à fin 2009. Le développement des services connexes au dossier patient lui-même, comme, par exemple, OURAL ou TRAJECTOIRE constituent des atouts importants pour le développement de cet usage.

Pour autant, c'est le "dossier-patient" qui constitue le "fil rouge" en ce qu'il conduit, au-delà des aspects techniques, à une modification de la pratique médicale, faite de plus grande transparence, d'échanges et de partage des données du patient.

Dans ces modifications de pratique, c'est la relation médecin/patient qui est modifiée et transformée, le patient restant le seul à maîtriser, in fine, l'accès à son dossier. C'est pourquoi Rhône-Alpes souhaite désormais faire des patients une composante à part entière du Comité qui pilote ces actions.

C'est une modification indispensable pour le système de soins si l'on veut répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui qui sont majoritairement la prise en charge de "pathologies chroniques" au travers de filières de soins organisées depuis le domicile et la ville jusqu'à l'hôpital de recours, en passant par tous les niveaux intermédiaires.

De ce point de vue, la loi HPST constitue un nouveau tremplin en élargissant le champ des soins au médico-social et le champ hospitalier à celui de la médecine de ville.

Grâce à ces outils, notre système tout entier devrait gagner en cohérence et en efficacité pour la qualité de la prise en charge des patients.

ANNEXE

LES OBJECTIFS QUANTIFIES

METHODOLOGIES

Les dispositions qui suivent modifient et complètent les annexes du schéma arrêté le 20 février 2006 et révisé par arrêté du 30 avril 2008, annexes qui restent opposables pour les dispositions non concernées par la présente révision.

Elles prennent également en compte les modifications apportées le 21 avril 2008 à l'arrêté du 27 mai 2005, fixant les limites des territoires de santé et le ressort territorial des conférences pour la région Rhône-Alpes.

1. Médecine et Chirurgie

La méthode de calcul et les volumes d'objectifs quantifiés, définis dans le SROS 3 initial et sa première révision, ne sont pas modifiés.

Une seule correction est apportée pour tenir compte du transfert des activités de soins de médecine et de chirurgie d'une structure d'un bassin hospitalier à un autre.

2. Les activités d'AMP et de DPN

Les objectifs quantifiés doivent permettre aux structures de répondre aux besoins de la population par une répartition de l'offre sur l'ensemble du territoire, à la mise en place de centres d'AMP et aux nécessités de regroupement afin de disposer des moyens humains en nombre suffisant pour assurer la continuité des soins.

3. Soins de suite et de réadaptation

3.1. Objectifs quantifiés en implantations

Une répartition entre une offre régionale et une offre de proximité par bassin est opérée afin de répondre aux orientations du présent SROS.

En ce qui concerne les implantations de proximité, une fourchette de plus ou moins 15 % est appliquée à l'existant dans les bassins qui ne sont pas saturés au titre des objectifs quantifiés en volume.

L'offre régionale quant à elle, prend en compte les mentions suivantes: pédiatrie, pneumologie, cardiologie, neurologie hors accidents vasculaires cérébraux, locomoteur rare, prise en charge des brûlés, addictologie, onco-hématologie, dénutritions nécessitant une nutrition parentérale prolongée et "obésités massives". Dans ce cadre, une cible de 43 mentions est établie au niveau régional (fourchette de 41 à 45 mentions).

3.2. Objectifs quantifiés en volume

3.2.1. Principe

Les objectifs quantifiés à atteindre en 2010 sont calculés, conformément aux dispositions du SROS 3 (livre II - pages 151, 158 & 159) par rapport à la population du bassin et distingués selon qu'ils correspondent :

- d'une part à l'offre régionale,
- d'autre part à l'offre pour chaque bassin.

Ils sont exprimés en nombre de journées, à partir de l'application de taux (nombre de lits pour 1.000 habitants) cibles.

3.2.2. Taux cibles

(Nb lits / 1.000 habitants)	Soins de suite et de réadaptation
Total	1,80
Offre régionale	0,40
Offre par bassin	1,40

NB : Il est considéré qu'une offre régionale est justifiée pour les journées en rapport avec les prises en charge suivantes : pédiatrie, pneumologie, cardiologie, neurologie hors accidents vasculaires cérébraux, prise en charge des brûlés, addictologie, onco-hématologie, dénutritions nécessitant une nutrition parentérale prolongée et "obésités massives". On identifiera l'activité réalisée dans ces spécialités avec le PMSI SSR.

