

SCHEMA REGIONAL

D'ORGANISATION

SANITAIRE

3^{ème} GENERATION

2006 - 2011

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	p 5
LE CADRE JURIDIQUE	p 13
LES CONCEPTS	p 15
L'OBJECTIF GENERAL DU SROS III	p 15
LES NIVEAUX DE SOINS	p 15
LE CHU : son rôle et ses missions d'appui auprès des établissements lorrains	p 20
METHODOLOGIE DU SROS III : quelques précisions	p 22
LISTE DES PERSONNALITES ET ORGANISMES CONSULTES	p 24
LE DIAGNOSTIC	p 25
LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL	p 46
LES VOLETS THÉMATIQUES	p 48
MEDECINE : Médecine interne et médecine polyvalente, Hépatogastro-entérologie, Pneumologie	p 49
Cardiologie et techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale en cardiologie	p 72
Accidents Vasculaires Cérébraux	p 94
Chirurgie	p 102
Périnatalité , Gynécologie, Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	p 110
Périnatalité, assistance médicale à la procréation - diagnostic prénatal	p 123
Les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle	p 131
La prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires	p 149
Hospitalisation A Domicile	p 152
La prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins	p 161
Réanimation, soins intensifs et soins continus	p 190
Imagerie Médicale	p 216
Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	p 232
Psychiatrie et santé mentale	p 242
Prise en charge des personnes âgées	p 260
Personnes présentant un handicap	p 291
Prise en charge des enfants et adolescents	p 298
Prise en charge des personnes atteintes de cancer	p 313
Les Soins palliatifs	p 325
La Douleur et les soins de support	p 330
Réseaux de santé	p 334
Télé médecine	p 339
Odontologie	p 348
Hôpitaux de proximité et hôpitaux locaux	p 353
ANNEXE TERRITOIRE NORD ET TERRITOIRE SUD	p 356
Note explicative sur le contenu de l'annexe du SROS III	p 357
Annexe Territoire Nord	p 361
Annexe Territoire Sud	p 388
GLOSSAIRE	p 416

*les volets obligatoires figurent en gras

ARRETE N° 17 EN DATE DU 28 MARS 2006

Portant fixation du schéma d'organisation sanitaire en région Lorraine

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LORRAINE

VU le code de la santé publique et notamment ses articles L 6115-3 ; L 6121-1 et suivants ; R 6121-1 et suivants ; D 6121-6 et suivants

VU l'arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant obligatoirement figurer dans les schémas d'organisation sanitaire ;

VU l'arrêté n°5-05 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine en date du 13 juillet 2005 fixant les limites des territoires pour la planification et la concertation ; fixant les limites des territoires de proximité ainsi que le ressort territorial des conférences sanitaires ;

VU l'arrêté n° 2004-358 SGAR en date du 22 septembre 2004, modifié, fixant la composition nominative du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale ;

VU l'arrêté n° 17 du 22 novembre 2005, modifié, fixant la composition nominative de la Conférence Sanitaire du territoire Lorraine Nord ;

VU l'arrêté n° 18 du 22 novembre 2005, modifié, fixant la composition nominative de la Conférence Sanitaire du territoire Lorraine Sud ;

VU l'arrêté du n°27 du 17 janvier 2006, modifié, fixant la composition nominative du Comité Régional d'Organisation Sanitaire de Lorraine ;

VU les avis rendus successivement par les conférences sanitaires des territoire Lorraine Nord et Sud en date des 16 février et 02 mars 2006 ;

VU l'avis rendu par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire de Lorraine le 06 mars 2006 ;

VU l'avis rendu par le Comité Régional de l'Organisation sociale et Médico-Sociale, réuni en formation plénière le 09 mars 2006 ;

VU l'avis de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine en date du 21 mars 2006 ;

ARRETE

Article 1^{er} : Le schéma régional d'organisation sanitaire de Lorraine est arrêté tel qu'il figure en annexe au présent arrêté.

Article 2 : Les dispositions du présent schéma sont établies pour 5 ans et sont révisables en tout ou partie, à tout moment notamment en fonction de l'évolution des besoins de la population et de la publication de textes normatifs nouveaux.

Article 3 : Les arrêtés n° 2-99 ; 17-99 ; 21-99 ; 3-00 ; 12-02 ; 13-02 ; 21-03 en date des 15 janvier 1999 ; 13 juillet 1999 ; 29 novembre 1999 ; 08 février 2000 ; 14 septembre 2002 ; 09 octobre 2003 ; et 22 avril 2005 fixant des volets du SROS 2 de Lorraine sont abrogés.

Article 4 : La Directrice Adjointe de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine, la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine ; les Directrices Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de la Meurthe et Moselle ; Meuse ; Moselle et Vosges sont chargées, chacune en ce qui la concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Lorraine.

Fait à Nancy, le 28 MARS 2006

Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
en Lorraine



Jacques SANS

Le présent arrêté pourra faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre de la Santé et des solidarités dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

AVANT PROPOS

Le SROS de 3^{ème} génération (2006-2011) s'inscrit dans la continuité des démarches de planification antérieures, caractérisées pour le SROS I par l'émergence d'une organisation de l'offre de soins en filières et pour le SROS II par une approche de l'offre hospitalière à partir des activités les plus structurantes.

Le SROS III a été voulu par le Gouvernement sous le signe de la concertation, de la décentralisation et de la déconcentration.

- concertation, par l'élargissement du périmètre des conférences sanitaires à de nouveaux partenaires, notamment les élus.
- décentralisation, par la délégation qui est faite à ces conférences d'élaborer les projets médicaux de territoire.
- déconcentration, puisqu'à l'occasion de la suppression de la carte sanitaire remplacée par les objectifs quantifiés, toute la responsabilité des autorisations d'activité ou d'équipement est désormais dévolue à l'ARH, tant qu'il s'agit de décisions à caractère régional.

L'ARH de Lorraine a accompagné ces orientations de façon à leur donner autant de force et de sens que possible

- au plan de la concertation, parallèlement à la consultation réglementaire, il a été procédé à de nombreuses consultations. Le débat large ainsi ouvert a suscité de nombreuses remarques et propositions ayant souvent donné lieu à des propositions d'amendements. Celles-ci ont été prises en compte par les conférences de territoires.
- au plan de la décentralisation, en faisant le pari des territoires de planification larges, étant souligné que, plus ces territoires sont vastes, plus grande est la délégation donnée aux conférences, plus difficile est l'élaboration du projet médical de territoire, mais aussi plus fécond parce que plus proche du territoire des acteurs et des citoyens ce qui répond aussi à une volonté gouvernementale.

Une politique publique

Le SROS définit l'offre de soins hospitaliers pour les 5 ans à venir, en rappelant :

- les principes de fonctionnement, les bonnes pratiques, qu'ils soient normatifs ou non
- les orientations d'organisation, les recompositions, les coopérations ou les complémentarités souhaitables
- les normes, les objectifs quantifiés, qui fixent des niveaux d'activité en nombres d'implantation ou d'équipement.

Il exprime ainsi les modalités d'une politique publique dont les objectifs, d'ordre public, sont de garantir en premier lieu la qualité et la sécurité des soins, mais aussi l'efficacité de leur organisation.

A ce titre, le SROS constitue un corps de règles opposables dans leur ensemble aux acteurs de la vie hospitalière, dans des conditions différenciées, selon qu'il s'agit d'orientations avec lesquelles toute décision doit être compatible, ou d'objectifs quantifiés qui généralement ne comportent pas de marges d'appréciation.

Cependant, si le SROS constitue une modalité forte pour la définition et la mise en œuvre de la politique hospitalière, il ne la décrit pas dans sa totalité.

- d'abord, parce que, les règles propres aux diverses activités de soins, visées en particulier lors des visites d'accréditation ou de conformité, s'appliquent sans qu'il ait besoin de les rappeler.

- ensuite, tout en y participant, il ne lui revient pas de fixer en région les objectifs de santé publique, qui sont l'objet du PRSP.

L'un et l'autre doivent cependant être arrêtés sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population. C'est pourquoi, l'un et l'autre procéderont d'un diagnostic établi en commun par la DRASS, l'URCAM et l'ARH, dit « diagnostic partagé ».

Un diagnostic initial réalisé par l'ORSAS recense les données démographiques et épidémiologiques et analyse l'offre de soins existants, aux plans quantitatifs et qualitatifs. C'est à partir de ce constat général, qu'en tenant compte des évolutions prévisibles des techniques médicales, de la démographie médicale et de l'évolution de la population –notamment son vieillissement –ont été établis les objectifs quantifiés. Enfin le SROS, ne peut pas méconnaître les relations que l'offre de soins hospitalière entretient avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

Il reviendra aux projets médicaux de territoire de préciser ces relations autant que possible, sans pour autant se substituer à d'autres plans en préparation (PRIAC...), de façon à assurer la meilleure synergie entre les acteurs, chacun selon sa compétence, et surtout la continuité de la prise en charge du patient.

Un SROS ambitieux, mais raisonné.

C'est pourquoi le SROS de Lorraine a élargi la liste des activités de soins à des thématiques populationnelles : personnes âgées, enfants et adolescents, personnes handicapées ou à des thématiques intéressant la problématique de la relation ville-hôpital : HAD, réseaux de santé, télémédecine, hôpitaux locaux...

C'est une ambition qui, à l'évidence, alourdit le document, mais a donné lieu à des investigations approfondies, qui ont favorisé des rapprochements nécessaires entre acteurs d'origine diverse, au travers de groupes pluridisciplinaires représentant l'ensemble des composantes hospitalières des secteurs publics et privés, la médecine ambulatoire, les usagers.

Une démarche d'aménagement du territoire.

C'est ce point de vue qui a présidé à la fixation des territoires devant servir de support au SROS, considérant que l'offre de soins hospitalière contribue fortement à l'armature de services au public qui doit contribuer à l'équilibre des territoires et à l'égalité des citoyens en veillant à ménager un accès à ce service à tout citoyen en tous points des territoires.

L'espace régional a été ainsi abordé à deux échelles, l'une pour la planification, l'autre pour la proximité.

- **deux territoires de santé pour la planification.**

Le SROS de Lorraine décrit deux territoires vastes, l'un au Nord, l'autre au Sud, avec les implications que cette taille – l'une des plus importante sur le territoire national – comporte. Ils résultent, grosso modo, du regroupement deux à deux des anciens secteurs sanitaires.

Ce choix ambitieux est justifié à la fois par la volonté de rechercher de la souplesse dans la gestion des objectifs quantifiés, alors que bien des recompositions ou complémentarités recherchées entre les établissements sont loin d'être achevées, mais aussi par le constat fait au travers des simulations conduites par l'INSEE que ces territoires sont représentatifs des flux de patients vers les établissements de santé.

Ce choix n'entend pas consacrer une partition quelconque de la Lorraine, et le SROS de Lorraine, unique par définition, a l'ambition d'être aussi fédérateur des territoires.

Le réseau de villes du « sillon lorrain » qui concentrent les flux socio-économiques les plus importants de la région, a prioritairement cette vocation.

Les pôles médico-hospitaliers accueillis par les agglomérations d'appui à cet axe, d'Epinal au sud à Metz-Thionville au nord, ont naturellement, par le renforcement de leur coopération, la responsabilité de consolider cet axe, y compris quand il s'agit de porter une dynamique transfrontalière.

Le sillon lorrain doit servir d'adossement aux territoires de l'ouest et de l'est lorrain, du Pays de Verdun à celui de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe au nord, et du Pays de Barrois à celui de Remiremont et de ses vallées au Sud.

- **vingt territoires pour la proximité**

Ces territoires sont déduits directement des espaces de projets qui sont des pays issus de la loi n°99-533 du 25 Juin 1999 relative à l'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire ou à défaut les intercommunalités issues de la loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

Ce sont les espaces dans lesquels les citoyens se sont reconnus, avec leurs représentants, un avenir commun pour l'organisation de la vie collective : c'est dans ce contexte local que l'accès à la santé doit s'organiser, de l'offre de soins hospitaliers aux liens qu'ils entretiennent avec la médecine ambulatoire, mais aussi les accompagnements à la personne proposés par les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Ce découpage en 20 territoires de proximité ne remet pas en cause la sectorisation psychiatrique. Rappelons d'abord que la psychiatrie et la santé mentale sont désormais parties intégrantes du SROS. Mais aussi, et surtout, soulignons que si les secteurs psychiatriques, comme lieux de l'offre hospitalière et des alternatives à l'hospitalisation, ne se superposent pas aux territoires de proximité, et surtout s'en distinguent par la notion d'établissement de rattachement qui n'existe pas pour l'offre somatique, aucune incompatibilité n'apparaît entre les uns et les autres qui rendrait leur coexistence impossible.

Le cadre géographique du SROS étant ainsi défini, il faut rappeler qu'en aucune façon l'existence de ces territoires ne peut constituer un obstacle à la circulation des patients ou des soignants, et au principe de la liberté de choix, dont les déterminants essentiels restent la qualité et l'accessibilité des soins.

C'est par la notion de parcours de soins que doit s'organiser l'accès aux soins : la notion de réseaux d'établissements de santé efface celle de territoires.

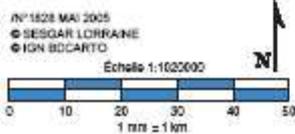
TERRITOIRES DE PLANIFICATION ET TERRITOIRES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

-document de travail-

MAI 2005



- Territoires de planification
- Territoires de santé de proximité
- Canton
- Département
- Pays
- Agglomération



Une équation « qualité et accessibilité = proximité + réseau ».

C'est l'équation centrale du SROS.

Elle exprime que l'évolution des techniques médicales qui aboutit à une taylorisation extrême des compétences médicales, implique que tous les établissements ne doivent plus mettre à disposition une offre générale de soins, au risque, faute d'un volume d'activité suffisant, de ne pouvoir en garantir la qualité et la sécurité.

Il en résulte une organisation des soins en filières graduées, mises en œuvre par des établissements fonctionnant désormais en réseau, où chacun doit trouver sa place au titre de la subsidiarité, en fonction de ses compétences.

Cette organisation constitue un véritable changement de culture pour les établissements dont les projets passés étaient de pouvoir offrir à eux seuls une prise en charge globale du patient.

Cette vision est désormais dépassée et c'est de la mobilisation de l'ensemble d'une filière de soins que dépend la prise en charge du patient, au travers d'un parcours de soins personnalisé établi à son entrée dans le système de soins, dans l'établissement de proximité qui l'accueille en premier lieu.

Cette organisation fait apparaître que le territoire d'influence d'un établissement pour une activité de soins donnée dépend du niveau de compétence qui lui est reconnu : au niveau 1 répond un territoire proche, au niveau 3, celui de la grande spécialité, répond un territoire plus lointain.

Il faut noter qu'un établissement peut recevoir des niveaux d'autorisation ou de reconnaissance différents selon les activités, et être ainsi investi d'une fonction de recours pour une activité sans l'être pour d'autres.

Il n'y a donc pas de rattachement d'un établissement à un territoire unique et la notion de territoire s'efface devant celle de filières de soins. Ainsi les établissements de grande spécialité sont-ils appelés à opérer sur le territoire régional, ce qui est le cas pour le CHR de Metz-Thionville et plus spécialement encore pour le CHU de Nancy, qui a également une vocation interrégionale, ce qui n'est pas exclusif de leur fonction de proximité.

La télémédecine au service des réseaux.

Elle constitue un des éléments de l'organisation des soins susceptibles d'améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge du patient.

Celle-ci qui peut être répartie entre plusieurs sites génère de l'information médicale éclatée. Il est primordial que ces sources d'information puissent être rapprochées pour reconstituer la situation médicale globale d'un patient au moment où un soignant en a besoin.

La capacité de faire converger rapidement de l'information médicale en un lieu du réseau constitue ainsi une condition essentielle au bon fonctionnement du réseau si ce n'est à sa justification.

La télémédecine apparaît ainsi comme un facteur d'intégration puissant de l'ensemble des moyens médicaux, que ce soit entre la ville et l'hôpital pour mettre à disposition du réseau l'expertise qui ne peut y trouver de façon parfois lointaine en raison de sa rareté, ou encore pour créer l'environnement médical dont un médecin isolé peut avoir besoin.

Un volet spécifique est consacré à cette question dans le SROS de Lorraine.

L'offre de soins se conçoit aussi dans un espace extra régional.

L'accès aux soins de très grande spécialité doit être recherchée à l'échelle extra régionale :

- au plan inter-régional, ça sera l'objet du schéma inter-régional d'organisation sanitaire (SIOS) qui organisera les spécialités suivantes : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles en neuroradiologie, grands brûlés, greffes,
- au plan national, ça sera l'objet du SNOS

Ainsi, de la même façon que les territoires infra-régionaux s'effacent devant les réseaux régionaux, le territoire régional lui-même s'efface devant des réseaux interrégionaux ou nationaux.

Mais le SROS peut aussi rechercher des complémentarités pour des soins de niveau régional avec des offres de proximité régionale : c'est le cas de l'offre transfrontalière, ainsi que celui de l'organisation des soins dans l'espace partagé avec la région de Champagne-Ardenne qu'est le réseau de villes du Triangle Bar-le-Duc / St Dizier / Vitry le François.

- **Le SROS devra tenir compte de l'offre transfrontalière.**

L'offre existante dans l'espace transfrontalier Allemand, Luxembourgeois et Belge est désormais importante dans les domaines de pointe (imagerie, neuro-chirurgie, prise en charge des grands brûlés...), mais aussi pour des coopérations de proximité. Cette perspective nécessite à l'évidence que sur ses marges frontalières, l'offre lorraine de proximité soit consolidée, faute de quoi, elle risque d'être absorbée

Le SROS, dans son expression actuelle, n'a pas pris en compte cette offre transfrontalière.

Il s'agira de définir les termes d'une véritable coopération, c'est-à-dire dans des échanges équilibrés, qui concourent à un renforcement réciproque des territoires, et notamment :

- D'assurer une accessibilité facilitée à des soins de qualité équivalente
- De permettre des échanges contractualisés de professionnels de santé susceptibles de corriger autant que faire se peut les problèmes de démographie constatés en France
- De maîtriser les flux économiques et l'attractivité des différents pôles de soins

Cette politique sera définie dans le cadre institutionnel organisé par les accords cadres intergouvernementaux, à partir du Groupe de travail « santé » créé par le sommet des Exécutifs de la Grande Région sur proposition du Préfet de la Région Lorraine et dont la représentation de la partie française a été confiée à l'ARH de Lorraine. Ce groupe est placé au sein de la Commission Régionale de la grande région, qui a été instaurée par les accords de Karlsruhe et qui est composée du Luxembourg, des régions Lorraine, Sarre, Rhénanie-Palatinat, Wallonie et des Communautés francophone et germanophone de Belgique.

D'une façon générale, tout partenariat ou toute coopération transfrontalière devra faire l'objet d'une convention conclue sous l'égide des textes en vigueur, et notamment des traités cités ci-dessus

- **Le Triangle Bar le Duc / Saint Dizier / Vitry le François : la recherche d'une coopération interrégionale.**

Un réseau de villes reconnu et comptant environ 200 000 habitants, une offre hospitalière publique et privée importante, une volonté de coopération médico-hospitalière, la volonté politique, sont les éléments constitutifs d'un schéma d'organisation qui est en cours de construction.

Ce projet sera proche par sa dimension d'un projet médical de territoire. Il n'aura d'ailleurs pas une valeur légale autonome, puisqu'il a été défini que chaque SROS inclurait des dispositions relatives au Triangle qui relèvent de la compétence territoriale de chacune des ARH de Champagne Ardenne et de Lorraine.

Celles-ci ont décidé d'appréhender l'organisation de l'offre de soins de ce territoire inter régional selon les principes suivants :

1. utiliser l'adossement institutionnel de la démarche sur les structures du réseau de villes, de façon à faire de la politique sanitaire un axe des politiques publiques à conduire en commun
2. définir la place respective, les complémentarités et les mutualisations à construire entre les trois pôles publics privés de santé, constitués ou à promouvoir sur Bar le Duc, Saint Dizier, Vitry le François

3. assurer le respect de l'identité et équilibrer la place de chacun dans un processus de développement
4. construire ensemble un pôle complet de recours territorial en permettant la satisfaction des besoins et la maîtrise des flux

Cette organisation ne sera pas exclusive des coopérations que l'ensemble des établissements devront néanmoins organiser avec les autres structures de la Marne Moyenne et du Sud Meusien

Le SROS publié au 31 mars 2006 : la première étape d'un processus.

La forte et active mobilisation, à laquelle la phase d'élaboration et de concertation du SROS a donné lieu, doit être entretenue : le dialogue et le débat favorisent en effet le partage des analyses et le rapprochement des points de vue, en même temps que les protagonistes apprennent à se connaître.

Cette démarche va se poursuivre au sein des conférences sanitaires, notamment pour la mise au point des projets médicaux de territoires et il est essentiel de considérer le SROS comme un document vivant et évolutif.

D'abord, le **SROS publié au 31 mars doit être complété.**

Afin de tenir compte des textes à paraître, des avenants seront élaborés pour les activités de cancérologie, urgences, cardiologie interventionnelle, réanimation (lien avec la chirurgie cardiaque), ainsi que pour les activités inscrites dans le SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro-radiologie interventionnelle, greffes, grands brûlés), et les unités de soins de longue durée.

L'organisation de la réponse aux besoins de radiothérapie sur le bassin houiller, pour laquelle une expertise va être commanditée, fera également l'objet d'un avenant.

D'autres thématiques spécifiques seront rajoutées : les priorités de santé publique, l'addictologie, la prise en charge des détenus, la diabétologie.

En second lieu, **il doit être prolongé par les projets médicaux de territoire.** Le SROS fixe les grandes orientations et l'économie générale de l'organisation des soins hospitaliers, mais il ne trouve son sens et son opérationnalité que dans la déclinaison des projets médicaux de territoires. Ceux-ci devront notamment décrire la localisation des activités et des équipements, l'organisation des relations entre les établissements et surtout explorer les relations de l'hôpital avec la médecine de ville et les services médico-sociaux.

En troisième lieu, le **SROS doit être régulièrement actualisé**, pour conserver toute sa légitimité et sa force de référence. Pour cette raison, et cela est déduit de la concertation, le SROS fera l'objet d'une évaluation annuelle, le cas échéant assortie d'une révision, à partir de 2008. Cette démarche à caractère continu, devra associer les conférences sanitaires, et sera confiée à un comité ad hoc placé auprès de l'ARH.

Enfin, le **SROS devra être éclairé par des travaux complémentaires** et notamment

- une estimation de son poids financier
- une approche de la démographie des professions de santé, fondée sur une analyse des besoins en compétences médicales et paramédicales que le SROS sous-tend.
La situation de la Lorraine est particulièrement préoccupante tant en ce qui concerne les personnels médicaux que paramédicaux.
Une chefferie de projet sera confiée à la Directrice de la DRASS afin qu'en étroite liaison avec les responsabilités assumées au titre de l'observatoire régional et de la gestion des statuts des mouvements et de la formation de ces personnels, soient définies les mesures à prendre :
 - en liaison avec l'université, l'affectation des internes et la mise en place de temps partagés d'assistants spécialistes entre le pôle universitaire constitué du CHU, du CAV, de la Maternité Régionale, du SINCAL et de l'IRR et les autres centres hospitaliers de la Région, particulièrement le CHR de Metz-Thionville et les Hôpitaux d'Epinal, Verdun, Bar le Duc, Lunéville, Toul ... afin d'améliorer l'attractivité de chacun

de ces sites en assurant à ces personnels des parcours d'emplois adaptés et personnalisés

- en s'appuyant sur les responsables des ressources humaines des établissements afin de promouvoir également des parcours d'emplois pour les cadres de soins
- en se référant aux travaux de la MRS et de l'URCAM, pour construire les liaisons ville-hôpital susceptibles d'optimiser le potentiel Lorrain
- en approfondissant les règles applicables aux échanges à l'intérieur de l'espace européen afin de préciser les modalités de recours aux professionnels de santé des pays transfrontaliers et de construire des échanges équilibrés

Cette évaluation des besoins en compétences médicales, rapprochées des perspectives démographiques, pourraient éclairer la faculté de médecine dans la détermination de ses programmes aux plans qualitatif et quantitatif.

- une connaissance plus approfondie des instruments de la coopération publique et privée
La réorganisation de l'offre hospitalière en Lorraine pose le principe et prend appui sur le rapprochement des centres hospitaliers publics et d'établissements privés ou privés participant au service public. Se trouvent placés dans cette situation :
 - le CHR de Metz-Thionville et l'Hôpital Clinique Sainte Croix pour la création d'un pôle mères-enfants
 - les cinq établissements du Bassin Houiller pour la constitution de filières d'excellence : Unisanté : Hôpital Lemire, Marie Madeleine : publics
Hospitalor : Forbach, Saint Avold : PSPH
Hôpital de Freyming Merlebach (oeuvre de la société de secours minière de Moselle Est
En cohérence avec la clinique Saint Nabor (clinique privée)
 - l'Hôpital de Verdun et la Clinique Saint Joseph pour la mise en place d'un plateau technique commun
 - l'Hôpital de Bar le Duc et la Polyclinique du Parc pour la constitution du pôle de santé Barisien (qui doit lui même définir ses liens de coopération au sein du réseau de villes du Triangle : Bar le Duc, Saint Dizier (Marne), Vitry le François (Haute Marne)
 - l'Hôpital de Lunéville et la clinique Jeanne d'Arc en vue de la mise en commun d'un plateau chirurgical et à terme de la constitution du pôle de santé Lunévillois
 - l'Hôpital d'Epinal et la Clinique SOGELER pour la constitution d'abord d'un pôle mères-enfants en lien avec l'hôpital de Remiremont puis du pôle de santé Spinalien
 - l'Hôpital de Saint-Dié et la Clinique CARDEO pour la construction de la filière cardiologique de la Déodatie
 - l'Hôpital de Briey et l'Association Hospitalière de Joeuf pour la mise en place d'une filière gériatrique complète sur le Pays de Briey

Chacune de ces opérations nécessite la mise en place d'un projet médical commun et de prise en charge des patients entre des équipes privées et des équipes publiques.

Doivent être réglées des questions aussi opposées que le maintien de la nature privée ou publique des établissements concernés, la cohabitation de personnels de statuts différents, des pratiques de prise en charge financières à coordonner, des mises en jeu des responsabilités à clarifier ...

Le recours au GCS, qui devrait constituer l'instrument de coopération de toutes ces réorganisations, doit faire l'objet d'une appropriation culturelle et technique indispensable pour asseoir sa crédibilité et pour convaincre sur sa faisabilité.

LE CADRE JURIDIQUE

■ **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité des soins** dispose dans son article L110-5 que toute personne a compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

■ **La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** affirme la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé publique. Elle définit le cadre et les modalités d'une ambitieuse politique de santé publique déclinée à l'échelon régional, sous la forme d'un PRSP **dont les objectifs sont pris en compte par les SROS.**

■ **La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie** insiste, dans ses dispositions relatives à l'offre de soins, sur la nécessaire coordination des soins - via notamment la mise en place au 1^{er} janvier 2005 du dispositif du médecin traitant et la création d'un dossier médical personnel pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie à l'horizon 2007- et sur la qualité des soins, dans un contexte de redressement des comptes de cette branche de la sécurité sociale.

■ **La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales** accroît les compétences des collectivités locales en matière de santé ; elle prévoit l'association de représentants du Conseil Régional au fonctionnement de l'ARH et instaure, de manière expérimentale, la possibilité pour les régions de participer, volontairement, au financement d'équipements sanitaires sur la base d'une convention conclue avec l'ARH ; elle renforce le rôle des départements sur la coordination gériatrique.

Dans le souci d'une approche globale des besoins de la population, le SROS doit, en outre, prendre en considération les avancées législatives et réglementaires applicables aux secteurs social et médico-social, notamment en matière de handicap.

■ **L'Ordonnance du 4 septembre 2003**

Dite de simplification, définit le cadre de la révision des SROS qui doivent désormais « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, préventifs, curatifs et palliatifs, et susciter les adaptations et les complémentarités, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population » ; elle introduit les principes suivants :

- **La suppression de la carte sanitaire** : le SROS devient ainsi le support unique de l'organisation de l'offre de soins. L'annexe du SROS doit désormais fixer les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé et par activité de soins (*décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins*) ;

- Le renforcement de l'**articulation** avec les secteurs ambulatoire, social et médico-social ;

- **La simplification du régime des autorisations** : seuls les activités de soins et les équipements d'imagerie sont, désormais, soumis à autorisation pour une période uniformisée de 5 ans ;

- La détermination par chaque ARH de **territoires de santé**, dans un souci de meilleure correspondance avec les « territoire vécus » par la population ;

- La transformation des conférences sanitaires de secteur en **conférences sanitaires** associant des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné ;

- La promotion de **deux outils privilégiés** de mise en œuvre du SROS :

○ Le contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.) : négocié entre l'ARH et les établissements, il précisera notamment, sur 5 ans, les objectifs quantifiés des activités de soins et les équipements lourds pour lesquels une autorisation aura été délivrée ;

○ Le Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S.) : l'évolution de sa composition (possibilité d'intégrer des professionnels médicaux libéraux et des établissements médico-sociaux) et de l'étendue de ses missions (établissements de santé, réseaux de santé ou permanence des soins) en fait le principal instrument de coopération.

■ **Le décret N°2005-76 du 31 janvier 2005 et l'arrêté du 8 juin 2005 relatifs aux objectifs quantifiés.**

■ **L'arrêté et l'instruction du 27 avril 2004** qui précise les 16 volets devant figurer obligatoirement dans les SROS :

- 7 grandes activités : la médecine, la chirurgie, les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelles, les urgences et la permanence des soins, la réanimation, les soins intensifs et les soins continus, l'imagerie médicale et les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ;

- 5 priorités de santé : la psychiatrie et la santé mentale, le cancer, l'insuffisance rénale chronique (IRC), les soins palliatifs et la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires ;

- 3 priorités populationnelles : la périnatalité, les personnes âgées et les enfants et adolescents ;

- 1 mode de prise en charge spécifique : l'hospitalisation à domicile.

■ **La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération** qui réaffirme la nécessité d'inscrire l'élaboration du SROS dans une vaste démarche de **concertation**, notamment avec les élus, mais également les usagers appelés à se rassembler au sein d'un comité régional des usagers pérenne.

En outre, la circulaire préconise que le SROS s'attache à favoriser :

- une démarche dite de « **projet médical de territoire** » conduite au sein des conférences sanitaires afin de traduire dans les territoires de santé la mise en œuvre du SROS ;

- le développement de l'**accès à des soins de proximité**, ainsi que l'amélioration de la structuration des filières gériatriques et de la prise en charge des urgences, en lien avec la permanence des soins,

- la définition cohérente de l'organisation et de l'**implantation des plateaux techniques** afin d'assurer la sécurité sanitaire et la graduation des soins.

■ **La lettre circulaire du 24 octobre 2005 relative à l'élaboration du SROS III** qui précise le champ du SROS, la notion de territoire de santé, l'aspect dynamique de l'annexe, les modalités de fixation des implantations, la nécessité d'annexer un document cartographique, les adaptations des objectifs quantifiés et le calendrier de leur élaboration, les recommandations normatives devant y figurer.

LES CONCEPTS

L'organisation de l'offre de soins repose sur trois grands concepts qu'il convient de préciser :

- **Le projet de soins personnalisé** : il s'agit de définir pour chaque patient les différentes étapes de sa prise en charge afin d'assurer son caractère global et coordonné.
- **Les filières de soins** : c'est la structuration des diverses réponses concernant une pathologie ou une catégorie de patients afin d'assurer la graduation des soins.
- **Le réseau de santé** : l'organisation coordonnée des établissements et des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, ainsi que des professionnels de santé libéraux, permettant d'assurer en partenariat l'ensemble des réponses constituant le projet de soins personnalisé.

L'OBJECTIF GENERAL DU SROS III

Le SROS III a pour objectif général d'assurer autant que possible l'accès de tous à des soins globaux, sûrs, de qualité et efficaces, dans le respect des principes d'éthique.

L'expression « **soins globaux** » exige la définition de parcours de soins comprenant la prévention dont l'éducation thérapeutique, les soins de courte durée, les soins de suite et de réadaptation, les soins de support, et l'articulation avec les prises en charge par la médecine de ville, et les secteurs médico-sociaux et sociaux.

La **sécurité** et la **qualité** font référence au respect des normes réglementaires, des recommandations d'accréditation et au développement des bonnes pratiques.

L'**accessibilité** doit être appréhendée d'un point de vue géographique mais aussi en termes de respect des délais d'intervention, et de possibilité de bénéficier de l'ensemble des composantes de l'offre de soins.

La **continuité des soins** est assurée par l'organisation des soins graduée en trois niveaux et leur articulation avec la médecine de ville, le médico-social et le social (cf tableaux page suivante).

L'**efficacité** de l'organisation sanitaire introduite par l'ordonnance du 4 septembre 2003 rend nécessaire l'examen du rapport résultats / coûts.

En **matière d'éthique**, il convient de prendre en compte dans l'acte de soins le rapport bénéfice / risques, la dimension « relations humaines », le respect des personnes et de leur culture et de leur singularité, et de promouvoir le malade comme acteur de sa propre santé.

Il s'agit enfin de promouvoir et de développer la culture de l'**évaluation** pour améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge et des pratiques.

LES NIVEAUX DE SOINS

Trois niveaux de soins ont été définis pour appréhender les besoins en soins et éclairer le découpage en territoires :

- les activités de proximité, dans des espaces de proximité, réalisés en ville ou dans les établissements de santé, articulées avec le champ médico-social et social
- les soins spécialisés, à l'échelle du territoire de santé, réalisés en ville ou dans les établissements de santé, caractérisés le plus souvent par des plateaux techniques, organisés sur la base de complémentarités et de coopérations,
- les soins très spécialisés, à l'échelle de la région voire de l'inter-région, réalisés exclusivement dans les établissements de santé, organisés en « services de référence régionale ou inter régionale »

ACTIVITES DE PROXIMITE	LES SOINS SPECIALISES	LES SOINS TRES SPECIALISES
<p>Définition générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soins polyvalents de première intention, dans espace géographique de proximité ▪ réalisés en ville ou en établissement de santé ▪ articulés avec le champ médico-social et social ▪ intégrés dans un fonctionnement en réseau local <p><i>NB : un établissement peut réaliser un ou plusieurs niveaux de soins</i></p>	<p>Définition générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soins spécialisés, à l'échelle du territoire de santé ▪ réalisés en ville ou en établissement de santé ▪ associés le plus souvent à des plateaux techniques ▪ rôle d'expertise, permanence 24h sur 24, ▪ intégrés dans un fonctionnement en réseau de soins gradués <p><i>NB : un établissement peut réaliser un ou plusieurs niveaux de soins</i></p>	<p>Définition générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soins très spécialisés à l'échelle de la région ou de l'inter région, ▪ réalisés exclusivement en établissement de santé ▪ organisés en services de référence dans un ou plusieurs établissements de santé ▪ activités pointues ou situations de recours pour cas complexes, nécessitant des équipes entraînées pluridisciplinaires et des plateaux de haute technicité ▪ intégrés dans un fonctionnement en réseau de soins gradués <p><i>NB : un établissement peut réaliser un ou plusieurs niveaux de soins</i></p>
<p>Le contenu de la proximité a minima</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La permanence des soins</u> : garde médicale sectorisée, maison médicale de garde, soins immédiats et non programmés (SINP), médecins correspondants du SAMU ▪ <u>Les soins polyvalents de ville</u> : médecins généralistes, odontologie, infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes, autres auxiliaires ▪ <u>La médecine polyvalente dans les établissements de santé</u>, y compris l'hôpital local ▪ Le <u>suivi pré et post natal</u> ▪ <u>Les soins de suite et de réadaptation</u> dont les soins palliatifs ▪ <u>Les soins de longue durée</u> 	<p>Le contenu des « soins spécialisés » Il est défini par exclusion des soins de proximité et soins hyper spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>L'accueil et le traitement des urgences</u> : SAU, POSU, UPATOU, SMUR et antennes ▪ <u>Les spécialités médicales</u> y compris la pédiatrie, les actes médico-techniques, interventionnels, explorations fonctionnelles ▪ La <u>médecine interne, le court séjour gériatrique</u> ▪ La <u>chirurgie</u> y compris la chirurgie ambulatoire, l'anesthésie réanimation ▪ La <u>réanimation, les soins intensifs, la surveillance continue</u> ▪ Les <u>maternités de niveau 1 et 2</u> 	<p>Le contenu des soins hyperspécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Activités de pointe soumises à autorisation</u> : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes (organes, moelle, ...), maternité de niveau 3, grands brûlés, certaines techniques de radiothérapie, PETSCAN, ... ▪ <u>Activités de recours dans les différentes disciplines, pour cas complexes et nécessitant des équipes entraînées pluridisciplinaires et plateaux de haute technicité</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ réanimation (ex réanimation chirurgie cardiaque, pédiatrique, grands brûlés, ...) ○ médecine (ex : onco-hématologie, cardiologie interventionnelle, unité neuro-vasculaire de niveau 3) ○ chirurgie (ex chirurgie de la main, ...) ○ radiologie (ex embolisation)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hospitalisation à domicile (<u>HAD</u>) ▪ <u>L'offre médico-technique a minima, en ville ou à l'hôpital</u> : biologie, accès à l'imagerie conventionnelle en journée (radiologie, échographie), ▪ La <u>psychiatrie</u> : le centre médico-psychologique y compris la prise en charge de la crise, CATTP, hospitalisation de jour, le travail de liaison, le suivi à domicile ou dans des appartements sociaux ▪ Les structures <u>médico-sociales</u> dont les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ▪ Les structures <u>sociales</u> : aides associées aux soins pour des populations fragilisées, réponses aux populations précaires ▪ Les actions de <u>prévention et d'éducation</u> pour la santé, y compris la protection maternelle et infantile, la prévention en psychiatrie (notamment pédo-psychiatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les centres d'<u>hémodialyse</u> ▪ Les activités et plateaux techniques assurant une <u>permanence 24h sur 24</u> ▪ L'<u>imagerie</u> de type scanner, résonance magnétique nucléaire, angiographie, ▪ <u>Odontologie</u> ▪ La <u>réadaptation</u> fonctionnelle ▪ Equipe mobile de <u>soins palliatifs</u>, unités d'hospitalisation et consultations pluridisciplinaires contre la <u>douleur</u> ▪ La <u>psychiatrie</u> 	<ul style="list-style-type: none"> o sélective, neuroradiologie, ...)^o o endoscopies (ex : endoscopie biliaire) o disciplines pédiatriques (ex chirurgie néonatale ou âge inférieur à 1 an) o psychiatrie (unité de malades difficiles) ▪ <u>Activités très spécifiques</u> : maladies rares et maladies orphelines sans référence à une notion de technicité lourde, centres régionaux de ressources et de compétences, disciplines liées à l'enseignement et la recherche
<p>Caractéristiques des activités de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Offre mixte</u>, ville et hôpital, sans catégorie juridique particulière ▪ <u>Accessibilité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o proximité géographique ou facilitée par transports (notion de temps d'accès non retenue) o dans le temps : permanence des soins o lisibilité de l'offre par les professionnels ▪ <u>Pas de chirurgie, pas de maternité, pas de</u> 	<p>Caractéristiques des soins spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Offre mixte</u>, ville et hôpital, sans catégorie juridique particulière ▪ <u>Accessibilité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o géographique facilitée par un maillage de transports médicalisés ou non (notion de temps d'accès non retenue) o dans le temps : permanence des soins, soins continus, plages horaires d'ouverture de l'offre o lisibilité de l'offre par les professionnels 	<p>Caractéristiques des soins très spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Offre exclusive hospitalière</u> sans catégorie juridique particulière ▪ <u>Accessibilité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o géographique facilitée par un maillage de transports médicalisés ou non o dans le temps : permanence des soins, soins continus, plages horaires d'ouverture de l'offre o lisibilité de l'offre par les professionnels

<p><u>plateau technique avec permanence 24h sur 24</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge <u>multidimensionnelle</u> (sanitaire, médico-sociale, sociale) par équipe pluridisciplinaire, ▪ Réponse à des <u>besoins spécifiques</u> : personnes âgées, suivi de maladies chroniques, relais d'hospitalisation, fin de vie, femmes enceinte, dépendances, handicaps, ... ▪ Proximité rurale / proximité urbaine : prise en charge plus généraliste en proximité rurale (accès moins aisé aux spécialistes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de <u>soins continus</u> pour certaines activités : garde sur place (urgences, réanimation, soins intensifs) ▪ <u>Permanence 24h sur 24</u> de plateaux techniques ▪ <u>Spécialisation à laquelle peut s'ajouter une notion d'excellence</u> dans la spécialité (sans à proprement parler de soins très spécialisés) ▪ <u>Absence de redondance de l'offre</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Masse critique</u> suffisante ▪ Equipes entraînées et pluridisciplinaires, et plateaux techniques performants avec une organisation sécurisée ▪ Situation particulière pour des activités très spécifiques telles que les maladies rares ou orphelines qui ne nécessitent pas systématiquement de technicité lourde
--	--	--

<p>La fonction de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de <u>réseaux locaux de santé</u> pour formaliser un partenariat entre acteurs ▪ Mise en place d'une <u>coordination ville / hôpital, et aussi avec les structures médico-sociales et sociales</u> ▪ <u>Accompagnement de populations fragilisées</u> pour le maintien à domicile ou le retour à domicile après hospitalisation ▪ Au sein des établissements de santé : <ul style="list-style-type: none"> ○ possibilité de <u>consultations ou actes avancés de spécialités</u>, par des médecins spécialistes hospitaliers ou libéraux ○ développement de <u>filières de soins</u> pour faciliter l'accès à certaines activités (gériatrie, soins palliatifs, ...) ○ possibilité <u>d'interventions de médecins généralistes</u> dans les services de médecine polyvalente ○ <u>Relais pour suite de soins</u> après prise en charge pour soins spécialisés ou très spécialisés ▪ Entre plusieurs établissements : opportunité d'une <u>gestion commune de lits de SSR</u> ▪ Renforcement des actions de <u>prévention, d'éducation pour la santé</u>, et aussi de la fonction de <u>repérage</u> pour certaines pathologies (ex conduites addictives) 	<p>La fonction d'expertise à l'échelle du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fonctionnement en réseau et graduation des soins</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rôle d'expert pour la proximité (ex : consultations avancées) ○ Demande d'expertise auprès des activités de soins très spécialisés ○ Possibilité de partage du « savoir faire » en faisant intervenir des équipes de soins très spécialisés au niveau des soins spécialisés ○ Relais pour suite de soins après prise en charge pour soins très spécialisés ▪ <u>Complémentarités et coopérations</u> entre plateaux techniques, entre activités spécialisées, à l'intérieur du territoire voire entre territoires ▪ <u>Qualité, sécurisation et permanence des activités et plateaux techniques</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ qualification et formation des équipes ○ niveau d'expérience (seuils d'activités) ○ organisation sécurisée des plateaux techniques ○ optimisation des infrastructures (ex plages horaires d'ouverture des blocs opératoires) ○ mutualisation des équipes, regroupement de permanences des soins 	<p>La fonction de référence à l'échelle de la région voire de l'inter région :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fonctionnement en réseau et graduation des soins</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ rôle d'expert auprès de l'ensemble des acteurs de la région voire de l'inter région, pour les soins très spécialisés ○ possibilité de partage du « savoir faire » en faisant intervenir des équipes de soins spécialisés au niveau des soins très spécialisés ▪ <u>Qualité, sécurisation et permanence des activités et plateaux techniques</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ qualification et formation des équipes ○ niveau d'expérience (seuils d'activités) ○ organisation sécurisée des plateaux techniques ○ optimisation des infrastructures (ex plages horaires d'ouverture des blocs opératoires) ○ mutualisation des équipes, regroupement de permanences des soins ▪ <u>Fonction de recherche, enseignement, évaluation</u>
---	--	---

LE CHU : son rôle et ses missions d'appui auprès des établissements lorrains

Le CHU et plus largement le pôle universitaire de Nancy constitué avec la Maternité Régionale, le Centre de Lutte contre le Cancer, le Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou, l'Institut Régional de Réadaptation et le Syndicat l nancéen C Appareil Locomoteur doivent assurer au niveau régional des fonctions particulières au titre :

- de la recherche et de l'innovation
- de la formation
- du recours régional et de la proximité
- de l'appui territorial

Pour ce qui concerne la recherche et l'innovation :

L'innovation et la recherche relèvent généralement d'initiatives individuelles.