3.2.3. Méthode de calcul

- 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 80 %.

Les objectifs quantifiés sont présentés sous forme de fourchette comprise entre cette valeur cible (+5 % pour l'offre de spécialité) et les journées fixées dans les CPOM en 2009 (prise en compte du maximum).

Compte tenu du poids important des patients extérieurs à la région dans l'activité des bassins de Montélimar et de la Loire leur valeur cible sera constituée par la valeur ainsi calculée, augmentée de leur attractivité hors région.

Les journées réalisées par les établissements d'Hauteville pour les autres bassins ne sont pas réparties dans les bassins.

- 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 seront pas l'objet de définition d'objectifs quantifiés pour 2010.

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, 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 %.

4. Psychiatrie

La méthode de calcul et les volumes d'objectifs quantifiés, définis dans le SROS 3 initial et sa première révision, ne sont pas modifiés.

Une seule correction est apportée pour tenir compte du transfert d'une activité de soins en psychiatrie (places d'hôpital de jour) d'une structure d'un bassin hospitalier à un autre.

5. Soins de longue durée

5.1. Objectifs en volume

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.

5.1.1. 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.

5.1.2. Méthode de calcul

- 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).

▪ 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 du nombre de journées qui seront recensées à l'issue de la phase de partition (capacités des Unités de Soins de Longue Durée x 365 jours - 5 %).

Définition borne haute : les capacités maximales par territoire s'établissent à partir d'un indice permettant une prise en charge adaptée des besoins en USLD, soit 11 ‰ habitants de plus de 75 ans.

5.2. Implantations

La valeur de référence dans ce cas est le nombre de sites géographiques entrant dans le champ de la réforme des USLD et porte sur le nombre d'USLD redéfinies prévu à l'issue de la phase de partition.

Les unités ainsi constituées devront comporter un minimum de 30 lits d'Unités de Soins de longue durée redéfinies.

6. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

La liste des actes pris en compte pour le calcul des seuils en cardiologie interventionnelle (CCAM) est la suivante :

Les angioplasties coronaires :

- DDAF001
- DDAF003
- DDAF004
- DDAF006
- DDAF007
- DDAF008
- DDAF009
- DDAF010
- DDFF001
- DDFF002.

IMPLANTATIONS ET VOLUMES

Sommaire

Objectifs quantifiés en implantations (1/6) : activités et équipements de plateau technique	107
Objectifs quantifiés en implantations (2/6) : activités et équipements de plateau technique	108
Objectifs quantifiés en implantations (3/6) : activités de filières de soins (nombre de sites)	109
Objectifs quantifiés en implantations (4/6) : activités de filières de soins	110
Objectifs quantifiés en implantations (5/6) : activités pour lesquels l'objectif s'applique globalement au territoire de la région	111
Objectifs quantifiés en implantations (6/6) : activités spécialisées	112
Objectifs quantifiés - soins de courte durée - médecine et chirurgie	113
Objectifs quantifiés - soins de longue durée et psychiatrie	114
Objectifs quantifiés - soins de suite et de réadaptation	115
Objectifs quantifiés - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	116

**Objectifs quantifiés en implantations (1/6) :
activités et équipements de plateau technique**

Bassin hospitalier	Réanimation		USIC*	
	Sites		Sites	
	de	à	de	à
01 Bourg-en-Bresse	2	2	1	1
02 Valence	1	1	2	2
03 Montélimar	1	1	1	2
04 Grenoble	2	2	3	4
05 Roanne	1	1	1	1
06 Saint-Etienne	4	4	1	3
07 Villefranche ^s /Saône	1	1	1	1
08 Lyon Est	3	3	2	3
09 Lyon Centre et Nord	3	3	3	4
10 Lyon Sud et Ouest	2	2	1	2
11 Chambéry	2	2	1	2
12 Annecy	1	1	1	1
13 Haute-Savoie Nord	2	2	1	1
Total Rhône-Alpes	25	25	19	27