Il est hautement souhaitable, pour amplifier et optimiser les effets de ces démarches de leur donner une dimension institutionnelle.

Pour ce faire, les établissements concernés proposent de mettre en place une collaboration à trois niveaux :

- un niveau inter régional pour les disciplines qui le nécessitent en s'appuyant sur une ARH chef de file pour le Grand Est, sur la base d'un état des lieux qu'il conviendrait de réaliser,
- un niveau local Lorrain à partir de la création d'un site multidisciplinaire afin d'optimiser les potentiels et d'assurer les transversalités nécessaires entre le champ de la santé et d'autres tels que l'économie, les technologies innovantes...,
- un niveau opérationnel de recherche clinique associant le pôle universitaire et les pôles de santé afin d'assurer une participation renforcée (constitution et suivi des cohortes, information)

Le projet de constitution d'un GCS entre les cinq CHU (Dijon, Besançon, Reims, Strasbourg, Nancy) et le CHR de Metz-Thionville, la mise en place de la délégation inter régionale à la recherche clinique, la création du Cancéropôle constituent d'ores et déjà les instruments de cette évolution.

Pour ce qui concerne la formation :

Les problèmes de démographie médicale particulièrement préoccupants nécessitent un engagement sans faille de la faculté de médecine et du pôle universitaire pour la recherche et la mise en place de mesures susceptibles de renforcer l'attractivité des établissements de santé Lorrains et pour réussir à « retenir » les professionnels formés en Lorraine.

Pour ce faire, les établissements concernés et la faculté de médecine en lien avec les fédérations représentatives vont s'attacher à :

- améliorer la répartition des postes d'internes dans les différents établissements de la région
- définir des temps partagés d'assistants-spécialistes entre le pôle universitaire et les établissements publics des pôles de santé lorrains, ceci afin d'assurer le maintien d'activité dans les hôpitaux généraux et un niveau de qualité et de pratique conforme aux normes en vigueur
- accompagner les professionnels de santé dans la définition des conditions de leur installation dans leur premier emploi et de leur projet professionnel personnalisé.

Pour ce qui concerne le recours régional et de proximité :

Le rôle du pôle universitaire comme attributaire et gestionnaire d'un niveau de recours régional pour certaines disciplines (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes...) ne peut être que confirmé et ne nécessite donc pas de développement particulier.

En revanche, de la concertation engagée sur le projet de SROS, il ressort la nécessité de mieux définir le niveau intermédiaire dit niveau 2 ainsi que le niveau 1 dit de proximité.

La réponse semble devoir être trouvée :

- pour le niveau 2 par la définition et l'organisation de filières de prise en charge pour lesquelles la mutualisation des équipes, la mise en place de temps partagés, la mise en commun d'équipements permettent d'assurer le respect des normes, la qualité et la sécurité attendus. Ce sera le cas pour la définition des filières de cardiologie, d'hépatogastroentérologie, de cancérologie et de chirurgie.
- pour le niveau de proximité par un approfondissement des missions à confier aux hôpitaux de proximité et hôpitaux locaux existants ou à créer garants d'un maillage des territoires de proximité et terrain d'expérimentation et de développement d'une meilleure articulation de la médecine libérale et de la médecine hospitalière.

Pour ce qui concerne l'appui territorial :

Le rôle attendu du pôle universitaire à l'égard des autres pôles de santé lorrains nécessite :

- la mise en place d'une politique concertée de gestion des ressources humaines
- une association plus étroite aux projets de réorganisation afin d'être en mesure de mieux appréhender les appuis techniques à assurer (consultations avancées, temps partagés, mutualisation ...)
- une participation à l'analyse des reconversions à opérer sous réserve du rôle de régulation dévolu aux pouvoirs publics.

METHODOLOGIE DU SROS III :

quelques précisions

Le SROS III s'appuie sur :

Des travaux préparatoires :

- d'évaluation de la mise en œuvre du SROS II et de son impact financier (réf « document préparatoire à l'élaboration du SROS III - rapport d'étape - juin 2004 »)
- d'état des lieux de la démographie générale, des professionnels de santé, des caractéristiques de l'accès aux soins, de l'activité hospitalière en court séjour et d'analyse de la pertinence des découpages territoriaux prenant en compte les niveaux de soins (cf « diagnostics préparatoires à la définition des territoires de santé - année 2004 ») ;

Le diagnostic partagé, effectué conjointement par l'ARH, la DRASS et l'URCAM, en vue de l'élaboration du PRSP et du SROS, décrivant pour chacun des territoires leur démographie, leur situation socio-économique, l'état de santé de leur population, le recours à l'offre de soins proposée par les établissements de santé ;

24 chefferies de projet pour :

- actualiser et approfondir les volets thématiques existants, traiter l'ensemble des activités soumises à autorisation et/ou devant figurer obligatoirement dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), élaborer des recommandations pour des domaines considérés comme prioritaires en région lorraine (la cardiologie, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, l'odontologie, la prise en charge de la douleur, la prise en charge des personnes détenues, les addictions, les vigilances, l'hôpital local et l'hôpital de proximité, les réseaux, la télémédecine) ;
- permettre sur deux années l'association à la réflexion de groupes pluridisciplinaires représentant l'ensemble des composantes hospitalières des secteurs public et privé, la médecine ambulatoire, les usagers.

Le parti pris d'adopter un découpage territorial concordant autant que possible avec les territoires de projet définis dans le cadre des **lois d'aménagement du territoire** et de l'intercommunalité (réf arrêté N°5/05 du 13 juillet 2005) ;

Des orientations pour les projets médicaux de territoires :

Le projet médical de territoire est l'instrument de déclinaison du SROS. Il doit :

- organiser les filières de soins gradués établissant le rôle et la place de chaque établissement de santé et définissant les complémentarités et les mutualisations nécessaires
- prévoir les articulations avec les secteurs médico-social et social.

En effet la prise en charge coordonnée du patient nécessite que soit portée une attention particulière sur les articulations spécifiques:

- En amont : prévention, consultations spécialisées avancées, urgences et permanence des soins, HAD pour éviter les hospitalisations
- Le temps du soin aigu : adaptation de l'accueil, liaisons institutionnelles et inter services, fluidité des parcours de soins, continuité prise en charge globale, qualité-éthique, accessibilité, efficience
- L'aval : les unités de soins de longue durée, les soins de suite, l'hospitalisation à domicile

C'est à ce titre que devront être définis les instruments assurant la continuité des soins, l'accessibilité de l'offre, l'adaptation des services, la fluidité des filières

Les volets du SROS particulièrement concernés sont : l'urgence, la médecine, le SSR, la gériatrie, la psychiatrie, le handicap

Les instruments susceptibles d'assurer la continuité et la coordination des soins sont :

- l'élaboration de protocoles de sortie définissant la prise en charge du patient dans les phases d'hospitalisation complète, d'accès aux alternatives et de suivi à domicile,
- ainsi que les dispositifs d'articulation de la permanence des soins de ville avec la prise en charge hospitalière
- les réseaux de santé assurant le parcours de soins de la prévention à l'insertion
- le développement du dossier médical partagé

Ce qui devrait contribuer à l'accessibilité de l'offre de soins :

- l'adaptation des services d'accueil et des services d'urgences aux besoins notamment des personnes âgées, handicapées, ou en situation de précarité
- la mise en place d'équipes de liaison dans plusieurs activités
- la réflexion à conduire sur le territoire avec de déterminer les cohérences avec d'autres politiques publiques locales telle que celle des transports
- le développement de la télémédecine pour permettre l'expertise à distance et l'assistance aux patients

Le SROS propose également des moyens pour faciliter la fluidité amont-aval des filières de prise en charge tels que la mise en place d'équipes mobiles de coordination dans plusieurs disciplines (UNV, SSR, ...), des cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité, et surtout l'exigence de la définition du projet de soins personnalisé en amont de la prise en charge

LISTE DES PERSONNALITES ET ORGANISMES CONSULTES

- Messieurs Les Préfets de Région et de Départements
- Messieurs Les Présidents des Conseils Généraux
- Monsieur Le Président du Conseil Régional
- Monsieur Le Président du Conseil économique et social
- Mesdames et Messieurs Les parlementaires
- Monsieur Le Doyen de la Faculté de Médecine
- La Conférence de territoire NORD
- La Conférence de territoire SUD
- La Conférence stratégique
- Le Comité administratif régional
- La Commission régionale de la naissance
- Le Comité régional de concertation en santé mentale
- Les Fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, CLCCC, UGECAM, URSSME) et représentants des présidents de CME
- Les Syndicats de personnels
- Le Conseil exécutif du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy
- La Maternité Régionale et le CHU
- Le Centre Hospitalier de Pont à Mousson
- Le Centre Hospitalier et la Clinique de Bar le Duc
- Le Centre Hospitalier de Saint Dié des Vosges
- Le Centre Hospitalier et la Clinique de Lunéville
- Le Centre Hospitalier de Gérardmer
- Le Centre Hospitalier de Verdun et la Clinique Saint Joseph de Verdun
- Le Centre Hospitalier d'Epinal, la Clinique La ligne bleue et le Centre Hospitalier de Golbey
- Le Centre Alexis Vautrin
- Le Centre Hospitalier de Forbach
- Hospitalor Saint Avoird et Forbach
- La Clinique Saint Nabor
- L'Hôpital de Freyming Merlebach

DIAGNOSTIC

Bref rappel méthodologique

Le diagnostic préalable a été réalisé par l'ORSAS, à partir d'une commande et d'une réflexion commune conduite par l'ARH, la DRASS, l'URCAM ; il s'est appuyé sur la mise en commun de données disponibles chez chacun des partenaires concernés en matières de : contexte démographique et économique, d'état de santé (mortalité et morbidité), de démographie des professionnels de santé, d'équipement et de taux d'occupation, et de recours aux activités de soins ambulatoires et hospitaliers.

Les données ont été recueillies au niveau le plus fin possible et font l'objet d'une note synthétique par territoire de laquelle il ressort :

Pour le territoire Nord :

Un territoire confronté aux effets démographiques et socioéconomiques de sa reconversion industrielle

Le territoire Lorraine Nord, d'une superficie de 11 149 km², compte près de 1,280 million habitants au dernier recensement général de la population en 1999. Il concentre 55 % de la population lorraine sur 47 % du territoire régional. Sa densité moyenne est de 115 habitants par km², mais on observe des différences importantes dans la répartition du nombre d'habitants par territoire de proximité.

C'est le Territoire de Santé de Proximité (TSP) n° 6 (Metz) qui est le plus peuplé avec 351 281 habitants (321 habitants au km²), suivi du TSP n° 7 (Bassin-Houiller) avec 255 893 habitants (195 habitants au km²) et du TSP n°5 (Thionville) avec 217 805 habitants (243 habitants au km²).

Six TSP sur les 10 ont une densité supérieure à 100 habitants au km². Quatre présentent une densité inférieure variant de 61 à 19 habitants au km². Il s'agit du Pays de Sarrebourg, du Pays de Verdun, du Pays du Saulnois et du Pays Cœur de Lorraine. Ce simple rappel montre d'emblée la diversité démographique du territoire nord avec :

- une concentration de population sur sa partie centrale, de Longwy à Metz, et sa partie latérale Est,
- et des zones rurales sur l'Ouest et le Sud-Est.

Nombre d'habitants par TSP au recensement général de la population de 1999

		Nb d'habitants 1999	Nb habitants au km ²	% de population	Variation de population 1990-1999 (moyenne annuelle)
TSP 1	Pays de Verdun	77 735	30	6,0%	-0,14%
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	23 860	19	1,9%	0,11%
TSP 3	Pays de Briey	75 404	122	5,8%	-0,23%
TSP 4	Longwy	83 810	190	6,4%	-0,20%
TSP 5	Thionville	217 805	243	17,0%	0,00%
TSP 6	Metz	351 281	321	28,4%	0,40%
TSP 7	Bassin Houiller	255 893	195	19,6%	-0,23%
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	97 465	107	7,8%	0,28%
TSP 9	Pays du Saulnois	28 340	29	2,2%	0,06%
TSP 10	Pays de Sarrebourg	60 840	61	4,8%	0,22%
	Territoire Nord	1 272 433	115	100,0%	0,07%

Source : INSEE RGP 1999

Le territoire Nord se caractérise par une augmentation de sa population entre les deux derniers recensements (+ 7 838). Ce gain de population intercensitaire est, dans les faits, inégalement réparti sur le territoire. Ce sont surtout les TSP de Metz (+ 12 952), de Sarreguemines (+ 2 474) et de Sarrebourg (+ 1240) qui en bénéficient. Quatre territoires de proximité accusent une perte de

population sur la même période 1990-1999 : Bassin Houiller (- 5 288), Briey (- 1 532), Longwy (- 1 467) et Verdun (- 974).

Cette évolution diversifiée de la population est d'abord liée à un solde migratoire¹ négatif pour 4 TSP sur 5. Seuls le Pays de Sarrebourg et celui du Saulnois ont connu sur cette période un nombre d'entrées sur leur territoire supérieur au nombre de sorties.

Le solde naturel (différence entre le nombre de décès et le nombre de naissances) est, en moyenne annuelle sur tout le territoire, de 3 773 pour la période 1999 - 2001. Ce solde naturel est négatif (plus de décès que de naissances) pour deux territoires de santé de proximité : le TSP 3 (Briey) et le TSP 9 (Saulnois). Certes le déficit de naissances pour compenser annuellement le nombre de décès reste encore faible, mais il constitue néanmoins un indicateur d'alerte qu'il faut chaque fois relativiser dans une vision prospective. En effet, si on prend l'exemple du TSP 3 (Briey), alors que le solde naturel est négatif sur la période 1999 - 2001, le nombre de naissances sur ce territoire a progressé de 13 % entre 1999 et 2004, ce qui risque de rendre caduque le constat précédent formulé à partir des statistiques disponibles mais déjà anciennes². En effet, la dynamique démographique est corrélative de la dynamique résidentielle. Or, certaines parties du territoire de Briey, relevant de l'aire urbaine de Metz, ont connu ces toutes dernières années une arrivée de population jeune en provenance des centres plus urbanisés. Le même constat ne peut toutefois pas (ou pas encore) être formulé pour le Saulnois où le nombre de naissances est en baisse de près de 5 % en 2004 par rapport à 1999.

Les 15 088 naissances domiciliées sur le territoire Nord, en 2004, sont en progression de près de 3 % par rapport à 2003. Mais, au-delà de ce résultat annuel, la natalité se situe plutôt dans une tendance à la baisse. Le taux de natalité est en effet passé de 1,21 pour 100 habitants sur la période 1990 à 1999 à 1,17 pour 2000-2004 (1,30 pour la France métropolitaine).

Cinq territoires de santé de proximité ont connu, entre 1999 et 2004, une diminution du nombre de naissances : par ordre d'importance TSP 10 (Sarrebourg - 15 %), TSP 9 (Saulnois), TSP 1 (Verdun), TSP 7 (Bassin Houiller), TSP 2 (Cœur de Lorraine).

Le vieillissement de la population

Pour les années à venir, le scénario le plus optimiste des projections de l'INSEE, dit «déclin démographique contenu»³, tend à montrer que le territoire Nord, comme l'ensemble de la Lorraine, va voir sa population totale stagner en nombre au cours des vingt prochaines années. Mais plusieurs TSP (Briey, Longwy, Thionville et Bassin Houiller) vont certainement connaître une baisse légère de leur population en 2015 par rapport à 2005.

L'effet le plus important de cette évolution démographique se manifeste davantage au niveau de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Pour ce phénomène, les projections démographiques présentent une probabilité plus importante que pour l'ensemble de la population car seule l'hypothèse de l'évolution de la mortalité intervient. Dans le cas présent, cette hypothèse porte sur une baisse de la mortalité au même rythme que la tendance métropolitaine constatée entre 1990 et 1999.

En 1999, le territoire Nord comptait 72 681 personnes âgées de 75 ans ou plus. En 2005, ce nombre a déjà dû connaître une augmentation de 30 % (94 689). Il va encore progresser dans les années suivantes : 110 649 en 2015 (+ 52 % par rapport à 1999 et + 22 % par rapport à 2005), 119 353 en 2020 (+ 64 % par rapport à 1999 et + 34 % par rapport à 2005).

¹ Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

³ Les hypothèses sont :

- Hausse des quotients de fécondité par âge de +0,3 d'ici 2020;
- Augmentation des quotients de migrations de 0,002 de 2000 à 2020 pour les 1 à 15 ans et les 25 à 40 ans.
- Baisse de la mortalité au même rythme que la tendance métropolitaine.

**Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus au recensement de 1999
et évolution projetée pour les années 2005, 2015 et 2020**

		1999	2005	2015	2020
TSP 1	Pays de Verdun	5 636	6 795	7 567	7 751
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	1 814	2 115	2 267	2 263
TSP 3	Pays de Briey	5 164	6 999	8 103	8 299
TSP 4	Longwy	5 245	7 218	8 489	8 828
TSP 5	Thionville	11 409	15 763	19 063	20 944
TSP 6	Metz	18 519	24 092	28 635	31 936
TSP 7	Bassin Houiller	13 093	17 339	19 848	21 232
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	5 611	7 088	8 276	8 938
TSP 9	Pays du Saulnois	2 196	2 488	2 816	3 016
TSP 10	Pays de Sarrebourg	3 994	4 792	5 585	6 146
	Territoire Nord	72 681	94 689	110 649	119 353

Sources : INSEE RPG 99 et projections démographiques

**Évolution en indice du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus
sur la période 1999-2020 (indice base 100 en 1999)**

		1999	2005	2015	2020
TSP 1	Pays de Verdun	100	121	134	138
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	100	117	125	125
TSP 3	Pays de Briey	100	136	157	161
TSP 4	Longwy	100	138	162	168
TSP 5	Thionville	100	138	167	184
TSP 6	Metz	100	130	155	172
TSP 7	Bassin Houiller	100	132	152	162
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	100	126	147	159
TSP 9	Pays du Saulnois	100	113	128	137
TSP 10	Pays de Sarrebourg	100	120	140	154
	Territoire Nord	100	130	152	164

Cette progression du nombre des personnes âgées de 75 ans ou plus touchera de manière différente les différents territoires de proximité. Ceux qui connaissent déjà un vieillissement plus prononcé de leur population seront moins touchés par cette progression, alors que les territoires aujourd'hui les plus jeunes seront rapidement confrontés à ce phénomène. Ce sera, par exemple, le cas du TSP n°5 (Thionville) qui va connaître une progression de 67 % de cette catégorie d'âge par rapport à 1999, ou encore du TSP n°6 (Metz) avec une progression de 55 % sur la même période.

Cette évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ne va pas, pour autant, modifier fondamentalement la répartition de la totalité des gens de cet âge sur les différents territoires. En 2005, 29 % de la population de 75 ans ou plus du territoire Nord habitaient sur le TSP n°6 (Metz). En 2015 et 2020, cette proportion restera quasi similaire (30 et 31 %).

Si on ne prend en compte que les 85 ans ou plus, l'évolution prospective de leur nombre est momentanément différente. En effet, le nombre des gens de cet âge a baissé entre 1999 et 2005, en passant de 18 517 à 16 864. Ce phénomène s'explique par le déficit des naissances enregistré entre 1914 et 1918 et qui correspond à la génération atteignant 85 ans entre 1999 et 2003. Mais, à partir de 2015, on assistera à une progression des 85 ans ou plus de + 52 % par rapport à 2005.

Au total, le territoire Nord va être confronté très rapidement, s'il ne l'est pas déjà, à un vieillissement important de sa population. Ce phénomène démographique risque d'être d'autant plus marquant pour le Nord que certains de ses TSP étaient caractérisés, dans un passé encore récent, par une relative jeunesse de leur population. L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus y sera du coup plus important que dans d'autres.

Un dynamisme de l'emploi diversement réparti sur le territoire

Hormis les parties plus rurales du Verdunois, du TSP 2 (Cœur de Lorraine) et du TSP 9 (Saulnois), que l'on peut aussi qualifier de zones de déclin continue du point de vue de l'emploi et de la population, le secteur Nord est caractérisé par une zone industrielle en cours de reconversion bénéficiant aujourd'hui de la dynamique des pays transfrontaliers (Longwy, Nord de Thionville, Bassin houiller, Sarreguemines). Cette zone connaît aussi, en partie, une dynamique résidentielle sous

influence transfrontalière. Entre 1990 et 1999, la Lorraine a enregistré une forte immigration en provenance des pays transfrontaliers : Allemagne + 8 300, Belgique + 2 200 et Luxembourg + 800. C'est surtout sur le territoire Nord, proche des frontières, que cette population immigrée s'est installée. Il s'agit le plus souvent d'une immigration résidentielle de familles jeunes avec enfants.

Les caractéristiques de l'emploi peuvent encore se décliner en observant le poids des différentes catégories socioprofessionnelles parmi les actifs. Les TSP où les agriculteurs sont proportionnellement les plus nombreux se situent dans TSP 2 (Cœur de Lorraine) avec 8,2 % et le TSP 1 (Verdun) avec 6,3 % de la population active.

Les TSP 7 (Bassin houiller) et 8 (Sarreguemines) ont les proportions d'ouvriers les plus importantes pour le Nord, respectivement 43,1 % et 40,9 %. Par contre, les cadres et les professions intermédiaires sont proportionnellement plus nombreux dans le TSP n°6 (Metz) avec respectivement 13,2 % et 25,9 % de la population active.

Le passé industriel récent de ce territoire, et les restructurations économiques qui l'ont accompagné, ont marqué la population dans son rapport au travail et à l'emploi. Au dernier recensement, les inactifs y sont proportionnellement plus nombreux que dans l'ensemble de la Lorraine ou de la France : 26 % des gens âgés de 15 ans ou plus, non étudiants ou retraités, sont inactifs (18,5 % en France métropolitaine). Cette proportion d'inactifs atteint les 32 % dans le TSP de Briey et 31 % dans le Bassin Houiller.

Territoire au passé industriel, la Lorraine Nord bénéficie pour une partie importante de ses territoires de la dynamique économique des régions transfrontalières et du développement du secteur tertiaire sur sa partie centrale (de Thionville à Metz). Par contre, les territoires de l'ouest et du sud-est, plus ruraux, se caractérisent par un déclin de l'emploi.

Une population moins marquée par la précarité, mais avec des disparités sociales à l'échelle des territoires

Par rapport aux différents indicateurs permettant d'apprécier l'importance du phénomène de la pauvreté et de la précarité, le territoire Nord ne présente peut-être pas les proportions les plus défavorables de l'ensemble de la Lorraine. Mais lorsqu'on analyse ce phénomène en valeurs absolues, c'est dans le Nord que le nombre d'allocataires des différentes allocations ou situations liées à la pauvreté-précarité est le plus élevé, sauf pour la CMU de base ou la CMU complémentaire. Le régime particulier de sécurité sociale qui prévaut en Moselle et qui donne droit à un remboursement plus important est certainement l'explication dans le cas de la CMU.

Pour apprécier l'importance relative de la pauvreté-précarité sur le territoire Nord, on se limitera à un seul indicateur, celui de la proportion de ménages à bas revenus⁴, c'est-à-dire percevant moins de 734,99 Euros par mois et par unité de consommation.

Nombre et proportion de ménages de moins de 65 ans à « bas revenus »

		Nombre	Proportion De ménages
TSP 1	Pays de Verdun	3 538	11,7%
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	853	9,3%
TSP 3	Pays de Briey	2 836	9,6%
TSP 4	Longwy	3 443	10,3%
TSP 5	Thionville	7 402	8,9%
TSP 6	Metz	16 607	11,7%
TSP 7	Bassin Houiller	11 022	11,9%
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	3 623	9,6%
TSP 9	Pays du Saulnois	943	9,0%
TSP 10	Pays de Sarrebourg	1 992	8,5%
	Territoire Nord	52 259	10,6%
	Lorraine	100 054	11,0 %

4

Nombre d'allocataires des CAF percevant des revenus inférieurs à 734,99 Euros par mois et par unité de consommation pour 100 ménages. Le Revenu par unité de consommation, calculé par les CAF, rapporte le revenu disponible (revenu + prestations) de la famille, hors étudiants, personnes âgées de plus de 65 ans et allocataires des régimes spéciaux, au nombre d'unité de consommation. Les unités de consommation (UC) sont définies de la manière suivante : UC=1 pour l'allocataire, 0,5 par adulte et enfant âgé de 14 ans ou plus, 0,3 par enfant âgé de moins de 14 ans. On ajoute 0,2 pour les familles monoparentales. Le seuil de bas revenus est de 734,99 euros en 2004 ; il correspond à la demi-médiane des revenus de l'ensemble de la population française.

Sources : CAF, CNAF

Le TSP n°6 (Metz) concentre à lui seul près de 32 % de l'ensemble des ménages à bas revenus du territoire Nord, avec 16 607 ménages relevant de cette catégorie. Le TSP n°7 (Bassin houiller) arrive en seconde position avec 11 022 ménages.

Mais en rapportant ces valeurs au nombre de ménages de moins de 65 ans de chaque territoire, trois territoires se démarquent des autres avec des valeurs proches : TSP n°7 Bassin Houiller, TSP n°1 Pays de Verdun et TSP n°6 Metz.

En prenant en compte d'autres indicateurs comme la proportion de bénéficiaires du RMI, de l'Allocation aux adultes handicapés ou encore de l'Allocation de parent isolé, on obtient pratiquement le même classement avec les TSP du Bassin Houiller, de Metz et de Verdun en tête.

En résumé, la Lorraine Nord, légèrement moins marquée du point de vue de la précarité de sa population que la Lorraine Sud ou la France métropolitaine, présente des disparités sociales avec des territoires où la pauvreté et la précarité sont plus marquées qu'ailleurs.

Un état de santé qui s'améliore mais qui reste en deçà de celui constaté pour l'ensemble des français

Jugé à l'aune de la mortalité, on sait depuis longtemps que l'état de santé des lorrains est nettement moins bon que celui de l'ensemble des français métropolitains. En Lorraine Nord, cet état de santé a connu, au cours des deux dernières décennies, une amélioration importante. Ce progrès n'a cependant pas encore permis de réduire de manière significative l'écart avec la France métropolitaine.

Pour la période 1999 - 2001, le taux comparatif de mortalité pour les deux sexes est de 1 039 pour 100 000 habitants dans le territoire de Lorraine Nord contre 910 en France métropolitaine.

La différence entre les territoires est plus prononcée dès lors qu'on observe la mortalité prématurée, c'est-à-dire la mortalité avant 65 ans. Globalement, en nombre de décès pour 100000 habitants (taux comparatif), elle est de :

	Mortalité prématurée (avant 65 ans)		- Taux comparatif
	Hommes	Femmes	Ensemble
Secteur Nord	323	139	231
Lorraine	326	140	232
France métro.	312	134	222

Pour les hommes, le taux comparatif de mortalité prématurée est significativement différent de la mortalité française dans 2 territoires, et dans 3 TSP pour les femmes :

Mortalité prématurée (avant 65 ans)					
Hommes	TCM		Femmes	TCM	
TSP 1	Verdun	361	TSP 3	Briey	160
TSP 8	Sarreguemines	343	TSP 7	Bassin Houiller	152
France	Métropol.	312	TSP 9	Saulnois	178
			France Métropol.	134	

Une forte prévalence des maladies cardio-vasculaires chez les femmes et des cancers chez les hommes

Tous âges confondus, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès en Lorraine Nord (3500 décès en moyenne annuelle, soit 31 % des décès). Chez les hommes, ce sont les cancers qui constituent la première cause de décès (2025 en moyenne annuelle, soit 34 % des décès masculins) et, en premier lieu, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon responsables de 576 décès en moyenne par an (28% des décès masculins par cancer). Il faut souligner que le cancer du poumon touche des personnes relativement jeunes, 39 % des décès survenant avant 65 ans.

La consommation de tabac constitue le principal facteur de risque de cette affection qui se déclare après un long temps de latence (vingt ans). Selon certaines études, le tabagisme serait responsable de 80 à 90 % des décès par cancer du poumon.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont en Lorraine Nord la première cause de mortalité pour les femmes (1900 décès en moyenne annuelle, 35 % des décès féminins) et la seconde pour les hommes

(1590 par an, 27 % des décès masculins). De plus, ce territoire connaît une nette surmortalité en comparaison à la moyenne nationale (+21%).

Le graphique de la page suivante synthétise, par TSP, les causes de décès pour lesquelles une différence significative ($p < 0,05$) est constatée par rapport à la France. Hormis quelques causes spécifiques qui caractérisent tel ou tel territoire de santé de proximité, on observera plus particulièrement les pathologies les plus structurantes de la mortalité qui touche le territoire Nord. Il s'agit plus spécifiquement des pathologies suivantes qui caractérisent le territoire :

- maladies de l'appareil circulatoire : pour les TSP de la Moselle ;
- tumeurs des bronches et du poumon chez les hommes : Briey, Longwy, Thionville, Bassin Houiller, Sarreguemines ;
- maladies de l'appareil respiratoire dans presque tous les TSP du Nord ;
- maladies endocriniennes, notamment chez les femmes dans l'Est de la Moselle ;
- accidents de la route dans le Verdunois.

Différence significative de mortalité par rapport à la moyenne française par TSP et par pathologie

	TSP du territoire Nord										Nord	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Appareil circulatoire H												
Appareil circulatoire F												
Maladies cardiovasculaires H												
Maladies cardiovasculaires F												
Maladies vasculaires-cérébrales H												
Maladies vasculaires-cérébrales F												
Tumeurs H												
Tumeurs F												
Tumeurs des bronches et du poumon H												
Tumeurs des bronches et du poumon F												
VADS H												
VADS F												
Tumeurs de l'intestin H												
Tumeurs de l'intestin F												
Tumeur du sein F												
Tumeur de l'utérus F												
Maladies de l'appareil respiratoire H												
Maladies de l'appareil respiratoire F												
Bronchites chroniques H												
Bronchites chroniques F												
Pneumopathies H												
Pneumopathies F												
Traumatismes H												
Traumatismes F												
Accidents de la route H												
Accidents de la route F												
Chutes H												
Chutes F												
Suicide H												
Suicide F												
Appareil digestif H												
Appareil digestif F												
Maladies endocriniennes H												
Maladies endocriniennes F												
Maladies du système nerveux H												
Maladies du système nerveux F												
<i>Pathologies liées à l'alcool H</i>												
<i>Pathologies liées à l'alcool F</i>												

Surmortalité  Différence égale ou supérieure de 25 % par rapport à la France

Surmortalité  Différence de 10 à moins de 25 % par rapport à la France
Sous-mortalité 

Un territoire de déséquilibres pour l'offre de soins ambulatoires

Tous les indicateurs sur le nombre de professionnels de santé, exerçant en secteur libéral, par rapport à la population placent le territoire de Lorraine Nord en position plutôt défavorable lorsqu'on le compare à l'ensemble de la Lorraine ou à la France métropolitaine.

Nombre de médecins libéraux pour 100 000 habitants au 31 décembre 2003

		Généralistes		Spécialistes	
		Tous âges	Moins de 55 ans	Tous âges	Moins de 55 ans
TSP 1	Pays de Verdun	75,6	65,1	43,0	23,4
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	83,0	78,9	4,2	4,2
TSP 3	Pays de Briey	71,7	59,6	28,4	21,7
TSP 4	Longwy	86,2	75,3	27,9	21,9
TSP 5	Thionville	91,3	78,0	57,8	47,7
TSP 6	Metz	95,8	84,0	85,7	68,1
TSP 7	Bassin Houiller	64,2	55,9	33,5	26,3
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	76,0	58,0	45,0	34,0
TSP 9	Pays du Saulnois	94,8	84,2	7,0	3,5
TSP 10	Pays de Sarrebourg	78,9	61,2	41,9	33,8
	Territoire Nord	83,0	71,2	52,6	41,2
	Lorraine	90,2	76,3	62,3	47,7
	France métropolitaine	93,0	81,2	89,2	nd

Source : URCAM, DRASS (ADELI)

Au regard du tableau précédent, 8 TSP sur 10 présentent une densité en médecins généralistes libéraux inférieure à celle constatée pour l'ensemble de la France métropolitaine. Les valeurs pour le Bassin houiller, et dans une moindre mesure pour le Pays de Briey, doivent toutefois être nuancées car, portant sur le secteur libéral, elles ne prennent pas en compte les médecins salariés exerçant dans les centres de santé des sociétés de secours minier. En apportant ce correctif, on obtient une densité de 82 généralistes pour 100 000 habitants et de 42 pour les médecins spécialistes dans le Bassin houiller. Ces valeurs corrigées restent toutefois inférieures aux densités observées à l'échelon métropolitain.

Pour les médecins spécialistes, les disparités territoriales à l'intérieur de la Lorraine Nord sont encore plus prononcées.

Ces disparités s'accroissent lorsqu'on tient compte du vieillissement du corps médical libéral et qu'on calcule les densités en ne prenant en compte que les médecins âgés de moins de 55 ans.

Enfin, il faut tenir compte des projections démographiques des professions médicales. Selon les calculs de la DREES (Ministère de la Santé), le nombre de médecins devrait diminuer dans toutes les régions de France au cours des prochaines années. Pour l'ensemble de la Lorraine, le nombre de généralistes libéraux devrait rester stable d'ici à 2007-2008, et commencerait à décroître à compter de 2009. La région Lorraine perdrait alors chaque année une vingtaine de généralistes. Cette perte s'accroîtrait à partir de 2014 avec une baisse annuelle d'une quarantaine de médecins généralistes par an.

Pour les spécialistes libéraux, la baisse de leur effectif régional se situerait dès 2008 avec d'abord une diminution d'une vingtaine de praticiens par an et une accélération à partir de 2013.

Au niveau national, en raison de la durée des études de médecine, un relèvement du numerus clausus (6 200 actuellement et 4 700 au moment de la publication des projections par la DREES) ne devrait pas avoir d'effet sensible avant 2012-2014. Même avec un relèvement du numerus clausus à 8 000 étudiants, la tendance ne s'inverserait qu'en 2025.

Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants au 31 décembre 2002

		Infirmiers libéraux	
		Tous âges	Moins de 55 ans
TSP 1	Pays de Verdun	55,7	53,0
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	50,7	46,5
TSP 3	Pays de Briey	30,4	26,3
TSP 4	Longwy	45,9	41,1
TSP 5	Thionville	55,8	54,1
TSP 6	Metz	61,9	56,3
TSP 7	Bassin Houiller	52,3	48,7
TSP 8	Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	57,0	54,0
TSP 9	Pays du Saulnois	80,7	77,2
TSP 10	Pays de Sarrebourg	109,5	106,3
	Territoire Nord	57,9	54,1
	Lorraine	55,5	51,9
	France métropolitaine	82,5	75,5

Source : URCAM

Pour les infirmiers libéraux, la densité observée est plus favorable pour le territoire Nord lorsqu'on le compare à l'ensemble de la Lorraine. Elle reste toutefois nettement inférieure à celle observée pour l'ensemble de la France, hormis pour le Pays de Sarrebourg. Ces données doivent toutefois également être nuancées pour le Bassin Houiller et le Pays de Briey dans la mesure où elles ne tiennent pas compte des infirmiers salariés travaillant dans les centres de santé relevant des sociétés de secours minier. Le correctif apporté au Bassin Houiller donne un nombre de 77 infirmiers pour 100 000 habitants, ce qui placerait ce TSP en position plus avantageuse sans pour autant atteindre le niveau national.

La Lorraine Nord est donc un territoire de déséquilibres au niveau de l'offre ambulatoire : déséquilibre par rapport à l'ensemble de la France et déséquilibres entre les territoires composant cet espace. Dans ce contexte, le vieillissement de la population, mais aussi celui des professionnels de santé et les évolutions démographiques attendues chez les praticiens médicaux risquent d'engendrer ou d'aggraver des situations locales difficiles en termes de soins ambulatoires.

Offre de soins en établissement de santé : une hétérogénéité infraterritoriale

Au 31 décembre 2003, la Lorraine Nord dispose d'un niveau d'équipement hospitalier en soins de courte durée supérieur à la moyenne nationale, en particulier pour ce qui concerne les lits de médecine. Par contre, le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est nettement inférieur en Lorraine Nord qu'en France métropolitaine.

Nombre de lits ou places installés au 31 décembre 2003

	Lorraine Nord		France métr.	Taux d'occupation	
	Nombre	Taux pour 10 000	Taux pour 10 000	Lorraine Nord	France Métro.
Médecine	3001	23,4	19,4	76,1	83,0
Chirurgie	1883	14,7	16,0	63,8	71,7
Gynéco-obstétrique	556	4,3	3,8	64,4	71,9
Ensemble MCO	5440	42,5	39,2	70,6	77,3
SSR	1355	10,6	15,5	79,6	85,4
Soins de longue durée	1593	12,4	13,6	94,7	97,2
Psychiatrie	1414	11,0	9,8	83,2	89,1

Source : SAE

Si l'offre de soins en MCO est plus importante en Lorraine Nord que dans l'ensemble de la France lorsqu'on la rapporte au volume de la population, l'analyse de sa répartition infra-territoriale marque une hétérogénéité dans sa distribution spatiale.

Nombre de lits ou places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2003

		Médecine	Chir.	Gy. Ob.	MCO	SSR	Soins longue durée	Psychiatrie
TSP 1	Pays de Verdun	28,5	23,1	5,1	56,7	10,6	15,6	13,2
TSP 2	Pays Cœur de Lorraine	6,2	-	-	6,2	5,4	29,1	-
TSP 3	Pays de Briey	32,1	10,7	3,7	46,4	8,1	5,6	4,1
TSP 4	Longwy	25,4	8,7	2,9	37,0	4,1	22	2,8
TSP 5	Thionville	25,9	16	4,4	46,3	8,3	11,5	2
TSP 6	Metz	23,3	19,1	5,2	47,6	12,5	11,8	12,3
TSP 7	Bassin Houiller	21,1	16,1	4	41,3	7,6	7,9	-
TSP 8	Pays de Sarreguemines	20	5,4	5,5	30,9	12,6	12,4	56,5
TSP 9	Pays du Saulnois	13,7	-	-	13,7	14	22,8	-
TSP 10	Pays de Sarrebourg	22,7	8,7	4	35,4	28,4	18	32,5
	Territoire Nord	23,4	14,7	4,3	42,5	10,6	12,4	11,0

Source : SAE

Des habitudes de recours à des soins hospitaliers en dehors du territoire Lorraine Nord

Une part des besoins d'hospitalisation de la population de Lorraine Nord est prise en compte, pour les soins de niveau 1 et de niveau 2, en dehors de ce territoire, voire en dehors de la région.

Pour les soins de niveau 1, en 2001, d'après les données nationales du PMSI, sur 1000 séjours hospitaliers de personnes domiciliées en Lorraine Nord, 144 ont été effectués dans un établissement se situant en dehors de ce territoire, principalement en Lorraine Sud.

Cette attraction hors Lorraine Nord est surtout le fait des populations de 5 TSP. Les TSP de Sarreguemines et de Sarrebourg subissent une attraction vers des établissements alsaciens pour 24 % à 30 % des séjours hospitaliers de personnes domiciliées dans ces territoires. Alors que le Saulnois, le Pays Cœur de Lorraine et Longwy connaissent une attraction hospitalière, minoritaire mais néanmoins importante, vers la Lorraine Sud

Répartition de 1000 séjours hospitaliers par territoire en fonction du domicile et du lieu d'hospitalisation pour les soins de niveau 1 et de niveau 2, en 2001

Soins de Niveau 1		Lieu d'hospitalisation				Total
		Lorraine Nord	Lorraine Sud	Alsace	Autres	
Domicile	Lorraine Nord	856	83	45	16	1000
	TSP 2 Cœur de Lorraine	601	377	3	19	1000
	TSP 4 Longwy	863	119	2	16	1000
	TSP 8 Sarreguemines	713	41	237	9	1000
	TSP 9 Saulnois	640	322	28	10	1000
	TSP 10 Sarrebourg	635	57	299	10	1000

Soins de Niveau 2		Lieu d'hospitalisation				Total
		Lorraine Nord	Lorraine Sud	Alsace	Autres	
Domicile	Lorraine Nord	804	117	61	18	1000
	TSP 2 Cœur de Lorraine	530	446		24	1000
	TSP 4 Longwy	822	162		16	1000
	TSP 4 Longwy	863	119	2	16	1000
	TSP 8 Sarreguemines	607	55	330	8	1000
	TSP 9 Saulnois	454	489	46	11	1000
	TSP 10 Sarrebourg	488	72	428	12	1000

Des alternatives à l'hospitalisation qui restent à développer

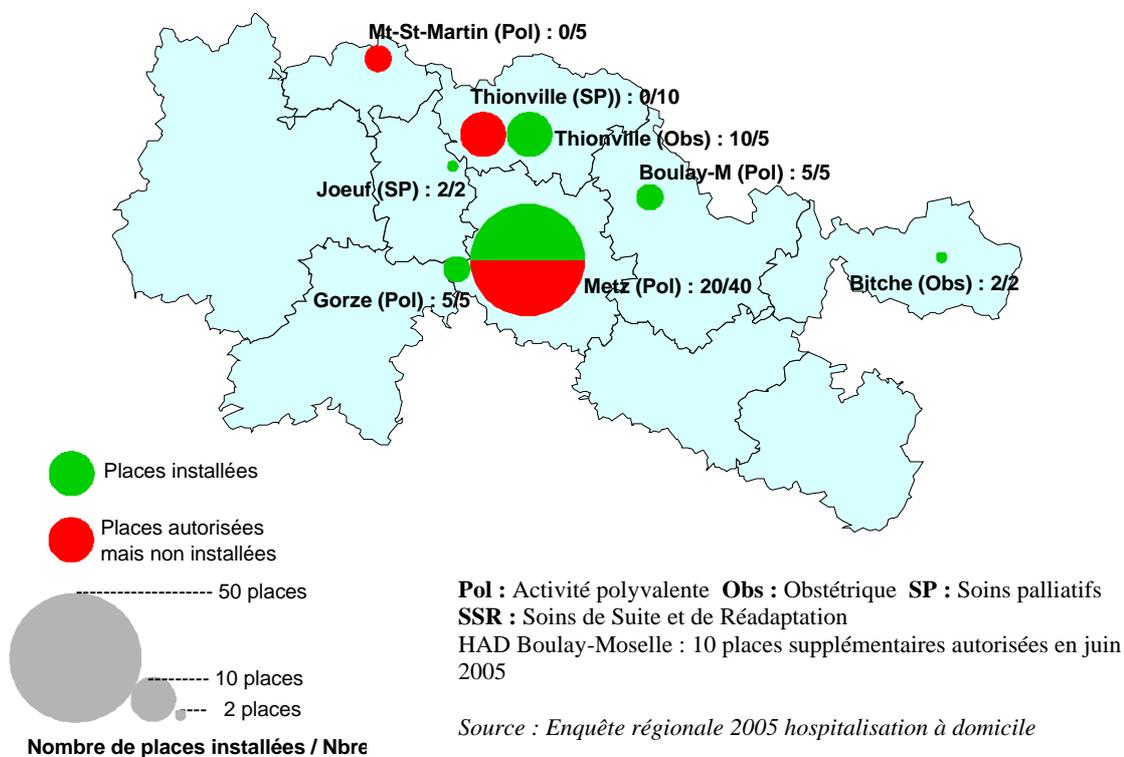
Les alternatives à l'hospitalisation sont encore peu développées en Lorraine Nord comparativement à d'autres régions françaises. Encore que les taux indiqués dans le tableau suivant, figés à la fin de l'année 2003, ont connu une progression pour ce secteur d'activité aujourd'hui en développement. La carte suivante permet de mieux connaître l'offre de soins en hospitalisation à domicile au 30 juin 2005.

Les alternatives à l'hospitalisation au 31 décembre 2003

	Lorraine Nord		France métro.
	Nombre	Taux pour 10 000	Taux pour 10 000
Chirurgie ambulatoire	95	0,7	1,5
Hospitalisation à domicile	23	0,2	0,7

Source : SAE

Places autorisées et installées en hospitalisation à domicile au 1^{er} janvier 2005



Pour le territoire Sud :

Un territoire marqué par un clivage entre son centre et sa périphérie

Le territoire Lorraine Sud, d'une superficie de 12 534 km², compte un peu plus de 1,029 million habitants au dernier recensement général de la population en 1999. Il concentre 45 % de la population lorraine sur 53 % du territoire régional. Sa densité moyenne est de 82 habitants par km², mais on observe des différences importantes dans la répartition du nombre d'habitants par territoire de proximité.

C'est le territoire de santé de proximité (TSP) n° 16 (Nancy) qui est le plus peuplé avec 298 950 habitants (627 habitants au km²), suivi du TSP n° 18 (Vosges Centrales) avec 151 870 habitants (64 habitants au km²). Les TSP n° 16 et n° 18 sont les deux seuls territoires de Lorraine Sud à compter

plus de 150 000 habitants. Près de 30 % de la population de la Lorraine Sud réside sur le TSP n° 16 (Nancy) et près de 15 % sur le TSP n° 18 (Vosges Centrales).

Deux TSP seulement sur les 10 ont une densité supérieure à 100 habitants au km². Ils se situent sur le sillon mosellan, de Pont-à-Mousson au Sud de Nancy. Le reste du territoire Lorraine Sud présente davantage une caractéristique rurale, même si chacun des territoires de proximité, pris individuellement, s'étend autour d'un axe plus urbanisé.

Nombre d'habitants par TSP au recensement général de la population de 1999

		Nb d'habitants 1999	Nb habitants au km ²	% de population	Variation de population 1990-1999 (moyenne annuelle)
TSP 11	Pays Barrois	68 939	39	6,7%	- 0,46%
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	22 467	31	2,2%	- 0,06%
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	60 187	40	5,8%	- 0,54%
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	87 955	64	8,5%	+ 0,28%
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	94 672	111	9,2%	+ 0,05%
TSP 16	Nancy	298 950	627	29,0%	+ 0,08%
TSP 17	Pays Lunévillois	75 983	52	7,4%	- 0,13%
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	151 870	64	14,7%	- 0,05%
TSP 19	Pays de la Déodatie	82 875	76	8,0%	+ 0,02%
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	85 854	94	8,3%	- 0,22%
	Territoire Sud	1 029 752	82	100,0%	- 0,05%

Source : INSEE RGP 1999

Le territoire Sud se caractérise, dans son ensemble, par une diminution de sa population entre les deux derniers recensements (- 4 277). Cette baisse du nombre d'habitants est, dans les faits, inégalement réparti sur le territoire. Pour les TSP de Nancy (+ 2 228) et du Pays du SO Meurthe-et-Mosellan (+ 2 157), on enregistre un gain de population supérieur à 2000 habitants. Deux autres (Val de Lorraine + 420, Déodatie + 180) présentent une faible augmentation qui correspond à une quasi-stagnation. Les six autres TSP accusent une perte de population sur la même période 1990-1999 : Pays de l'Ouest Vosgien (- 3005), Pays Barrois (- 2 892), Pays de Remiremont (- 1 715), Pays Lunévillois (- 871), Pays des Vosges Centrales (- 664) et Pays du Haut Val de Meuse (-121).

Cette évolution diversifiée de la population est d'abord liée à un solde migratoire⁵ qui est négatif dans les dix TSP.

Le solde naturel (différence entre le nombre de décès et le nombre de naissances) est, en moyenne annuelle sur tout le territoire, de 3 048 pour la période 1999 - 2001.

Les 12 104 naissances domiciliées sur le territoire Sud, en 2004, sont en progression de 1,2 % par rapport à 2003 (+ 2,9 % pour la Lorraine Nord). Mais, au-delà de ce résultat annuel, la natalité se situe plutôt dans une relative constance. Le taux de natalité est en effet passé de 1,26 pour 100 habitants sur la période 1990 à 1999 à 1,20 pour 2000 - 2004 (1,30 pour la France métropolitaine).

Six territoires de santé de proximité ont connu, entre 1999 et 2004, une diminution du nombre de naissances : par ordre d'importance TSP 11 (Pays Barrois - 9,4 %), TSP 18 (Vosges Centrales - 9,3 %), TSP 20 (Pays de Remiremont - 7,6 %), TSP 16 (Nancy - 5,3 %), TSP 15 (Val de Lorraine - 3,7 %), TSP 13 (Ouest Vosgien - 2,8 %).

Le vieillissement de la population

Pour les années à venir, le scénario le plus optimiste des projections de l'INSEE, dit «déclin démographique contenu»⁶, tend à montrer que le territoire Sud, comme l'ensemble de la Lorraine, va

⁵ Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

⁶ Les hypothèses sont :

- Hausse des quotients de fécondité par âge de +0,3 d'ici 2020;
- Augmentation des quotients de migrations de 0,002 de 2000 à 2020 pour les 1 à 15 ans et les 25 à 40 ans.
- Baisse de la mortalité au même rythme que la tendance métropolitaine.

voir sa population totale stagner en nombre au cours des vingt prochaines années. En se fondant sur ces données, seule le TSP 14 (Pays du SO Meurthe-et-Mosellan) verrait sa population augmenter d'ici 2020 (+ 3,8 % entre 1999 et 2020). Tous les autres territoires de proximité accuseraient une baisse du nombre de leur population, avec des variations différenciées entre les TSP. Pour trois TSP, la baisse serait supérieure à 5 % (TSP 11 Pays Barrois - 12 %, TSP 13 Ouest Vosgien - 14 %, TSP 20 Pays de Remiremont - 7 %). Pour les autres, elle se situerait entre - 2 et - 4 %.

L'effet le plus important de cette évolution démographique se manifeste davantage au niveau de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Pour ce phénomène, les projections démographiques présentent une probabilité plus importante que pour l'ensemble de la population car seule l'hypothèse de l'évolution de la mortalité intervient. Dans le cas présent, cette hypothèse porte sur une baisse de la mortalité au même rythme que la tendance métropolitaine constatée entre 1990 et 1999.

En 1999, le territoire Sud comptait 69 228 personnes âgées de 75 ans ou plus. En 2005, ce nombre a déjà dû connaître une augmentation de 19 % (82 038). Il va encore progresser dans les années suivantes : 98 760 en 2015 (+ 43 % par rapport à 1999 et + 20 % par rapport à 2005). En 2020, ce nombre baissera très légèrement en passant à 98 673, en raison de l'arrivée dans cette catégorie d'âge des générations nées entre 1939 et 1945 (période de guerre où le nombre des naissances a chuté).

Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus au recensement de 1999 et évolution projetée pour les années 2005, 2015 et 2020

		1999	2005	2015	2020
TSP 11	Pays Barrois	4 843	5 780	6 684	6 598
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	1 853	2 192	2 518	2 359
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	4 548	5 355	6 658	6 591
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	5 028	6 078	7 522	7 708
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	5 381	6 732	8 901	9 113
TSP 16	Nancy	17 606	20 512	24 235	24 812
TSP 17	Pays Lunévillois	5 723	6 818	8 041	7 819
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	11 003	12 930	15 153	14 920
TSP 19	Pays de la Déodaté	6 425	7 568	8 806	8 559
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	6 818	8 073	10 242	10 194
	Territoire Sud	69 228	82 038	98 760	98 673

Sources : INSEE RPG 99 et projections démographiques

Évolution en indice du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus sur la période 1999-2020 (indice base 100 en 1999)

		1999	2005	2015	2020
TSP 11	Pays Barrois	100	119	138	136
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	100	118	136	127
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	100	118	146	145
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	100	121	150	153
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	100	125	165	169
TSP 16	Nancy	100	117	138	141
TSP 17	Pays Lunévillois	100	119	141	137
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	100	118	138	136
TSP 19	Pays de la Déodaté	100	118	137	133
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	100	118	150	150
	Territoire Sud	100	119	143	143

Cette progression du nombre des personnes âgées de 75 ans ou plus touchera de manière différente les différents territoires de proximité. Ceux qui connaissent déjà un vieillissement plus prononcé de leur population seront moins touchés par cette progression, alors que les territoires aujourd'hui les plus jeunes seront rapidement confrontés à ce phénomène. Ce sera, par exemple, le cas du TSP n° 15 (Pays Val de Lorraine) qui va connaître, en 2015, une progression de 65 % de cette catégorie d'âge par rapport à 1999, ou encore du TSP n° 14 (Pays du SO de Meurthe-et-Moselle) avec une progression de 50 % sur la même période.

Cette évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ne va pas, pour autant, modifier fondamentalement la répartition de la totalité des gens de cet âge sur les différents territoires. En 2005, 25 % de la population de 75 ans ou plus du territoire Sud habitaient sur le TSP n° 16 Nancy). En 2015, cette proportion restera quasi similaire (24,5%).

Si on ne prend en compte que les 85 ans ou plus, l'évolution prospective de leur nombre est momentanément différente. En effet, le nombre des gens de cet âge a baissé entre 1999 et 2005, en

passant de 21 265 à 17 956. Ce phénomène s'explique par le déficit des naissances enregistré entre 1914 et 1918 et qui correspond à la génération atteignant 85 ans entre 1999 et 2003. Mais, à partir de 2015, on assistera à une progression des 85 ans ou plus de + 76 % par rapport à 2005.

Au total, le territoire Sud va être confronté très rapidement, s'il ne l'est pas déjà, à un vieillissement important de sa population. Ce phénomène démographique risque d'être d'autant plus marquant pour le Sud que certains de ses TSP étaient caractérisés, dans un passé encore récent, par une relative jeunesse de leur population. L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus y sera du coup plus important que dans d'autres.

Un dynamisme économique diversement réparti sur le territoire

L'espace regroupant les TSP n° 15 (Val de Lorraine), n° 16 (Nancy), n° 14 (Pays du SO de la Meurthe-et-Moselle) et la partie la plus à l'ouest du TSP 17 (Pays Lunévillois) constitue le noyau central du développement économique de la Lorraine Sud. Il s'intègre lui-même dans le sillon lorrain qui structure l'ensemble de la région. Il agglomère un vaste ensemble sous influence urbaine, mais aussi des territoires qui bénéficient de ses effets d'entraînement, à la marge sud-ouest de la Meurthe-et-Moselle ou en bordure est du département de la Meuse.

Son économie associe des activités à fort rayonnement métropolitain, des activités fortement internationalisées ou liées à celles-ci, et pour le TSP de Nancy des activités de services à la population liées à l'agglomération nancéienne. Ce complexe d'activités confère un rôle majeur au grand pôle d'emploi nancéien, mais aussi aux trois pôles secondaires (Pont-à-Mousson, Toul, Lunéville) qui structurent fortement le fonctionnement d'un grand marché du travail de plus en plus intégré.

Le sud et le sud-est de la Lorraine Sud, (Vosges Centrales, Pays de la Déodatie et Pays de Remiremont) sont caractérisés par une forte densité industrielle subissant les restructurations du textile. Cet espace est structuré autour d'Épinal, cinquième agglomération lorraine, Saint-Dié et Remiremont, deux villes « moyennes » à l'échelle régionale. Durement éprouvé par les restructurations industrielles, il a néanmoins conservé une cohésion propre qui se lit dans le système des migrations domicile-travail et dans l'évolution résistante de l'emploi et de la population active sur la dernière décennie, et cela malgré une évolution démographique peu favorable.

A l'est de la Lorraine Sud se dessine un espace caractérisé par un déclin démographique qui prolonge des espaces ruraux peu dynamiques (marges des Ardennes, de la Marne, de la Haute-Marne, de la Haute-Saône). Trop éloignés du sillon lorrain pour tirer pleinement parti de ses effets d'entraînement, ne bénéficiant pas d'opportunités franches susceptibles d'orienter favorablement les flux migratoires résidentiels, ces territoires voient leur développement étroitement lié à celui de leurs villes.

Fortement marquée par le dynamisme économique du sillon lorrain et celui des espaces périurbains résidentiels qui en bénéficient, la Lorraine Sud connaît à l'ouest et au sud des territoires affaiblis et voisinant avec des espaces en déclin. Ce clivage entre le centre et la périphérie peut entraîner, à terme, un risque de fracture interne.

Une population moins marquée par la précarité, mais avec des disparités sociales à l'échelle des territoires

Par rapport aux différents indicateurs permettant d'apprécier l'importance du phénomène de la pauvreté et de la précarité, le territoire Sud présente les proportions les plus défavorables de l'ensemble de la Lorraine.

Pour apprécier l'importance relative de la pauvreté-précarité sur le territoire Sud, on se limitera à un seul indicateur, celui de la proportion de ménages à bas revenus⁷, c'est-à-dire percevant moins de 734,99 Euros par mois et par unité de consommation.

⁷ Nombre d'allocataires des CAF percevant des revenus inférieurs à 734,99 Euros par mois et par unité de consommation pour 100 ménages. Le Revenu par unité de consommation, calculé par les CAF, rapporte le revenu disponible (revenu + prestations) de la famille, hors étudiants, personnes âgées de plus de 65 ans et allocataires des régimes spéciaux, au nombre d'unité de consommation. Les unités de consommation (UC) sont définies de la manière suivante : UC=1 pour l'allocataire, 0,5 par adulte et enfant âgé de 14 ans ou plus, 0,3 par enfant âgé de moins de 14 ans. On ajoute 0,2 pour les familles monoparentales. Le seuil de bas revenus est de 734,99 euros en 2004 ; il correspond à la demi-médiane des revenus de l'ensemble de la population française.

Nombre et proportion de ménages de moins de 65 ans à « bas revenus »

		Nombre	Proportion De ménages
TSP 11	Pays Barrois	3 117	11,3%
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	968	10,9%
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	2 253	9,4%
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	3 059	9,5%
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	3 624	10,4%
TSP 16	Nancy	17 593	13,5%
TSP 17	Pays Lunévillois	3 464	11,7%
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	7 435	12,3%
TSP 19	Pays de la Déodatie	3 558	10,5%
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	2 723	7,9%
	Lorraine Sud	47 794	11,5%
	Lorraine	100 054	11,0 %

Sources : CAF, CNAF

Le TSP n° 16 (Nancy) concentre à lui seul près de 37 % de l'ensemble des ménages à bas revenus du territoire Sud, avec 17 593 ménages relevant de cette catégorie. Le TSP n° 18 (Pays des Vosges Centrales) arrive en seconde position avec 7 435 ménages.

Par rapport à 2003, le nombre de ménages de moins de 65 ans à « bas revenus » a augmenté de 6 % pour l'ensemble de la Lorraine Sud. C'est pour le TSP n° 11 (Pays Barrois) qu'on enregistre la progression la plus importante : + 13 %.

En résumé, la Lorraine Sud, considérée dans son ensemble, ne présente pas un niveau de pauvreté – précarité plus important que l'ensemble de la Lorraine. Mais dès lors qu'on compare les différents territoires de proximité entre eux on observe des disparités importantes, avec une concentration en nombre plus importante sur le TSP n° 16 (Nancy) que sur les autres TSP de l'ensemble de la Lorraine.

Un état de santé qui s'améliore mais qui reste en deçà de celui constaté pour l'ensemble des français

Jugé à l'aune de la mortalité, on sait depuis longtemps que l'état de santé des lorrains est nettement moins bon que celui de l'ensemble des français métropolitains. En Lorraine Sud, cet état de santé à connu, au cours des deux dernières décennies, une amélioration importante. Ce progrès n'a cependant pas encore permis de réduire de manière significative l'écart avec la France métropolitaine.

Pour la période 1999 - 2001, le taux comparatif de mortalité (TCM) pour les deux sexes est de 960 pour 100 000 habitants dans le territoire de Lorraine Sud contre 910 en France métropolitaine. C'est pour les hommes que l'écart avec la France est le plus important (TCM de 1 334 pour la Lorraine Sud contre 1 238 pour la France). Pour les femmes, le TCM est de 720 en Lorraine Sud contre 687 pour la France.

Taux comparatif de mortalité par TSP - Période 1999 - 2001

		Hommes	Femmes
TSP 11	Pays Barrois	1 282 ns	721 ns
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	1 443	682 ns
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	1 362	707 ns
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	1 256 ns	760
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	1 417	757
TSP 16	Nancy	1 282	664 ns
TSP 17	Pays Lunévillois	1 357	799
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	1 394	751
TSP 19	Pays de la Déodatie	1 386	707 ns
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	1 307	743
	Lorraine Sud	1 334	720
	Lorraine	1 363	762
	France métropolitaine	1 238	687

ns = différence statistiquement non significative par rapport à la France

Si on ne prend en compte que la mortalité prématurée (avant 65 ans), trois TSP présentent un taux comparatif de mortalité significativement supérieur à celui de la France pour les hommes. Le TSP n° 14 (Pays du SO de Meurthe-et-Moselle) connaît pour sa part un taux nettement inférieur que celui de

la moyenne nationale. Pour les femmes, un seul territoire de proximité (Vosges de l'Ouest) se démarque significativement de la moyenne nationale.

Mortalité prématurée (avant 65 ans)

Hommes	TCM	Femmes	TCM	
TSP 12	Haut Val de Meuse	408	TSP 18	Vosges de l'Ouest 151
TSP 14	SO Meurthe et Mos.	279		
TSP 18	Vosges de l'Ouest	355		
TSP 19	Déodatie	355		
	Lorraine Sud	329	Lorraine Sud	140
	France Métropol.	312	France Métropol.	134

Une forte prévalence des maladies cardio-vasculaires chez les femmes et des cancers chez les hommes

Tous âges confondus, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès en Lorraine Sud (2 986 décès en moyenne annuelle, soit 31 % des décès). Chez les hommes, ce sont les cancers qui constituent la première cause de décès (1605 en moyenne annuelle, soit 33 % des décès masculins) et, en premier lieu, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon responsables de 420 décès en moyenne par an (26% des décès masculins par cancer). Il faut souligner que le cancer du poumon touche des personnes relativement jeunes, 39 % des décès survenant avant 65 ans.

La consommation de tabac constitue le principal facteur de risque de cette affection qui se déclare après un long temps de latence (vingt ans). Selon certaines études, le tabagisme serait responsable de 80 à 90 % des décès par cancer du poumon.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont en Lorraine Sud la première cause de mortalité pour les femmes (1649 décès en moyenne annuelle, 35 % des décès féminins) et la seconde pour les hommes (1336 par an, 27 % des décès masculins). La lorraine Sud connaît, pour ce type de pathologie, une surmortalité en comparaison à la moyenne nationale moins importante qu'en Lorraine Nord : Nord +21%, Sud + 8 %.

Le graphique de la page suivante synthétise, par TSP, les causes de décès pour lesquelles une différence significative ($p < 0,05$) est constatée par rapport à la France. Hormis quelques causes spécifiques qui caractérisent tel ou tel territoire de santé de proximité, on observera plus particulièrement les pathologies les plus structurantes de la mortalité qui touche le territoire Sud.

Les territoires pour lesquels aucune spécificité de causes de mortalité n'est indiquée connaissent une mortalité similaire à celle de la moyenne française. On remarquera plus particulièrement que le TSP n° 16 (Nancy) ne présente pas de surmortalité significative par rapport à la France, sauf pour les tumeurs du poumon chez les hommes. Ce territoire présente par contre une sous-mortalité pour les accidents de la route (hommes et femmes) et les maladies endocriniennes chez les femmes.

Différence significative de mortalité par rapport à la France par TSP et par pathologie

	TSP du secteur Sud										S
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Appareil circulatoire H	■		■	■	■			■	■		■
Appareil circulatoire F			■	■	■		■	■	■		■
Maladies cardiovasculaires H	■				■						■
Maladies cardiovasculaires F											
Maladies vasculaires-cérébrales H	■							■			■
Maladies vasculaires-cérébrales F					■		■				■
Tumeurs H		■			■	■		■			■
Tumeurs F											
Tumeurs des bronches et du poumon H					■	■					■
Tumeurs des bronches et du poumon F											
VADS H		■									
VADS F											
Tumeurs de l'intestin H		■						■			■
Tumeurs de l'intestin F											
Tumeur du sein F											▨
Tumeur de l'utérus F											
Maladies de l'appareil respiratoire H								■	■	■	■
Maladies de l'appareil respiratoire F	▨							■	■	■	■
Bronchites chroniques H	■										■
Bronchites chroniques F											
Pneumopathies H	▨										
Pneumopathies F	▨							■		■	
Traumatismes H		■						■	■		■
Traumatismes F	■									■	
Accidents de la route H			■			▨		■		■	
Accidents de la route F	■					▨				■	
Chutes H								■			■
Chutes F											
Suicide H		■						■	■		■
Suicide F											
Appareil digestif H	■			■	■			■			■
Appareil digestif F				■							
Maladies endocriniennes H			■								
Maladies endocriniennes F		■				▨	■	■			■
Maladies du système nerveux H		▨							▨	▨	
Maladies du système nerveux F				■					▨		
<i>Pathologies liées à l'alcool H</i>								■	■		
<i>Pathologies liées à l'alcool F</i>			▨								▨

Surmortalité
 Sous-mortalité

Différence égale ou supérieure de 25 % par rapport à la France
 Différence de 10 à moins de 25 % par rapport à la France

Un territoire de déséquilibres pour l'offre de soins ambulatoires

Tous les indicateurs sur le nombre de professionnels de santé, exerçant en secteur libéral, par rapport à la population placent le territoire de Lorraine Sud en position plutôt favorable lorsqu'on le compare à l'ensemble de la Lorraine. Mais, dès lors qu'on précise l'observation par territoire, on constate des disparités.

Nombre de médecins libéraux pour 100 000 habitants au 31 décembre 2003

		Généralistes		Spécialistes	
		Tous âges	Moins de 55 ans	Tous âges	Moins de 55 ans
TSP 11	Pays Barrois	81,2	69,6	49,3	30,5
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	93,5	75,7	17,8	13,4
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	91,4	71,4	38,2	28,2
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	93,2	79,6	31,8	23,9
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	96,1	84,5	38,0	24,3
TSP 16	Nancy	121,8	102,0	147,2	115,4
TSP 17	Pays Lunévillois	94,8	81,6	46,1	34,2
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	89,6	75,1	73,7	52,7
TSP 19	Pays de la Déodatie	79,6	61,5	38,6	27,8
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	89,7	71,1	25,6	17,5
	Lorraine Sud	99,1	82,6	74,4	55,7
	Lorraine	90,2	76,3	62,3	47,7
	France métropolitaine	93,0	81,2	89,2	nd

Source : URCAM, DRASS (ADELI)

Au regard du tableau précédent, 5 TSP sur 10 présentent une densité en médecins généralistes libéraux inférieure à celle constatée pour l'ensemble de la France métropolitaine. Les écarts les plus importants avec la moyenne nationale se rencontrent pour le Pays de la Déodatie, le Pays Barrois et le Pays des Vosges Centrales.

Pour les médecins spécialistes, les disparités territoriales à l'intérieur de la Lorraine Sud sont encore plus prononcées.

Ces disparités s'accroissent lorsqu'on tient compte du vieillissement du corps médical libéral et qu'on calcule les densités en ne prenant en compte que les médecins âgés de moins de 55 ans.

Enfin, il faut tenir compte des projections démographiques des professions médicales. Selon les calculs de la DREES (Ministère de la Santé), le nombre de médecins devrait diminuer dans toutes les régions de France au cours des prochaines années. Pour l'ensemble de la Lorraine, le nombre de généralistes libéraux devrait rester stable d'ici à 2007-2008, et commencerait à décroître à compter de 2009. La région Lorraine perdrait alors chaque année une vingtaine de généralistes. Cette perte s'accroîtrait à partir de 2014 avec une baisse annuelle d'une quarantaine de médecins généralistes par an.

Pour les spécialistes libéraux, la baisse de leur effectif régional se situerait dès 2008 avec d'abord une diminution d'une vingtaine de praticiens par an et une accélération à partir de 2013.

Au niveau national, en raison de la durée des études de médecine, un relèvement du numerus clausus (6 200 actuellement et 4 700 au moment de la publication des projections par la DREES) ne devrait pas avoir d'effet sensible avant 2012-2014. Même avec un relèvement du numerus clausus à 8 000 étudiants, la tendance ne s'inverserait qu'en 2025.

Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants au 31 décembre 2002

		Infirmiers libéraux	
		Tous âges	Moins de 55 ans
TSP 11	Pays Barrois	57,9	55,0
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	73,3	73,3
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	61,5	60,0
TSP 14	Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	60,6	57,9
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	54,6	48,5
TSP 16	Nancy	47,5	43,2
TSP 17	Pays Lunévillois	64,1	58,8
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	46,3	43,7
TSP 19	Pays de la Déodatie	53,1	51,9
TSP 20	Pays de Remiremont et de ses Vallées	44,6	42,2
Lorraine Sud		52,6	49,2
Lorraine		55,5	51,9
France métropolitaine		82,5	75,5

Source : URCAM

Pour les infirmiers libéraux, la densité observée est légèrement moins favorable pour le territoire Sud lorsqu'on le compare à l'ensemble de la Lorraine. Elle est très nettement inférieure à celle observée pour l'ensemble de la France.

La Lorraine Sud est donc un territoire de déséquilibres au niveau de l'offre de soins ambulatoire : déséquilibre par rapport à l'ensemble de la France et déséquilibres entre les territoires composant cet espace. Dans ce contexte, le vieillissement de la population, mais aussi celui des professionnels de santé et les évolutions démographiques attendues chez les praticiens médicaux risquent d'engendrer ou d'aggraver des situations locales difficiles en termes de soins ambulatoires.

Une faiblesse numérique des alternatives à l'hospitalisation

Au 31 décembre 2003, la Lorraine Nord dispose d'un niveau d'équipement hospitalier en soins de courte durée supérieur à la moyenne nationale, en particulier pour ce qui concerne les lits de médecine. Par contre, le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est nettement inférieur en Lorraine Nord qu'en France métropolitaine.

Nombre de lits ou places installés au 31 décembre 2003

	Lorraine Sud		France métr.	Taux d'occupation	
	Nombre	Taux pour 10 000	Taux pour 10 000	Lorraine Sud	France Métro.
Médecine	2 548	24,7	19,4	76,9	83,0
Chirurgie	2 134	20,7	16,0	72,0	71,7
Gynéco-obstétrique	426	4,1	3,8	71,2	71,9
Ensemble MCO	5 108	49,6	39,2	74,3	77,3
SSR	1 796	17,4	15,5	74,9	85,4
Soins de longue durée	1 584	15,4	13,6	94,5	97,2
Psychiatrie	1 001	4,1	9,8	83,6	89,1

Source : SAE

Si l'offre de soins en MCO est plus importante en Lorraine Sud que dans l'ensemble de la France lorsqu'on la rapporte au volume de la population, l'analyse de sa répartition infra-territoriale marque une hétérogénéité dans sa distribution spatiale.

Nombre de lits ou places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2003

		Médecine	Chir.	Gy. Ob.	MCO	SSR	Soins longue durée
TSP 11	Pays Barrois	21,3	13,2	3,5	38,0	9,6	17,4
TSP 12	Pays du Haut Val de Meuse	15,6	-	-	15,6	7,6	28,9
TSP 13	Pays de l'Ouest Vosgien	32,9	13,5	4,0	50,3	19,8	19,1
TSP 14	Pays du SO Meurthe-et-Mos.	11,3	8,9	2,3	22,4	41,3	27,5
TSP 15	Pays du Val de Lorraine	5,3	2,6	0,2	8,1	13,8	5,4
TSP 16	Nancy	45,4	41,8	6,6	93,7	16,5	12,8
TSP 17	Pays Lunévillois	14,3	15,1	3,0	32,5	17,4	27,2
TSP 18	Pays des Vosges Centrales	14,2	19,6	4,7	38,6	15,6	11,1
TSP 19	Pays de la Déodatie	20,2	12,2	2,7	35,0	22,3	10,9
TSP 20	Pays de Remiremont	19,9	11,2	4,9	36,0	6,1	16,7
	Lorraine Sud	24,7	20,7	4,1	49,6	17,4	15,4

Source : SAE

Une forte attraction hospitalière sur d'autres territoires de planification

La population de Lorraine Sud ne connaît pratiquement pas de migration hospitalière, c'est-à-dire de recours à un établissement de santé situé en dehors du territoire Sud. La seule exception concerne le TSP n° 11 (Pays Barrois) où, en 2001, sur 1000 séjours hospitaliers d'habitants de ce territoire pour des soins de niveau 1, 95 ont eu lieu en Champagne-Ardenne. Quel que soit le niveau de soins, 94 à 95 % des séjours hospitaliers de personnes résidant en Lorraine Sud ont lieu dans ce même territoire.

Lieu d'hospitalisation pour 1000 séjours hospitaliers de personnes domiciliées en Lorraine Sud en 2001

Lieu d'Hospitalisation	Séjours hospitaliers de personnes résidant en Lorraine Sud		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Lorraine Sud	959	956	941
Lorraine Nord	9	11	11
Hors Région	32	33	48
Total	1000	1000	1000
<i>Nombre</i>	<i>106 331</i>	<i>159 878</i>	<i>13 248</i>

Source : PMSI

Par contre, la Lorraine Sud accueille de nombreux patients domiciliés en dehors de son territoire pour des séjours hospitaliers nécessitant des soins de niveau 2 ou de niveau 3. Sur 1000 séjours hospitaliers pour des soins de niveau 2, réalisés en Lorraine Sud en 2001, 184 étaient le fait de personnes domiciliées en dehors de ce territoire (121 en provenance de Lorraine Nord et 63 hors région). Pour les soins de niveau 3, l'attraction de la Lorraine Sud est encore plus importante.

Domicile des patients pour 1000 séjours hospitaliers réalisés en Lorraine Sud en 2001

Domicile	Séjours hospitaliers réalisés en Lorraine Sud		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Lorraine Sud	848	816	698
Lorraine Nord	96	121	198
Hors Région	56	63	104
Total	1000	1000	1000
<i>Nombre</i>	<i>120 227</i>	<i>187 446</i>	<i>17 877</i>

Source : PMSI

Des alternatives à l'hospitalisation qui restent à développer

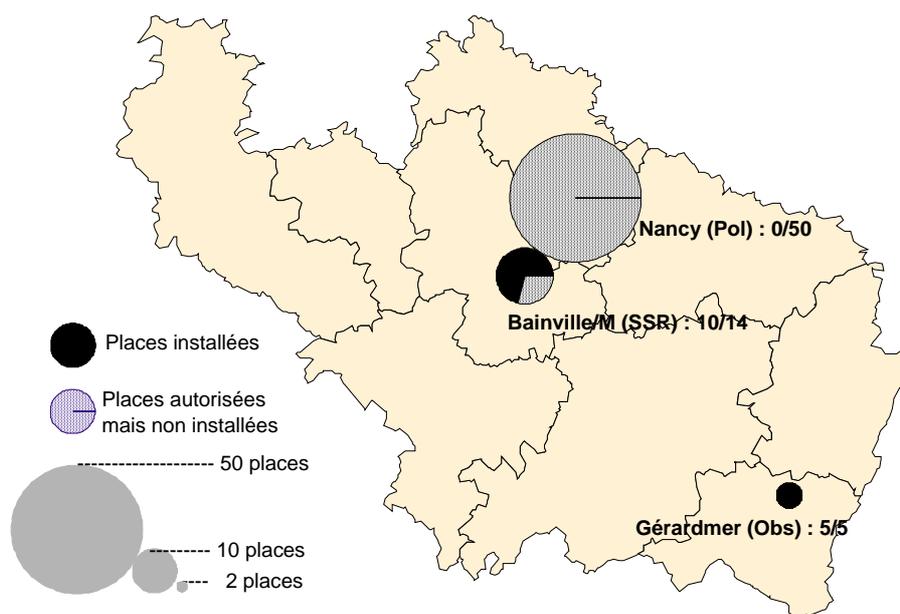
Les alternatives à l'hospitalisation sont encore peu développées en Lorraine Sud comparativement à d'autres régions françaises. Encore que les taux indiqués dans le tableau suivant, figés à la fin de l'année 2003, ont connu une progression pour ce secteur d'activité aujourd'hui en développement. La carte suivante permet de mieux connaître l'offre de soins en hospitalisation à domicile au 30 juin 2005.

Les alternatives à l'hospitalisation au 31 décembre 2003

	Lorraine Sud		France métro.
	Nombre	Taux pour 10 000	Taux pour 10 000
Chirurgie ambulatoire	152	1,47	1,5
Hospitalisation à domicile	5	0,05	0,7

Source : SAE

Places autorisées et installées en hospitalisation à domicile au 1^{er} janvier 2005



Nancy (Pol) : 0/50 : Nombre de places installées / Nbre de places autorisées

Pol : Activité polyvalente **Obs** : Obstétrique **SP** : Soins palliatifs

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

HAD Boulay-Moselle : 10 places supplémentaires autorisées en juin 2005

Source : Enquête régionale 2005 hospitalisation à domicile

CONCLUSION

La Lorraine est, pour les cinq à dix ans à venir, confrontée à six grands défis pour la prise en compte de deux grands enjeux :

- l'amélioration de la prise en compte des besoins de santé, en raison :
 - de l'accroissement attendu du nombre de personnes âgées, avec des proportions plus marquées dans le territoire Nord. Pour relever ce défi, une adaptation des équipements sanitaires et médico-sociaux à cette nouvelle donne devient incontournable.
 - Des données épidémiologiques concernant notamment la forte prévalence et l'incidence des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de nutrition, et des addictions à des produits (alcool, tabac). Le cancer est la première cause de mortalité avant 65 ans, pour les deux sexes confondus. Comparativement à d'autres régions, la Lorraine se caractérise par un nombre plus élevé de cancer du poumon, et de pathologies de l'appareil respiratoire (notamment des bronchites chroniques obstructives).
- l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins pour mieux répondre à ces besoins par :
 - le développement des alternatives à l'hospitalisation complète : chacun des territoires, confronté aux facteurs aggravants du vieillissement de la population et du déséquilibre de la démographie médicale, devra donc promouvoir la diversité des réponses.
 - Le renforcement des moyens médicaux et paramédicaux des courts séjours gériatriques et des services de soins de suite afin d'assurer des prises en charge plus adaptées.
 - L'amélioration des articulations entre les établissements de santé et les structures d'accueil du champ médico-social et social, ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux et les dispositifs de prévention.
 - Le rapprochement des secteurs publics et privés afin d'assurer les complémentarités et les mutualisations susceptibles de permettre une optimisation de la gestion des ressources humaines et financières.

LE DECOUPAGE TERRITORIAL

Le SROS constitue une démarche d'aménagement du territoire : c'est ce point de vue qui a présidé à la description des territoires devant lui servir de support.

L'espace régional a été ainsi abordé à deux échelles :

- l'une, pour la planification, définit deux territoires déduits des anciens secteurs, regroupés deux à deux, après qu'ait été vérifiée leur pertinence au regard des déplacements de la population pour un accès aux soins ;

Ces deux territoires, Nord et Sud, sont adossés à l'axe d'urbanisation qui concentrent les flux socio-économiques les plus importants, et relie les agglomérations d'appui de la région, qui accueillent les pôles médico-hospitaliers structurants le sillon Lorrain, à partir duquel, vers l'Ouest et vers l'Est s'organise dans tous les territoires de l'espace lorrain, du Pays de Verdun à celui de Sarreguemines – Bitche – Sarralbe au Nord, du Pays du Barrois à celui de Remiremont et de ses Vallées au Sud.

Ce sont dans ces territoires que sont notamment définis les caractéristiques opposables du SROS, que sont les objectifs quantifiés.

- l'autre échelle est celle des territoires de proximité, qui sont déduits directement des espaces de projets que sont les pays issus de la loi n°99-533 du 25 juin 1999 relative à l'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire ou à défaut les intercommunalités issues de la loi n°99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

Ce sont les espaces dans lesquels les citoyens se sont reconnus, avec leurs représentants, un avenir commun pour l'organisation de la vie collective : c'est dans ce contexte local que l'accès à la santé doit s'organiser, de l'offre de soins hospitaliers aux liens qu'ils entretiennent avec la médecine ambulatoire, mais aussi les accompagnements à la personne proposés par les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Ce découpage en 20 territoires de proximité ne remet pas en cause la sectorisation psychiatrique.

Rappelons d'abord que la psychiatrie et la santé mentale sont désormais parties intégrantes du SROS.

Mais aussi, et surtout, soulignons que si les secteurs psychiatriques comme lieu de l'offre hospitalière et des alternatives à l'hospitalisation, ne se superposent pas avec les territoires de proximité, et surtout s'en distinguent par la notion d'établissement de rattachement, qui n'existe pas pour l'offre somatique, aucune incompatibilité n'apparaît entre les uns et les autres qui rendrait leur coexistence impossible.

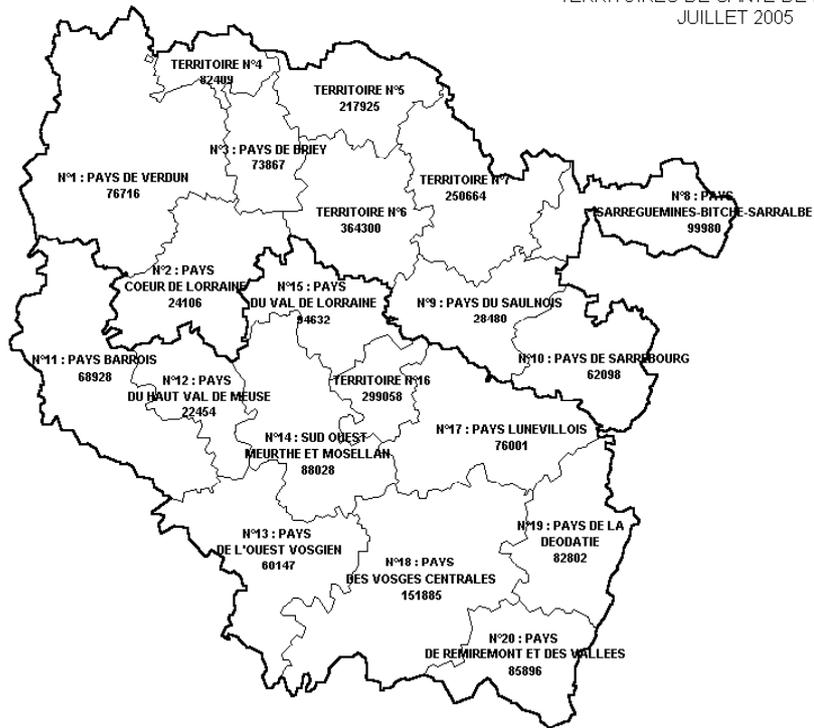
L'analyse met ainsi en évidence deux situations de discordances, la première pour le pays Cœur de Lorraine, qui est renvoyé à des secteurs psychiatriques rattachés à l'établissement hospitalier de Fains-Veel, situé dans l'autre territoire de santé, la seconde, pour le bassin houiller dont les secteurs constitutifs répondent à 3 hôpitaux de rattachement différents.

Les conférences de territoire sont invitées à réfléchir à l'utilité de remédier à ces distorsions.

Ainsi est tracé le cadre géographique du SROS. Il doit être souligné, en conclusion, qu'il n'est établi que pour définir une organisation de l'offre de soins la plus proche à la demande et aux besoins de la population, et qu'en aucune façon l'existence de ces territoires pourrait constituer un obstacle à la circulation des patients ou des soignants et au principe de la liberté du choix, dont les déterminants essentiels doivent rester la qualité et l'accessibilité des soins.



TERRITOIRES DE SANTE DE PROXIMITE
JUILLET 2005



LES VOLETS THEMATIQUES

VOLET MEDECINE

Médecine interne et médecine polyvalente

Hépatogastro-entérologie

Pneumologie

I. PARTICULARISME DU VOLET MEDECINE

Plusieurs domaines de la médecine ont connu une traduction lors de l'élaboration des S.R.O.S. premier et seconde génération : c'est ainsi qu'ont déjà été abordés la prise en charge des addictions, la cardiologie, les accidents vasculaires cérébraux, la néphrologie, la prise en charge du diabète, des personnes âgées, des enfants, la cancérologie, les urgences.

Il est apparu nécessaire d'envisager pour ce S.R.O.S. 3^{ème} génération une approche plus globale et transversale en privilégiant l'organisation de filières de soins autour d'une organisation de soins gradués, incluant les soins avec la ville et le médico-social, réalisant ainsi un parcours de soins du patient, efficient, en terme d'accessibilité, de sécurité et de qualité.

Pour ce volet, le calendrier ne permettant pas une exhaustivité totale des différentes spécialités, la réflexion s'est engagée sur les 3 axes suivants, véritables enjeux de Santé Publique, axes n'ayant pas fait jusqu'à présent l'objet d'une approche particulière :

- la médecine interne / médecine polyvalente
- l'hépatogastroentérologie
- la pneumologie

Le contexte réglementaire

Au contraire de certaines activités spécifiques comme la réanimation, la cardiologie, la néonatalogie, la néphrologie, peu de textes réglementent l'organisation de la prise en charge globale médicale des patients. Seule la législation relative à la sécurité et à la qualité des soins hospitaliers y fait référence, mais toutes disciplines de soins hospitaliers confondues.

Le contexte épidémiologique

a) Les indicateurs de mortalité (enquête ORSAS)

1. *l'espérance de vie s'améliore en Lorraine mais reste inférieure à la moyenne française*
en 2000, 74 ans chez les hommes (75,2 en France)
81,7 ans chez les femmes (82,7 en France)
avec une situation moins favorable en Moselle.
2. *une mortalité élevée mais proche des autres régions du Nord Est de la France.* Elle est supérieure de 10% à la mortalité en France. La Lorraine occupe la 20^{ème} position sur 22 devant la Picardie et le Nord – Pas de Calais
3. *Une situation plus défavorable dans le Nord-Est de la Lorraine*
une mortalité élevée en Moselle (excepté la zone d'emplois de Metz) notamment dans le Bassin Houiller (le plus fort taux de mortalité féminine)
les taux de mortalité les plus faibles se rencontrent dans les zones d'emplois de Nancy et de Toul mais restent supérieurs à la moyenne française.
Il est constaté pour l'avenir une inversion de tendance où les taux de mortalité les plus élevés se rencontreront en Lorraine rurale par rapport à la Lorraine urbaine (contrairement à un taux actuel de mortalité plus élevé dans les territoires industrialisés).
4. *Une surmortalité plus prononcée en Lorraine avant 65 ans : 234 pour 100.000 entre 1998 et 2000 (223 en France)*
Après 65 ans, le taux de mortalité est le plus élevé dans la zone d'emploi du Nord-Est. On considère par ailleurs qu'une partie de la mortalité prématurée (avant 65 ans) peut être évitable :
 - soit par une amélioration du système de soins
 - ce taux dépasse la moyenne française de 10% (39 pour 100.000 contre 36)
 - soit par un changement des comportements individuels
 - ce taux est équivalent à la moyenne française (78 pour 100.000 en Lorraine contre 76)

5. les pathologies cause de mortalité en Lorraine entre 1997 et 1999 :

- les maladies cardio-vasculaires : 32%
- les tumeurs : 28,2%
- les maladies de l'appareil respiratoire : 8,9%
- les traumatismes et empoisonnement : 7,7%
- les maladies de l'appareil digestif : 5,1%

6. Une surmortalité par rapport à l'ensemble de la France dans certaines pathologies.

- ⇒ surtout les maladies cardio-vasculaires (+16%) particulièrement sur la zone du Bassin Houiller et de Sarreguemines (+39%) (les plus faibles intéressant la zone de Nancy et de Remiremont, Gérardmer)
- ⇒ les pathologies tumorales (+7%)
particulièrement les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon (54 pour 100.000 en Lorraine contre 42 en France)
les tumeurs de l'intestin
- ⇒ les maladies de l'appareil respiratoire (+25%)
(les BPCO sont responsables à elles seules d'une surmortalité en Lorraine de 40%)

b) les indicateurs de morbidité

En s'appuyant sur les données relatives aux 30 affections de Longue Durée (ALD), il est possible d'approcher en terme d'incidence et non de prévalence, un certain nombre de pathologies répertoriées en Lorraine.