* USIC = Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

Bassin hospitalier	Imagerie							
	Scanner				IRM			
	Sites		Appareils		Sites		Appareils	
	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi	Mini	Maxi
01 Bourg-en-Bresse	4	4	4	4	2	2	2	3
02 Valence	5	5	5	6	3	3	4	5
03 Montélimar	4	4	4	4	2	2	2	2
04 Grenoble	8	9	10	13	7	9	8	11
05 Roanne	2	2	2	2	1	2	1	2
06 Saint-Etienne	9	9	11	12	4	4	6	6
07 Villefranche ^s /Saône	2	3	2	3	1	1	2	2
08 Lyon Est	15	16	19	21	12	14	13	15
09 Lyon Centre et Nord	5	5	5	6	3	4	3	4
10 Lyon Sud et Ouest	8	8	10	11	5	7	7	9
11 Chambéry	8	9	8	10	3	3	4	4
12 Annecy	6	7	7	8	3	5	3	5
13 Haute-Savoie Nord	3	3	4	4	3	3	3	3
Total Rhône-Alpes	79	84	91	104	49	59	58	71

**Objectifs quantifiés en implantations (2/6) :
activités et équipements de plateau technique**

en angioplastie (adultes)

Bassin hospitalier	de	à
01 Bourg-en-Bresse	1	1
02 Valence	1	1
03 Montélimar		
04 Grenoble	3	3
05 Roanne		
06 Saint-Etienne	2	2
07 Villefranche [§] /Saône	0	1
08 Lyon Est	2	2
09 Lyon Centre et Nord	3	3
10 Lyon Sud et Ouest	1	1
11 Chambéry	0	1
12 Annecy	1	1
13 Haute-Savoie Nord		
Total Rhône-Alpes	14	16

en cardiologie interventionnelle pédiatrique

	de	à
Total Rhône-Alpes	1	1

en rythmologie interventionnelle

Bassin hospitalier	STM ⁽¹⁾		DFI ⁽²⁾		AB ⁽³⁾	
	de	à	de	à	de	à
01 Bourg-en-Bresse						
02 Valence		1		1		
03 Montélimar						
04 Grenoble	2	2	1	2	2	2
05 Roanne	1	1		1		
06 Saint-Etienne	1	2	1	2	1	1
07 Villefranche [§] /Saône						
08-09-10 Lyon	6	7	6	7	7	7
11 Chambéry		1				1
12 Annecy	1	1	1	1	1	1
13 Haute-Savoie Nord						
Total Rhône-Alpes	11	15	9	14	11	12

⁽¹⁾ STM : stimulateurs multisites

⁽²⁾ DFI : défibrillateurs implantables

⁽³⁾ AB : ablation endocavitaire

**Objectifs quantifiés en implantations (3/6) :
activités de filière de soins (nombre de sites)**

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	0	1
08-09-10	Lyon	3	5
11	Chambéry	1	1
12	Annecy	1	1
13	Haute-Savoie Nord	1	1
Total Rhône-Alpes		10	15

Soins de longue durée

Bassin hospitalier	Cible à terme	
	de	à
01 Bourg-en-Bresse	3	3
02 Valence	2	3
03 Montélimar	4	4
04 Grenoble	6	6
05 Roanne	2	2
06 Saint-Etienne	5	5
07 Villefranche ⁵ /Saône	3	4
08 Lyon Est	6	6
09 Lyon Centre et Nord	2	2
10 Lyon Sud et Ouest	6	6
11 Chambéry	5	5
12 Annecy	5	5
13 Haute-Savoie Nord	3	3
Total Rhône-Alpes	52	54

La mise en œuvre de ces objectifs ne pourra intervenir qu'à l'issue de la phase de partition.

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 ⁵ /Saône	2	2	2	2	0	1	0	0	0
08 Lyon Est	9	12	8	10	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	72	46	54	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.