Les 8 ALD présentant les incidences les plus importantes sont en 2001 :

- les tumeurs : 9624 nouvelles atteintes
- le diabète : 6341 (surtout en Meuse et Vosges)
- l'H.T.A. sévère : 4249 (surtout en Moselle)
- les artériopathies chroniques et ischémiques : 4187 (surtout Moselle et Meuse)
- l'insuffisance cardiaque (surtout Meuse et Vosges)
- les A.V.C.
- l'insuffisance respiratoire chronique (Moselle et Meuse)

L'offre de soins hospitaliers (source : questionnaire déclaratif adressé à tous les établissements ayant des lits et places de médecine au 31.12.2004, hôpitaux locaux, hôpitaux de proximité)

Dans les chapitres qui suivent « service de médecine ou activité de médecine » s'entendent à l'exclusion de la néonatalogie, de la pédiatrie, de la réanimation médicale et polyvalente, de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des hôpitaux locaux.

a) Capacités

le nombre d'établissements avec des lits et places de médecine au 31.12.2004 est le suivant

- territoire Nord
 - 23 établissements
 - 23 implantations (sites géographiques)
- territoire Sud
 - 16 établissements.
 - 17 implantations (CHU 2 sites : Central et Brabois)

Total : 39 établissements sur 40 sites d'implantations

	LITS		Places (HDJ)	
	Autorisés	Installés	Autorisés	Installés
NORD	2409	2253	124	133
SUD	1715	1694	150	130
LORRAINE	4124	3947	274	263

Le tout représente

- 4398 lits et places autorisés au 31.12.2004
- 4210 lits et places installés au 31.12.2004

La capacité en lits de médecine va de 4 lits (clinique St Nabor à Saint Avold) à 581 (2 sites C.H.U. : Brabois et Central)

- 133 services d'hospitalisation complète

- 79 territoire Nord
- 54 territoire Sud
- H.D.J.
- 26 services : territoire Nord (dont 12 au C.H.R.)
- 23 services : territoire Sud (dont 8 au C.H.U. (2 sites))

b) Personnel

Les données déclaratives (au 31 décembre 2004) issues des questionnaires permettent d'approcher des ratios en personnel médical et non médical par rapport aux lits installés

	NORD	SUD
Lit/ETP de médecin (hors attaché)	8,56	7,23
Lit/ETP IDE (hors cadre)	2,35	2,01
Lit/ETP aide soignante (hors cadre)	2,90	2,40

1. Pour le personnel médical, les données apparaissent relativement homogènes : 8,56 lits par ETP de médecine sénior hors attachés au Nord contre 7,23 lits au Sud (avec un ratio de 6,23 pour le CHR (site de Metz), et de 6,13 pour le CHU de Nancy)

A la réserve qu'il paraît plus logique et efficient d'approcher ce ratio en personnel médical par rapport à une productivité d'actes plutôt que par rapport à une quotité de lits (à la différence du ratio lit/IDE et lit/AS qui nous paraît plus pertinent en fonction des tâches liées à la charge de travail)

2. Pour les IDE, le territoire Sud semble mieux doté que le territoire Nord (2,01 lits/ETP d'IDE au Sud contre 2,35 lits/ETP pour le Nord). Il est de 1,65 au CHU, de 1,49 au CHR (site de Metz) ce qui peut en partie s'expliquer par la technicité liée au rôle de recours des deux établissements.

Les soins polyvalents en gériatrie ont proportionnellement moins d'IDE que les services des spécialités.

3. Pour les aides soignants, même constat sur la répartition territoriale avec une dotation moindre au niveau du territoire Nord (2,9 lits/ETP contre 2,4 lits/ETP pour le territoire Sud).

Les services polyvalents et surtout gériatriques sont souvent mieux dotés en AS (la charge en soins est plus élevée pour des patients moins autonomes)

Il peut être envisageable, par ailleurs de calculer ces différents ratios en fonction de l'activité de chaque établissement, de chaque service (nombre d'entrées, nombre de journées.....)

Les points faibles, les points forts

a) Les points faibles

Une démographie médicale préoccupante (étude DRESS).

- Une baisse des effectifs médicaux est prévisible à partir de 2005
- La densité des médecins spécialistes lorrains (148 pour 100.000 habitants) se situe en deçà de la moyenne nationale (notamment en Meuse et dans les Vosges)
Elle pourrait atteindre 50% en médecine interne.
- La densité des médecins généralistes libéraux est plus faible en Lorraine (notamment en zone rurale)
- Une sous dotation marquée d'infirmières (en zone urbaine) et de kinésithérapeutes libéraux (en zone rurale)
- Une disparité entre les 2 territoires de santé avec une densité de professionnels plus faible dans le territoire Nord
- Une absence d'attractivité de la région lorraine avec transfert hors région de ressources humaines formées en Lorraine (internat, installations) au profit des régions du Sud de la France et de l'Île de France induisant une forte disparité tant infra régionale qu'infra départementale
- Un accès aux soins inégal en fonction de critères géographiques avec concentration de l'offre de soins sur le sillon mosellan au détriment des zones rurales et minières.

Une offre de soins cloisonnée et souvent peu coordonnée, témoin

- d'une trop forte implication concurrentielle des établissements entre eux
- d'un développement des services de spécialités au détriment de service de médecine polyvalente à même d'aborder les notions de soins globaux et de proximité
- d'une déficience d'information entre les différents niveaux de recours
- d'alternatives à l'hospitalisation insuffisamment développées.

une prise en charge du patient à améliorer en terme de filières (télémédecine et dossier médical partagé), saturation des lits d'aval, pôle urgences et post court séjour

un manque de lisibilité transversale sur la nature même du parcours du patient dans la continuité de sa prise en charge pré-hospitalière, hospitalière et post hospitalière avec une variabilité des protocoles de prise en charge et l'absence fréquente de relations formalisées entre établissement au sein d'un même territoire, entre service au sein d'un même établissement

une absence d'identification de service de médecine polyvalente, globale, de synthèse entre les services d'urgences et les services de spécialités, concourrant notamment au développement de service de médecine à orientation spécialisée

une formation ainsi qu'une qualification médicale pas toujours appropriée avec spécialisation intensive, disparition progressive de la médecine interne

une déficience de communication et de coordination ressenties entre hospitaliers et médecins de ville.

une démarche de prévention insuffisamment prise en compte

b) Les atouts

- une émergence des réseaux ville-hôpital sous l'impulsion de l'A.R.H. et de l'URCAM
- une forte implication des hôpitaux de proximité avec une offre de soins satisfaisante (hôpitaux locaux territoire Sud suffisante) sans notion de désert médical.
- une responsabilisation et un certain investissement des acteurs professionnels de santé autour des objectifs de santé publique
- un maillage de recours de 3^{ème} niveau aux services hyper spécialisés autour des pôles nancéen CHU et messin CHR de bonne facture suivant les spécialités médicales
- un esprit d'ouverture et de coopération médicale transfrontalière
- une régulation de la médecine générale libérale en cours de développement (expérience Médigarde), socle d'une meilleure coordination et collaboration entre la médecine ambulatoire de ville et l'hôpital.

II. LES OBJECTIFS

1) L'objectif général

Assurer, pour tout patient l'accès à une prise en charge médicale globale, sûre, coordonnée, efficiente, de qualité tant en médecine polyvalente de proximité que dans les spécialités de médecine interne, d'hépatogastroentérologie et de pneumologie.

2) Les objectifs opérationnels

① Améliorer la coordination de la prise en charge des patients

- initialiser le parcours de soins du patient ne présentant pas de pathologie spécifique d'organe relevant de telle ou telle spécialité (sans retirer la place de ces spécialités dans ce parcours)
- renforcer la notion de prise en charge du patient polypathologique dans sa globalité
- coordonner ce parcours avec les urgences, la réanimation, la gériatrie ainsi que les différentes spécialités médicales et chirurgicales
- améliorer l'amont et l'aval de cette prise en charge par une meilleure orientation du patient avec le concours et le relais :
 - de la médecine générale ambulatoire en favorisant le retour du patient à domicile
 - des alternatives à l'hospitalisation par le développement de liens forts avec les structures hospitalières de proximité (H.A.D., hôpitaux locaux, S.S.R.) et médico-sociales (EHPAD)
- développer les réseaux ville-hôpital dans les 3 thématiques abordées.

② Développer une prise en charge du patient globale, continue

- en confirmant le principe essentiel d'une approche médicale polyvalente coordonnée et complémentaire entre la médecine générale, la médecine interne et la médecine de spécialités (y compris les pathologies psychiatriques) pour une meilleure prise en compte des besoins médicaux (polypathologies)
- en améliorant les synergies d'intervention des différents acteurs professionnels (protocoles)

- au sein de chaque établissement entre les différentes disciplines
 - avec la médecine de ville
 - entre les structures sanitaires et médico-sociales.
- en favorisant la polyvalence des services de médecine pour répondre aux besoins de proximité (prise en charge multidimensionnelle sanitaire, médico-sociale et sociale par une équipe pluridisciplinaire).

③ Garantir la qualité et la sécurité des soins

- en tenant compte des progrès scientifiques
- en favorisant l'évolution et la mutualisation des plateaux techniques
- en structurant l'organisation interne dans les établissements (règlement interne de service, protocoles de prise en charge entre services, entre plateaux techniques et structures de recours...)
- en favorisant l'information partagée (dossier médical partagé)

④ Développer, par les réseaux, les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

⑤ Evaluer, à l'aide d'indicateurs pertinents, la réalisation de ces objectifs notamment en médecine polyvalente ainsi que dans les activités spécialisées abordées dans ce schéma (médecine interne, hépatogastroentérologie et pneumologie)

III. LES RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION EN MEDECINE

III.A. MEDECINE INTERNE ET MEDECINE POLYVALENTE

L'objectif est de proposer des recommandations pour la prise en charge du patient ne relevant pas directement d'une spécialité d'organe, et pour une meilleure coordination des soins.

Les recommandations qui sont proposées concernent des principes généraux et également des propositions pratiques, dont l'application peut nécessiter des adaptations en fonction de la nouvelle répartition des territoires de santé, ainsi que des structures et moyens existant sur le terrain.

III.A.1. PLACE DE LA MEDECINE INTERNE ET DE LA MEDECINE POLYVALENTE

La médecine interne est une spécialité universitaire : ses fonctionnalités sont multiples et ses modes d'exercices variés. De par leur formation et leurs activités hospitalières, les spécialistes de médecine interne exercent souvent conjointement des activités de recours très spécialisées (maladies systémiques, maladies rares et orphelines, problèmes diagnostiques complexes...) et des activités de médecine polyvalente ou générale hospitalière destinées à la population de proximité, aussi bien en CHU que dans les autres centres hospitaliers. Les services de médecine interne, nombreux dans notre région, correspondent pour la plupart à cette description.

La médecine polyvalente hospitalière n'est pas une discipline universitaire, à l'inverse de la médecine interne (DES), de la gériatrie (DESC) et des urgences (DESC). Depuis 2004, la formation à la médecine générale se fait dans le cadre d'un DES de 3 ans ouvrant théoriquement la possibilité d'acquérir une formation complémentaire du type DESC, notamment de médecine d'urgence et de gériatrie. Cependant, la principale finalité du DES de médecine générale est la pratique de la médecine générale ambulatoire en soins de premiers recours. Il existe néanmoins un concours de praticien hospitalier de « médecine générale » (ouverts aux médecins généralistes et à d'autres spécialistes comme les internistes). De nombreux médecins hospitaliers recrutés à l'issue de ce concours exercent ensuite leurs fonctions dans des services de médecine générale ou polyvalente.

Il a donc paru judicieux d'associer médecine interne et médecine polyvalente pour une coordination optimale. De même, a-t-il été décidé d'articuler la médecine polyvalente avec les urgences, la gériatrie, l'hôpital local et la médecine générale qui interagissent fréquemment.

Une réflexion a été menée pour mieux définir les compétences nécessaires (diplômes, qualifications, expériences acquises) aux futurs médecins recrutés dans les services de médecine interne / médecine polyvalente. La voie de la médecine interne est apparue comme la plus adaptée pour apporter la polyvalence et le degré d'expertise nécessaires, mais le nombre disponible actuellement limité de ces spécialistes a été souligné. Même s'il convient de développer cette filière, beaucoup des futurs médecins

des services de médecine polyvalente devraient donc être issus d'une autre formation, particulièrement celle du nouveau DES de médecine générale.

Les services de médecine interne / médecine polyvalente ont une place importante dans l'organisation des soins et particulièrement pour la prise en charge des patients en aval des services d'urgence. La place des unités de post-urgence, leur organisation et leurs liens éventuels avec les services de médecine interne et ou médecine polyvalente ont été précisés. La régulation des flux doit être envisagée en lien étroit avec les médecins généralistes et l'organisation nouvelle de la permanence des soins.

Les missions respectives de la médecine polyvalente et de la gériatrie ont été précisées avec, en toile de fond, la question importante de la multiplication ou non de services de courts séjours gériatriques. Les unités mobiles de gériatrie peuvent répondre à certains besoins et leur place a été envisagée. L'insuffisance des lits d'aval en soins de suite et de réadaptation et en soins de longue durée, particulièrement pour les personnes âgées hospitalisées en nombre dans les services de médecine interne/médecine polyvalente n'est pas un problème nouveau, mais prend une acuité particulière en raison des fermetures de lits de court séjour et du vieillissement de la population. L'amélioration et l'harmonisation (notamment en terme d'adéquation des prises en charge) des moyens disponibles en SSR, USLD et EHPAD est une nécessité urgente.

La place du service de médecine interne et/ou médecine polyvalente au sein du centre hospitalier doit être précisée, notamment les relations avec les autres services spécialisés en vue d'une meilleure coordination des soins et une articulation correcte avec les moyens en amont et en aval de l'hôpital. Cette coordination pourrait se concrétiser par la mise en place d'une « médecine de liaison » gérée par le service de MIMP. Il convient aussi de réfléchir sur la répartition des lits entre les spécialités médicales de chaque établissement. De nouveaux modes de travail pourraient être proposés, notamment la **mutualisation** des lits et des équipes pour tenir compte des flux variables de patients (épidémies saisonnières,...), à l'instar de ce qui se passe en pédiatrie au CHU ou dans les cliniques privées.

Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (soins ambulatoires, hôpital local, HAD, SSIAD) doivent être développées, constituant autant de moyens pour désengorger les services hospitaliers de médecine, tout en permettant aussi de répondre au souhait des patients d'une prise en charge de proximité.

III.A.2. ARTICULATION AVEC LES AUTRES VOLETS

Urgences

Etat des lieux

Sur la base des réflexions du SROS Urgence a été analysée la typologie des patients vus dans les services d'urgence, le problème de l'hospitalisation d'aval et la place des services de médecine interne / médecine polyvalente dans la prise en charge de ces patients :

- Les urgences vitales représentent une part très faible : inférieure à 10 %.
- Dans la filière médecine se rencontrent souvent des situations médicalement et socialement complexes. A côté du patient atteint de pathologies aiguës *de novo*, se rencontrent aussi des patients déjà explorés et/ou traités au préalable qui se présentent à l'accueil en raison de problèmes non résolus, par définition complexes et parfois multiples. Un troisième groupe de patients de plus en plus prévalent est représenté par la file active suivie dans les services hospitaliers publics ou privés qui arrive aux urgences suite à une décompensation et en raison de la précarisation du nombre de lits de médecine dans ces services.
- Les difficultés de trouver des lits d'aval et de repérer au quotidien les lits disponibles.
- La place des UHCD et leur utilisation comme structure "tampon" en attente de places d'hospitalisation d'aval (Unité d'Hospitalisation de très Courte Durée)
- La difficulté pour les services d'urgence d'hospitaliser des patients dans leurs établissements et parfois dans d'autres établissements.
- Les fermetures de lits de médecine, qu'elles soient définitives ou saisonnières.
- La part respective mal définie entre hospitalisation non programmée et programmée
- Les difficultés d'hospitalisation dans les services très spécialisés et donc l'orientation par défaut des patients vers les services de MI/MP.
- La volonté souvent affichée des établissements de privilégier les pôles "d'excellence" au plateau technique développé au dépend des lits de MI/MP avec comme corollaire l'insuffisance de développement de la médecine ambulatoire et des pôles techniques centralisés.

Recommandations

- 1) Identifier ou créer des services ou unités de MI/MP dans les établissements disposant d'un service d'urgence (SU) (R. forte) :
 - Marquer la place centrale du service de MI/MP à vocation transversale, en relations étroites avec l'ensemble des unités fonctionnelles et particulièrement le SU.
- 2) Développer la prise en charge des malades venant des SU dans les services de MI/MP :
 - Identifier l'activité de post-accueil ou post-urgence dans des lits dédiés au sein des services de MI/MP, qui représentent la meilleure solution en aval des SU.
 - Les médecins internistes apparaissent les plus aptes à prendre en charge ces patients, en raison de leur formation basée tout autant sur l'excellence que sur la polyvalence.
 - Identifier un médecin de permanence (pendant et en dehors des heures ouvrables) en MI/MP dont l'avis peut aider les médecins urgentistes dans la prise en charge des patients.
- 3) Développer des relations étroites entre les médecins urgentistes et les autres spécialistes particulièrement les médecins des services de MI/MP :
 - Rédiger des protocoles inter services d'hospitalisation par filières permettant une orientation plus rapide en distinguant les patients sans détresse vitale à orienter vers les services MI/MP, car présentant: des pathologies communautaires (infections ...), une polyopathie ou ne relevant pas d'emblée d'une spécialité d'organe (fièvre inexplicée, anémie...).
 - mutualiser les compétences pour la réflexion diagnostique et les explorations complémentaires : discussions de dossiers, transfert des patients, consultations et hospitalisations reprogrammées à distance...
- 4) Optimiser les ressources disponibles pour répondre aux besoins d'hospitalisation des patients admis en SU et relevant de la MI/MP, au sein des établissements ainsi qu'au niveau des territoires :
 - Mettre à disposition des lits pour l'hospitalisation non programmée : capacité dédiée pour les activités programmées et non programmées à évaluer périodiquement.

Gériatrie

Etat des lieux

- Les services d'urgence sont trop souvent le point de chute des patients âgés dépendants faute de solutions d'amont médico-sociales appliquées en temps utile. Ceci aggrave l'engorgement des SU et par ricochet celui des services de MI/MP.
- Rôle important des services de MI/MP dans la prise en charge des patients âgés, en raison de la prévalence élevée de la polyopathie ou des problèmes complexes.
- Moyens disponibles insuffisants dans les services de MI/MP, notamment en termes de compétences gériatriques et de lits d'accueil, mais également de motivation. Il apparaît que ces services sont déjà surchargés par leurs autres missions.
- Pôles de compétences : collaboration insuffisante entre pôles gériatrique et services de MI/MP en raison du développement encore limité des réseaux gériatriques, des équipes mobiles, hôpitaux de jour, consultations mémoire
- Disponibilité insuffisante en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (USLD) ainsi qu'en EHPAD. Cette carence est responsable de l'engorgement des services de MI/MP, qui accueillent souvent des patients âgés polyopathologiques et fréquemment dépendants, du fait notamment du nombre réduit de lits de court séjour gériatriques définis comme tels.
- Mieux prendre en compte la dimension gériatrique dans la gestion financière des services de MI/MP.

Recommandations

- 1) Développer les moyens gériatriques dans les services de MI/MP :
 - compétences gériatriques par formation complémentaire ou recrutement de collaborateurs gériatres, équipes mobiles, accès aux lieux d'expertise...
- 2) Faire participer les services de MI/MP aux réseaux gériatriques en prenant en compte leur place importante aux côtés des services de court séjour gériatrique.
- 3) Bien identifier la filière gériatrique dès l'arrivée aux urgences en mettant en place les moyens appropriés pour y répondre :
 - orientation des patients,
 - avis gériatriques et médico-sociaux,
 - collaboration avec les médecins généralistes et les réseaux de soins infirmiers, aides à domicile,
 - collaboration directe avec les SSR, USLD.
- 4) Mettre en place un dispositif de coordination du parcours de la personne âgée dépendante, articulé avec la coordination médicosociale :
- 5) Renforcer la coordination médico-sociale autour des CLIC.

- 6) Faciliter l'accès aux structures d'aval (SSR, USLD, EHPAD) et augmenter le nombre de lits disponibles.

Psychiatrie et Santé mentale

Etat des lieux

- Les patients atteints de pathologies psychiatriques ne sont pas rares dans les services de MI/MP (dépression, états d'agitation, démences...).
- L'hospitalisation des malades présentant des symptômes psychiatriques est souvent justifiée pour rechercher une pathologie somatique à l'origine de leurs troubles.
- En marge des aspects psychiatriques, se pose le problème de l'addictologie pour l'alcoolodépendance et les toxicomanies, fréquemment rencontré chez les patients hospitalisés en MI/MP.

Recommandations

Développer la collaboration entre les services de psychiatrie et de MI/MP :

- consultations avancées de psychiatrie et psychiatrie de liaison incluant les pathologies addictives (équipes mobiles d'alcoolologie...),
- mise au point de protocoles de prise en charge pour les maladies psychiatriques,
- recours aux praticiens de MI/MP pour les pathologies somatiques en milieu psychiatrique.

Soins palliatifs

Recommandations

- 1) Prendre en compte la prise en charge des patients en soins palliatifs hospitalisés en MI/MP.
- 2) Développer la coopération avec les structures de soins palliatifs : équipes mobiles...

Spécialités chirurgicales

Etat des lieux

- Les patients hospitalisés dans les services de chirurgie sont de plus en plus âgés et souffrent souvent d'affections médicales chroniques, avec risque élevé de décompensations (cardiaques, respiratoires...), particulièrement en cas d'hospitalisation urgente.
- La réduction du nombre des médecins anesthésistes, sans espoir d'une amélioration à moyen terme de la démographie médicale, pose le problème de la prise en charge de ces pathologies médicales dans les services de chirurgie.
- Les pathologies médicales générales des malades hospitalisés en chirurgie pourraient souvent être prises en charge par les praticiens de MI/MP, moyennant une organisation adaptée.

Recommandations

- 1) Favoriser la collaboration entre chirurgiens et médecins de MI/MP pour la prise en charge médicale dans les services de chirurgie des patients polyopathologiques ou atteints d'affections générales.
- 2) Développer les moyens nécessaires pour répondre aux besoins médicaux des patients de chirurgie :
 - dossier médical partagé,
 - consultations, visites médicales,
 - staffs communs,
 - organisation médicochirurgicale des unités d'hospitalisation...

Hôpitaux locaux et de proximité

Etat des lieux

Les hôpitaux locaux et notamment ruraux constituent un maillon indispensable entre les soins de proximité et les centres hospitaliers classiques disposant d'un plateau technique et de services spécialisés.

Leur utilité est évidente dans les régions éloignées des grands centres urbains, notamment les zones à prédominance rurale.

Les hôpitaux locaux peuvent correspondre à diverses structures : court séjour souvent sous la responsabilité d'un médecin généraliste en cas de besoin d'hospitalisation ne nécessitant pas d'investigation complémentaire complexe, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, EHPAD...

Ces structures sont disposées en fonction des besoins locaux, mais leur répartition géographique reste hétérogène et ne fait pas l'objet d'une planification systématique.

La place des médecins généralistes y est importante et mérite d'être reconnue et revalorisée.

Les liens avec les centres hospitaliers plus importants disposant de plateaux techniques sont variables et ne paraissent pas organisés de façon systématique.

L'activité des unités de médecine de court séjour des hôpitaux locaux est à mettre en parallèle avec celle des services de MI/MP.

Recommandations

- 1) Intégrer l'hôpital local ou de proximité dans la filière de la MI/MP au niveau des territoires de proximité.
- 2) Développer les collaborations et mutualisations par des conventions:
 - consultations avancées, transfert de patients,
 - formation des personnels médicaux et non médicaux.

Alternatives à l'hospitalisation

Etat des lieux

Les alternatives à l'hospitalisation sont nombreuses laissant un éventail de choix: les structures d'hébergement temporaire des personnes âgées dans les hôpitaux locaux et les EHPAD, les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les unités pratiquant des activités ambulatoires notamment chirurgicales, les établissements de suite (SSR, convalescence...), les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

La place respective de ces moyens n'est pas toujours bien définie et leur disponibilité est variable d'un territoire à l'autre.

Les médecins généralistes sont souvent mal informés des structures existantes et des modalités de prise en charge.

Recommandations

- 1) Développer les alternatives à l'hospitalisation dans le parcours de soins dont le médecin généraliste est le coordonnateur naturel.
- 2) Favoriser la communication et le transfert des informations entre tous les acteurs des réseaux de soins et particulièrement entre le médecin généraliste et les médecins hospitaliers :
 - dossier médical,
 - entrée et sortie des patients,
 - suivi post-hospitalisation...
- 3) Développer dans l'ensemble de la région les structures de HAD polyvalentes en lien étroit avec les médecins généralistes et les établissements hospitaliers privés et publics.
- 4) Adapter les différentes alternatives à l'hospitalisation aux besoins du patient dans chaque territoire.
- 5) Optimiser l'offre de soins pour répondre aux objectifs médico-économiques de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Médecine de ville

Etat des lieux

- Les patients hospitalisés dans les services de MI/MP sont principalement adressés par les médecins généralistes, directement ou par l'intermédiaire des SU.
- Les transferts d'informations réciproques restent insuffisants entre médecins généralistes et médecins hospitaliers et au sein même des hôpitaux.
- La coordination des soins reste insuffisante entre les médecins généralistes exerçant en premier recours, les structures d'hospitalisation proprement dites et notamment les services d'urgences et les MI/MP et les structures offrant une alternative à l'hospitalisation classique.

Recommandations

- 1) Renforcer les liens entre les services de MI/MP et les médecins généralistes pour optimiser les soins de proximité :
 - en développant les nouvelles techniques d'informations et de communication,
 - en mettant rapidement en place le dossier médical personnel.
- 2) Développer l'intégration des médecins généralistes dans le système hospitalier :
 - activités en hôpital local,
 - participation aux réunions d'équipes hospitalières,
 - groupe d'échange de pratiques professionnelles...
- 3) Organiser les parcours de soins en lien étroit avec les médecins généralistes.

Prise en charge médico-sociale

Etat des lieux

Moyens insuffisants dans le domaine médico-social, essentiellement pour la prise en charge des patients âgés et dépendants: assistantes sociales, centralisation des demandes, communication entre les différents acteurs, prise en charge financière...

Recommandations

Augmenter et mutualiser les moyens de prise en charge médico-sociale dans les services de MI/MP:

- disponibilité des assistantes sociales,
- accès aux réseaux gériatriques...

III.A.3. DESCRIPTION DU PARCOURS DE SOINS ET DES FILIERES

Niveaux de soins et parcours de soins

En référence aux trois niveaux de soins définis par le SROS, 3 structures pourraient y correspondre dans le cadre de l'organisation de la MI/MP :

Niveau 1 (activités de proximité) : l'hôpital local ou de proximité en lien direct avec le médecin généraliste.

Niveau 2 (activités spécialisées) : les services de MI/MP ou MP (assurant le cas échéant une activité gériatrique et/ou de post-urgence) des structures hospitalières disposant d'un plateau technique et d'un service d'urgence.

Niveau 3 (activités très spécialisées et expertise) : les services de MI de recours du CHU apportant en continu tout au long de l'année les compétences de la spécialité universitaire.

Il paraît important de développer un réseau entre ces différentes structures afin d'optimiser les soins et de favoriser la formation des personnels.

Le parcours de la personne âgée polypathologique doit prendre en compte les missions des services de MI/MP en leur donnant les moyens nécessaires à la prise en charge des personnes âgées qui leur sont confiées, souvent par le biais des SU.

Diverses mesures peuvent être prises dans le service de MI/MP pour optimiser l'offre de soins :

- 1) Individualisation d'unités de post-accueil ou post-urgence ou en tout cas réservation de lits à cette activité.
- 2) Activités de consultations coordonnées et ouvertes à la médecine de ville et aux urgences.
- 3) Mise à disposition d'un bloc technique pour les examens complémentaires courants.
- 4) Moyens de secrétariat et de coordination adaptés : secrétaire d'accueil, de coordination et d'informations.
- 5) Dispositif de programmation des activités ambulatoires et d'hospitalisation pour l'utilisation optimale des moyens : postes d'infirmières assurant la programmation.
- 6) Mobilité des équipes, polyvalence des personnels nécessitant une formation adaptée.
- 7) Démarche qualité : réunions d'équipes, mise au point et application des protocoles, coordination avec les autres structures dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Adaptation de l'offre / alternatives

Il faut optimiser le parcours des soins, en mutualisant les moyens hospitaliers, en adaptant l'offre d'hospitalisation non programmée, et en recourant aux alternatives à l'hospitalisation. La MI/MP y a toute sa place, pouvant constituer la base de l'organisation hospitalière, en lien étroit avec le SU et en coordination avec les spécialités médicales.

L'importance des moyens alloués à la MI/MP doit être évaluée en fonction des besoins locaux. Il n'est pas souhaitable de remédier au manque de lits d'aval dans les hôpitaux, en réquisitionnant des lits dans les services de chirurgie notamment. Outre la prise en charge par des équipes soignantes inadaptées à la pathologie des malades et la surcharge de travail pour les médecins des services de médecine interne et/ou de médecine polyvalente, ces mesures posent de gros problèmes d'organisation. Elles doivent être

réservées à des situations exceptionnelles d'afflux en nombre des patients. Il ne peut s'agir d'une solution pérenne à un problème qui doit être abordé dans sa globalité.

Collaboration active (conventions, protocoles) avec les autres spécialités incluant la psychiatrie

L'anticipation des problèmes par une concertation plus large des médecins généralistes et des médecins hospitaliers pour un bon usage des activités programmées et des alternatives à l'hospitalisation est une piste intéressante.

Il convient d'encourager certains changements d'état d'esprit et d'organisation des soins des médecins et des équipes soignantes, pour répondre à l'évolution des besoins de santé en région lorraine.

L'établissement de conventions et la définition des protocoles et des filières de patients participent à l'amélioration de la qualité des soins. Ces nouvelles modalités doivent être particulièrement envisagées entre les services de MI/MP et les SU, les services de gériatrie et les hôpitaux locaux.

III.A.4. FORMATION DES PERSONNELS

Médecins des services de MI/MP

Les concours de PH de médecine interne (réservés aux DES de médecine interne) ou de médecine générale (sous réserve d'une formation satisfaisante à l'exercice de la médecine polyvalente) sont le mode de recrutement essentiel des médecins exerçant dans les services de MI/MP.

Dans le cadre de la FMC obligatoire, les praticiens doivent s'astreindre à une formation médicale continue adaptée à leurs besoins, particulièrement dans le champ de la médecine interne.

Dans le même ordre d'idée, devrait rapidement se mettre en place des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles, également adaptés, sous l'égide des CME hospitalières et en relation avec l'université et les sociétés savantes.

Personnel paramédical

Une formation adaptée du personnel paramédical des services de MI/MP, particulièrement les infirmières, doit être développée en raison de la diversité et de la complexité des problèmes médicaux et sociaux des patients hospitalisés dans ces services.

III. B. HEPATOGASTROENTEROLOGIE

III.B.1.EPIDEMIOLOGIE des affections gastro-entérologiques en Lorraine

L'hépatogastroentérologie est une discipline spécialisée clinique et médico-technique concernée par les maladies de l'appareil digestif (œsophage, estomac, intestin grêle, colon, rectum, anus) et de la sphère hépatobiliaire et pancréatique. Elle assure la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'environ 800 affections différentes. Ces affections sont fréquentes (1^{ère} cause d'hospitalisation publique ou privée en France selon les données 1998 du PMSI, pathologie tumorale digestive et hépatique exclue), potentiellement graves puisque responsables de 13% des décès en France et responsables parfois d'un fort retentissement sur la qualité de vie des patients.

Une mortalité pour les maladies de l'appareil digestif (entre 1998 et 2000) élevée par rapport à la moyenne nationale (supérieure de 10,8%)

48,5 pour 100.000 habitants contre 43,8 en France.

Si elle est relativement identique quelque soit le département lorrain, la prépondérance masculine est forte :

- 63,3 pour 100.000 habitants contre 57,5 chez les hommes ;
- 36,7 pour 100.000 habitants contre 33 chez les femmes.

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil digestif entre 1998 et 2000
(pour 100 000 habitants)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Secteur Nord-Est	63,1	39,5	50,2
Secteur Nord-Ouest	61,2	34,7	46,1

Secteur Centre	67,7	37,8	50,9
Secteur Sud	59,2	34,8	46,2
Meurthe et Moselle	65,6	37,6	50,00
Meuse	64,9	34,7	47,6
Moselle	61,9	37,00	48,1
Lorraine	63,3	36,7	48,5
Corse	45,9	27,7	35,8
Nord Pas de Calais	84,4	51,6	65,9
France métropolitaine	57,5	33,0	43,8

Par ordre de fréquence, de gravité et de retentissement socio-économique :

- les ulcères gastroduodénaux hémorragiques ou non
- les reflux gastro-œsophagiens
- les troubles fonctionnels digestifs
- les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
- les maladies diverticulaires coliques.

Les polypes et cancers colo-rectaux ne sont pas abordés dans ce document, mais dans l'épidémiologie des affections cancéreuses en hépato-gastroentérologie.

1. Les ulcères gastroduodénaux

En 2002, la pathologie ulcéreuse hémorragique ou non a donné lieu à 702 séjours en hospitalisation conventionnelle en Lorraine, soit environ 30 cas pour 100 000 habitants par an.

2. Le reflux gastro-œsophagien

En 2002, en Lorraine, 516 séjours en hospitalisation conventionnelle et 76 en hospitalisation de jour ont été enregistrés avec un DP de RGO.

3. Les troubles fonctionnels digestifs

En Lorraine, en 2002, 1285 séjours en hospitalisation conventionnelle seront répertoriés et 343 en hospitalisation de jour dans les hôpitaux publics.

Alors que ces troubles fonctionnels sont réputés comme bénins, l'altération de la qualité de vie est comparable à celle des états dépressifs et plus importants que celle du diabète et de l'infarctus du myocarde.

4. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH), sont des affections faisant partie des priorités de santé publique en gastroentérologie du fait de leur prévalence en augmentation, de leur chronicité, de leur retentissement sur la qualité de vie des patients et de leur coût direct et indirect. Elles sont prises en charge dans le cadre des affections de longue durée.

La prévalence nationale de ces MICI est estimée à 110/100 000 habitants.

En Lorraine, le taux moyen de participation des gastroentérologues à l'étude de cohorte n'est que de 38,5%. 26 patients sont identifiés porteurs de MICI dans les Vosges, 161 en Moselle, 267 en Meurthe et Moselle et 27 en Meuse, soit un total de 481 patients.

539 séjours en hospitalisation conventionnelle et 73 séjours en hospitalisation de jour sont comptabilisés en 2002 en Lorraine dans les hôpitaux publics avec MICI comme DP.

5. La maladie diverticulaire colique

La maladie diverticulaire colique est la plus fréquente des affections du colon après les polypes comme le suggère l'enquête de la SFED 1999 : pour 900 000 coloscopies réalisées 200 764 cas de diverticules du colon.

La pathologie diverticulaire a été responsable de 601 séjours en hospitalisation conventionnelle et 340 en hospitalisation de jour en 2002 en Lorraine.

6. La place des maladies hépatiques dans l'activité hépatogastroentérologique

6.1. Les données statistiques disponibles

1. Les données du PMSI Lorraine 2002

Les pathologies hépatiques représentent 5550 des 56396 hospitalisations répertoriées en HGE (soit environ 10%)

A noter que le chiffre n'intègre pas certaines catégories diagnostiques dans lesquelles la pathologie hépatique est impliquée :

- hémorragies digestives (2164)
- symptomatologie digestive (8167)

2. Causes de décès en France

Source INED 1997 : cirrhose du foie = 1,7% des causes de décès.

3. Données internationales

Source : Hepatology vol.36 N°1 juillet 2002

Causes de mortalité aux U.S.A. (1998)

- Maladie chronique du foie et cirrhose 25192 soit 1,1%
- Si on inclut toutes les maladies hépatiques : 44677 soit 1,9%

6.2. Les perspectives d'évolution

1. Maladie virale

- hépatite B

Le recul de la vaccination et les mouvements migratoires venant de zones de forte prévalence font envisager une augmentation de l'incidence et de la prévalence de la maladie. Estimation INVS 2005 : « ce taux, estimé à 0,68% chez les assurés âgés de 18 à 80 ans, est plus élevé que ce qui était proposé jusqu'à maintenant (0,2% à 0,4%) »

- hépatite C

INVS : « pour l'hépatite C, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC a été estimé à 0,9% et est globalement du même ordre que celui observé lors de l'enquête (1,05%). La prévalence apparaît plus élevée chez les femmes, particulièrement pour deux tranches d'âge (40-49 ans et 60-69 ans) »

Augmentation prévisible des complications graves : cirrhose, hépatocarcinome.

2. La pathologie alcoolique du foie

Mortalité imputable à l'alcool : 7 à 10% de la mortalité globale.

3. Les pathologies à fort potentiel d'augmentation

- stéatose hépatique et ses complications (NASH, cirrhose, hépatocarcinome) en rapport notamment avec la progression de l'obésité.
- carcinome hépatocellulaire (surtout post viral)
- surcharge en fer (dépistage renforcé, meilleure prise en charge)

III.B.2. DEMOGRAPHIE

La Lorraine compte depuis le dernier recensement début 2004, quelques 2.329 millions d'habitants, soit 3,76% de la population nationale, DOM-TOM inclus.

Les effectifs médicaux de la spécialité hépato-gastroentérologie en Lorraine, intégrant les secteurs hospitalo-universitaires, hospitalier et libéral, sont estimés à 92 médecins spécialistes : 11 pour les Vosges ; 35 pour la Meurthe et Moselle ; 42 pour la Moselle ; 4 pour la Meuse. La densité moyenne en Lorraine s'établit à 3,95 hépato-gastroentérologues pour 100 000 habitants (3381 hépato-gastroentérologues libéraux et hospitaliers en 1999 en France ; densité nationale moyenne : 3,55 pour 100 000 habitants ; extrêmes : 2,58 pour le Pays de Loire, 5,76 pour la Corse) (Source CNAMTS/SNIR 1999)

III B.3 L'OFFRE DE SOINS ENDOSCOPIQUES (au 31.12.2004)

Une enquête, détaillée à base déclarative permet d'approcher l'activité spécifique des plateaux techniques endoscopiques en Lorraine dans les structures publiques et privées notamment pour les locaux, le personnel et la production de soins.

1- Les locaux (2004)

	Meurthe et Moselle	Moselle	Meuse	Vosges
Nbre de centres d'endoscopie	12	12	2	6
dont cliniques	5	2	1	1
Nbre de salles	18	24	3	10
dont cliniques	9	NR*	2	6
Nbre de gastroscopies sous AG	9224	NR*	1219(NLA-AG)	1920
dont cliniques	6922	NR	455	1200
Nbre de coloscopies sous AG	10 505	NR	1742	5974
dont cliniques	8330	NR	582	3645

*NR = non renseigné

2- Le personnel (2004)

	Meurthe et Moselle	Moselle	Meuse	Vosges
HGE* E.T.P.(dont cliniques)	44 (34)	46 (NR)	3 (2)	12 (4)

T.P.	11	NR	1	1
IDE affectées à l'endoscopie (nbre de centres)	7 centres sur 12	/	1 centre sur 2	2 centres sur 6

* Hépatogastroentérologues

3- L'activité endoscopique (2004)

	Meurthe et Moselle	Moselle	Meuse	Vosges
Gastrosopies dont cliniques	11 736 7 034	9442 NR	1727 764	7599 2400
Rectosigmoïdoscopies dont cliniques	1664 366	3868 NR	1212 1160	11 182 480
Coloscopies dont cliniques	10 505 8330	12 863 NR	1842 NR	5907 3615

III.B.4.LES URGENCES DES PATHOLOGIES DIGESTIVES

Les pathologies digestives sont sources de situation d'urgence dont le type même est l'hémorragie digestive mais d'autres peuvent se rencontrer (pancréatite aiguë, coma hépatique, angiocholite...). Dans ce contexte, l'hépatogastro-entérologue a un rôle clé à la fois diagnostique et thérapeutique, mais ne peut intervenir avec le maximum d'efficacité que dans le cadre d'un plateau pluridisciplinaire coordonné.

Les recommandations de prise en charge de telles pathologies en s'appuyant sur l'exemple de l'hémorragie digestive haute, situation fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient peuvent s'établir ainsi.

Recommandations

1. **Prise en charge en amont**

La prise en charge d'une hémorragie digestive grave doit se faire dès le domicile en amont d'une structure d'hospitalisation.

Elle va consister à conditionner le patient (abord veineux de qualité), le déchoquer si nécessaire, voir débiter un traitement étiologique (cf. traitement vasoconstricteur en cas de forte suspicion de rupture de varices œsophagiennes)

Elle impose donc qu'un service prenne en charge ce type d'urgence en convention avec un service des urgences et un SMUR afin d'assurer la coordination des soins primaires.

2. **Prise en charge spécifique**

Après conditionnement du patient, celui-ci devra être hospitalisé :

- 1) *en unité de surveillance continue polyvalente*
- 2) *en réanimation*

Sa prise en charge est assurée

- 1) *par l'hépatogastro-entérologue*
- 2) *par le réanimateur*

L'étape clé sera ensuite l'examen endoscopique. Il a été démontré que dans la plupart des cas, ce dernier peut être différé de quelques heures, sauf en cas de situation hémodynamique instable malgré la réanimation symptomatique. En conséquence, un service souhaitant prendre en charge de telles pathologies nécessitera l'existence d'une astreinte d'endoscopie :

- 1) *opérationnelle*
- 2) *avec une astreinte de personnel paramédical*

L'endoscopie permettra non seulement le diagnostic étiologique de l'hémorragie digestive, mais parfois un traitement (ligature ou sclérose de varices œsophagiennes, traitement endoscopique d'un ulcère hémorragique). Par conséquent, le service nécessitera un équipement minimum pour permettre ces traitements :

- *ligateur*
- *aiguille à sclérose*
- *clip hémostatique*
- *sonde de coagulation*
- *coagulation par plasma d'argon...*

3. **Prise en charge d'aval**

La prise en charge d'aval pourra s'envisager soit vers un service de médecine si la situation d'urgence a pu être stabilisée soit vers d'autres services :

- a. service de chirurgie viscérale :
 - 1) *situé dans le même établissement*
 - 2) *en convention avec un autre établissement*

- b. service de radiologie interventionnelle :
 - 1) *embolisation sélective*
 - 2) *shunt porto-cave intra-hépatique par voie transjugulaire*

En conclusion, les situations d'urgence en pathologie digestive sont fréquentes et nécessitent une prise en charge coordonnée reposant sur la possibilité de pouvoir réaliser une endoscopie d'urgence.

III.B.5.LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES HEPATIQUES : le réseau

Les maladies hépatiques présentent des caractéristiques les situant dans le cadre potentiel d'une prise en charge en réseau.

Dans ce domaine où les connaissances progressent rapidement et où la prévalence et l'incidence des affections doivent être mieux connus, il faut prévoir une montée en charge probablement importante dans les années à venir.

1. Justifications de la prise en charge en réseau

Parmi les pathologies potentiellement concernées on peut relever :

- les hépatites virales chroniques
- la pathologie alcoolique du foie
- l'hépatocarcinome.

Nécessité d'une structure de concertation multidisciplinaire d'autant plus qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus sur les modalités de traitement.

Une articulation avec les structures de prise en charge des patients atteints du cancer (telle ONCOLOR) est nécessaire.

- La stéatose et ses complications
Collaboration indispensable avec les nutritionnistes et addictologues.
- Les coinfections VIH-hépatites virales

L'implication des hépatogastroentérologues dans cette pathologie dépend de l'existence et de la disponibilité d'équipes d'infectiologie.

Les situations varient beaucoup selon les centres mais une collaboration avec les infectiologues est de toute façon indispensable.

2. Moyens à mettre en œuvre

- Moyens matériels
- Moyens informatiques en vue de la réalisation d'un dossier commun
- Moyens humains
Secrétariat et coordination du réseau
Attaché(e) de recherche clinique.

3. Domaines d'intervention

Outre la fonction classique de prise en charge diagnostique et thérapeutique un réseau de soins en hépatologie est amené à intervenir dans les domaines suivants :

- Formation des personnels de santé
- Intervention auprès du public dans le domaine de l'information et de la prévention.

III.B.6.LE PLATEAU TECHNIQUE

L'endoscopie digestive s'impose comme l'exploration majeure à visée diagnostique et thérapeutique des hépato-gastro-entérologues en hospitalisation comme en ambulatoire. Les données de l'enquête prospective menée par la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) entre septembre et octobre 1999, auprès de 2858 gastro-entérologues, font apparaître que l'activité endoscopique est pratiquée, en structure hospitalière privée, y compris les centres autonomes et publics dans 86% des cas (respectivement 54% et 32%) et en cabinet de ville dans 7% des cas. Une anesthésie générale est réalisée pour 93% des coloscopies contre 42% pour les gastroscopies.

Recommandations

On peut distinguer schématiquement deux types de plateaux techniques :

- Le plateau technique minimum pour le diagnostic et la thérapeutique simple (polypectomie par exemple), comportant :
 - 1 ou plusieurs appareils endoscopiques de préférence vidéo-endoscopes
 - une console d'endoscopie (moniteur, processeur, générateur de lumière, bistouri électrique)

- Le plateau technique plus spécialisé de niveau II
 - une ou plusieurs salles spécifiques dédiées à l'endoscopie suivant l'importance du centre et du nombre d'endoscopies annuel, équipées de plusieurs prises de vide (au moins 2), une arrivée d'oxygène, plusieurs alimentations électriques
 - une table d'endoscopie par salle correctement isolée
 - une console endoscopique recevant processeur, moniteur, source lumineuse, imprimante
 - un bistouri électrique avec endo-coupe de préférence, plus ou moins plasma argon
 - un chariot d'anesthésie
 - une table pour l'aide-opérateur destinée à accueillir les accessoires de première nécessité tels que gants, lubrifiant, pinces à biopsies, anses à polypectomie, aiguilles à sclérose
 - un meuble de rangement pour le matériel annexe comme les aiguilles, seringues, flacons à biopsies, produits divers pour l'endoscopie (colorants, produits sclérosants et vasoconstricteurs) sonde à plasma argon, ballonnets de dilatation, cathéters de coloration...

Les contraintes de désinfection des matériels, l'apparition du nouveau variant de la maladie de Creutzfeld-Jacob et les craintes d'une épidémie humaine, ont abouti à la publication des circulaires 138 du 14 mars 2001 et du 17 décembre 2003. Ces dernières régissent les procédures de désinfection qui doivent être rigoureusement appliquées afin d'éviter toutes contaminations infectieuses, quelle que soit la structure dans laquelle sont réalisés les examens endoscopiques. En plus du matériel à usage unique à privilégier, un local technique, attenant à la salle d'endoscopie, doit être équipé afin d'assurer dans les plus brefs délais, les opérations de double nettoyage, de désinfection manuelle ou semi-automatique en laveur-désinfecteur, de traçabilité et de stockage du matériel.

Certains actes techniques, comme le cathétérisme rétrograde du cholédoque ou du wirsung, la pose de prothèses biliaires ou digestives, certaines dilatations digestives, peuvent nécessiter un appareillage radiologique performant. L'équipement lourd peut correspondre à un amplificateur de brillance de haute définition dans une salle de radio-endoscopie. L'utilisation d'une salle du service de radiologie est également possible nécessitant néanmoins le transport d'un matériel coûteux et délicat.

Aucune recommandation des Sociétés Savantes ne régit ni le nombre, ni le statut du personnel paramédical affecté comme aide-opérateur et à la pratique de la désinfection des matériels d'endoscopie.

Fortes recommandations

1) Afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, tant en terme de permanence de soins qu'en terme de sécurité, les établissements hospitaliers doivent s'ouvrir aux cabinets de ville, en mettant à leur disposition, par voies de convention, leurs plateaux techniques endoscopiques.

2) Il est fort souhaitable d'envisager une réflexion commune en terme de partage d'informations, de bonnes pratiques (RCP) et de moyens (en plateaux techniques endoscopiques notamment) :

- au sein de la spécialité
- entre les différents services des structures hospitalières (chirurgicales notamment)
- avec la médecine de ville.

3) Compte tenu de leur compétence, il est fortement souhaitable que les hépatogastroentérologues puissent exercer pleinement leur activité au sein des services de médecine polyvalente.

III.C.PNEUMOLOGIE

☞ **Les maladies respiratoires ont un poids sanitaire important et en augmentation régulière :**

- **En Europe :** Elles sont au deuxième rang en terme de mortalité, d'incidence (en augmentation), de prévalence et de coût ;

- **En Lorraine :**

o « La Lorraine se distingue surtout par une forte mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon » : mortalité, 54/100 000 vs 42/100 000 en France ;

o « Le taux de mortalité comparatif par maladies de l'appareil respiratoire est de 92 décès pour 100 000 en Lorraine contre 73 pour 100 000 en France ».

o En 2001, 37,8% des hommes et 31,7 des femmes se disent fumeurs.

• **Recommandations** Ces données justifient un investissement spécifique notable de la Région dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires.

☞ **Les Pneumologues représentent une population limitée, vieillissante, encore assez bien répartie sur le territoire lorrain :**

- environ 86 pneumologues médicaux (dont 18 femmes ; ≈ 1 pour 3,7) exercent pour une population de $2,3 \times 10^6$ habitants, soit 1 pneumologue/27 000 habitants (3,7 pneumologues /100 000 habitants), densité inférieure à la densité nationale;

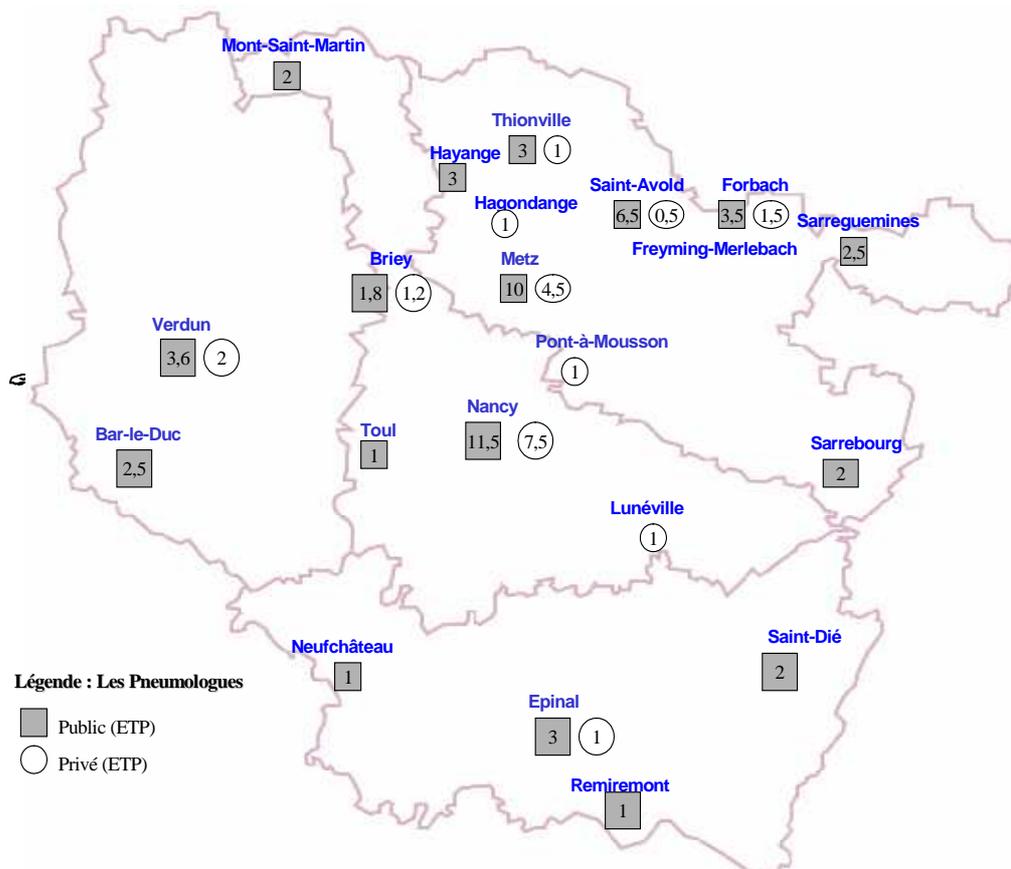
- le rapport pneumologues privé/public est d'environ 1 pour 3 ;

- les 2/3 d'entre eux ont plus de 45 ans ;

- au minimum, 8 postes de PH pneumologues ($\square 10\%$ du nombre total de pneumologues) ne sont pas occupés au 1/1/05 ;

- le déficit d'attractivité de la Lorraine évoqué pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes se confirme pour la Pneumologie ; la majorité des pneumologues formés au cours des 10 dernières années a quitté la région.

• **Recommandations** Une politique prospective doit être engagée rapidement pour améliorer l'attractivité de la Région et assurer, au grand minimum, le maintien de l'offre de soins actuelle dans cette discipline, par le recrutement rapide de jeunes collègues Pneumologues.



☞ **L'activité est variée et sa quantification (2004) n'a pu être appréhendée, de façon limitée, que pour les hôpitaux publics et PSPH :**

Les données suivantes proviennent des questionnaires retournés par les pneumologues.

- le nombre total de consultations annuelles doit être assez proche de la réalité : > 60 000 ;
- consultations thématiques : si onze hôpitaux assurent de telles consultations, des données chiffrées sont fournies pour 9 consultations de tabacologie : ≈ 6200 ; concernant les autres consultations, le nombre d'informations est insuffisant pour en tirer une conclusion ;
- les lits d'hospitalisation : les chiffres correspondent aux 17 établissements qui ont donné des informations précises, soit 715 lits
- les journées d'hospitalisation : le nombre total doit être assez proche de la réalité, sous réserve, au moins pour un établissement, qui a, vraisemblablement, indiqué le nombre de "séjours" et non pas de "journées" : ≈ 170 000 ; venues : ≈ 16 000 (13 établissements) ;
- le seul service de Réanimation Respiratoire est celui du CHU : ≈ 2372 journées ;
- les nouveaux patients : le manque d'informations est majeur ; le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon signalés ne concerne que 10 hôpitaux : > 1000 patients ;
- % de patients admis en urgence : l'absence importante de données ne permet aucune interprétation

- les plateaux techniques :
 - * **EFR** : tous les services (sauf 1) assurent la réalisation de leurs EFR ; il existe sûrement des redondances de quantification entre spirométries et pléthysmographies ; les chiffres concernant l'activité de GDS (gazométrie sanguine) et TCO (transfert du CO) sont sans doute proches de la réalité ;
 - * **endoscopie** : tous les services assurent des endoscopies ; les nombres de fibroscopies et d'endoscopies rigides sont sans doute proches de la réalité > 9000 actes ; les techniques interventionnelles sont bien comptabilisées ;
 - * deux hôpitaux réalisent des traitements par **laser** : CHU, Bonsecours ; 3 la **cryothérapie** : Belle-Isle, Briey, CHU ; 2 l'**autofluorescence** : CHU, Belle-Isle ; 2 la **curiethérapie endobronchique** : Bonsecours et le CHU ; 4 la **pose de prothèses** : Bonsecours, CHU, Belle-Isle, Hayange (un gastroentérologue pose des prothèses à Lunéville)
- 7 pneumologues signalent faire des **thoracoscopies médicales** : Bonsecours, Thionville, CHU, Briey, Hayange, Mont St Martin, Hospitalor Forbach ;
 - * **échographies** : réalisées dans presque tous les services ; manque de données quantificatives ;
 - * **sommeil** : assuré par tous les hôpitaux ;
 - * **réanimation respiratoire** : seul le CHU assure cette réanimation ; concernant les soins intensifs – surveillance continue : une certaine confusion dans les réponses limite l'intérêt des quelques valeurs signalées ;

- **réseaux** : tous les hôpitaux et pneumologues appartiennent à Oncolor et presque tous au RIR et à Allergolor ; les associations auxquelles ils appartiennent les plus citées sont les Comités Départementaux de la Ligue, les CDMR, puis Asthme & Allergie.

☞ **La Pneumologie de ville en Lorraine :**

- *En cabinet médical :*

prise en charge de presque toutes les pathologies pulmonaires : asthme, BPCO, insuffisance respiratoire chronique, oncologie thoracique, infectiologie respiratoire, pathologies thoraciques diverses, avec réalisation d'E.F.R. avec pléthysmographie, gazométrie artérielle, bilans allergologiques respiratoires, pathologie du sommeil : polygraphie de ventilation, et accès à un plateau technique radiologique (radiologue ou pneumologue pour les clichés thoraciques standards)

- *En clinique privée :*

pathologies plus lourdes : BPCO, asthme, adaptation de VNI, décompensation modérée (les décompensations graves nécessitant un service de réanimation médicale ; CHU, éventuellement cliniques privées), endoscopies à visée diagnostique, certaines cliniques orientées vers la cancérologie sont équipées pour le traitement des cancers bronchiques souvent au sein d'une équipe d'oncologie multi-disciplinaire (chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues médicaux) : RCP, chimiothérapie ambulatoire ou en hospitalisation.

- **orientations de la pneumologie :**

- développement du secteur ambulatoire
 - EFR avec spirométrie, pléthysmographie, gazométrie artérielle, test de marche, TCO en apnée, épreuve d'effort...
 - polygraphie de ventilation en ambulatoire et hospitalisation,
 - bilan allergologique pneumallergène,
 - endoscopie bronchique diagnostique, de dépistage (autofluorescence), éventuellement désobstruction (cryothérapie, électrothérapie...),
 - adaptation thérapeutique : BPCO, insuffisance respiratoire, asthme, pathologie du sommeil : mise en route de PPC, d'une VNI...,
 - cancers bronchiques chimiothérapie en ambulatoire, prise en charge multi-disciplinaire, soins palliatifs,
 - réhabilitation respiratoire en ambulatoire après réalisation d'épreuve d'effort,
 - activités de prévention : lutte contre le tabagisme.
- **Problèmes rencontrés par les pneumologues de ville :**
 - **difficultés de prise en charge de pathologies lourdes nécessitant la mise à disposition de certains lits d'hospitalisation en médecine :**
 - * **BPCO : traitement des décompensations modérées, adaptation d'une VNI, * Cancer bronchique : gestion des complications de la chimiothérapie, phases terminales,**
 - **aspects financiers concernant notamment les réelles astreintes de WE exigées par la clinique pour les patients des pneumologues et autres patients hospitalisés, avec éventuellement prise en charge de patients par l'intermédiaire des sites d'urgences,**
 - **mauvaise valorisation des consultations longues sans acte technique :**
 - ***cancérologie,**
 - ***consultations anti-tabac,**
 - ***réhabilitation avec prise en charge de la kinésithérapie respiratoire.**

☞ **Certains pneumologues exercent dans des services de Médecine Polyvalente :**

- Des PH pneumologues exercent en Lorraine dans des services de Médecine Polyvalente au sein de 5 CHG: **Bar le Duc, Neufchâteau, Remiremont, Saint Dié, Toul**

- L'importance de la pathologie respiratoire, la présence actuelle de pneumologues compétents dans ce domaine dans ces hôpitaux et l'augmentation rapide de la technicité de la prise en charge de ces patients nécessitent le maintien de la discipline pneumologique dans les CHG possédant un service d'urgence et/ou un service de médecine polyvalente. L'objectif est d'éviter des déplacements inutiles de patients et une perte de chance ;

- Recommandations Cette permanence ne peut se concevoir que sur l'existence d'un travail en réseau avec plateau technique minimal au niveau de ces CHG. La participation aux différentes RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) et l'utilisation des techniques modernes de communication doivent être développées ;

Compte tenu de leurs compétences et du grand nombre de patients, il est très souhaitable que ces pneumologues puissent exercer pleinement leur spécialité au sein de ces services de Médecine Polyvalente et, ainsi, maintenir la présence de Pneumologues sur l'ensemble du territoire, qui pourront travailler localement avec leurs collègues médecins internistes et polyvalents.

☞ **La pathologie respiratoire est très variée et nécessite des compétences très spécifiques :**

(I) L'insuffisance respiratoire

- Les multiples causes d'insuffisance respiratoire chronique dominées par la BPCO, dont l'incidence continuera à augmenter au cours des prochaines années, vont concourir à accroître la prévalence de l'insuffisance respiratoire dont l'évolution est émaillée d'exacerbations et de décompensations qui grèvent le pronostic fonctionnel et vital.

- Les traitements de l'insuffisance respiratoire sont de plus en plus complexes, associant des moyens pharmacologiques et surtout réhabilitation respiratoire, oxygénothérapie et techniques d'assistance ventilatoire, assurées uniquement par les pneumologues. Ces techniques d'assistance ventilatoire sont mises en route en milieu hospitalier, parfois en réanimation et nécessitent alors une hospitalisation prolongée. Ces techniques, l'âge des patients, et l'augmentation de leur nombre rend nécessaire le développement de Services de Soins de Suite formés à ces techniques permettant une prise en charge adaptée avant le retour à domicile. La totalité des pneumologues assurant cette activité fait partie du Réseau

Insuffisance Respiratoire de Lorraine. Leur répartition à un des 3 niveaux actuels du RIR permet d'envisager un maillage régional.

Recommandations En se basant sur ce maillage régional encore très insuffisant compte tenu du nombre élevé d'insuffisances respiratoires, le centre de référence développe actuellement avec le RIR des modalités de prise en charge des insuffisances respiratoires, y compris dans les cas d'insuffisance respiratoire aiguë (réunions de concertations pluridisciplinaires, consultations téléphoniques avec astreinte séniorisée H24).

(II) L'oncologie thoracique

- L'incidence des tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons est de 54 pour 100 000 habitants en Lorraine versus 42 en France compte tenu de l'évolution de l'incidence de cette maladie, cette activité constitue l'une, parmi d'autres, des orientations spécifiques des pneumologues.

- La grande majorité des cancers du poumon et des mésothéliomes pleuraux est prise en charge par les pneumologues de Lorraine. La totalité des pneumologues qui ont une activité dans ce domaine sont membres d'Oncolor. A ce jour, 6 RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) d'oncologie thoracique sont organisés en deux pôles : Metz - Thionville - Hayange et Nancy.

Recommandations. La prise en charge doit se pérenniser selon les trois niveaux actuels d'Oncolor.

(III) La tabacologie

- Beaucoup de pneumologues assurent des consultations de sevrage tabagique
- peu d'établissements (Metz, Nancy, Thionville, Epinal) possèdent une Unité de Tabacologie structurée de Référence, alors que la majorité des autres assurent aussi un nombre important de consultations de tabacologie. Une Unité de Tabacologie de référence doit comporter : tabacologues, infirmière tabacologue, psychiatre/psychologue, nutritionniste/diététicien et une relation formelle avec les spécialistes des autres addictions, aide organisationnelle et secrétariale ;

- Une prise en charge en deux niveaux existe dans les faits

Recommandations. Les Unités de Tabacologie de référence méritent d'être confortées et développées et doivent servir de guide pour la prévention et le traitement du tabagisme ainsi que pour la formation (staffs, ...) en tabacologie.

Les centres hospitaliers qui ont investi dans le sevrage tabagique et qui n'ont pas reçu les moyens pour créer une unité de tabacologie formelle doivent être aidés.

(IV) La mucoviscidose

- L'activité progresse du fait du dépistage systématique et de l'allongement de la survie de ces patients. Il existe à Nancy deux Centres de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM), un Enfants et un Adultes ; ceux-ci travaillent, plus particulièrement, avec quelques correspondants pédiatres et pneumologues ayant une certaine expérience dans ce domaine. Il s'agit donc d'une prise en charge en deux niveaux.

Recommandations

Il est indispensable de :

- renforcer ces deux CRCM, essentiellement en personnels médicaux pour assurer une sécurité de fonctionnement ;

- de réfléchir sur la création en Moselle (voire dans les Vosges) d'un Centre Relais, sans doute mixte (enfants/adultes), en s'appuyant sur les compétences médicales existantes et qui permettrait une prise en charge de qualité et de proximité, en étroite liaison avec les CRCM du CHU de Nancy.

(V) La pneumo-pédiatrie

- Concernant les patients atteints de **mucoviscidose**, leur prise en charge est assurée dans le cadre des CRCM en contact avec les pédiatres et les pneumologues de la région.

- Les enfants présentant des **maladies neuromusculaires** sont suivis essentiellement à l'hôpital d'enfants du CHU puis au service des Maladies Respiratoires ; l'ARAILOR assure une part importante du suivi technique en ville

- Se pose le problème de la technicité de la réponse à une urgence respiratoire pédiatrique et en particulier à un **corps étranger**.

- Le problème des **enfants poly-handicapés** est délicat ; la composante respiratoire n'est qu'un élément d'une pathologie complexe ; les pneumologues rencontrent les mêmes difficultés que les pédiatres en ce qui concerne la prise en charge d'aval.

- La **maladie asthmatique** chez l'enfant est prise en charge, essentiellement, par les généralistes et les pédiatres et, progressivement, par les pneumologues à partir de l'âge de 5-6 ans, c'est-à-dire à partir du moment où l'enfant peut souffler pour réaliser une exploration fonctionnelle respiratoire.

Recommandations Le groupe propose l'organisation de deux pôles, pour la Lorraine, de prise en charge des urgences liées à l'inhalation de corps étrangers avec possibilité de recours 24h/24.

(VI) La maladie asthmatique

- Cette maladie dont l'incidence et la prévalence augmentent régulièrement est majoritairement prise en charge par les pneumologues (consultations spécialisées en cabinet libéral ou en service hospitalier, et hospitalisations en secteur pneumologie) en coordination avec les généralistes, ceci à toutes les phases de la maladie : diagnostic positif et étiologique, dans les contrôles des crises, dans le suivi chronique, dans l'éducation et la prévention. **Le réseau régional ALLERGOLOR participe au renforcement de cette coordination.**

- **Il existe 3 niveaux de prise en charge :**

- **en activité de consultation** pour le suivi et le diagnostic (EFR, courbe débit volume, tests allergologiques)

- **en secteur pneumologique hospitalier** pour les asthmes non contrôlés et les examens complémentaires plus spécialisés (test de provocation, test HRB).

- **en réanimation respiratoire** pour certains asthmes aigus graves non contrôlés en secteur d'hospitalisation classique.

(VII) Les maladies vasculaires pulmonaires (Hypertension artérielle pulmonaire, maladie thromboembolique pulmonaire)

- L'activité progresse du fait d'une politique régionale de collaboration des pneumologues mais aussi des cardiologues et de l'allongement de la survie de ces patients. Il existe à Nancy un Centre de référence régional (Service des Maladies Respiratoires et Réanimation Respiratoire, en collaboration avec le Département de Cardiologie, le Département de Radiologie et le Service d'hématologie biologique) dont l'activité se fait en étroite collaboration avec le Centre de référence national.

- **Il s'agit donc d'une prise en charge en trois niveaux (local, régional et national).**

Recommandations *Il est indispensable de :*

- *renforcer les moyens pour assurer une sécurité de fonctionnement ;*

- *réfléchir sur la création d'une collaboration avec le Centre régional d'Alsace dans le cadre de l'Interrégion Grand-Est qui permettrait d'assurer la sécurité de fonctionnement pour l'Interrégion.*

(VIII) La pathologie professionnelle

- La région lorraine est marquée par une forte prévalence de maladies respiratoires professionnelles : silicose, sidérose, BPCO mais aussi par l'augmentation nette de l'incidence d'autres affections : cancer bronchique, mésothéliome pleural et asthme professionnels.

Les pneumologues constituent le premier niveau de prise en charge de cette pathologie ; toutefois le recours à des spécialistes des Maladies Respiratoires d'origine professionnelle est souvent indispensable.

Recommandations *Il est nécessaire d'envisager :*

- *une formation spécifique des pneumologues de la région dans ce domaine ; - la mise en place d'une structure régionale (CHU, Service des Maladies Professionnelles) d'évaluation des expositions professionnelles et de recours répondant aux exigences des plans Cancer et Santé-Travail, et assurant des d'investigations cliniques spécifiques, dans le cadre des asthmes professionnels, des pneumoconioses, par exemple.*

☞ **Les plateaux techniques deviennent de plus en plus complexes :**

(1) Explorations fonctionnelles respiratoires :

- tous les pneumologues assurent la réalisation de leurs EFR : spirométrie, GDS, TCO...

- seuls certains services assurent des tests plus spécifiques : épreuves d'effort, Pmax d'occlusion, en particulier au CHU (Service d'Exploration Fonctionnelle Respiratoire),

- **Il existe donc, dans les faits, deux niveaux de prise en charge.**

(2) L'endoscopie respiratoire :

- tous les pneumologues assurent la réalisation de leurs endoscopies bronchiques souples ± rigides ;

- seuls quelques centres assurent la réalisation d'endoscopies interventionnelles et l'autofluorescence (cf + haut) ;

- **Il existe donc, dans les faits, deux niveaux de prise en charge.**

(3) L'échographie thoracique :

- l'ensemble des pneumologues assure ou a accès à cette technique.

(4) Pathologie respiratoire liée au sommeil :

- environ 80% de cette pathologie est prise en charge par les pneumologues ;

- la majorité des pneumologues a développé une activité de consultation et de dépistage à domicile ;

- seuls certains centres assurent des polysomnographies avec enregistrement du sommeil nécessitant une « Unité du sommeil » avec équipement plus lourd, lits dédiés, et spécialistes plus spécifiquement compétents, en relation avec les neurologues ;
Recommandations les délais de rendez-vous excessifs traduisent une nécessité d'investissement prospectif dans ce domaine ;
il existe donc, dans les faits, deux niveaux de prise en charge.

(5) L'allergologie

- la majorité des pneumologues ont la possibilité de réaliser des tests cutanés dans leurs établissements ;
- leur implication au sein d'Allergolor est majeure ;

Recommandations. la place des pneumologues dans la prise en charge des maladies asthmatiques doit être confortée.

(6) La réanimation respiratoire

- seul un service du CHU assure cette réanimation ;
- ce service joue un rôle central dans l'animation du RIR, en grande partie grâce à cette réanimation ;

Recommandations. La poursuite de cette activité spécifique est indispensable pour éviter toutes pertes de chance aux insuffisants respiratoires de la région Lorraine et aider au bon fonctionnement du RIR.
2 sites de soins intensifs respiratoires ont été recommandés par le volet. Réanimation : Nancy et Metz

(7) Les cathétérismes droits

- seuls quelques hôpitaux réalisent ces examens (Bon Secours, CHU, Legouest, Lunéville, Mont Saint Martin, Thionville) ;

Recommandations : en-dessous d'un nombre d'examen minimum par an, la qualité et les conditions de réalisation de ces examens doivent être confirmées.

☞ La chirurgie thoracique est dominée par l'oncologie thoracique :

- Parmi les onze chirurgiens qui déclarent une activité de chirurgie thoracique, certains (4 à 5) ont une activité limitée dans ce domaine ; le nombre est d'environ 1/200 000 habitants ; ils ont tous plus de 45 ans (voire 50 ans) à l'exception d'une PH ;

- L'oncologie thoracique représente 75% des interventions ; les recommandations de la circulaire N° PHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie définissent les critères de future labellisation des services de chirurgie thoracique en oncologie.

Recommandations. Le recrutement de chirurgiens thoraciques doit être envisagé rapidement pour renforcer les équipes, principalement celles de Metz et Nancy, en fonction des recommandations de cette circulaire.

☞ Les IDE de Pneumologie ont des compétences spécifiques

- Les pathologies spécifiques à une spécialité nécessitent des soins appropriés pour lesquels les infirmières doivent développer des compétences adaptées.

- Les pathologies prises en charge en pneumologie sont souvent chroniques et évoluent plus fréquemment vers une aggravation que vers une guérison totale. La qualité de vie des patients est altérée par des symptômes éprouvants (fatigue, intolérance à l'effort, difficultés respiratoires, douleur, ...), des traitements au long cours, parfois un recours obligatoire à l'oxygénothérapie continue ou à des appareils d'assistance respiratoire avec toutes les contraintes que cela impose. La dépendance des patients pour les gestes de la vie courante est variable mais fréquente. La gravité de certains diagnostics et les difficultés respiratoires génèrent énormément d'anxiété, tant pour les patients que pour les familles qui sont très présentes dans les services. Les problèmes infectieux sont fréquents et difficiles à gérer, la cohabitation entre patients contagieux et patients fragilisés par la chimiothérapie impose le respect draconien des règles d'hygiène. Les décompensations peuvent être rapides et graves.

Recommandations :

- (VIII) assurer le développement structuré des compétences infirmières spécifiques à la pneumologie ;
- (IX) assurer une meilleure évaluation du rôle des paramédicaux, dont les infirmières
- (X) prise en compte de la spécificité et des contraintes de prises en charge en pneumologie dans la définition des effectifs infirmiers ;

(XI) ouverture des services de pneumologie vers l'HDJ et l'HAD.

☞ **L'éducation thérapeutique :**

- Celle-ci constitue un élément important de la prise en charge des patients qui présentent une maladie chronique : asthme, BPCO, mucoviscidose, pathologie liée au sommeil, pneumopathies interstitielles, ...

Recommandations. Son développement doit être coordonné à l'échelon régional

Elle doit s'appuyer sur les objectifs et moyens décrits par les Sociétés Savantes, en se développant au niveau de l'ensemble des établissements afin d'assurer un maillage réel du territoire ; cette éducation ne peut être que de proximité.

Le groupe de travail chargé de récolter ces recommandations, créé par cooptation, en respectant les origines géographiques et spécificité d'exercice, s'est réuni 7 fois en plus de réunions consacrées à des questions spécifiques. Les données présentées sont limitées et certaines dimensions n'ont pu être envisagées telle que la **kinésithérapie respiratoire**.

- **Ce groupe de pilotage suggère la poursuite de ses réflexions par**
 - **l'organisation d'une réunion de ses membres tous les 6 mois.**
 - **l'organisation prospective du monitoring de l'activité des pneumologues.**

IV. EVALUATION

Il est proposé un certain nombre d'indicateurs pertinents de suivi de la mise en œuvre de ce schéma :

1) quant à la dynamique du circuit du patient

- nombre de territoires de proximité disposant d'un service de médecine polyvalente
- nombre d'établissements disposant d'une autorisation d'activité de Médecine et ayant mis en œuvre un service identifié de médecine polyvalente ou de médecine interne
- nombre de refus d'admission (ou de transferts vers un autre établissement) pour manque de places en Médecine
- nombre de séjours en Médecine prolongés par manque de places d'aval (dont SSR)
- nombre de journées de fermeture de lits de médecine par carence en personnel paramédical
- nombre de demi journées hebdomadaires de consultations non programmées de médecine (polyvalente et spécialités) par établissement
- nombre de réseaux de santé en rapport avec la discipline Médecine / couverture géographique du territoire par des réseaux
- bilan des coordinations territoriales traitant l'offre hospitalière (lits disponibles, gestion des flux)
- bilan de l'évolution du nombre de places pour l'activité de soins de Médecine
- nombre d'établissements disposant d'une autorisation d'activité de Médecine ayant signé convention avec des SSR et des EHPAD.

2) quant au suivi de la mise en œuvre de la préconisation de polyvalence

- (XII) l'évolution des casemix des établissements (qualitatif – éventuels effets de la T2A) (suivi des activités par le casemix des établissements, pour veiller à ce que ne disparaissent pas des pans d'activité car « non rentables » et que persiste une offre polyvalente bien répartie (rôle du CoTRIM))
- (XIII) identification des patients ayant plus d'une pathologie (ALD, enquêtes transversales...)

3) quant à l'évolution des hospitalisations en médecine

exemple :

- (XIV) taux annuel d'hospitalisations en médecine avec durée de séjour > 21 jours
- (XV) suivi des délais d'accès aux examens complémentaires (scanner, IRM...)

Certains autres indicateurs, tout aussi pertinents, paraissent plus difficiles à mettre en œuvre :

- (XVI) taux d'inadéquation des patients
- (XVII) suivi des taux de réhospitalisation
- (XVIII) suivi des recours itératifs aux urgences

VOLET CARDIOLOGIE ET TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE

I. Objectifs généraux et opérationnels

I.A Objectifs généraux

- Adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population tout en veillant à une répartition équitable de l'offre dans les territoires de proximité et en assurant des conditions de sécurité conformes aux données actuelles de la science.
- Amélioration de la qualité de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires aussi bien aiguës que chroniques en ciblant plus particulièrement
 - les syndromes coronariens aigus
 - les troubles du rythme cardiaque
 - l'insuffisance cardiaque
- Développement des actions de prévention secondaire en associant la médecine ambulatoire à l'offre hospitalière.

I.B Objectifs opérationnels

Afin de permettre de donner une réponse optimale aux objectifs généraux, sept objectifs opérationnels ont été retenus par le comité de pilotage.

Objectifs n°1 : améliorer la prise en charge préhospitalière du syndrome coronarien aigu

Objectif n°2 : améliorer la prise en charge hospitalière du syndrome coronarien aigu

Objectif n°3 : rationaliser la répartition et le fonctionnement des plateaux techniques de cardiologie interventionnelle.

Objectif n°4 : améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en Lorraine

Objectif n°5 : améliorer la prise en charge des troubles du rythme cardiaque graves

Objectif n°6 : améliorer l'offre de soins en matière de rééducation cardiovasculaire en insistant sur le développement des structures de proximité

Objectif n°7 : renforcer les actions de prévention en luttant contre les facteurs de risque vasculaire communs aux cardiopathies ischémiques et aux maladies vasculaires cérébrales

II. Recommandations d'organisation

Les recommandations organisationnelles découlent directement des objectifs opérationnels décrits dans le chapitre précédent.

Les objectifs 1 et 2 concernent la prise en charge du syndrome coronarien aigu avec ou sans infarctus du myocarde. Il s'agit d'une pathologie traceuse représentant une part importante des urgences cardiovasculaires.

Afin de répondre aux besoins, les cardiologues se sont organisés en filière depuis déjà plusieurs années ainsi que le préconisait le SROS II.

Objectif n°1 : améliorer la prise en charge pré hospitalière du syndrome coronarien aigu

- Sensibiliser le public à la reconnaissance des symptômes pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu
- Informer les médecins généralistes, les cardiologues libéraux et le public de la nécessité d'appeler le SAMU centre 15 en cas de douleur thoracique aiguë
- Diminuer au maximum le délai entre l'apparition des symptômes pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu et l'appel au centre 15
- Assurer une médicalisation de tous les instants de la prise en charge pré hospitalière du syndrome coronarien aigu
- Mise en place de protocoles de thrombolyse pré hospitalière ou de l'angioplastie primaire en fonction des recommandations du groupe de travail (annexe 1)

- Améliorer la collaboration entre les SMUR, les unités de soins intensifs en cardiologie (USIC) et les structures disposant d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle. Cette collaboration doit conduire à une admission directe du patient en USIC ou en salle de cardiologie interventionnelle sans passage préalable par le service d'accueil des urgences non spécialisé. Cette coopération doit passer par une formalisation des accords (annexe 1).

Objectif n°2 : améliorer la prise en charge hospitalière du syndrome coronarien aigu.

Recommandations du groupe de travail

- appliquer le protocole de prise en charge du syndrome coronarien validé par le groupe de travail (annexe 2)
 - assurer un accès direct des patients en USIC ou en salle de cathétérisme cardiaque en fonction de l'algorithme décisionnel retenu dans le protocole (annexe 2)
 - obtenir une répartition homogène des USIC sur le territoire lorrain tout en respectant le cahier des charges du décret d'avril 2002 (permanence cardiologique 24h/24 notamment). Compte tenu des contraintes réglementaires il semble nécessaire d'envisager, au minimum, l'existence d'une USIC dans chacun des établissements de santé disposant d'un service d'urgence (SU). Une USIC est également indispensable pour chacun des sites disposant d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle.
- Dans les établissements ne disposant pas d'une USIC mais qui seraient amenées à prendre en charge des pathologies cardiaques aiguës (hormis des syndromes coronaires aigus dont la prise en charge relève de l'USIC), les cardiologues pourront traiter les patients au sein d'une unité de soins continus (USC) (annexe 3) Les patients ainsi pris en charge resteraient sous la responsabilité d'un cardiologue 24h/24 par un système d'astreinte. Ce mode de fonctionnement nécessitera un protocole d'accord entre les cardiologues et le médecin responsable de l'USC. tel que défini dans le décret d'avril 2002 (annexe 3).

Les modalités de fonctionnement des USC seront fixées dans le cadre du volet réanimation du SROS.

Objectif n°3 : rationaliser la répartition des plateaux techniques de cardiologie interventionnelle

- maintenir une couverture suffisante des besoins de la population lorraine en actes de cardiologie interventionnelle tout en veillant à éviter une dispersion trop importante des sites.
- les activités diagnostiques (coronarographie) et interventionnelles (angioplastie transcutanée coronaire) sont indissociables sur chacun des sites d'implantation Les équipes doivent être en capacité d'effectuer ces actes 24h/24 et 365 jours par an (annexe 4)
- les établissements concernés doivent s'engager à respecter le cahier des charges de fonctionnement des centres de cardiologie interventionnelle élaboré par la société française de cardiologie et repris par le groupe de travail (annexe 4)
- l'utilisation du coroscanner ne pourra se faire qu'en suivant les recommandations conjointes des sociétés françaises de cardiologie et de radiologie
- les USIC doivent passer des conventions avec les centres de cardiologie interventionnelle voisins lorsqu'elles n'en disposent pas en propre dans leur établissement
- l'accès direct des patients en salle doit, selon le protocole régional, être privilégié ; celui-ci doit être possible dans un délai de 90 minutes (annexe 1 et 2)
- compte tenu de l'offre de soins actuelle, des données de morbidité et de la croissance démographique, il n'y a pas de justification à créer de nouveaux centres de cardiologie interventionnelle. Les cinq centres actuellement en activité couvrent, aujourd'hui, les besoins de la population lorraine.

Objectif n°4 : améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

- mettre en œuvre et développer le réseau lorrain de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ICALOR en lui donnant les moyens nécessaires à son fonctionnement (annexe 5)
- développer les conventions ville-hôpital et les conventions inter-établissements afin de permettre une prise en charge optimale à tous les stades de la maladie
- développer les réseaux de télé-médecine
- inciter les structures de cardiologie ne disposant pas d'un plateau technique lourd à s'impliquer dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Objectif n°5 : améliorer la prise en charge des troubles du rythme cardiaque

- finaliser l'implantation des sites habilités à poser des défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) et des stimulateurs triple chambre (STC).

La liste des équipes autorisées à poser des DCI a été publiée par l'ARH de Lorraine.

En ce qui concerne les STC, deux sites supplémentaires dont un à Metz et un à Nancy permettraient de couvrir les besoins.

- réaliser un état des lieux et un audit de pratique des centres réalisant des implantations de stimulateur cardiaque (non STC) afin de définir une politique régionale cohérente et conforme aux données actuelles de la science.

Objectif n°6 : développer la rééducation cardiovasculaire de proximité.

- limiter le nombre de sites de rééducation hospitalière à trois. Il n'y a pas lieu de créer de nouvelles structures en dehors des services existant à Abreschviller, Metz et Nancy (annexe 6)

- favoriser la création de sites de rééducation cardiovasculaire ambulatoires dans les territoires de proximité qui en sont dépourvus afin d'obtenir la présence d'au moins une unité par territoire.

- favoriser la création de lits de soins de suites cardiologiques dans le cadre des centres de rééducation cardiovasculaire hospitalière et des structures de cardiologie dotées de rééducation cardiovasculaire ambulatoire, ces unités permettant une prise en charge en milieu "cardiologique" entre l'intervention et le début de la rééducation cardiovasculaire stricto sensu (annexe 6)

- respect du cahier des charges de fonctionnement des centres de rééducation cardiovasculaire élaboré par le groupe de travail régional.

Objectif n°7 : renforcer les actions de prévention en luttant contre les facteurs de risque vasculaire communs aux cardiopathies ischémiques et aux maladies vasculaires cérébrales

- impliquer les établissements de soins dans la politique de prévention en liaison avec la médecine de ville

- diffuser et appliquer les recommandations de lutte contre le tabagisme en établissements de soins (annexe 7)

Au même titre que la médecine libérale, l'ensemble des établissements de soins ont un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'une politique de prévention. Toutefois compte tenu de leurs compétences dans les domaines de la diététique et de la tabacologie, les centres de rééducation cardiovasculaire seront amenés à être les pivots de cette politique.

III. ANNEXES RECOMMANDATIONS

Annexe I : Prise en charge pré-hospitalière et hospitalière des affections cardiovasculaires

Objectifs

- ❖ Améliorer la prise en charge pré-hospitalière de l'urgence cardiovasculaire
 - en agissant sur la rapidité et la médicalisation de cette prise en charge :
 - par une proximité et une efficacité des moyens mobiles : SMUR, MCS, transmission de l'ECG avec lecture en temps réel et seniorisée, hélicoptère régional.
 - par l'affirmation du rôle pivot du SAMU Centre 15 dans l'orientation des urgences vers la structure hospitalière adéquate
 - par la formation des personnels médicaux et paramédicaux à l'urgence cardiovasculaire
 - Par la sensibilisation et l'information du public : gestes d'urgence, douleur thoracique
- ❖ Améliorer la prise en charge hospitalière et sa coordination :
 - par l'optimisation de l'offre de soins
 - par l'exigence d'une haute technicité, d'une sécurité et d'une qualité accrue

Prise en charge des syndromes coronariens en Lorraine :

Elle doit être conforme aux recommandations actualisées en 2005 : European Society of Cardiology, de preuve scientifique suffisante.

La classification des syndromes coronariens aigus (SCA) en 2 familles est à l'origine de recommandations différentes :

- SCA avec élévation persistante du segment ST appelés **SCA-ST+**
- SCA sans élévation persistante du segment ST appelés **SCA non ST+**

Recommandations :

SCA-ST + : Tout infarctus du myocarde en phase aiguë doit bénéficier d'une entrée directe dans un centre possédant une salle de coronarographie fonctionnelle 24h/24 grâce à une médicalisation sans rupture depuis l'appel au 15 jusqu'à la prise en charge par le cardiologue de garde sur place.

Quelle que soit l'heure de prise en charge et son lieu dans le territoire.

En fonction du délai de prise en charge entre l'ECG « qualifiant » et la ponction artérielle

3 situations peuvent être décrites :

1) Délai ECG qualifiant-ponction \leq à **90** minutes : ANGIOPLASTIE après aspirine, héparine et traitement des complications hémodynamiques et rythmiques. Cette angioplastie pourra être facilitée par l'administration pré-hospitalière d'abciximab (Recommandation ESC 2005 de type IIAa) sur avis du service receveur.

2) Délai ECG qualifiant-ponction $>$ à **90** minutes :

2 cas :

a) Si le délai : Douleur - ECG qualifiant est \leq à **3** heures : efficacité scientifiquement reconnue de la **thrombolyse** préhospitalière associée au clopidogrel, à l'aspirine et à l'héparine avec **transfert direct** vers un centre possédant une salle d'angioplastie

b) Si le délai : Douleur - ECG qualifiant est $>$ à **3** heures :
angioplastie après héparine et clopidogrel, la thrombolyse n'est pas indiquée,

La douleur comme les complications de l'IDM sont à traiter selon les protocoles en cours.