Objectifs quantifiés en implantations (4/6) : activité de filière de soins

Psychiatrie générale

Bassin hospitalier	Alternatives	
	de	à
01 Bourg-en-Bresse	8	10
02-03 Valence et Montélimar	15	25
04 Grenoble	9	14
05 Roanne	2	5
06 Saint-Etienne	18	23
07 Villefranche ⁹ /Saône	3	5
08-09-10 Lyon	46	55
11 Chambéry	6	9
12 Annecy	5	8
13 Haute-Savoie Nord	6	12
Total Rhône-Alpes	118	166

Ce tableau intègre une seule modification par rapport à celui figurant dans l'annexe du schéma en 2006 : le développement d'un hôpital de jour sur le Bassin 11. Le reste est inchangé.

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Offre régionale : nombre de mentions

Mini	Maxi
41	45

Offre de proximité par bassin : nombre d'implantations

Bassin hospitalier	Mini	Maxi
01 Bourg-en-Bresse*	12	16
02 Valence	10	14
03 Montélimar	14	16
04 Grenoble	13	17
05 Roanne	7	8
06 Saint-Etienne	21	25
07-08-09-10 Villefranche et Lyon	43	59
11 Chambéry	10	14
12-13 Annecy et Haute-Savoie Nord	14	17
Total niveau de proximité	145	186

* Pour le bassin 1, l'évolution du plateau d'Hauteville est prise en compte.

**Objectifs quantifiés en implantations (5/6) :
activités pour lesquels l'objectif s'applique globalement
au territoire de la région**

**Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale
à la procréation et activités de diagnostic prénatal**

Activités cliniques d'AMP	Sites
1 et 3	11 à 9
2	8 à 10
4 et 5	2

- 1 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
 2 : Ponction de spermatozoïdes
 3 : Transfert d'embryons
 4 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
 5 : Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Activités biologiques	Sites
A	7
A, B et F	6
A, B, E et F	1
A, B, C, D, E et F	1 à 2
A, B, C, D, E, F et G	1

- A : Préparation et traitement sperme intraconjugal (IA)
 B : FIV et ICSI
 C : Préparation et traitement sperme en vue de don
 D : Préparation et traitement ovocytes (don)
 E : Conservation à usage autologue gamètes
 F : Conservation embryons (projet parental)
 G : Conservation embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Activités DPN	Sites
Cytogénétique	6 à 7
Génétique moléculaire	5
Dg maladies infectieuses	5
Hématologie	1
Immunologie	0
Biochimie	8 à 10

**Objectifs quantifiés en implantations (6/6) :
activité spécialisée**

**Examen des caractéristiques génétiques d'une personne
ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des
fins médicales**

Bassin hospitalier	Cytogénétique	Génétique moléculaire		
		Analyses de premier niveau en hématologie	Pharmaco -génétique	Analyses très spécialisées
01 Bourg-en-Bresse	0	0	0	0
02 Valence	1 à 0	0	0	0
03 Montélimar	0	0	0	0
04 Grenoble	1	1	1	2
05 Roanne	0	0	0	0
06 Saint-Etienne	1	1	0	1
07 Villefranche ^s /Saône	0	0	0	0
08 Lyon Est	2	1 à 2	1	8 à 9
09 Lyon Centre et Nord	1	1	0	2
10 Lyon Sud et Ouest	0	1 à 0	0	1 à 0
11 Chambéry	1	1 à 0	0	0
12 Annecy	0	0	0	0
13 Haute-Savoie Nord	0	0	0	0

**Objectifs quantifiés en volume :
soins de courte durée - médecine et chirurgie**

Bassin hospitalier	Médecine	
	Borne Inf.	Borne Sup.
01 Bourg-en-Bresse	33 464	35 225
02 Valence	45 058	47 164
03 Montélimar	33 314	37 454
04 Grenoble	105 762	110 699
05 Roanne	21 949	22 400
06 Saint-Etienne	105 705	109 022
07 Villefranche ^s /Saône	21 288	22 596
08 Lyon Est	161 622	168 430
09 Lyon Centre et Nord	55 809	61 545
10 Lyon Sud et Ouest	76 863	82 562
11 Chambéry	53 061	55 619
12 Annecy	53 540	56 883
13 Haute-Savoie Nord	31 196	33 062
Total Rhône-Alpes	798 631	842 662