SCA non ST + :

3 niveaux de gravité selon les recommandations de l'ESC déterminent la prise en charge :

- instabilité hémodynamique et /ou rythmique et/ou persistance de la douleur : **Transfert médicalisé** vers un centre d'angioplastie sous aspirine, héparine et clopidogrel
- patients à haut risque : selon l'ESC : ischémie récidivante, modification du segment ST, élévation des marqueurs sériques de nécrose, diabète, facteurs de risque : surveillance en **USIC**
- patients à bas risque : surveillance spécialisée, monitorée : Cardiologie secteur ou service Médecine à orientation cardiologique.

Conclusion

Tout doit être fait pour optimiser la prise en charge des syndromes coronariens aigus qui doit être reconnue comme une filière à part entière avec des conventions officialisées sans exclusivité.

Annexe 2 : Évaluation des options de reperfusion dans les infarctus avec élévation du ST

1ere étape

- Détermination du délai début des douleurs-ECG qualifiant
- Facteur de gravité (choc, insuffisance cardiaque, suspicion de complications mécaniques)
- Evaluation du risque hémorragique sous thrombolytiques
- Evaluation du temps de transfert vers un centre de cathétérisme interventionnel entraîné

2eme étape

En général : si le patient est vu dans les 3 premières heures, qu'il n'y a pas de contre indication à la fibrinolyse et que le délai ECG qualifiant-intervention coronaire percutanée $<$ 90 minutes

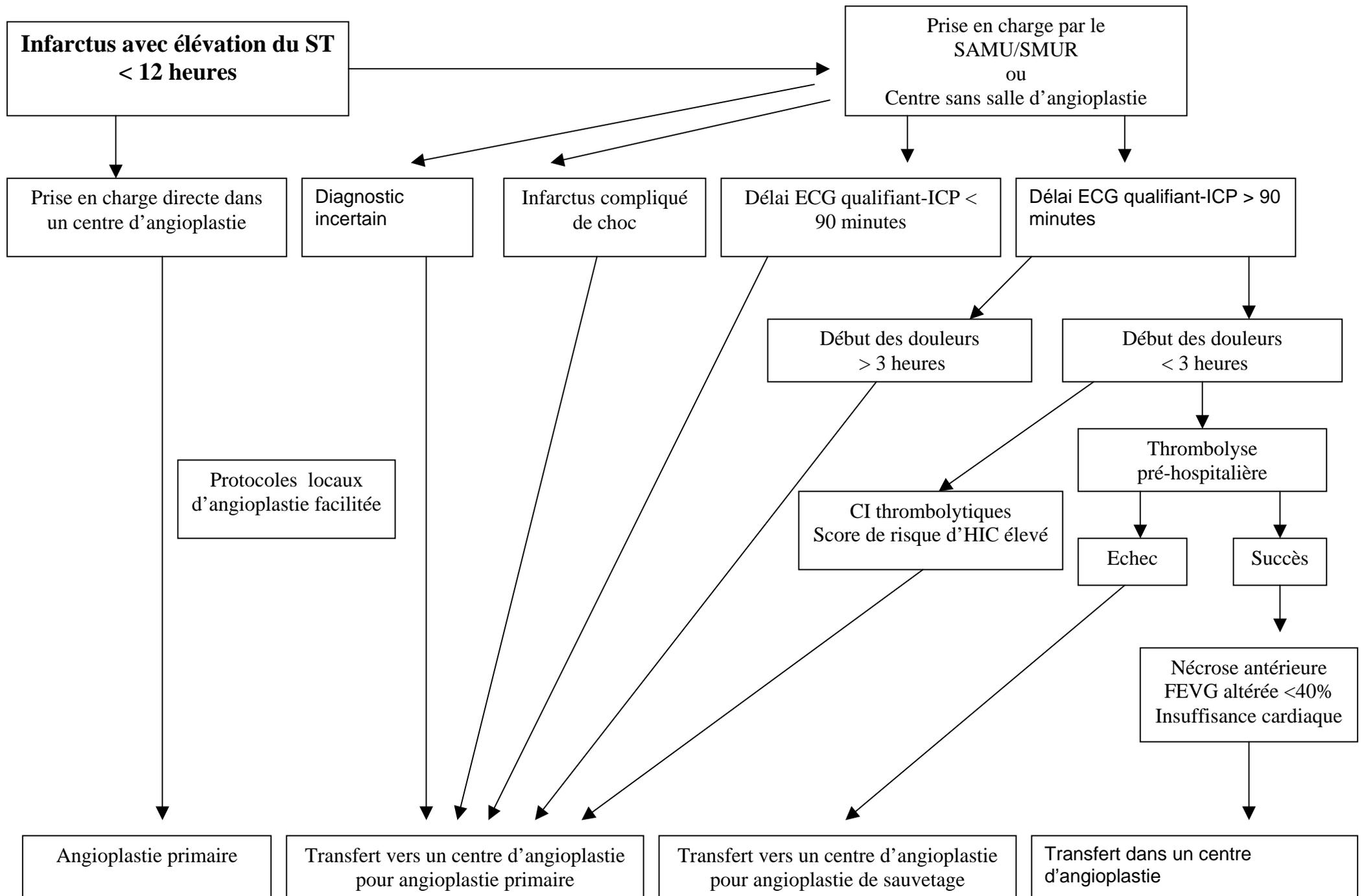
l'angioplastie reste la stratégie recommandée (ESC 2005)

1 l'angioplastie est préférable par une équipe entraînée avec support chirurgical et délai ECG intervention coronaire percutanée $<$ 90 minutes

- patient vu après la 3eme heure
- infarctus à risque (choc, insuffisance cardiaque)
- diagnostic incertain

2 la fibrinolyse est préférable

- présentation précoce
- délai de transfert élevé (délai ECG qualifiant- intervention coronaire percutanée $>$ 90 minutes)



Prise en charge des syndromes coronariens aigus en Lorraine

1- Préambule

11- Classification des syndromes coronariens aigus (SCA)

Les SCA sont à l'heure actuelle divisés en deux familles dont les modalités de traitement sont différentes.

1 les SCA avec élévation persistante du segment ST ou infarctus avec élévation du ST (anciennement dénommés infarctus transmuraux ou avec onde Q)

2 les SCA sans élévation persistante du ST qui comprennent

- les infarctus sans élévation du ST si il y a élévation concomitante des marqueurs sériques de nécrose (anciennement dénommés infarctus sans onde Q ou infarctus sous endocardique ou infarctus rudimentaire)

- les angors instables si il n'y a pas d'élévation concomitante des marqueurs sériques de nécrose

12- Généralités sur la prise charge des SCA

Tous les patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu doivent être hospitalisés et traités en milieu cardiologique dans les unités de soins intensifs aux coronariens (USIC) en collaboration avec les structures de soins pré-hospitalière, les services d'accueil des urgences et les réseaux de ville. L'orientation des patients chez qui le diagnostic est établi en pré-hospitalier doit se faire directement en cardiologie. Des moyens adaptés de communications entre les différents acteurs doivent être mis en œuvre afin d'optimiser la prise en charge.

2- SCA sans élévation persistante du ST

La prise en charge de ces derniers fait appel, après une stratification précise du risque d'évolution vers un décès ou un infarctus avec élévation du ST, à une combinaison de traitements antithrombotiques actifs et une stratégie de revascularisation coronaire précoce si le risque est élevé. Les recommandations les plus récentes (1) préconisent la réalisation d'une coronarographie soit dans les premières heures avec traitement antithrombotique adapté en salle, soit dans les premiers jours après un traitement antithrombotique adapté d'amont sans qu'il soit prouvé qu'une des deux options est meilleure que l'autre. Il s'agit d'une modalité de traitement qui ne relève donc pas de l'extrême urgence, qui est déjà très largement passé dans les habitudes des centres de cardiologie en Lorraine et qui ne nécessite pas d'ajustement des réseaux de soins qui existent déjà.

3- Infarctus du myocarde avec élévation du ST

En ce qui concerne les infarctus avec élévation du ST la notion de rapidité de mise en œuvre des traitements de reperfusion est fondamentale et l'évolution récente des recommandations justifie une mise au point par rapport au dernier schéma directeur.

31- Données actuelles sur le sujet

La mise en œuvre d'une technique de reperfusion (thrombolyse et/ou angioplastie primaire) le plus rapidement possible est une priorité en phase aiguë car elle permet de diminuer la mortalité et constitue donc une recommandation de classe I niveau de preuve A pour toutes les sociétés savantes (2,3). Elle doit impérativement avoir lieu dans les 12 heures suivant le début des symptômes, passé ce délai son rapport bénéfice-risque n'est pas établi (en dehors des infarctus compliqués de choc cardiogénique). Malgré le gain apporté par la mise en œuvre de ces traitements, on estime à l'heure actuelle qu'environ 30% des patients hospitalisés pour un infarctus et éligibles pour recevoir un des 2 traitements ne le reçoivent pas (4).

311- Traitements de reperfusion

Deux méthodes sont à notre disposition : l'angioplastie primaire ou la thrombolyse qui peut être pré-hospitalière c'est à dire administrée par le SMUR ou le SAMU.

Schématiquement, la thrombolyse a l'avantage de sa simplicité puisqu'elle ne nécessite pas d'infrastructure lourde et peut être administrée très précocement, mais son efficacité est moindre que celle de l'angioplastie en particulier quand on s'éloigne du début des symptômes et elle expose au risque de saignement intracérébral. L'angioplastie a pour elle une efficacité supérieure, n'expose pas à une augmentation du risque de saignement intracérébral, mais nécessite une infrastructure lourde, est plus lente à mettre en œuvre et n'est réellement supérieure à la thrombolyse que si elle est réalisée dans des centres à gros volumes et par des opérateurs entraînés.

312- Efficacité comparée

En terme d'efficacité on sait que l'angioplastie primaire est supérieure à la thrombolyse hospitalière (5). Néanmoins la précocité d'administration du traitement thrombolytique en pré-hospitalier permet d'améliorer ses performances puisque dans l'essai CAPTIM (6) les deux méthodes se sont avérées équivalentes, mais sans polémiquer, un certain nombre de biais limitent la portée de ce résultat. D'une part l'étude n'est pas allée au terme de son recrutement ce qui rend la validité des résultats incertaine eu égard aux hypothèses de départ et d'autre part les patients du groupe angioplastie ne recevaient

pas systématiquement un anti GP IIb/IIIa alors que 2 méta-analyses récentes démontrent que leur administration permet de réduire la mortalité (7,8).

313- Problèmes particuliers

Bénéfice de la précocité d'administration des thrombolytiques

Plus le thrombolytique est administré précocement par rapport au début des douleurs, plus la lyse a des chances d'être effective et inversement. Ce fait est avéré de longue date puisque le bénéfice de la thrombolyse suit une exponentielle décroissante en terme de vie sauvées avec une quasi absence de bénéfice après 3 heures. De fait, une analyse de sous groupe de CAPTIM (9) a par ailleurs fait état d'une différence de résultat en fonction du délai début des symptômes – randomisation avec schématiquement des résultats en faveur de la thrombolyse pré-hospitalière (bénéfice non significatif sur la mortalité) dans les 2 premières heures. Il ne s'agit bien sûr que d'une analyse de sous-groupe sur une étude au recrutement incomplet, mais ce fait avait déjà été noté dans l'essai PRAGUE 2 avec un seuil à 3 heures (10). Cependant, ces données ont été récemment démenties par une méta-analyse présentée aux sessions de l'AHA en novembre 2004 (11) qui montre sur un effectif très important que l'angioplastie reste supérieure à la thrombolyse quelque soit le moment où on décide de la mettre en œuvre par rapport au début des douleurs. Ces discordances ne font que souligner qu'en l'absence d'un essai spécifique il n'est pas possible de tenir ces conclusions comme définitives.

Prise en charge dans des centres ne disposant pas de salle de cathétérisme

Plusieurs essais ont testé l'hypothèse selon laquelle il est préférable de transférer les patients pour angioplastie primaire même en cas de délai de transfert long (mais inférieur à 3 heures), plutôt que d'entreprendre une thrombolyse immédiate. Les résultats de ces essais ont été regroupés dans une méta-analyse (12) qui conclut qu'il est préférable de transférer les patients en raison d'une tendance nette à une diminution de mortalité et une diminution significative du critère habituel décès, infarctus, accident vasculaire cérébral.

32- Proposition de prise en charge

A la lumière de ces données on peut proposer une stratégie qui tire partie au mieux des 2 techniques de reperfusion en fonction du lieu de prise en charge et des délais de transferts vers un centre de cathétérisme, de la précocité de prise en charge et de certaines situations cliniques. L'algorithme décisionnel qui est représenté dans la figure 1 reprend les recommandations de l'ACC/AHA sur la prise en charge des infarctus avec élévation du ST (2) et de l'ESC sur l'utilisation des interventions coronaires percutanées (1). Les différentes étapes de l'évaluation des options de reperfusion sont inspirées de celle de l'ACC/AHA et se trouvent dans l'annexe 1.

- 1) Patient pris en charge dans un hôpital disposant d'un centre de cathétérisme interventionnel.
Angioplastie primaire avec comme indicateur de qualité de prise en charge le délai admission dans le SAU-intervention coronaire percutanée qui doit être le plus court possible et jamais inférieur à 90 minutes.
- 2) Patient pris en charge dans un hôpital ne disposant pas d'un centre de cathétérisme interventionnel ou par le SAMU/SMUR
 - 21) Infarctus compliqué d'un état de choc
Transfert prioritaire le plus rapide possible vers un centre d'angioplastie pour angioplastie primaire. Une période de stabilisation hémodynamique peut être nécessaire pour effectuer le transfert dans de bonnes conditions.
 - 22) Infarctus non compliqué de choc

La prise en charge dépend en premier lieu de l'estimation du délai de mise en œuvre d'un geste d'angioplastie. Si celui-ci est évalué à moins de 90 minutes (ECG qualifiant-intervention coronaire percutanée), le patient est transféré vers le centre de dilatation. Si au contraire il est prévisible qu'il sera supérieur à 90 minutes, et si le patient est vu précocement (dans les 3 heures à partir du début des douleurs) au vu de son efficacité dans les premières heures, une thrombolyse est recommandée en l'absence de contre-indication, pré-hospitalière si possible. Si par contre la prise en charge est tardive (à plus de 3 heures du début des douleurs) le patient doit être transféré vers une salle d'angioplastie même en cas de délai d'acheminement de plus de 90 minutes. Dans tous les cas, s'il existe une contre-indication à la thrombolyse le patient doit être transféré vers une salle d'angioplastie.

En ce qui concerne les cas frontières ou litigieux, les contacts SAMU/SMUR/centres avec ou sans salles d'angioplastie, seront privilégiés afin d'optimiser la décision thérapeutique.

En cas d'échec de thrombolyse, les patients peuvent être transférés pour angioplastie de sauvetage, surtout sur les nécroses antérieures. Par ailleurs une politique de transfert vers un

centre de cathétérisme pour certains infarctus à risque traités par thrombolyse est à envisager en cas de FEVG<40%, de nécrose antérieure et de signes d'insuffisance cardiaque.

33- Organisation et coordination des moyens de traitement

Les patients souffrant d'un infarctus doivent être pris en charge dans des USIC de cardiologie conformes aux critères de qualité de la Société Française de Cardiologie (13). Ils doivent en outre pouvoir bénéficier d'une prise en charge chirurgicale des complications mécaniques de l'infarctus dans les meilleurs délais.

Les centres pratiquant l'angioplastie en phase aiguë doivent satisfaire aux critères qualitatifs édictés par la Société Française de Cardiologie (14) et du SROS Lorraine. De plus, ces procédures doivent être réalisées par des équipes entraînées pour ce type d'intervention avec un délai de mise en œuvre de moins de 90 minutes (ECG qualifiant-intervention coronaire percutanée). A cet effet les admissions directes en salle de cathétérisme doivent être préférées. Les modalités de stratégie de traitement doivent faire l'objet de protocoles locaux validés par les différents intervenants.

La rapidité de prise en charge initiale est capitale et des moyens de communication adaptés en particulier entre les centres sans salle de cathétérisme, les SAMU/SMUR et les centres référents d'angioplastie doivent être optimisés (transmission ECG, contacts directs entre les différents médecins intervenants). Des conventions officialisées avec des contrats relais sans exclusivité doivent être mis en œuvre entre ces différents acteurs.

Annexe 3 : soins continus en cardiologie

1) Rappel (circulaire DHOS-SDO N°2003-413 du 23 août 2003) concernant la réanimation, les soins intensifs et les soins continus

- service de réanimation :

Il est destiné à la prise en charge des patients présentant plusieurs défaillances viscérales aiguës. Une permanence médicale 24 h/24 par un médecin senior réanimateur polyvalent ou médecin anesthésiste réanimateur est requise.

- unité de soins intensifs :

Elles ont vocation à prendre en charge les défaillances mono-viscérales liées à une seule spécialité d'organe (en cas d'atteinte multi-viscérale, le transfert dans un service de réanimation polyvalent est souhaitable dans les 48 heures). Une présence médicale 24 h/24 par un médecin senior cardiologue ou assimilé (interne des hôpitaux en formation présents le jour avec un senior d'astreinte) est requise.

- soins continus :

La définition est plus floue.

Les soins continus ont vocation à prendre en charge les patients dont l'état fait craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état est trop sévère pour permettre le retour dans une unité d'hospitalisation classique.

La présence d'un médecin en soins continus est requise sur le site lorsque certaines techniques d'assistance sont mises en œuvre.

2) Soins continus en Cardiologie : problématiques

Les services de Cardiologie ont à faire face à des exigences réglementaires croissantes qui rendent très difficile l'organisation des USIC actuellement. Compte tenu de la pénurie médicale annoncée et d'une population cardiologique « vieillissante », cette réorganisation sera de plus en plus difficile à mettre en place. De plus, il existe, comme c'est le cas dans la SROS de Chirurgie, des pondérations pour les médecins âgés de plus de 55 ans.

Un certain nombre de services de Cardiologie peuvent donc être tentés de faire évoluer leurs soins « intensifs » vers des soins « continus » en regard des recommandations du décret cité en référence.

En effet, concernant les services de Cardiologie, il reste indispensable de pouvoir disposer d'un outil de travail qui permet de monitorer des malades aigus (douleurs thoraciques, troubles du rythme supra ventriculaire, insuffisance cardiaque ...) qui ne relèvent pas systématiquement de l'USIC. De plus, il est confortable pour l'équipe cardiologique de pouvoir disposer de moyens de surveillance pour les

patients qui sont en transit et qui relèvent d'une USIC afin que la surveillance soit effectuée dans les meilleures conditions de sécurité.

Les avantages des soins continus par rapport aux soins intensifs dans les services de cardiologie sont :

- l'absence de nécessité d'un senior cardiologue sur place 24h/24h,
- le plateau de soins continus reste un outil de travail indispensable au cardiologue hospitalier qui ne peut pas gérer tous les malades dans les soins normaux compte tenu de la présence permanente dans toute unité de cardiologie de malades instables ou potentiellement instables.

Les contraintes des soins continus sont :

- la nécessité d'une équipe médicale de garde sur place qui, s'ils ne sont pas des cardiologues, sont tout de même des seniors si possible généralistes,
- la nécessité d'une convention signée avec un centre lourd pour le transfert vers les USIC,
- une inconnue en terme de tarification à l'activité (T2A), la valorisation des séjours en soins « intensifs » n'étant par repercutée dans les soins « continus » de la même manière.

Annexe 4 : recommandations concernant l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire

Répartition en France (enquête sfc 2000)

- . Moyenne : 2,7 Centres d'ATC/million d'habitants
- . Activité nationale : 1 300 ATC/million d'habitants
- . Nombre de coronaros en France(2003) : 250 000
- . Nombre d'ATC en France (2003) : 110 000

Compétence

- . Exclusivité cardiologique
- . Formation : - soit compétence acquise et reconnue
- soit DIU de Cardio Interventionnelle
- . Reconnaissance de centres formateurs régionaux à réaliser conformément aux recommandations de la SFC

Critères de fonctionnement

- Responsabilité de chaque centre assurée par un cardiologue interventionnel ayant au moins 2 ans d'expérience après la fin de sa formation d'hémodynamicien et angioplasticien
- Tout centre de Cardiologie Interventionnelle doit comprendre une Equipe médicale et paramédicale complète, spécifiquement formée, suffisamment nombreuse et organisée, pour assurer, 24 h/24, une astreinte opérationnelle effective permettant d'effectuer, sur place, un cathétérisme cardiaque diagnostique ou interventionnelle dans la ½ h suivant l'indication médicale
- Equipe d'angioplastie : 4 membres minimum :

Un cardiologue angioplasticien assisté d'un 2^{ème} médecin senior ayant l'habitude des gestes de réanimation (il peut s'agir d'un 2^{ème} cardiologue, d'un anesthésiste réanimateur ou d'un réanimateur médical)

Présence d'au moins 2 paramédicaux : infirmière DE et/ou manipulateur de radio ayant reçu, à plein-temps, une formation spécialisée pendant, au moins, 1 mois.

Il est très souhaitable que le personnel, appelé à participer aux astreintes, soit celui qui constitue l'équipe habituelle du Centre de CI

Pour certains actes de CI (dont la liste doit être établie par la SFC), la présence, dans la salle, d'un anesthésiste réanimateur ou réanimateur médical est nécessaire

Pour assurer la permanence des soins, l'équipe médicale d'un centre doit comprendre, au moins, 3 cardiologues interventionnels seniors (qu'ils travaillent à temps-plein ou non dans ce seul centre ou dans plusieurs centres). L'astreinte opérationnelle dans un Centre est exclusive. Les astreintes alternées entre plusieurs centres ne sont pas envisageables, car, en dehors des urgences adressées de l'extérieur, il existe un nombre incontournable d'urgences internes liées à des problèmes survenant

chez des patients ayant eu des gestes interventionnels dans la journée ou les jours précédents : ce qui impose l'existence d'une équipe de garde spécifique pour le centre
L'étude du GACI (2002) établit une moyenne de 1 400 actes réalisés par salle en hospitalisation privée (supérieure à la moyenne des établissements publics) par an :

- 1) Les centres réalisant plus de 1 500 actes/an doivent disposer de 2 salles de CI
- 2) Les centres réalisant plus de 1 200 actes/an avec un pourcentage de plus de 20 % d'urgences doivent disposer de 2 Salles de CI

Couverture chirurgicale

Malgré la rareté de plus en plus grande des complications graves ou vitales pouvant survenir de façon parfois imprévisible lors de l'ATC et même lors d'une simple coronarographie, une intervention chirurgicale en urgence peut être nécessaire.

La Task Force ACC/AHA (2001) déconseille la réalisation d'ATC dans les centres n'ayant pas de chirurgie sur place.

Les Recommandations de la SFC (2000) sont les suivantes :

Couverture chirurgicale indispensable et officialisée par convention écrite entre les différentes parties intéressées :

- . Autorités administratives et responsables médicaux du centre de cathétérisme interventionnel et du centre de chirurgie cardiaque appelé à recevoir les patients en urgence
- . Responsables des moyens de transport médicalisés impliqués dans le transfert en urgence des patients qui se fera, au besoin, sous CPBIA

Cette couverture chirurgicale doit permettre à tout patient, pour lequel une indication chirurgicale serait posée en urgence, d'être transféré au bloc opératoire dans les 90 mn suivant la décision médicale.

Équipement du centre de c.i.

- Salle de cathétérisme ayant les contraintes d'asepsie proches d'une salle de chirurgie
- Environnement de sécurité d'une salle d'opération avec, de plus, matériel d'électrostimulation et de contre-pulsion
- Salle de surveillance postinterventionnelle répondant aux critères d'une salle de réveil
- Equipement radiologique :
 - . Chaîne d'imagerie numérique indispensable
 - . Arceau permettant toutes les incidences, dont les crânio-caudales poussées (crâniale 40)
 - . Tubes et amplificateurs de brillance d'excellente qualité et régulièrement entretenus. Trois champs nécessaires : 23 cm, 16 à 17 cm, 10 à 14 cm
 - . Documents de qualité (préférentiellement Dicom médical) en supports individuels, transmissibles, non réinscriptibles et non déformables
 - . Matériel consommable à disposition en nombre et choix suffisant, pour faire face à toutes les situations anatomiques
 - . Respect de la réglementation sur la radio-protection et la radio-vigilance

Environnement hospitalier

- Nécessité d'une USIC opérationnelle et d'un service ou un département de cardiologie dans l'établissement réalisant la CI
- Possibilité de réaliser des actes d'urgence 24 h/24
- Présence d'un chirurgien vasculaire dans l'établissement
- Nécessité d'une convention avec un laboratoire d'analyses médicales permettant la réalisation en urgence, 24 h/24, des examens biologiques

Niveaux d'activités

La relation entre le niveau d'activités et la qualité des résultats de la CI est prouvée scientifiquement par de nombreuses études (Kimmel 1995, Hannan 1997, Elis 1997, Malenka 1999, Kastrati 1998).

Cette relation s'établit aussi bien pour le volume d'activités au centre que pour le volume d'activités et l'expérience individuelle du praticien.

Les recommandations de la Task Force ACC/AHA (2001) sont de 75 ATC/an par opérateur et 400 ATC/an par centre.

Les recommandations du SROS de Cardio de Lorraine (1999) étaient :

- . 400 coronarographies/an par centre

- . 150 coronarographies/an par opérateur
- . 300 A.T.C./an par centre
- . 100 A.T.C./an par opérateur

Les recommandations de la SFC, parues ultérieurement (février 2000), sont les suivantes :

- 250 coronarographies/an par opérateur
- Quoique le nombre de coronarographies/an par centre ne soit pas précisé dans ces recommandations, il apparaît, compte-tenu du nombre minimum de 2 cardiologues interventionnels par centre, que cette activité ne peut être inférieure à 500 coronarographies/an
- 125 A.T.C./an par opérateur
- 400 A.T.C./an par centre. Il est mentionné que l'activité d'un centre, réalisant annuellement entre 250 et 400 cathétérismes interventionnels, demeure insuffisante, mais sous réserve que la compétence des médecins soit reconnue et que leur niveau individuel d'activité soit conforme (125 ATC/an), ce centre peut poursuivre son activité, sous des conditions très restrictives : fonctionnement en réseau avec un centre à haut niveau d'activités, évaluation critique régulière de l'activité, mise en commun de l'expérience (assistance par des angioplasticiens plus expérimentés)

Ainsi, le SROS de Lorraine ne peut que reprendre les recommandations de la Société Savante :

- . Coronarographies : * 500 examens/an par centre
 * 250 examens/an par opérateur
- . ATC : * 400 examens/an par centre, sauf conditions très particulières
 * 125 examens/an par opérateur

Évaluation des centres et contrôles de qualité

- Conformité aux recommandations du SROS de Lorraine
- Réunions de discussions thérapeutiques à l'intérieur de l'équipe et avec les équipes de chirurgie cardiaque
- Établissements de protocoles thérapeutiques et de compte rendus d'examens
- Formation du personnel paramédical
- Établissement d'une banque de données informatisées, de statistiques d'activités répertoriant, au minimum, la nature des actes effectués, leurs indications, résultats et complications
- Engagement de la structure à transmettre ces informations au registre national du GACI
- Si possible, adhésion au réseau des invariants établi par le GACI qui permet une confrontation des résultats de chaque structure et de chaque médecin à la banque nationale de données et de vérifier régulièrement que sa pratique ne diffère pas des standards de qualité en cours

Annexe 5 : réseau ICALOR (insuffisance cardiaque en Lorraine)

L'insuffisance cardiaque en Lorraine est une affection fréquente, grave, invalidante, justifiant des hospitalisations fréquentes et longues avec un coût social important. L'insuffisance cardiaque nécessite actuellement une prise en charge médicale complexe et touche des patients âgés et polyopathologiques, le traitement devient de plus en plus compliqué et nécessite des réajustements fréquents, l'évolution thérapeutique est rapide et il apparaît que les recommandations des sociétés savantes sont peu ou mal appliquées. Enfin, les patients ont une mauvaise connaissance de leur maladie et leur observance est médiocre tant pour ce qui concerne le traitement médical que les mesures hygiéno-diététiques.

Améliorer cette situation apparaît une priorité nationale. L'objectif est « de diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque » (loi du 9 août 2004). Pour répondre à cette situation, les cardiologues lorrains proposent la mise en place du réseau ICALOR.

L'objectif principal du réseau est de diminuer la morbi-mortalité et les réhospitalisations et d'améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques de Lorraine.

L'action du réseau est basée sur les points suivants :

- la coordination des professionnels,
- l'amélioration du lien vie – hôpital,
- le partage de l'information,
- la formation des professionnels,
- l'application de référentiels de prise en charge.

Les objectifs opérationnels du réseau sont :

- la mise en place de méthodes permettant une optimisation des traitements et une baisse de la iatrogénie,
- l'organisation de l'éducation des patients insuffisants cardiaques et de leur famille,
- la mise en place d'un suivi de proximité du patient à son domicile.

Le réseau ICALOR est basé sur des actions innovantes en France :

- rôle pivot confié à l'infirmière libérale formée à cet effet.
- mise en place de cellules éducatives,
- mise en place d'unités spécialisées multidisciplinaires hospitalières,

Ce type d'intervention a fait la preuve de son efficacité dans les essais internationaux et figurent dans les recommandations européennes réactualisées en 2005 concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Les résultats espérés sont :

- pour les patients :
 1. baisse de la moitié de la fréquence des réhospitalisations,
 2. amélioration de la qualité de vie,
 3. baisse de la mortalité.
- pour les professionnels : facilitation de la prise en charge,
- pour la société : diminution des coûts de prise en charge estimés entre 30 à 50 %.

Organisation du réseau

Structure

ICALOR est une association Loi 1901 constituée en 2003 dont le conseil d'administration est élu par les adhérents comportant 7 collèges (professionnels, structures et usagers),
Le réseau est dirigé par un collège de coordination composé du conseil d'administration d'ICALOR, d'institutionnels et de méthodologistes,
Le collège de coordination est aidé dans sa mission par une cellule opérationnelle animée par un coordinateur.

Adhérents

Le réseau est susceptible d'accueillir tous les acteurs de santé de Lorraine qui contribuent au traitement et suivi des patients insuffisants cardiaques.
L'adhésion au réseau est libre. Les adhérents doivent s'engager, accepter et respecter les objectifs et les moyens définis dans la convention constitutive et le cahier des charges, à respecter les référentiels, à accepter le partage de l'information dans le respect de la confidentialité, les procédures d'évaluation et à participer aux actions de formation.
En pratique, il y a environ 25 000 insuffisants cardiaques en Lorraine. Dans un premier temps, la population cible est constituée des patients les plus sévères évaluée à environ 2 000 personnes.
L'objectif est d'inclure 250 patients la première année, en 2006, puis 500 par an en tenant compte du coût de l'intervention, le coût total de prise en charge devant baisser de 10 à 40 % soit un gain de 2 000 à 8 000 Euros par an et par patient.

En conclusion

- ICALOR est un projet basé sur des principes novateurs, le seul à présenter en France les atouts suivants :
 - projet d'échelle régionale,
 - implication des professionnels libéraux et hospitaliers dès la préparation du projet,
 - expérience ancienne du travail en partenariat entre les médecins impliqués dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque,

- dont les interventions ont fait la preuve scientifique de leur efficacité (étude EPICAL).
- Le réseau de l'insuffisance cardiaque doit maintenant s'inscrire dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque dont il constitue l'issue raisonnée à la fin de la période hospitalière de prise en charge.

Annexe 6 : réadaptation cardio vasculaire

1-généralités-objectifs

Les effets bénéfiques et l'excellente tolérance des programmes de Réadaptation CardioVasculaire (RCV) sont reconnus, associant :

- l'amélioration de la survie en post-infarctus et vraisemblablement chez l'insuffisant cardiaque chronique
- l'accroissement des capacités maximales à l'effort, l'amélioration de la tolérance aux efforts sous-maximaux et le recul du seuil ischémique
- l'amélioration de la qualité de vie et le contrôle des facteurs de risque.

Malgré cela, la RCV reste trop méconnue et mésestimée, et de ce fait mal employée. C'est particulièrement dommageable pour la Lorraine, région qui se distingue en effet des autres régions françaises par sa forte prévalence en maladies cardiovasculaires. Les indications se sont enrichies : insuffisance cardiaque, syndromes coronariens aigus hors IDM,...La RCV a évolué : plus grande place est faite à l'éducation thérapeutique et à la prévention secondaire. Il persiste des disparités d'offre de RCV en Lorraine, notamment en RCV ambulatoire, avec certains territoires non pourvus.

Les objectifs du SROS III sont donc :

- de promouvoir la RCV
- de développer les nouvelles indications
- d'accroître l'offre de façon à l'adapter aux indications et exigences nouvelles, en mettant l'accent sur les notions de proximité et de pratique ambulatoire
- de mailler toute la région lorraine en structures de RCV ambulatoire efficaces, de façon à répondre aux besoins

Il faut souligner que la RCV envisagée dans ce rapport s'intègre dans la continuité de la prise en charge des patients cardiaques,. Elle est à relayer par les programmes de prévention et de RCV de phase 3, gérés en liaison étroite avec la médecine et la cardiologie de ville. Reste à évoquer la question des soins de suite cardiologiques, qu'il convient de distinguer de la RCV stricto sensu, et dont la spécificité devrait être reconnue, en tant que maillon de la filière cardiologique. Les structures cardiologiques, dont les centres de RCV hospitaliers, ont de bons atouts pour les assurer, dès lors que les moyens adaptés leur seraient fournis (cf 7)

2-Etat actuel de la réadaptation cardiovasculaire en lorraine

En 2005, on compte en Lorraine 3 Centres de RCV hospitalière et 10 structures de RCV ambulatoire en activité.

Les 3 CENTRES DE RCV HOSPITALIERE sont :

- Le Centre Saint-Luc à Abreschviller
- Le Service de Cardiologie C-Réadaptation Cardiovasculaire de l'Hôpital Félix Maréchal à Metz (CHR de Metz-Thionville)
- Le Service de Réadaptation Cardiaque de l'Hôpital Jeanne d'Arc à Dommartin-les-Toul (CHU de Nancy)

Il est à noter que le centre de Réadaptation de Niderviller a cessé son activité de RCV début 2005.

Parmi les 10 UNITES DE RCV AMBULATOIRE, 3 d'entre elles sont intégrées dans les Centres de RCV hospitalière sus-cités.

Les 7 autres sont adossées à des services de Cardiologie :

- Service de cardiologie de l'Hôpital Alpha-Santé d'Hayange
- Service de cardiologie de l'Hôpital Lemire de Saint-Avold (CHG)
- Service de cardiologie de l'Hôpital Sainte-Blandine de Metz (PSPH)

- Unité de l'Hôpital de Brabois (Institut Régional de Réadaptation)
- Service de cardiologie de l'Hôpital de Saint-Dié des Vosges (CHG)
- Service de cardiologie de l'Hôpital d'Epinal (CHG)
- Service de cardiologie de l'Hôpital de Remiremont (CHG)

D'autres structures de RCV ambulatoire sont autorisées ou en voie de l'être courant 2005 :

- Clinique Pasteur d'Essey-les-Nancy
- Service de cardiologie de l'Hôpital de Bar-Le-Duc (CHG)
- Service de cardiologie de l'Hôpital de Neufchâteau (CHG)

Les territoires de Longwy et de Verdun ne sont pas dotés spécifiquement.

3-Modalités et indications de RCV (hors soins de suite cardiologiques)

3.1) mode de prise en charge

3.1.1)hospitalière

Elle répond à une ou plusieurs des situations suivantes :

- absence de structure ambulatoire à moins de 45 minutes d'accès (# 45 km)
- pathologie cardiologique complexe et/ou insuffisamment équilibrée
- patient à problème en matière de prévention secondaire (diabète mal équilibré) ou

de poly pathologie

- utilité de retrait temporaire de l'environnement habituel
- contexte socio-familial et/ou matériel incompatible avec un retour immédiat à

domicile

3.1.2) ambulatoire

Elle est plus adaptée dans les autres cas.

3.1.3) séquentielle

La RCV peut débiter en hospitalisation, avec relais en ambulatoire dès que l'état médical et les conditions socio-familiales le permettent.

3.2) contenu des programmes- indications

Tout programme de RCV comporte au moins les volets suivants : réentraînement à l'effort ; éducation à l'effort ; prise en charge psychologique ; éducation thérapeutique et prévention secondaire ; réinsertion professionnelle ; expertise cardiologique (détection et prise en charge des événements cardiovasculaires)

Peuvent y être adjointes d'autres prises en charges (pour comorbidités ou handicaps, par exemple problèmes respiratoires ou locomoteurs associés,...)

Selon l'importance relative de chacun de ces volets, on peut concevoir plusieurs programmes- type de RCV, qui s'adressent chacun à des indications ciblées préférentielles.

3.2.1) **Programmes « classiques »**, avec part importante du réentraînement à l'effort (# 3 semaines d'hospitalisation, ou # 20 séances en ambulatoire) (chiffres donnés à titre indicatif)

- IDM récents
- décours de chirurgie coronaire
- décours des autres chirurgies cardiaques (valvulaires, congénitales opérées à l'âge adulte)
- angor stable, avec impossibilité et/ou échec des autres thérapeutiques
- transplantation cardiaque

Mention particulière est à accorder à l'insuffisance cardiaque. C'est une indication plus récente, qui reste insuffisamment développée. Il faut noter qu'elle nécessite un programme plus long

3.2.2) **Programmes COURTS**, (# 10 séances), axés principalement sur l'éducation thérapeutique, la prévention secondaire et le soutien psychologique. Ils sont réalisables par demi-journées et peuvent éventuellement se concilier avec la reprise d'une activité professionnelle à mi-temps

- syndromes coronariens aigus sans IDM,
- IDM « légers », sans ischémie résiduelle, dysrythmie ou dysfonction cardiaque

importante

- décours d'angioplasties coronaires programmées
- décours d'implantation de défibrillateur (hormis l'indication de RCV pour la pathologie causale) et/ou de stimulateur (à discuter au cas par cas)

3.2.3) **Programmes autonomes pratiqués à domicile mais encadrés en unité de RCV**, avec par ailleurs prise en charge d'éducation et de prévention. Ils concernent notamment les artériopathies des MI.

4-Besoins en RCV

4.1) RCV hospitalière

En intégrant la capacité actuelle du Centre Saint-Luc d'Abreschviller, du CHU de Nancy et la capacité future du CHR de Metz (20 lits), ce qui représente une capacité totale de 110 lits, la dotation en lits des 3 Centres de RCV hospitalière de Lorraine semblent devoir satisfaire les besoins pour les 5 ans à venir, mais à la condition que soit réalisé l'ensemble du programme de RCV ambulatoire par ailleurs. Il n'y a pas lieu d'envisager l'ouverture d'un nouveau site de RCV hospitalière.

Il importe toutefois de comprendre que cette adéquation ne vaut que pour l'activité de RCV stricto sensu. Il conviendrait d'accroître leur capacité pour leur permettre de répondre à la demande de soins de suite cardiologiques. (cf § 7)

4.2) RCV ambulatoire

En respectant le cahier des charges (cf § 5), il reste à doter et/ou à accroître les capacités en RCV de plusieurs territoires de santé lorrains : Verdun, Longwy, bassin houiller, Bar le Duc, Metz et Lunéville.

Dans les territoires de santé où la densité de population permettrait l'ouverture de plusieurs unités de RCV ambulatoire, il conviendra, dans un souci d'optimisation des moyens, d'encourager la formule d'une structure unique sur un seul site, exploitée par convention inter-établissements, plutôt que des structures multiples de taille plus restreinte.

Les besoins estimés sont de 225 places 7 jours / 7, ce qui permettrait de prendre en charge 315 patients 5 jours par semaine (cf ANNEXE 1).

5-Cahier des charges

Il concerne les centres de RCV hospitalière et les structures de RCV ambulatoire.

UN CENTRE DE RCV HOSPITALIERE peut avoir une activité exclusivement hospitalière, ou intégrer également une unité de RCV ambulatoire.

Il doit satisfaire aux exigences suivantes :

Masse critique : prise en charge d'un minimum de 30 patients par jour (internes + externes dans le cas d'une unité ambulatoire intégrée)

Responsable médical : nécessairement un cardiologue entraîné à la réadaptation cardiovasculaire

Prestations à assurer

- **prestation cardiologique** : Présence nécessaire d'un cardiologue dans la structure, à disponibilité immédiate pour les salles de réentraînement, et pour la surveillance des explorations à l'effort. Un minimum de 1 équivalent temps plein (ETP) médecin est nécessaire pour prendre en charge 20 patients par jour. Le ratio 1 ETP médecin pour 15 patients est souhaitable.
- **Prestation nutritionnelle** : nécessaire sur le site. Assurée par un médecin nutritionniste, ou à défaut par un diététicien. Une compétence diabétologique est indispensable.
- **Prestation tabacologique** : nécessaire sur le site. Assurée par un médecin tabacologue ou, à défaut, par un personnel paramédical titulaire d'un DU de tabacologie.
- **Prestation de réentraînement à l'effort** (salle de réentraînement) : 1 personnel soignant
- (IDE et/ou kiné) pour 5 patients sur le plateau technique.
- Prestations de kinésithérapie nécessaires
- Prestations souhaitables : psychologue, relaxologue, ergothérapeute.

Espaces de travail

Sont nécessaires :

- une (des) salle (s) de réentraînement sur appareils,
- une salle de gymnastique pour échauffement et coordination

- une salle d'exploration cardiologique (épreuve d'effort)
- un cabinet de consultation
- une salle de soins infirmiers (pansements)
- une salle de surveillance monitorée
- une salle spécialement dédiée à la kinésithérapie (respiratoire, ...)
- une (des) salle (s) d'éducation collective

Sont également souhaitables :

- une cuisine thérapeutique,
- une piscine
- et une (des) salle (s) de détente patients,
- des espaces extérieurs pour détente et réentraînement en extérieur.

Matériels et équipements

Sont nécessaires les matériels minimaux de réentraînement (cyclo-ergomètres, tapis roulants), et les matériels gymniques.

Sont utiles les cycles type pédalo, ainsi que les cycles à bras, un stepper, un appareil de réentraînement segmentaire.

Sont nécessaires les matériels de surveillance de réentraînement type télémétrie.

Utilité de fréquencemètres.

Sont nécessaires les équipements mobiles de sécurité, en salle de réentraînement d'une part, en salle d'épreuve d'effort d'autre part : défibrillateur (défibrillateur semi-automatique recommandé), matériel d'intubation, matériel d'aspiration et chariot d'urgence.

Sont nécessaires, pour les explorations cardiologiques, une unité d'épreuve d'effort ECG, un cyclo-ergomètre, un tapis roulant, un holter ECG, et un échocardiographe.

Est recommandée une unité d'étude des échanges gazeux s'il y a recrutement de patients en insuffisance cardiaque.

Une MAPA est utile.

Sont nécessaires des équipements en gaz médicaux en salle de réentraînement et en salle d'épreuve d'effort. Ils ne sont pas indispensables dans les chambres patients.

UNE UNITE DE RCV AMBULATOIRE ne peut être isolée. Elle doit s'intégrer à un Centre de réadaptation cardiovasculaire hospitalier ou à un service ou structure cardiologiques.

Elle doit remplir le cahier des charges ci-dessus.

Elle le fait de facto lorsqu'elle est incluse dans un centre de réadaptation cardiaque hospitalier. Quand elle est rattachée à un service ou structure cardiologique, elle doit également remplir ce cahier des charges, mais avec les adaptations suivantes :

- la masse critique est d'un minimum de 6 patients pris en charge par jour ouvré
- le responsable médical de l'unité doit être un cardiologue entraîné à la réadaptation cardiovasculaire et doit être dûment identifié, au sein de l'équipe de la structure cardiologique, comme cardiologue référent pour la réadaptation cardiaque.

6-Statut de la RCV

La RCV HOSPITALIERE a un statut de moyen séjour, s'intégrant dans le cadre des soins de suite et de réadaptation .

Le statut administratif de la RCV non hospitalière n'est pas actuellement harmonisé. Elle est réalisée, selon les structures, soit sous forme d'actes externes soit sous forme d'hospitalisation de jour.