Bassin hospitalier	Chirurgie	
	Borne Inf.	Borne Sup.
01 Bourg-en-Bresse	22 864	23 831
02 Valence	36 504	37 690
03 Montélimar	24 064	24 853
04 Grenoble	72 747	75 628
05 Roanne	15 411	16 272
06 Saint-Etienne	68 170	71 323
07 Villefranche ^s /Saône	15 716	16 514
08 Lyon Est	103 568	107 033
09 Lyon Centre et Nord	34 985	36 136
10 Lyon Sud et Ouest	59 344	62 777
11 Chambéry	48 082	50 073
12 Annecy	39 639	41 791
13 Haute-Savoie Nord	23 506	24 634
Total Rhône-Alpes	564 600	588 556

Par rapport aux tableaux figurant dans l'annexe du schéma révisé le 30 avril 2008, ces tableaux n'intègrent que le transfert de l'activité de l'hôpital Debrousse sur le site de l'HFME. Le reste est inchangé.

**Objectifs quantifiés en volume :
USLD et psychiatrie**

Soins de Longue Durée

Bassin hospitalier	Nb de journées	
	Borne Inf.	Borne Sup.
01 Bourg-en-Bresse	64 149	109 960
02 Valence	37 449	157 702
03 Montélimar	79 406	136 161
04 Grenoble	136 966	235 882
05 Roanne	41 610	78 092
06 Saint-Etienne	124 830	269 614
07 Villefranche ^s /Saône	35 715	78 180
08 Lyon Est	141 474	287 351
09 Lyon Centre et Nord	50 279	99 937
10 Lyon Sud et Ouest	124 830	210 898
11 Chambéry	52 013	165 081
12 Annecy	78 019	145 453
13 Haute-Savoie Nord	38 142	84 792
Total Rhône-Alpes	1 004 882	2 059 103

La mise en œuvre de ces objectifs ne pourra intervenir qu'à l'issue de la phase de partition

Psychiatrie générale

Bassin hospitalier	Hôpital de jour		Hôpital de nuit	
	Places		Places	
	Mini	Maxi	Mini	Maxi
11 Chambéry	119	129	12	22

Ce tableau intègre une seule modification par rapport à celui figurant dans l'annexe du schéma en 2006 : le développement d'un hôpital de jour sur le Bassin 11. Le reste est inchangé.

**Objectifs quantifiés en volume :
soins de suite et de réadaptation**

Bassin hospitalier	CPOM	Cible 2010
01 Bourg-en-Bresse ⁽¹⁾	147 999	147 999
02 Valence	144 696	181 093
03 Montélimar ⁽²⁾	151 502	151 502
04 Grenoble	288 319	336 424
05 Roanne ⁽³⁾	71 458	71 458
06 Saint-Etienne ⁽³⁾	309 545	309 549
07-08-09-10 Villefranche et Lyon	926 324	971 327
11 Chambéry	179 872	198 200
12-13 Annecy et Haute-Savoie Nord	347 998	351 757
Total niveau de proximité	2 570 781	2 719 309
Réserve Régionale		137 689
Niveau régional	688 926	809 240
Total Rhône-Alpes	3 259 707	3 666 238

Cible 2010 = indices appliqués à la population 2010
Existant = journées CPOM 2009-2010

⁽¹⁾ Bourg : cible à majorer des journées réalisées à Hauteville pour les autres bassins.

⁽²⁾ SSMed pour Montélimar :
cible 2010 = indices appliqués à la population 2010 + attractivité hors région

⁽³⁾ SSMed pour Saint-Etienne et Roanne :
cible 2010 = indices appliqués à la population 2010 + attractivité hors région

**Objectifs quantifiés en volume :
activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie
endovasculaire, en cardiologie**

Bassin ou groupe de bassins	Nombre annuel maximum d'actes	
	année 2008	année 2010
01 Bourg-en-Bresse	287	400
02 Valence	651	675
04 Grenoble	2 158	2 239
06 Saint-Etienne	1 167	1 211
07-08-09-10 Villefranche et Lyon	4 404	4 919
11 Chambéry		350
12-13 Annecy et Haute-Savoie Nord	816	847
Total Rhône-Alpes	9 483	10 641