La multidisciplinarité de la prise en charge qu'elle implique sur un même site au profit d'un patient, justifie qu'elle bénéficie d'un statut d'HOSPITALISATION DE JOUR DE RCV AMBULATOIRE dans le cadre SSR, y compris pour des séances ne couvrant qu'une demi-journée de présence du patient.

A ce propos, il est souhaitable que les différentes structures de RCV ambulatoire demandent rapidement la régularisation de leur statut et de leur dotation en places d'hospitalisation de jour auprès de la tutelle, en fonction de leur activité actuelle ou potentielle.

7-Soins de suite cardiologiques

Les soins de suite cardiologiques concernent des patients qui ne nécessitent plus leur maintien en structure aiguë de chirurgie cardiaque ou de cardiologie, mais dont l'état cardiaque et général impose la poursuite d'une prise en charge hospitalière pour surveillance, soins paramédicaux et explorations complémentaires si besoin. Ils exigent une compétence cardiologique. Ces soins visent à permettre

dans un second temps de débiter une réadaptation cardiovasculaire au sens plein du terme, ou, à défaut, d'assurer une autonomie pour un retour à domicile dans de bonnes conditions.

L'importance de cette notion ne cesse de croître du fait de la sortie de plus en plus précoce des patients des services aigus notamment de chirurgie cardiaque, de leur moyenne d'âge de plus en plus avancée et de la lourdeur des pathologies prises en charge, en particulier pour les patients opérés.

Il est donc fondé de reconnaître et d'officialiser ce concept, qui est une composante à part entière de la filière cardiologique, et de lui reconnaître sa spécificité à l'intérieur du cadre plus général des soins de suite.

Dans la pratique, plutôt que de créer des secteurs cardiologiques dans les structures de soins de suite polyvalents, il paraîtrait rationnel de confier cette fonction aux centres de RCV hospitaliers. En effet ils offrent la compétence cardiologique requise, que ne possèdent pas nécessairement ces dernières, et par ailleurs, ils fournissent par essence même la transition idéale avec une réadaptation cardiovasculaire quand celle-ci devient possible. Il s'avère qu'à ce jour ils prennent déjà en partie en charge cette étape intermédiaire, qui requiert en moyenne un minimum de 5 jours avant de pouvoir débiter la RCV stricto sensu.

Cette prestation pourrait aussi être assurée par les services de cardiologie ou structures cardiologiques disposant d'une unité de RCV ambulatoire.

Encore convient-il de leur attribuer les dotations en lits et en moyens pour cette charge complémentaire. Une dotation minimale de 40 lits pour soins de suite cardiologiques pour la Lorraine paraît légitime (cf ANNEXE 2)

Annexe 7 : la prévention

Le tabac représente en France environ 13 millions de fumeurs, soit 34 % de la population âgée de 12 à 75 ans dont 39 % d'hommes et 30 % de femmes.

C'est la première cause de mortalité évitable en France avec 60 000 décès par an, soit un décès sur neuf, dont 55 000 hommes et 2 500 morts dues au tabagisme passif.

Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des poumons et des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires chroniques. On estime que, pour près d'une hospitalisation sur six, le tabagisme est un facteur de risque (Com-Ruelle et al., 1997).

Cette mortalité est actuellement très masculine mais cette caractéristique se modifie au cours du temps avec l'évolution de la consommation féminine qui tend à rejoindre les niveaux relevés pour les hommes.

Pour les femmes, la mortalité liée au tabac progresse, et continuera d'augmenter au cours des vingt prochaines années, plus vite que pour les hommes. En effet, en 2025, si rien ne change, il y aura 105 000 décès chez les hommes et 55 000 décès chez les femmes.

Chez les jeunes, entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, la consommation chez les 12-18 ans suit une tendance globale à la baisse. Cependant, depuis le début des années 1990, une hausse visible à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien des 12-18 ans a été relevée.

Ainsi, l'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. 85 % des jeunes de 18 ans déclarent avoir déjà consommé du tabac et son expérimentation est un peu plus féminine : 79 % chez les filles contre 76 % chez les garçons, à 17 ans.

A 17 ans, cinq jeunes sur dix ont fumé au moins une cigarette au cours du dernier mois et quatre sur dix ont fumé quotidiennement, soit 42 % chez les garçons et 40 % chez les filles.

Sources : Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT.

Les prises en charge relatives au tabagisme sont encore relativement marginales, sans aucune proportion au regard de l'importance des conséquences sanitaires précédemment évoquées alors que 58,4 % des fumeurs actuels manifestent le désir d'arrêter de fumer, cette proportion étant similaire chez les hommes et les femmes et plus élevée entre 26 et 54 ans.

Pour lutter contre ce comportement bien identifié comme facteur de risque de maladie cardiovasculaire qu'est le tabagisme, six domaines d'intervention sont proposés par l'O.M.S. :

L'augmentation du prix du tabac, les contrôles des teneurs en goudron et en nicotine des cigarettes mais surtout l'aide à l'arrêt, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de la publicité incluse dans la loi EVIN et les campagnes de prévention et d'information du public.

Les pouvoirs publics dans le cadre des programmes nationaux de santé publique ont repris avec force et un certain courage ces différentes approches. Pour toutes ces raisons, dans le cadre du SROS lorrain de cardiologie, un groupe « Tabacologie » s'est constitué et a établi des recommandations pour lutter contre le tabagisme dans le cadre de l'hôpital.

Ce travail est destiné à faciliter la mise en œuvre, pour les directions, d'une prévention du tabagisme à l'hôpital. Une démarche de prévention du tabagisme au sein de l'hôpital est proposée, concernant deux thèmes majeurs : le tabac à l'hôpital et la prise en charge du patient tabagique.

1. contexte réglementaire

Rappel de la loi Evin dans le cadre de l'hôpital

Principes :

- Reconnaissance du principe de protection des non-fumeurs.
- Interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, clos et couverts, les lieux de travail, d'enseignement, de loisirs.

Circulaire de la DGS de 1999 :

L'hôpital n'est pas un lieu ordinaire. C'est un lieu de travail, de personnes malades, de visite, qui doit être exemplaire.

Règlement intérieur des hôpitaux : APHP article 33.

Interdiction de fumer dans les locaux d'accueil, de réception, de restauration collective, de réunion, de loisirs, de culture, sanitaire, lieux de passage.

A l'hôpital, en ce qui concerne la chambre du patient, l'interprétation est source de difficultés. En effet, un arrêt de 1986 de la Cour d'Appel de Paris lui donne la qualité de domicile privé.

En 1997, la Cour d'Appel de Lyon, dans une affaire impliquant le tabac à l'hôpital, a reconnu que le patient qui fume habituellement dans sa chambre est en contravention avec les dispositions du règlement intérieur de l'établissement mais il bénéficie d'une tolérance. Un responsable d'établissement peut néanmoins appliquer l'interdiction à la chambre hospitalière du patient.

Emplacements à disposition des fumeurs

a. Principes de détermination

Les éventuels emplacements pour usage du tabac relèvent de la décision expresse du directeur. Il n'y a aucune obligation légale ou réglementaire.

Le décret de 1992 (articles 2 et 5) laisse au directeur un pouvoir discrétionnaire sur : -la disposition d'éventuels emplacements pour fumeurs, -le contenu des plans d'aménagement.

Le directeur peut :

- signaler l'interdiction de fumer,
- justifier le refus d'espaces fumeurs.

3 catégories de justification :

- configuration des lieux et/ou l'organisation du travail,
- les coûts nécessaires à l'aménagement des lieux (cloisons, ventilation...) si trop élevés,
- la sauvegarde du climat social de l'entreprise.

La loi, le décret, ne prévoient pas de méthode d'application (concertation et progressivité).

b. Nature des espaces fumeurs :

- soit des espaces spécifiques, soit des espaces délimités (imprécision : les fumeurs ne doivent pas exposer les non-fumeurs au tabagisme passif).
- les normes de ventilation (décret de 92-article 3) : 7m³/occupant, 7l/s par occupant pour une ventilation mécanique ou par produit.
- les cendriers sont retirés des emplacements non-fumeurs.

Mise en œuvre

a. Plan d'organisation, plan d'aménagement

Le directeur a deux outils :

Le plan d'organisation (redistribuer les locaux selon qu'ils sont fumeurs ou non-fumeurs).

Le plan d'aménagement : modifier les locaux pour que les non-fumeurs ne soient pas exposés et consultation obligatoire du médecin du travail et du CHSCT pour mettre des emplacements fumeurs. Consultation renouvelable tous les deux ans mais rien ne contraint le chef d'établissement à suivre les avis formulés.

S'il y a décision d'interdire totalement de fumer : pas nécessité de consultation particulière.

b. Signalisation

Dans le décret de 1992 (article 6), s'il y a interdiction de fumer et d'éventuels emplacements à la disposition des fumeurs, la signalisation doit être apparente.

Pas de définition de la forme ou du nombre de panneaux.

TGI 1997 : la pose d'autocollants est dérisoire et insuffisante.

8/06/99 : la DGS demande une signalétique « appropriée ».

c. Règlement intérieur

Mesures anti-tabac : régime du règlement intérieur (arrêt du Conseil d'Etat 1998).

Circulaire 1999 : les clauses qui visent l'application du décret de 1992 peuvent figurer dans le règlement intérieur de l'établissement.

Si non respect du décret : pas d'attribution dès l'Inspection du Travail pour non-respect du décret.

d. Sanctions et recours

- Si le chef d'établissement contrevient au décret de 1992, il encourt une amende de 5^{ème} classe (maximum 1500 €).
- Les non-fumeurs victimes de tabagisme passif peuvent demander des dommages et intérêts après procédure judiciaire et être appuyés par des associations spécialisées (au moins 5 ans d'ancienneté pour recourir à la justice) et le Comité contre le Tabagisme (droits des non-fumeurs).
- Un fumeur en infraction peut être sanctionné par un officier ou un agent de police judiciaire. Cela correspond à une contravention de 3^{ème} classe. Un employé qui fume dans une zone non-fumeur risque une sanction disciplinaire.
La Cour de Cassation, le 31/03/99, a ordonné le licenciement d'un salarié pour cette raison. Il y avait une cause réelle et sérieuse car non-respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Conclusion : la loi est ambiguë. Il n'y a pas d'intégration du dispositif dans le Code du Travail.

2. recommandations de prise en charge du tabagisme à l'hôpital

2.1. Constituer un comité local pluridisciplinaire avec médecins, soignants, administratifs, hospitaliers et libéraux

- L'adaptation de la loi Evin au contexte particulier de l'hôpital sert de base pour le comité.

Elle permet en effet aux professionnels pluridisciplinaires d'avoir les mêmes représentations et attitudes vis-à-vis du tabagisme.

- La formation des membres par un médecin tabacologue est destinée à uniformiser les

connaissances.

- Respect du cahier des charges (voir en annexe)

2.2 Respecter la loi EVIN et les textes législatifs en sensibilisant la direction et les instances représentatives du personnel

- La mobilisation de la direction de l'hôpital et des partenaires sociaux est une condition préalable à la mise en place d'une démarche de prévention.

2.3 Sensibiliser les différents publics aux méfaits du tabac et à la dynamique mise en place Les professionnels

- Généraliser et renforcer une formation initiale spécifique (IFSI et autres professionnels de santé) et continue dans les établissements. Recommandation à passer le DU de Tabacologie quand il y a ouverture sur l'extérieur (écoles, ...)
- Intervention en formation continue. Formation a minima avec une infirmière référente par service.
- Intervention en formation initiale :
 - formation biomédicale (voir document « Guide pédagogique à la prise **en** charge du sevrage tabagique » du Dr Raphaël)
 - formation à la communication (voir document « Comment le dire ? » du Dr Raphaël)
 - formation aux méthodes éducatives dans le but de rendre le patient acteur de sa propre santé (voir document « éducation des patients » du CODES 57).

- Intégrer un ou plusieurs professionnels des IFSI au groupe de réflexion.
- Solliciter le soutien méthodologique et pédagogique du réseau des comités lorrains d'éducation pour la santé et favoriser la diffusion des expériences des acteurs.

Les patients et les publics visiteurs

- Orienter le patient dès son arrivée à l'hôpital
- Assurer le conseil minimal dans tous les services et par tous les soignants
- Favoriser l'information du public en incluant, par exemple, la consultation anti-tabac dans le livret d'accueil.

2.4 Recommander fortement l'adhésion au réseau "Hôpital sans tabac"

2.5 Intégrer les recommandations de lutte contre le tabagisme dans les projets d'établissement et dans les COM

2.6 Instaurer la prise en charge financière par l'institution des différents traitements d'aide à l'arrêt du tabac conformément à la législation

2.7 Mettre en place au sein du comité des moyens de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre le tabagisme au sein de chaque établissement et à l'extérieur

Exemples d'indicateurs de résultats :

- nombre de consultations par an ;
- nombre de consultants ;
- actions menées avec les publics, les patients, les personnels ;
- nombre de patients sevrés à trois mois et à un an par questionnaire téléphonique ou envoyé par la poste avec incitation téléphonique.

Voir cahier des charges d'un comité local en annexe

3. Recommandations de prise en charge du patient tabagique à l'hôpital

L'hôpital est un établissement de santé : il a des missions de soins, mais aussi de prévention et d'éducation: c'est aussi un lieu public où la législation pour la prévention du tabagisme s'applique.

Développement de la prise en charge du tabagisme dans les hôpitaux :

Première phase : circulaire du 8 Juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé (1) : le texte précise la nécessité pour les hôpitaux et leurs personnels de s'engager dans la prévention et la prise en charge du tabagisme ; il demande également l'application et le respect de la loi Evin dans les établissements. Peu appliqué, ce texte constitue cependant le socle des étapes ultérieures.

Deuxième phase : l'arrêté du 30 Novembre 1999 prévoit le délistage (plus d'ordonnance nécessaire pour la prescription) de la délivrance des substituts nicotiniques en officine (2) ; cette mesure entraîne une augmentation des chiffres de vente ; une analyse publiée dans le BEH (3) évalue que ce délistage permet le sevrage de 160000 fumeurs supplémentaires.

Troisième phase : la circulaire du 3 avril 2000 (4) la plus importante, envisage le renforcement ou la création des consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie (UCT), afin de promouvoir une compétence au sein des hôpitaux dans la prise en charge du tabagisme.

Dernière phase : en Novembre 2000, la Direction de l'Hospitalisation publie un texte sur l'informatisation des consultations de tabacologie (5), permettant de colliger toutes les données sur informatique pour les centraliser et permettre d'évaluer les actions par centre et de façon globale.

Les consultations hospitalières de tabacologie :

Pour les animer, l'idéal serait une équipe multi-disciplinaire : médecin tabacologue, psychologue formée aux TCC, médecin nutritionniste ou diététicien, infirmière tabacologue, chargée de l'accueil, de la gestion des rendez-vous et de planifier le suivi, en répondant aux appels téléphoniques ; actuellement ces consultations sont rattachées dans environ 50 % des cas aux services de pneumologie . Leurs missions sont diverses, d'abord dirigées vers la prise en charge du sevrage tabagique:

a) Consultations spécialisées d'aide à l'arrêt du tabac :

- externes pour la prise en charge des cas difficiles en liaison avec tous les professionnels de santé (médecins généralistes, sage-femmes, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes...). Des relations privilégiées sont tissées avec les acteurs des consultations non-hospitalières.
- internes pour les patients hospitalisés : les médecins et infirmiers de tabacologie peuvent intervenir directement auprès des patients hospitalisés qui sont en situation de souffrance en raison d'un arrêt brutal du tabac, pour leur prescrire une substitution nicotinique temporaire et proposer un sevrage à plus long terme ultérieurement.
- internes pour les personnels hospitaliers soignants et administratifs, en collaboration avec les pharmacies hospitalières, les médecins du travail : une enquête récente effectuée par le Réseau Hôpital sans Tabac intitulée « baromètre soignants sans tabac » vise à suivre l'évolution, l'attitude et le comportement du personnel hospitalier face au tabac
- participation à des protocoles d'essais cliniques de nouvelles molécules ou de nouvelles technique de prise en charge
- contrôle de qualité et évaluation des résultats facilité par une informatisation de la consultation.

b) Formations des professionnels de santé à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital

- médecins généralistes, pharmaciens, sage-femmes... : échanges cliniques, séances de FMC, actualisation des connaissances, bulletin de liaison, protocole de recherche clinique, réseau ...
- formation des personnels de santé à l'intérieur de l'hôpital : infirmières, internes, élèves (IFSI) permettant une intervention a minima de l'ensemble de ces professionnels auprès des fumeurs (conseil minimal)
- mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire de prévention du tabagisme au sein de l'hôpital, avec implications de représentants de tous les acteurs du monde hospitalier, visant à régler aussi des questions pratiques : signalétique, locaux sans tabac, éventuels locaux fumeurs..., avec mise en place d'actions coordonnées issues de projets émanant si possible des personnels (ex. .Journée Mondiale sans Tabac,).
- diffusion des conférences de consensus et des recommandations de l'Afssaps concernant les aides validées pour le sevrage tabagique
- diffuser l'information pour l'accès aux formations universitaires reconnues (DIU de Tabacologie) et aux réunions des Sociétés Savantes (Société de Tabacologie)

c) Participation aux actions de santé publique en collaboration avec les organismes officiels et les associations (Ligue Contre le Cancer, CMRT, Fédération de Cardiologie...) : prévention primaire et

secondaire auprès des jeunes en collaboration avec les structures scolaires et universitaires, dans les entreprises...

Les enquêtes annuelles publiées dans le BEH confirme une évolution du nombre de consultations en France stable (environ 400 consultations). Leur qualité s'est améliorée (par exemple, meilleur suivi par dosage par analyseur de monoxyde de carbone expiré plus fréquent). De 2000 à 2003, le nombre de fumeurs suivi par ces consultations, a augmenté d'environ 60 %.

Conclusions

Les consultations de tabacologie hospitalières gardent comme principales missions d'être des lieux d'accueil et de prise en charge des fumeurs dépendants, de développer une politique de prévention du tabagisme et de constituer des centres de référence. Ces structures encore insuffisantes, aux délais d'accès parfois longs, vu les demandes accrues de sevrage de la période actuelle, doivent être renforcées.

La prise en charge du tabagisme chez le patient hospitalisé : le conseil minimal

a) l'objectif

Développer l'action des soignants auprès des patients dans les secteurs d'hospitalisation

b) les moyens

Faire appel au personnel soignant du service : 1 à 2 personnes (infirmière ou aide-soignante) motivées par cette démarche, avec comme missions :

- repérer les patients fumeurs au sein du service
- donner le conseil minimal "*fumez-vous ? - voulez-vous arrêter ?*"
- lister et orienter les patients qui désirent consulter un tabacologue (médecin, infirmier ou psychologue).

c) les recommandations

• Instaurer le conseil minimal au sein de chaque service hospitalier

diligentant une information pertinente sur les risques du tabagisme avec les réponses à y apporter, dans le cadre d'une démarche incitative (informations sur la prise en charge par consultation anti-tabac...)

• Instaurer une formation à minima des soignants (3 heures) de chaque service (de l'aide-soignante au médecin), formation organisée par le Comité de Lutte contre le Tabagisme de l'Etablissement.

• Nommer un référent soignant responsable au sein de chaque service qui aura pour tâches :

- de donner au patient le conseil minimal

- de renseigner le dossier du patient

- d'évaluer l'efficacité de la mise en œuvre de cette démarche

- d'informer et de rapporter, à la commission de lutte contre le tabagisme de

l'Etablissement, les résultats de l'action entreprise au sein de son service.

Parvenir à des Hôpitaux réellement sans tabac dans les années à venir reste un défi à relever pour tous, la lutte contre le tabagisme restant une priorité de santé publique tant dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le cancer que dans celui de la lutte contre les facteurs de risque neuro-cardio-vasculaires.

Il est essentiel que les cliniciens et les systèmes de soins -y compris les administrations, les assurances, les financiers, les structures de soins...telle que l'Hôpital+ institutionnalisent l'identification, l'information et le traitement de tous les fumeurs qui fréquentent les services de soins et de santé.

VOLET

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

I. Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

En France, comme dans tous les pays développés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante en terme de morbidité et de mortalité : 1/3 des décès tous risques confondus.

Les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales représentent, à elles seules, respectivement 27 et 25 % de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil circulatoire.

80 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des accidents ischémiques cérébraux, les 20 % restants sont hémorragiques.

Les AVC sont la 3^{ème} cause de décès dans les pays occidentaux, en passe d'occuper bientôt le 2^{ème} rang du fait de la diminution de la mortalité par cancers. Ils représentent la 1^{ère} cause d'invalidité de l'adulte, la 2^{ème} cause de démence.

L'étude des Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par maladies vasculaires cérébrales met en évidence une mortalité par AVC plus importante dans le Nord et le Nord-Est de la France.

Hospitalisation des AVC en région Lorraine

Le PMSI confirme :

- ↳ une incidence élevée d'AVC et plus particulièrement dans l'est de la région (croissant Nord-Est comprenant Sarrebourg Sarreguemines, Bassin Houiller, Thionville).
- ↳ qu'il s'agit d'une hospitalisation de proximité, les patients sont hospitalisés pour 90 % d'entre eux dans leur bassin de résidence. Les établissements dotés de services ou unités de neurologie accueillent la moitié des patients sur 6 sites et l'autre moitié est hospitalisée sur l'ensemble des autres hôpitaux (40 sites répertoriés).
- ↳ qu'il n'existe pas de filière adéquate, ce qui autorise à penser que les soins n'ont qu'une chance assez faible de conformité aux recommandations actuelles plus orientées vers la spécialisation avec pour corollaire une limitation des sites d'accueil.
- ↳ une liaison insuffisante vers les services d'aval et une différence nette d'équipement pour les SSR (services de soins de suite et de réadaptation) entre les différents territoires de santé. Ainsi les secteurs de Longwy, Neufchâteau, Remiremont et le bassin houiller accueillent peu d'AVC. Les bassins de Sarrebourg, Epinal et Sarreguemines servent de recours aux bassins adjacents.
- ↳ la densité des neurologues en région lorraine est inférieure de 20 % à la moyenne nationale et les départements de la Meuse et des Vosges sont particulièrement mal lotis.

Enfin, il faut tenir compte des faibles effectifs de médecins MPR en Lorraine.

Difficultés du retour et du maintien à domicile

Les perspectives de retour et de maintien à domicile sont grevées par plusieurs problèmes :

- ↳ la démographie n'est pas favorable pour les auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et cette situation diminue d'autant les possibilités de suivi ambulatoire des patients présentant un handicap lourd.
- ↳ Le manque de dispositifs permettant aux familles d'être épisodiquement soulagées : nécessité de développer un système d'aides aux aidants.
- ↳ L'insuffisance de développement des aides au maintien à domicile : nécessité d'une reconnaissance professionnelle (formation, valorisation, qualification...), professionnalisation de l'aide à domicile, augmentation des aides financières...

↳ La saturation de nombreux services de soins à domicile dans certaines zones géographiques et difficultés de financement de certaines aides techniques ou d'adaptation du domicile.

En conclusion, il est constaté une divergence entre la prise en charge actuelle des AVC en Lorraine et les recommandations de la société Française Neurovasculaire.

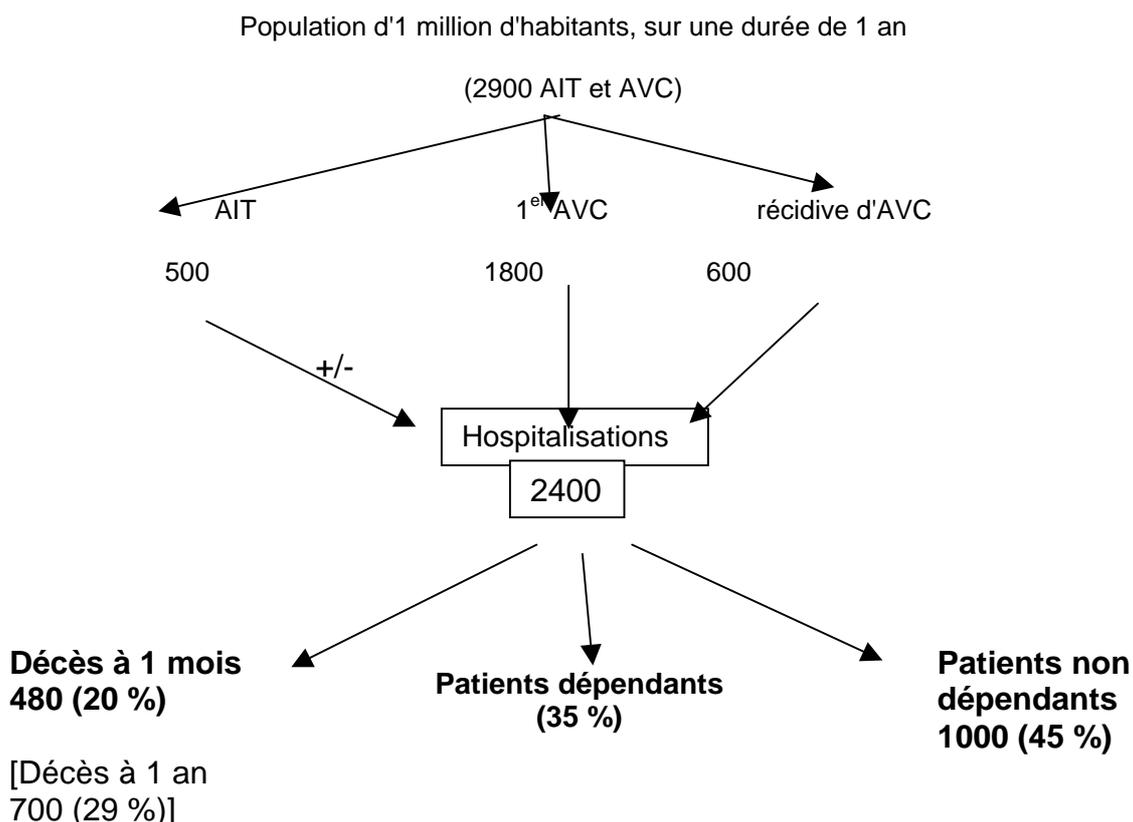
Enfin, la circulaire DHOS/DGS/DGAS/n°517 du 03/11/2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux formule des recommandations afin d'améliorer l'organisation de l'ensemble de la filière, de l'alerte à la réinsertion des patients.

Elle prévoit de structurer l'hospitalisation, à la phase aiguë, par la création d'unités neuro-vasculaires, de susciter le plus rapidement possible la réadaptation fonctionnelle et d'assurer une prise en charge médico-sociale en lien avec le médecin généraliste.

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.1. UNV

Sur une population d'un million d'habitants et par an, 2400 patients ont recours à une structure de soins pour la survenue d'un AVC (pour 1800 d'entre eux pour un premier épisode, et pour les 600 autres à l'occasion d'une récurrence). Dans le même temps et sur la même population, 500 autres patients présentent un accident ischémique transitoire (AIT).



La nécessité de créer des UNV (unités neurovasculaires) est un impératif de santé publique.

Une UNV doit répondre aux critères suivants :

- admission des patients directement, ou après passage par les services d'urgence ou par transfert direct d'un autre établissement hospitalier de la région après accord préalable,

- regroupement sur un site unique de **lits dédiés exclusivement à la prise en charge initiale des patients victimes d'AVC** avec des chambres équipées selon les critères d'unités de soins intensifs (monitoring respiratoire, tensionnel, fréquence cardiaque...)
- Personnel médical et paramédical formé à la pathologie. Organisation d'une **équipe multidisciplinaire** pour le diagnostic (imagerie, cardiologie, neurologie...), et les soins (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales...), dont **l'intervention précoce conditionne en grande partie le pronostic** pour les patients et **l'efficience** de la structure.

Une proposition de hiérarchisation des unités neurovasculaires en fonction de leur niveau de compétences d'interventions doit permettre l'existence d'UNV avec compétences spécifiques dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques de proximité, de recours et sur sites hautement spécialisés.

L'AIT est un AVC qui doit être hospitalisé et bilanté comme tout autre AVC. **Un AIT est toujours une urgence.**

De nombreuses études montrent l'intérêt d'une prise en charge précoce dans des unités neurovasculaires spécialisées à fortiori dans les AVC sévères. Le bénéfice en terme de mortalité et d'autonomie semble significatif.

Le rôle de la MPR (médecine physique et de réadaptation) doit s'exercer tout au long de la prise en charge des patients victimes d'un AVC et ce, quel que soit le degré de leur sévérité. Un bilan initial spécialisé s'avère nécessaire avant d'envisager un transfert vers un service de MPR ou une structure de soins de suite.

L'amélioration de la prise en charge des patients présentant un AVC implique la création d'une filière de soins pour chaque territoire de santé de la région lorraine.

II.2 Filières de soins

Elles nécessitent :

- l'amélioration de l'articulation entre les UNV et les SSR par une équipe d'orientation et de coordination,
- l'organisation transversale des services de SSR par la formalisation de conventions entre les services de médecine physique et réadaptation, les services de soins de suite médicaux,
- l'individualisation dans les secteurs SSR de lits dédiés aux AVC lors de l'élaboration des projets médicaux après étude des besoins réels,
- de faciliter le développement du retour et du maintien à domicile en travaillant avec les acteurs de proximité et favoriser la création de réseaux de soins,
- de développer la prévention en identifiant des facteurs de risques communs aux autres pathologies vasculaires mais en ciblant l'HTA comme étant plus spécifique à l'apparition de l'AVC.

Ces évolutions de la pratique médicale et de l'organisation des soins devront se faire sous l'impulsion d'une équipe de coordination et d'orientation.

Les services de MPR constituent une interface décisionnelle et organisationnelle entre les UNV et les possibilités de retour à domicile. C'est tout naturellement en son sein que les possibilités de coordination doivent être trouvées.

Enfin, les nouvelles techniques de rééducation et modalités de prise en charge fondées sur la plasticité cérébrale doivent être dès maintenant prises en compte.

III. Recommandations d'organisation

III.A Par rapport aux objectifs généraux du SROS

III.A.1 Accessibilité

Dans le cadre des soins non programmés et en situation d'urgence, il faut affirmer que tout patient AVC est éligible à l'entrée dans la filière de soins. Celle-ci doit s'effectuer par l'intermédiaire du Centre 15 en charge de l'orientation des malades.

L'admission se fait dans des unités spécialisées, UNV, qui sont incluses dans des services spécialisés ou non et bénéficient d'un personnel spécifiquement formé.

S'agissant de la création d'une organisation spécifique neurologique, les structures étant en place, l'information du public et des professionnels de santé sera obligatoire.

III.A.2 Sécurité/qualité

On distingue 3 niveaux d'UNV :

➤ **niveau 1**

Une unité est souhaitable par territoire de proximité

Elle doit s'organiser pour la prise en charge des AVC et passer convention avec une UNV de niveau 2 et établir des filières protocolisées avec l'imagerie (scanner au minimum) et la cardiologie pour le diagnostic.

Les unités de soins continus polyvalentes permettent de réaliser rapidement un diagnostic étiologique précis et la mise en œuvre du traitement (y compris la thrombolyse, tout en sachant que le recours sectoriel 24h/24 est le niveau 2).

➤ **niveau 2**

Une unité au moins par territoire de planification.

Elle comporte un minimum de 15 lits dédiés incluant les soins intensifs et elle sert de recours sectoriel pour la thrombolyse 24h/24 et à ce titre doit toujours pouvoir accéder à une IRM dans les plus brefs délais. Elle est aussi de niveau 1 pour son territoire de proximité.

➤ **niveau 3**

Une unité pour la région Lorraine basée à Nancy.

Elle assume pour ses territoires de proximité et secteurs les rôles précédents. En outre, elle constitue pour la région le recours en neuroradiologie interventionnelle et en neurochirurgie.

III.A.3 Continuité

Création par territoire de planification d'une structure de coordination et d'animation mobile.

Elle est chargée d'assurer pour son secteur le lien entre les différents niveaux impliqués dans la filière de soins (UNV, SSR, domicile ou assimilé), cette structure sera organisée à partir d'un centre ou d'un service de MPR (médecine physique et de réadaptation).

Animée par un médecin de MPR, elle aura pour missions de suivre globalement :

- l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients,
- le suivi et l'évaluation des structures et des réseaux.

De plus, elle sera une force de proposition et d'organisation des filières de soins, son rôle ne sera pas réservé aux seuls patients neurologiques (cf. volet SSR)

Pour l'aide au maintien à domicile, il est souhaitable que soient trouvées des solutions innovantes afin de pallier le déficit en professionnels de santé notamment des auxiliaires médicaux.

III.B Par rapport aux principes d'organisation

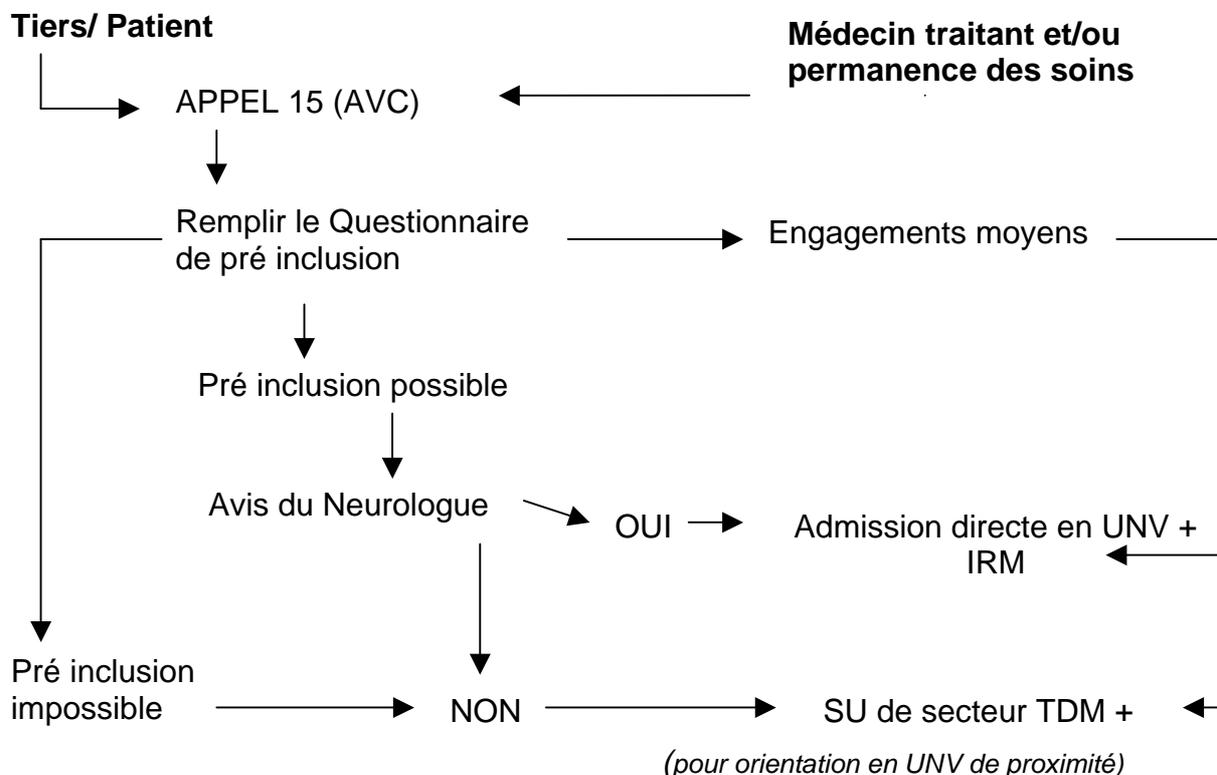
III.B.1 Description des filières

Phase pré hospitalière :

Tout patient AVC doit être hospitalisé en UNV, l'orientation par le centre 15 et les services d'urgences se fera dans une UNV niveau 2 ou 3 s'il n'y a pas de contre-indication à la réalisation d'une IRM ou à la thrombolyse, sinon transfert immédiat en UNV de proximité.

Urgences et filières pré-hospitalières de prise en charge des AVC

Remarques : si l'UNV de niveau 1 peut réaliser l'IRM et la thrombolyse, l'orientation peut se faire directement vers cette unité de proximité.



Phase hospitalière : UNV

Des conventions sont passées entre les UNV de différents niveaux et les services SSR. Il est prévu, par convention, un retour des patients de l'UNV de niveau 2 ou 3 vers la structure de proximité correspondant à la résidence du patient.

Placement ou retour au domicile : organisation par territoire de proximité avec l'aide de l'équipe mobile d'orientation et de coordination.

III.B.2 Articulation avec les autres volets

Avec le volet cardio :

- pour la prévention bien évidemment avec des facteurs de risques communs ainsi que pour le diagnostic et les soins, avec des équipes pluridisciplinaires
- création dans certains établissements, d'unités de surveillance continue polyvalente commune à des patients présentant une pathologie cardiaque et ceux hospitalisés pour AVC.

Avec le volet personnes âgées pour le retour à domicile, l'accueil dans des structures de type EPHAD ou unité de soins de longue durée ainsi que les services de soins à domicile.

Avec le volet de l'hospitalisation à domicile : une structure H.A.D par territoire de proximité serait souhaitable.

III.B.3 adaptation de l'offre/alternatives

Compte tenu de la création des unités neuro-vasculaires à partir de lits existants (base PMSI), il est évident que les établissements hospitaliers doivent se positionner sur leur volonté ou pas d'organiser

une UNV dans leur établissement. En effet, la capacité des lits d' UNV pour la région doit atteindre 200 ce qui nécessite pour le court séjour une adaptation des capacités, par regroupement de moyens sur des sites reconnus par l'ARH.

➤ Pour le territoire Nord : 108 lits dont 24 de soins intensifs

3 UNV de niveau 2 { FREYMING MERLEBACH
METZ
THIONVILLE

5 UNV de niveau 1 { BRIEY
LONGWY
SARREBOURG
SARREGUEMINES
VERDUN

➤ Pour le territoire Sud (pôle régional de niveau 3 à Nancy) : 92 lits dont 22 de soins intensifs

1 UNV de niveau 3 → Communauté urbaine du Grand Nancy

5 UNV de niveau 1 { BAR LE DUC
EPINAL
NEUFCHATEAU
REMIREMONT
SAINT DIE

III.B.4 coopération/réseaux

La constitution de réseaux est indispensable tout au long de la filière de soins :

- réseaux pré-hospitaliers entre médecins libéraux, services d'urgence et services hospitaliers pour l'orientation rapide des patients victimes d'AVC vers les UNV, rôle prépondérant des **centres 15**
- réseaux hospitaliers entre UNV de différents niveaux et les soins de suite et de rééducation
- réseaux post-hospitaliers ou de proximité pour favoriser le retour et le maintien à domicile dans les meilleures conditions, articulés autour du **médecin de famille** et associant tant les acteurs sanitaires (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes...) que sociaux.

III.C Par rapport aux exigences d'articulation

III.C.1 avec les objectifs de santé publique

Une information vers la population doit être menée parallèlement à l'élaboration et la mise en place de la filière de soins. La difficulté est la création des UNV (transferts de moyens et de compétences) ainsi que l'organisation de l'aval par les services de soins de SSR.

L'information doit être couplée avec des messages de prévention et se fera suivant trois axes :

- **pour tous** : on peut agir efficacement contre l'AVC car ses conséquences ne sont pas inexorables si la prise en charge est précoce.
- **pour le public** : reconnaître l'AVC pour la précocité des soins et surtout l'AIT pour la prévention
- **pour les professionnels de santé** : orientation initiale vers une filière appropriée, prise en charge ultérieure au sein d'un réseau.

III.C.2 avec le médico-social

Institutions : MAS, MR, EHPAD...

Il faut entendre sous ce terme, toutes les structures susceptibles d'accueillir les patients ayant présenté un AVC qui ne peuvent malheureusement pas réintégrer leur domicile. Il est nécessaire à ce propos de répéter que les facteurs prédictifs de retour à domicile de ces patients quels que soient leur âge, la sévérité de l'incapacité, sont principalement liés à des facteurs environnementaux et notamment la présence d'un contexte familial propice à ce retour (conjoint, enfants, famille...).

III.C.3 avec la médecine de ville

La préparation du projet de retour à domicile doit être envisagée le plus rapidement possible afin d'obtenir la meilleure adéquation entre la prise en charge technique et humaine et la sévérité de l'incapacité et des désavantages même si le degré de gravité de l'hémiplégie n'est pas un facteur limitant. **Elle est favorisée par des retours temporaires précoces et de plus en plus longs.**

Le médecin traitant, pivot de cette prise en charge, sera le garant du projet établi avec l'équipe de coordination MPR. Il assurera avec cette dernière, en particulier en cas de difficulté ou d'échec, le suivi et la coordination des intervenants libéraux (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmières...) permettant d'assurer la continuité des soins de rééducation. Un dossier spécifique personnalisé regroupant toutes les informations concernant le patient du début à la fin du séjour hospitalier en particulier le projet thérapeutique de MPR doit être le support privilégié de communication entre le médecin généraliste et tous les autres acteurs de santé concernés.

IV. Aspects transfrontaliers

Le territoire Nord doit, à terme, recenser trois UNV de niveau 2. Pour celle qui sera implantée à Thionville (CHR), une relation de partenariat avec les UNV Luxembourgeoises pourra être recherchée. Pour le bassin houiller, le site de Freyming Merlebach s'organise pour satisfaire au cahier des charges du niveau 2 ; un partenariat avec les établissements proches allemands est également envisageable dans ce cas ces partenariats devront être organisés par des conventions conclues sous l'égide des textes en vigueur, et notamment les traités inter-gouvernementaux relatifs aux coopérations transfrontalières.

V. Prévention

La prévention regroupe l'ensemble des mesures visant à éviter le nombre et la gravité des accidents vasculaires cérébraux.

Elle se décline selon trois modes :

1-*La prévention primaire* qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence des A.V.C. dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.

Elle vise à empêcher la survenue d'un premier AVC et le facteur le plus important est de traiter l'HTA.

Elle s'adresse à des individus tout-venant, que ceux-ci soient indemnes de tout événement vasculaire ou qu'ils aient déjà fait un autre événement cardio-vasculaire (exemple : antécédents d'infarctus du myocarde relevés dans 20 % des AVC).

2-*La prévention secondaire* qui comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence de l'AVC dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie.

Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières manifestations de la maladie.

Elle vise à empêcher une récurrence d'AVC, à prévenir les événements vasculaires (cause de 25% des décès des patients survivant à un AVC) ainsi que les démences post-AVC.

3-*La prévention tertiaire* qui comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, donc à réduire le plus possible les invalidités fonctionnelles consécutives à l'AVC, en étendant la prévention au domaine de la réadaptation (physique, nutritionnelle...), de la réinsertion professionnelle et sociale.

VI. Télémédecine et système d'information

Compte tenu des difficultés d'organisation de la permanence des soins liées à l'évolution défavorable de la démographie médicale et à la spécialisation croissante, l'échange d'informations médicales dans une prise en charge multidisciplinaire et multi-sites s'impose.

Les échanges sécurisés d'informations (dossiers médicaux) et d'images permettent l'aide au diagnostic, au traitement à entreprendre ainsi qu'au suivi médical.

Un projet de téléconsultation est en cours de réalisation, avec pour maître d'œuvre le service de neurologie de l'Hôpital Central à NANCY qui peut être sollicité 24 H/24 (astreinte régionale).

VII. Formation

Le groupe de travail régional à l'origine de l'écriture du volet AVC du SROS assure le suivi et l'évaluation de ce volet du SROS. A ce titre, le groupe doit élaborer les outils et les indicateurs nécessaires à sa mission, l'amélioration du recueil des données du PMSI apparaît nécessaire. Il doit également apporter une réponse aux besoins en formation du personnel médical et paramédical des UNV.

L'UNV de niveau 3 est à même de former le personnel au niveau régional.

VIII. Evaluation : tenter de fournir des critères ou des indicateurs

Un groupe de suivi et d'évaluation du schéma sera constitué et animé par un coordonnateur régional. Le groupe devra élaborer les outils et indicateurs nécessaires à sa mission.

VIII. A. Effectivité de mise en œuvre du SROS

Certains indicateurs apparaissent d'ores et déjà pertinents :

- Création et fonctionnement des UNV réalisant un maillage du territoire avec pour objectif : atteindre 200 lits d'UNV dont ¼ de soins intensifs.
- Le critère majeur d'évaluation choisi par le groupe de travail est le pourcentage de patients présentant un AVC hospitalisés dans une UNV
- Nombre de transferts en services de soins de suite et de réadaptation, constitution de filières de soins, création de structures de coordination et d'animation, identification des services SSR dans la filière de soins.

VIII. B. Mesure d'impact de satisfaction des besoins, d'évolution de l'offre de soins, de recours aux soins, d'évolution des pratiques

- Evaluation de la morbidité et de la mortalité des AVC
- Développement des actions de prévention
- Bilan des formations menées au plan régional.

D'autres indicateurs quantitatifs et qualitatifs seront nécessaires pour suivre au mieux l'application des recommandations proposées par le groupe de travail.

IX. Efficience : tenter de dégager des éléments permettant d'appréhender l'impact financier des recommandations

La création des UNV doit se faire en théorie à moyens constants, notamment en terme de capacité de lits. Par contre la spécialisation et le renforcement des équipes soignantes ainsi que leur formation sont des surcoûts par rapport à la situation actuelle.

VOLET CHIRURGIE

1 - TEXTES ET CIRCULAIRES

1-1 Les objectifs du SROS

Selon l'article L 6121-1 du code de santé publique "Le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins curatifs et palliatifs, mais aussi préventifs, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment avec les établissements de santé".

1-2 La circulaire n°101/DHOS du 5 mars 2004

1-2.1 Les territoires de santé

Cette circulaire cadre les objectifs du SROS III sur une dimension territoriale.

Les soins doivent s'organiser en filières graduées par niveaux, notamment en ce qui concerne les plateaux techniques.

Dans chaque territoire défini, la conférence sanitaire animera un projet médical de territoire qui déclinera de manière détaillée les réponses apportées par les différents acteurs de santé pour couvrir les besoins de santé de la population.

Les filières de soins doivent notamment améliorer la prise en charge des urgences et renforcer les transports sanitaires, pour transférer les patients au bon endroit sans perte de chance.

1-2.2 Implantation et organisation des plateaux techniques

Le plateau technique inclut notamment la chirurgie dans une perspective d'accès à des soins de qualité 24 heures sur 24.

Pour assurer la qualité et la sécurité des soins, il importe de ne mobiliser les ressources médicales que si l'activité le justifie.

Le regroupement et la mutualisation des moyens apparaissent indispensables.

Le seuil minimal d'activité pour un plateau chirurgical est fixé à 2000 interventions avec anesthésie par an.

Un groupe national de travail, réuni à l'initiative de la DHOS, a publié une synthèse de ses réflexions en mars 2003.

La circulaire précitée s'appuie sur cette synthèse.

Les sites de chirurgie accueillant les urgences sont gradués en 3 niveaux :

- 1) l'établissement qui offre de la chirurgie viscérale et orthopédique réalisée par des chirurgiens en astreinte opérationnelle 24h/24, ce qui correspond à un minimum de 3 ETP pour chacune de ces spécialités (un ETP correspond à 10 vacations par semaine),
- 2) l'établissement qui offre un plateau de spécialités intégrant chirurgie viscérale dont gynécologique, orthopédique, vasculaire, urologique et tête et cou,
- 3) un établissement régional ou à vocation inter-régionale intégrant les deux niveaux précédents. La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyper spécialisée ne peuvent se situer qu'à ce niveau.

La chirurgie doit être organisée en tenant compte des urgences au sein des établissements avec l'appui du conseil de bloc. Il importe de développer la chirurgie ambulatoire dans des établissements disposant de plateaux techniques chirurgicaux. La fermeture d'un service de chirurgie n'implique pas sa transformation en structure de chirurgie ambulatoire, dès lors que les conditions de sécurité et de qualité de soins ne sont pas réunies.

L'activité et la taille des structures réalisant de la chirurgie programmée doivent être suffisantes, pour pouvoir mettre en place une organisation rationnelle et pour maintenir leur attractivité, non seulement pour les patients mais aussi pour les équipes de professionnels.

Si l'accessibilité géographique l'impose, le SROS peut prévoir le maintien de certains sites de chirurgie sous les conditions suivantes :

- évaluation précise des risques en matière de sécurité des soins,

- création d'équipes communes inter-établissements, incluant les PH des petits sites, placés sous la responsabilité du chef de service de l'établissement pivot,
- organisation de consultations avancées de chirurgie spécialisée pour maintenir un avis et un suivi de proximité et de qualité aux patients.

Ces sites doivent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation renforcée associant l'ensemble des professionnels, y compris libéraux, les associations d'usagers et les élus.

2 - ETAT DES LIEUX

Le Centre National d'Expertises Hospitalières a été sollicité pour établir le bilan de l'existant. L'étude réalisée a un caractère technique, qui n'a pas vocation à se substituer à l'avis des décideurs. Le groupe projet a participé à l'élaboration et au déroulement de la démarche.

La première phase des travaux a porté sur quatre aspects principaux :

- une analyse prospective de la démographie générale,
- l'activité réalisée avec l'étude des points forts et des points faibles de l'offre hospitalière en chirurgie,
- les conditions dans lesquelles elle est réalisée avec une analyse géographique pour identifier les bassins de soins,
- la détermination des critères de fragilité en chirurgie.

Dans la deuxième phase, des principes structurants sont déterminés et des scénarios d'évolution élaborés.

2-1 Méthodologie générale

2-1.1 Sources d'information

- données PMSI 2002,
- questionnaires adressés aux établissements avec activité 2002-2003 et effectifs médicaux (annexe 5),
- entretiens avec les acteurs de santé (DARH, DRASS, ERSM, CRAM, DDASS, FHF, FHP, FEHAP).

2-1.2 Diagnostic

- analyse de la démographie médicale,
- construction des bassins de chirurgie,
- segmentation de l'activité chirurgicale par répartition des GHM en trois niveaux de patients qui ne se superposent pas systématiquement au niveau des plateaux techniques :
 - chirurgie de "premier niveau" : elle regroupe les GHM de médecine correspondant aux petits traumatismes et fractures et l'ensemble des spécialités chirurgicales (traumatologie, orthopédie et chirurgie viscérale non compliquées, urologie légère, amygdales et végétations ...) qui ne nécessitent pas d'environnement lourd en termes, notamment, de moyens de réanimation, et à l'exclusion des séjours des enfants de moins d'un an, et des séjours dont le diagnostic principal est une tumeur maligne
 - chirurgie "spécialisée" : chirurgie demandant un environnement plus lourd en termes notamment d'équipement et d'accès à des moyens de réanimation, telle que la chirurgie vasculaire artérielle, la chirurgie thoracique, une partie de l'orthopédie froide ...
 - chirurgie de "niveau régional et inter-régional" : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, transplantations ...
- détermination des seuils critiques :
 - activité,
 - effectifs en praticiens (nombre et âge),
 - taille du bassin.

2-2 Résultats

2-2.1 Démographie générale

Les études prospectives d'évolution de la population prévoient une diminution globale de la population lorraine en 2010 avec une diminution notable des bassins de Bar-le-Duc (-4,73 %), Forbach (-6,50 %) et Remiremont (-3,63 %).

A contrario, trois bassins verraient leur population augmenter : Metz (+1,47 %), Nancy (+0,05 %) et Sarreguemines (+1,26 %).

La part des personnes âgées de plus de 65 ans s'accroît (sauf sur Verdun et Briey) de façon très significative dans les zones de Metz, Sarreguemines, Sarrebourg, Saint-Avold (>7,5 %) et également dans les zones de Nancy, Remiremont, Thionville (entre 5,0 et 7,5 %). Cette population est plus demandeuse de soins.

2-2.2 Etat des lieux

43 établissements hospitaliers ont un plateau chirurgical.

L'état des lieux repose sur le principe de la segmentation de l'activité en rattachant les GHM à chacun des niveaux décrits dans la circulaire du 5 mars 2004.

222 191 RSA sont produits en 2002, 162 441 séjours de chirurgie de premier niveau (73,1 %) et 54 212 séjours de chirurgie spécialisée (24,39 %) sont retrouvés, le reste de séjours relevant de la chirurgie de recours (2,51 %).

Le secteur public et assimilé détient 58,4 % de l'activité totale.

La chirurgie de premier niveau

En 2002, 18 bassins pouvaient être identifiés (chaque bassin peut avoir plusieurs plateaux techniques) :

- Verdun, Bar-le-Duc
- Neufchâteau, Epinal, Remiremont, Saint-Dié, Gérardmer
- Nancy, Lunéville, Briey, Mont-Saint-Martin
- Metz, Thionville, Sarrebourg, Sarreguemines, Forbach, Saint-Avold, Freyming-Merlebach.

La taille et la population de ces bassins sont très contrastées. Notons la faiblesse des bassins de Gérardmer (3 984 habitants), de Freyming-Merlebach (20 797 habitants) et de Neufchâteau (41 726 habitants).

25 % des bassins ont une population inférieure à 50 000 habitants.

Les taux d'emprise (part de la population du bassin prise en charge dans le bassin) sont faibles à Briey, Sarreguemines et Saint-Avold (entre 40 et 50 %) et surtout à Freyming-Merlebach (32,5 %). Un taux de 60 % est considéré comme acceptable.

La chirurgie spécialisée

16 bassins existaient en 2002.

Les pôles de Neufchâteau et de Remiremont ne génèrent pas de bassin de chirurgie spécialisée.

Il existe de nombreux petits bassins à taux d'emprise modérée.

2-2.3 Critères de fragilité

Ces critères sont établis selon deux scénarios envisageables.

Scénario 1 :

Regroupement d'activités sur un nombre limité de sites avec maintien d'une relative dispersion et gradation pour la chirurgie spécialisée.

- pour la chirurgie de premier niveau :

- ⇒ 3 critères de fragilité pour les établissements publics et 2 pour les établissements privés parmi :
 - (la faible taille du bassin de santé dans lequel est situé l'établissement) X (part d'activité) : < 42 000 habitants
 - correspondant à une hypothèse d'un taux d'emprise minimum de 60 % et d'un bassin de 70 000 habitants
 - ...ou absence de bassin de chirurgie de premier niveau
 - la faiblesse des effectifs de chirurgiens et d'anesthésistes (pour les établissements publics) :
 - < 2 ETP chirurgie générale et digestive
 - < 2 ETP chirurgie orthopédique et traumatologique
 - < 2 ETP d'anesthésistes-réanimateurs
 - le nombre d'interventions chirurgicales < 2000
 - le pourcentage de chirurgiens orthopédistes et digestifs, d'anesthésistes de plus de 55 ans > 50 %

- Tarification à l'activité pour le public (écart négatif > 5 % entre le budget constaté 2002 et la simulation d'application de la T2A) et écart entre la valeur du point ISA et la valeur nationale pour le privé
- ⇒ Les critères de fragilité d'un établissement peuvent être nuancés ou corrigés par :
 - la distance du plus proche établissement (seuil de 25-35 minutes)
 - le nombre d'accouchements d'une éventuelle maternité (le cas échéant) - (seuil de 800)
- **pour la chirurgie spécialisée, raisonnement par bassin :**
- analyse du nombre de plateaux techniques de chirurgie spécialisée par bassin selon les règles suivantes :
 - existence d'un bassin de chirurgie spécialisée,
 - présence par bassin d'équipes minimales de 2 praticiens en ORL, ophtalmologie, urologie et chirurgie vasculaire,
 - (taille du bassin de chirurgie de recours dans lequel est situé le site chirurgical) X (part du marché) > 60 000 habitants
 - * hypothèse d'un taux d'emprise minimum de 60 % et d'un bassin de 100 000 habitants

Scénario 2 : les critères sont évalués de façon plus stricte

- chirurgie de premier niveau : critères de fragilité augmentés d'un cran
- nécessité de 3 ETP par équipe
 - < 3 ETP chirurgie générale et digestive
 - < 3 ETP chirurgie orthopédique et traumatologique
 - < 3 ETP d'anesthésie-réanimation
- niveau de fragilité des bassins élevé à 90 000 habitants
- pourcentage des chirurgiens de 55 ans et plus > 30 %
 - sous réserve du nombre d'accouchements (1000) et la distance de l'établissement le plus proche (45 mn)
 - Tarification à l'activité pour le public (écart négatif > 5 % entre le budget constaté 2002 et la simulation d'application de la T2A) et écart entre la valeur du point ISA et la valeur nationale pour le privé
- chirurgie spécialisée :
- niveau de fragilité des bassins élevé à 200 000 habitants
 - * présence par bassin d'équipes minimales de 3 praticiens en ORL, ophtalmologie, urologie et chirurgie vasculaire
 - * (taille du bassin de santé dans lequel est situé le site chirurgical) X (part du marché) > 120 000 habitants
 - . hypothèse d'un taux d'autarcie minimum de 60 % et d'un bassin de 200 000 habitants

2-2.4 Le bilan au niveau lorrain

2-2.4.1 Etablissements présentant des critères de fragilité (scénario 1)

Chirurgie de premier niveau :

Etablissements	Critères de fragilité
Hôpital de Freyming-Merlebach	- activité - effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Lunéville	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Pont-à-Mousson	- activité - effectif des praticiens - taille du bassin et part d'activité
Clinique Jeanne-d'Arc de Lunéville	- taille du bassin et part d'activité - effet T2A
CH Gérardmer	- activité - effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité

Bassin de chirurgie spécialisée :

- Bar-le-Duc
- Briey
- Forbach
- Freyding-Merlebach
- Lunéville
- Mont-Saint-Martin
- Sarrebourg
- Sarreguemines
- Saint-Avold
- Saint-Dié
- Verdun
- Gérardmer

Tous ces bassins ont une part d'activité insuffisante par rapport à la taille du bassin et des effectifs médicaux insuffisants avec des nombres particulièrement critiques à Bar-le-Duc, Briey, Forbach et Mont-Saint-Martin (cf rapport CNEH).

2-2.4.2 Etablissements présentant des critères de fragilité (scénario 2)

Chirurgie de premier niveau :

Etablissements	Critères de fragilité
CH de Bar-le-Duc	- activité - effectif des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Briey	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Forbach	- effectif des praticiens - effet T2A - taille du bassin et part d'activité
CH d'Epinal	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
Hôpital de Freyding-Merlebach	- activité - effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Lunéville	- effectif et âge des praticiens - effet T2A - taille du bassin et part d'activité
AHBL de Mont-Saint-Martin	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Pont-à-Mousson	- activité - effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Toul	- activité (à noter une croissance de l'activité depuis l'étude) - effectif des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Remiremont	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
CH de Sarrebourg	- effectif des praticiens - effet T2A - taille du bassin et part d'activité
Alpha Santé d'Hayange	- effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
Clinique Jeanne-d'Arc de Lunéville	- âge des praticiens - effet T2A - taille du bassin et part d'activité
Clinique Notre Dame de Thionville	- âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité
Clinique Saint-Joseph de Verdun	- âge des praticiens

	- taille du bassin et part d'activité
CH Gérardmer	- activité - effectif et âge des praticiens - taille du bassin et part d'activité

Chirurgie spécialisée :

Seuls les bassins de Metz, Nancy et Thionville répondent aux critères.

3 - SYNTHESE DES TRAVAUX DES GROUPES DE TRAVAIL

3-1 Définitions générales

Les principes de la permanence et de la continuité des soins sont définis. La permanence des soins est l'accueil 24h/24 des patients avec possibilité de traitement et suivi post-chirurgical. La continuité des soins est la surveillance des patients opérés et la prise en charge des complications et/ou pathologies intercurrentes survenant en cours d'hospitalisation. Les niveaux décrits dans l'annexe 1 de la circulaire ministérielle du 5 mars 2004 sont repris.

Le niveau de proximité ne dispose pas de plateau chirurgical. A ce niveau, des consultations avancées peuvent être envisagées. Le niveau intermédiaire sera le niveau 1 de chirurgie. Le niveau de recours sera le niveau 2. Le niveau régional et le niveau inter-régional seront traités sur le même plan (ce sera le niveau 3 de chirurgie).

Les contraintes pesant sur l'avenir de la chirurgie sont soulignées :

- démographie médicale inquiétante, tant du point de vue des chirurgiens que des médecins anesthésistes-réanimateurs,
- disparition progressive de la chirurgie dite générale, inéluctable et prévisible,
- contraintes normatives en personnel qualifié,
- seuils d'activité en deçà desquels la sécurité et la qualité des soins ne sont plus assurées,
- la chirurgie évolue vers une spécialisation de plus en plus poussée, de nouvelles techniques se généralisent (cœlioscopie, endoscopie),
- les moyens d'investigation non invasifs sont de plus en plus performants et nécessitent des équipements lourds (TDM, IRM, scintigraphie).

Tous ces éléments conduisent à une réflexion pour optimiser les moyens humains et techniques, afin de garantir l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

3-2 Niveau 1 de chirurgie

C'est donc le premier niveau du plateau technique.

Pour le secteur public et privé, les interventions de chirurgie générale et digestive ainsi que de chirurgie orthopédique et traumatologique sont en général réalisées dans ces établissements.

Le bassin de population correspondant est de l'ordre de 70 000 habitants (à moduler selon la géographie des lieux).

Un minimum de deux praticiens équivalents temps plein est requis dans chacune des disciplines évoquées, ainsi qu'un minimum de 3 ETP en médecins anesthésistes-réanimateurs, cela dans l'hypothèse d'une prise en charge avec continuité des soins.

D'autres spécialités peuvent être pratiquées.

Pour le secteur privé, des établissements de ce niveau peuvent être pluri ou mono disciplinaires. Dans tous les cas, la prise en charge de la continuité des soins doit être formalisée par conventions. La nécessité d'une unité de surveillance continue est fonction de l'activité pratiquée.

De même, le seuil minimal d'activité de 2 000 actes chirurgicaux par an et par plateaux techniques doit être respecté pour les établissements publics et privés de ce niveau.

Dans les cas où les recommandations énoncées ne sont pas atteintes, un regroupement des plateaux techniques est nécessaire.

3-3 Niveau 2 de chirurgie

C'est le niveau de recours du territoire. Un bassin minimal de 100 000 habitants est préconisé. Il est certain que le nombre et/ou la taille des plateaux techniques sont fonctions du nombre d'habitants.

Ce type d'établissement doit disposer d'un plateau technique 24h/24 pour les disciplines chirurgicales hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie hyper spécialisée (greffes ...) pour l'obstétrique et l'imagerie.

Au minimum, l'établissement doit pouvoir disposer de :

- 3 ETP en orthopédie-traumatologie,
- 3 ETP en chirurgie viscérale dont gynécologique,
- 6 à 8 ETP en MAR pour le plateau technique chirurgical,
- 3 ETP en urologie,
- 3 ETP en chirurgie vasculaire.

Si l'établissement ne dispose pas d'une équipe suffisante, il doit rechercher une complémentarité dans le cadre d'un réseau formalisé pour assurer permanence et continuité des soins.

L'avis d'un ORL et d'un ophtalmologiste doit être possible 24h/24, un service d'accueil des urgences et une unité de soins continus doivent être installés dans l'établissement. Un service de réanimation doit être disponible sur site ou par convention de recours.

Le plateau d'imagerie doit comporter l'échographie, la radiologie conventionnelle, l'imagerie vasculaire, l'IRM et le TDM. Ces techniques doivent également être disponibles 24h/24.

Il est évident que le nombre de praticiens nécessaires est fonction de la population du bassin desservi. Les 8 MAR seront insuffisants pour une équipe complète exerçant dans l'établissement donc des coopérations inter-établissements seront nécessaires.

La recherche doit se faire prioritairement entre établissements d'un même pôle géographique et non entre établissements de même statut. Ces coopérations ont pour but l'optimisation des moyens humains et techniques, en respectant les dynamiques existantes et les impératifs d'aménagement du territoire, compte tenu de la fragilité et de l'instabilité des équipes médicales.

Des conventions préciseront les coopérations en indiquant les plateaux techniques concernés, la couverture de la responsabilité médicale, le problème de la continuité des soins et le mode de rémunération.

Des conventions doivent également être établies avec les hôpitaux de recours. Pour optimiser les ressources en personnel, il faut étudier la nécessité ou non de maintenir des permanences de soins dans des établissements proches l'un de l'autre (20 à 30 minutes) et étudier une mutualisation des moyens.

Ces dispositions doivent permettre de réaliser à ce niveau, à la fois la prise en charge des urgences et la chirurgie programmée. Il n'est pas envisageable de créer des sites chirurgicaux réservés uniquement aux urgences, la qualité des soins et l'attractivité professionnelle en pâtiraient.

3-4 Niveau 3 de chirurgie

Les activités spécialisées de chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes et grands brûlés feront l'objet de schémas inter régionaux.

Le niveau 3 correspond à des activités de chirurgie spécialisée de recours pour lesquelles le plateau technique doit répondre à

- une masse critique suffisante
- équipe entraînée pluridisciplinaire ayant une activité de recherche et d'innovation
- plateau technique performant avec une organisation sécurisée

A titre d'exemple les activités suivantes peuvent être développées par ces centres spécialisés :

- la chirurgie du rachis : les pathologies tumorales primitives pour les adultes
- la chirurgie maxillo-faciale : chirurgie malformative
- la chirurgie de la main : réimplantations de doigts.

3-5 La chirurgie de la main

Pour le niveau 3 de la chirurgie de la main, la permanence des soins est bien assurée en Lorraine par le SINCAL. Les cas complexes étant toujours pris en charge dans le service de Dommartin-lès-Toul (ce dernier devant réintégrer l'agglomération nancéienne à échéance de trois ans).

Pour le niveau 2, en plus de la permanence assurée sur le territoire Sud, il serait intéressant que la permanence soit organisée sur le territoire Nord : collaboration entre les sites pratiquant cette activité. Ce qui importe à ce niveau, c'est l'organisation des transports permettant l'accès des patients à des soins spécialisés, dans des délais acceptables notamment dans les cas d'urgence.

3-6 La chirurgie carcinologique

L'organisation des soins en cancérologie a fait l'objet de la circulaire DHOS n° 500/2005/101 du 22 février 2005. La chirurgie est souvent la première porte d'entrée dans le dispositif curatif de soins pour un patient atteint d'un cancer. Le constat d'une grande hétérogénéité dans la prise en charge a conduit les sociétés savantes à une réflexion, pour garantir l'équité des soins. La synthèse des travaux doit être approfondie et élargie pour formaliser les critères d'agrément des établissements. L'Institut National du cancer a la responsabilité de ces études. A notre niveau, ces propositions sont très discutées notamment en ce qui concerne les seuils d'activité dans chaque spécialité.

Un large consensus se fait sur la nécessité d'une approche médico-chirurgicale pluridisciplinaire en comité thérapeutique, la mise en œuvre de techniques chirurgicales adaptées aux organes atteints, la formation des praticiens et l'évaluation des pratiques. L'unanimité se fait sur la nécessité d'un travail en réseau. Le centre régional de lutte contre le cancer est installé dans l'agglomération nancéienne.

3-6 La chirurgie ambulatoire

Un plateau de chirurgie ambulatoire ne peut être installé que dans un établissement avec service d'hospitalisation conventionnelle en chirurgie ou à proximité immédiate.

Les problèmes de sécurité se poseraient dans le cas contraire. Par ailleurs, la mobilisation des équipes sur un site éloigné serait contraire à l'optimisation des moyens humains.

La chirurgie ambulatoire mérite d'être développée notamment dans les domaines ophtalmologiques, orthopédiques et vasculaires. Les amygdalotomies réalisées dans ce contexte sont toujours source de controverse.

Pour permettre une évolution significative, le nombre de places dans un établissement doit être uniquement fonction de l'activité réalisée.

3-7 Chirurgie et maternité

L'existence d'une maternité sans chirurgie n'est pas envisageable ; la sécurité des soins en dépend.

En effet, l'hystérectomie d'hémostase éventuelle (par exemple) doit être pratiquée par des chirurgiens entraînés. Une permanence des soins doit être assurée soit par des chirurgiens viscéraux soit par des obstétriciens compétents.

3-8 La chirurgie pédiatrique

Cette partie spécifique est abordée dans le volet "pédiatrie" du SROS.

3-9 Fonctionnement du bloc opératoire

Les conseils de blocs doivent être mis en place réglementairement. Une charte du bloc doit être rédigée. L'objectif est d'optimiser la programmation dans les blocs opératoires en tenant compte de la prise en charge d'éventuelles urgences.

3-10 Les transports

Les coopérations nécessaires, les conventions de recours conduiront à exiger une organisation adéquate des transports sanitaires pour assurer un bon fonctionnement du réseau de soins et garantir l'équité des soins. L'augmentation des besoins dans ce domaine est, de ce fait, prévisible.

3-11 Les structures d'aval

La quasi-totalité des services de chirurgie connaît des problèmes pour transférer leurs patients, dans une structure de soins de suite et/ou de rééducation. Les restructurations des plateaux techniques avec resserrement du dispositif, devraient permettre la reconversion de services chirurgicaux en SSR.

5 - CONCLUSIONS

Les contraintes pesant sur la chirurgie, les exigences en matière de qualité, sécurité et efficacité des soins, vont conduire à des restructurations par l'intermédiaire de regroupements de plateaux techniques et de coopérations dont certains sont en cours.

Il apparaît plus judicieux de les préparer avec pertinence.

Des facteurs ne sont pas maîtrisables (démographie médicale, évolution des techniques, pathologies) mais il faut cependant répondre au mieux aux besoins.

VOLET PERINATALITE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE

I. PARTICULARISME

I.A. INTRODUCTION

Contexte national et réglementaire spécifique

Activités de soins autorisées en Lorraine depuis le 16 janvier 2001, l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale sont encadrées par une réglementation et une politique nationale précises:

- décrets du 9 octobre 1998 et du 15 juillet 1999 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
- arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale
- plan national "Périnatalité" 2005 – 2007

Par ailleurs, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dont la législation a sensiblement évolué en 2001, est régie par les articles L. 2211-1 à L. 2212-11 et R. 2212-1 à R. 2212-18 du code de la santé publique.

Particularismes généraux

Un certain nombre d'éléments ont sous-tendu la réflexion régionale:

- poursuite du volet "Périnatalité" du SROS II quant aux restructurations hospitalières déjà définies et accompagnées financièrement, mais révision nécessaire des capacités respectives en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale au regard de l'activité réelle des unités actuelles, dans le nouveau contexte de la tarification à l'activité et de l'évolution technologique et médicale de la prise en charge des nouveau-nés
- nécessité de prendre en compte les difficultés liées à la démographie médicale:
 - pas de diminution notable du nombre de gynécologues-obstétriciens et pédiatres d'ici 2010 mais pyramide des âges défavorable pour les pédiatres
 - grande disparité infra régionale de la densité des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres
 - nombreux postes vacants dans le secteur public particulièrement en gynécologie-obstétrique
- détérioration de certains indicateurs périnatals, à l'instar des chiffres nationaux
- volonté partagée avec le réseau périnatal lorrain de centrer les objectifs et les recommandations du SROS III autour d'un axe fort "Prévention – Promotion de la santé" dans un souci d'améliorer l'accompagnement et les conditions de déroulement de la grossesse
- taux de natalité inférieur au taux national et variable selon les territoires infra départementaux (annexe 1)
- fortes disparités en termes de pratiques médicales: taux de césariennes, accessibilité à la péridurale, accessibilité aux différentes techniques d'IVG, prise en charge des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse

I.B. BILAN DU SROS

I.B.1. Offre de soins hospitalière

Regroupement des plateaux techniques

Secteur sanitaire Nord – Est: bassin houiller

- regroupement des 2 maternités d'Unisanté+ à Forbach en août 2000
- regroupement des 2 maternités d'Hospitalor à Saint Avold en juillet 2001

Secteur sanitaire Nord: agglomération messine

- création du Syndicat Inter Hospitalier (SIH) de néonatalogie et réanimation néonatale le 18 janvier 2002, par coopération entre l'hôpital Sainte Croix et le CHR-Metz
- installation du SIH le 1^{er} novembre 2003 après transfert des autorisations, sur la base d'un niveau 2+, le niveau 3, autorisé par le SROS II, n'a pas été installé.
- fermeture de l'unité de néonatalogie du CHR-Metz le 19 janvier 2004

Secteur sanitaire Centre: agglomération de Bar le Duc

Regroupement des 2 maternités de Bar le Duc sur le site du Centre Hospitalier (CH) en 2002

Secteur sanitaire Sud

- création du SIH de néonatalogie de Lorraine Sud le 18 septembre 2000 par coopération entre les CH d'Epinal et Remiremont
- signature d'un protocole d'accord tripartite le 23 décembre 2003 actant la création ultérieure d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec regroupement des 2 maternités d'Epinal sur le site de la clinique Arc en Ciel

Opérations non prévues par le SROS

- fermeture de la maternité d'Hayange en 2000
- fermeture de la maternité d'Essey les Nancy en 2002
- fermeture de la maternité de la clinique du Parc de Thionville en 2003

Organisation en niveaux de soins gradués (annexes 2 et 3)

Répartition des maternités par niveau d'autorisation et par secteur sanitaire:

	N1/N1+	N2	N2+	N3	TOTAL
Secteur Centre	5	0	1	1	7
Secteur Nord	4	1	2	0 (+ 1 SIH)	7
Secteur Nord Est	4	0	1	0	5
Secteur Sud	3	0	0 (+ 1 SIH)	0	3
TOTAL	16	1	4	1	22 (+ 2 SIH)

I.B.2. Réseau périnatal

Mise en place du réseau

- agrément du Réseau Périnatal Lorrain (RPL) par l'ARH le 25 juin 2001
- financement par l'ARH d'un temps plein médical (0,5 ETP pour la coordination; 0,5 ETP pour l'évaluation et la gestion de la base de données) et de temps de secrétariat
- dépôt des statuts de l'association de gestion en septembre 2002
- mise en place de commissions thématiques: transferts, prévention, anesthésie obstétricale, télémédecine, offre de soins, évaluation, relations ville-hôpital et sortie de maternité, soignants
- organisation de 2 journées régionales, en 2004 et 2005

Conventions inter établissements dans le cadre des transferts materno-fœtaux et néonataux

Activité de SMUR néonatal

- 1 seul SMUR régional autorisé à la Maternité Régionale de Nancy
- 5 SMUR néonataux "relais" fonctionnant à Forbach, Thionville, Metz, Lorraine Sud et Saint Dizier (pour les transferts de Bar le Duc) mais 3 conventions seulement signées par les équipes lorraines avec le SMUR néonatal régional conformément au SROS "Urgences"

Transferts

Etablissements de niveau 1 et 2 vers un établissement de niveau 3:

- 23 conventions (dont 3 concernant des établissements de Champagne-Ardenne) signées avec la Maternité Régionale qui assure également le niveau 2 pour 4 établissements lorrains de niveau 1
- 3 conventions signées avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- 3 conventions manquantes

Etablissements de niveau 1 vers un établissement de niveau 2:

- 5 conventions signées
- 7 conventions manquantes

I.B.3. Qualité et sécurité des soins

Conformité des sites autorisés aux normes réglementaires

- prolongation de 2 ans du délai de mise en conformité par le décret du 16/10/2003, soit jusqu'en janvier 2006 pour les autorisations délivrées en janvier 2001
- 20 visites de conformité sur 30 réalisées (14 en obstétrique et 6 en néonatalogie), dont 14 avec résultat positif

Procédures (dans le cadre du réseau périnatal)

- amélioration des procédures de transferts materno-foetaux et néonataux et mise en œuvre d'une procédure d'évaluation de ces transferts
- mise en œuvre de procédures régionales en anesthésie obstétricale
- diffusion d'une procédure de prise en charge des enfants mort-nés
- procédure d'homogénéisation du recueil de données PMSI
- mise en œuvre de protocoles de soins régionaux

Accessibilité à la péridurale

- augmentation régulière du taux de péridurale pour les accouchements par voie basse
- forte disparité inter établissements

I.B.4. Prévention

Prise en compte des priorités régionales de santé

Lutte contre les addictions

- développement de consultations hospitalières de tabacologie en maternité
- volonté d'adhésion de 14 maternités au réseau "Maternité sans tabac"
- organisation en 2003 à Nancy du colloque national "Femme, famille, tabac", élargi aux autres addictions
- contribution du RPL à la conférence de consensus "Tabac et grossesse" du 8 octobre 2004 à Lille et élaboration d'une procédure d'accompagnement et de prise en charge des femmes enceintes et accouchées dépendantes du tabac (*document annexe*)
- organisation d'un colloque "Alcool et grossesse" en 2005 par le RPL, LORALCO et l'ANPAA
- collaboration de certaines maternités avec les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST)
- organisation en 2001 par le CSST meusien de 2 formations relatives à l'accompagnement et au suivi des femmes enceintes dépendantes aux opiacés

Nutrition

Promotion de l'allaitement maternel:

- participation des maternités à la semaine mondiale annuelle de l'allaitement
- réalisation, dans le cadre du RPL, d'un CD ROM et d'un guide pratique destiné aux femmes

Suivi de grossesse de proximité

- 4 centres périnataux de proximité (CPP): Gérardmer, Commercy, Bitche, Pont à Mousson
- 3 structures d'hospitalisation à domicile (HAD): Gérardmer, Bitche, Thionville
- plusieurs réseaux locaux de proximité (Lunéville, Toul, Briey, Verdun, Epinal)

Entretien prénatal précoce

- mise en place dans plusieurs établissements: CH Verdun, CH Lunéville, CH Briey, Maternité Régionale, clinique Majorelle, CH Toul, CPP de Pont à Mousson, CH de Sarrebourg, maternité Sainte-Croix, clinique Saint Nabor, CH Epinal,...
- intérêt démontré dès 2003 par l'étude de faisabilité réalisée par la commission "Prévention" du RPL

Dépistage et prise en charge des problèmes d'ordre psychiatrique ou psychologique

Enquête réalisée en 2003 dans le cadre de la commission régionale de la naissance :

- collaboration avec des professionnels de santé mentale dans la majorité des maternités, selon des modalités variables
- impact de la taille des maternités sur la prise en charge en psychiatrie
- demande forte de formation du personnel des maternités

I.B.5. Prise en charge des IVG

Application de la réglementation

- prise en charge des IVG dans 27 établissements, dont les 22 maternités publiques et privées, soit une couverture régionale satisfaisante. L'évolution de l'offre de soins sur l'agglomération nancéenne devra continuer à garantir la réponse aux besoins.
- prise en charge déclarée des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse dans 20 établissements en 2002, 14 en 2003 et 15 en 2004
- signature de 5 conventions par des médecins libéraux pour la réalisation d'IVG en ville (4 avec la Maternité Régionale et 1 avec le CH de Remiremont)

Qualité et sécurité des soins

- réorganisation de la prise en charge des IVG entre le CHU et la Maternité Régionale sous la responsabilité médicale unique de cette dernière non réalisée
- collaboration entre la Maternité Régionale et le centre de santé nancéen de la MGEN
- prise en charge par le CHR-Metz depuis novembre 2001 des IVG instrumentales de la maternité Sainte Croix, mais sans collaboration entre les deux équipes médicales
- prise en charge des IVG dans une unité fonctionnelle spécifique dans la moitié des établissements (enquête DHOS 2003)
- inclusion de l'activité d'IVG dans les projets médicaux ou d'établissements dans 3/4 des établissements (enquête régionale 2000)

Accessibilité aux différentes méthodes

- augmentation régulière du taux d'IVG par voie médicamenteuse
- forte disparité inter établissements

Prévention

Peu d'impact des actions menées en matière de contraception:

- augmentation régulière du nombre des IVG totales et chez les mineures
- fonctionnement inégal des comités de pilotage départementaux en faveur de la contraception mis en place en 2000
- collaboration très variable selon les départements entre établissements hospitaliers et Education Nationale (enquête régionale 2000)

I.B.6 Accompagnement financier des établissements

- accompagnement financier par l'ARH à hauteur de 5 millions € de 2000 à 2004 dans le cadre des campagnes budgétaires et des COM, hors crédits mis en réserve pour les opérations de restructuration messine et spinalienne
- affectation de la tranche 2005 des crédits du plan national, soit 2,6 millions €

I.B.7. Télémedecine

- montée en charge progressive depuis 1999
- 16 sites connectés régulièrement lors des séances de visioconférence
- 29 visioconférences réalisées entre avril 2003 et juin 2004 (programme annuel établi dans le cadre du RPL), avec une moyenne de 7 sites connectés par séance

I.B.8. Système d'information et base de données régionale

- création d'une base de données régionale: recueil en routine d'indicateurs définis sur la base du PMSI depuis janvier 2003
- analyse des transferts:
 - utilisation d'une fiche transfert type régionale
 - bilan des transferts materno-fœtaux 2002, 2003, 2004
 - enregistrement continu de l'ensemble des transferts à partir de 2004
- projets d'études:
 - étude complémentaire sur la mortalité périnatale et infantile à partir des données INSEE

- enquête auprès des patientes transférées
- enquête sur l'accompagnement des sorties de maternité

I.C. CONTEXTE ACTUEL

I.C.1. Répartition de l'offre de soins

Structures (annexe 2)

- 4 centres périnataux de proximité
- 22 maternités dont 15 publiques, 3 PSPH et 4 privées à but lucratif
- 2 SIH de néonatalogie
- 1 SMUR néonatal régional et 4 SMUR relais
- 27 établissements réalisant des IVG, dont 17 publics, 3 PSPH et 7 privés à but lucratif
- 1 réseau périnatal régional

Capacités (annexe 3)

- gynéco-obstétrique:
 - 1074 lits (dont 27 fermés) et 32 places (hospitalisation partielle et HAD) autorisés
 - 982 lits installés avec un taux d'occupation régional de 67,3 % en 2003
- néonatalogie:
 - 137 lits de néonatalogie autorisés dont 57 de soins intensifs, tous étant installés
 - 33 lits de réanimation néonatale autorisés, dont 20 seulement 20 installés à la Maternité Régionale

I.C.2. Activité

Activité 2004 (annexe 4)

Nombre accouchements	Taux de césariennes	Taux de péridurales	Nombre d'enfants	Nombre d'IVG	Taux d'IVG médicamenteuses	Nombre de transferts néonataux
26849	20	66,4	27257	6611	43,4	725

Source SAE

Evolution 2000 – 2004 (annexe 5)

- diminution de 4 % du nombre d'accouchements
- augmentation de 2,4 % du taux de césariennes
- augmentation de 4,8 % du taux de péridurales (accouchements par voie basse)
- augmentation de 8,4 % du nombre des IVG
- augmentation du nombre des IVG chez les mineures avec un taux stable de 5 à 6 % des IVG totales, soit 350 à 400 interventions annuelles (source DREES)
- augmentation de 13,3 % des IVG médicamenteuses
- stabilisation sur les 3 dernières années de la demande de contraception d'urgence en milieu scolaire, soit environ 500 par an (source Education Nationale)

Transferts materno-fœtaux 2003 (source RPL)

- 342 transferts enregistrés vers les niveaux 2 et 3
- 76 % des transferts vers la maternité régionale
- 83 % des transferts vers des établissements de niveau 3

I.C.3. Epidémiologie

Evolution 1999-2002 (annexe 6):

- augmentation du taux de nouveau-nés de moins de 1,5 kg de 1,3 % à 1,47 %
- augmentation du taux de mortalité périnatale de 6,6 pour à 10,7 pour mille (taux national : 6,5 à 10) mais impact de la modification de la procédure de déclaration des mort-nés à l'Etat civil

I.C.4. Démographie médicale (annexe 7)

Gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux

Nombre de praticiens répertoriés par type d'exercice au 1^{er} janvier 2003 (source DREES - ADELI)

Exercice libéral:

- 113 gynécologues-obstétriciens
- 65 gynécologues médicaux

Exercice salarié exclusif:

- 86 gynécologues-obstétriciens
- 3 gynécologues médicaux

Postes médicaux secteur public (hors effectifs hospitalo-universitaires et attachés: SIGMED 04/11/2004)

- PH: 73,1 ETP budgétés, dont 57 pourvus
- autres statuts: 10 ETP budgétés dont 2 pourvus

Postes médicaux secteur privé (PSPH et OQN - SAE 2003)

- 22 salariés dont 12 à temps plein
- 31 libéraux à exercice exclusif dans un établissement dont 25 temps plein
- 20 libéraux à exercice non exclusif

Estimation du nombre de praticiens exerçant en maternité selon le niveau (enquête régionale du RPL - octobre 2003)

- 143 dont 31 % en niveau 1, 60 % en niveau 2 et 9 % en niveau 3
- 31 de plus de 55 ans

Pyramide des âges (données ADELI redressées au 1^{er} janvier 2003)

Plus défavorable pour les gynécologues-obstétriciens libéraux que pour les salariés

Densité (source DREES - ADELI)

Légèrement inférieure à la densité nationale

Répartition cantonale (source ADELI)

- grande inégalité infra régionale
- nombreux cantons, essentiellement ruraux, sans aucun praticien

Projections de la DREES (établies en 2002)

- pas de diminution notable des gynécologues-obstétriciens prévue d'ici 2010:
 - 200 en 2002
 - 195 en 2006
 - 198 en 2010
- diminution progressive entre 2010 (198) et 2020 (164)

Internat

- 30 internes en formation actuellement avec une fin de cursus prévue entre 2005 et 2009
- augmentation du nombre de postes de 1^{ère} année attribués à la région : de 3 en 1999 à 6 en 2004
- peu de défections en cours de cursus, discipline plutôt attractive

Pédiatres

Nombre de praticiens répertoriés par type d'exercice au 1^{er} janvier 2003 (source DREES - ADELI)

- exercice libéral: 100 praticiens
- exercice salarié exclusif: 131

Postes médicaux secteur public (hors effectifs hospitalo-universitaires et attachés: SIGMED 04/11/2004)

- PH: 76,6 ETP budgétés, dont 71 pourvus
- autres statuts: 10 ETP budgétés dont 2 pourvus

Postes médicaux secteur privé (PSPH et OQN - SAE 2003)

- 12 salariés dont 6 à temps plein
- 6 libéraux à exercice exclusif temps plein dans un établissement
- 5 libéraux à exercice non exclusif

Estimation du nombre de praticiens exerçant en maternité selon le niveau (enquête régionale du RPL - octobre 2003)

- 104 dont 36 % en niveau 1, 52 % en niveau 2 et 13 % en niveau 3
- 14 de plus de 55 ans

Pyramide des âges (données ADELI redressées au 1^{er} janvier 2003)
Plus défavorable pour les pédiatres libéraux que pour les salariés

Densité (source DREES - ADELI)
Inférieure à la densité nationale

Répartition cantonale (source ADELI)
- grande inégalité infra régionale
- nombreux cantons, essentiellement ruraux, sans aucun praticien

Projections de la DREES (établies en 2002)
- pas de diminution notable des pédiatres prévue d'ici 2010:

- 221 en 2002
- 222 en 2006
- 218 en 2010

- diminution progressive entre 2010 (218) et 2020 (182)

Internat

- 35 internes en formation actuellement avec une fin de cursus prévue entre 2005 et 2009
- augmentation du nombre de postes de 1^{ère} année attribués à la région : de 5 en 1999 à 9 en 2004
- peu de défections en cours de cursus

II. OBJECTIFS

II.A. Organisation de la prise en charge

Particularismes territoriaux

Secteur Sud

Forces:

- collaborations inter établissements et postes partagés (médecins et sages-femmes)
- diversité et équilibre de l'offre de soins publique / privée sur Nancy
- développement de réseaux locaux de proximité sur le Lunévillois, le Toullois et à Epinal
- maillage coordonné des transferts néonataux avec les SMUR relais
- mise en œuvre de l'entretien prénatal individuel (du 4^{ème} mois) à la Maternité Régionale, à la clinique Majorelle, au CH de Lunéville, au CH de Toul, au CPP de Pont à Mousson, au CH d'Epinal

Points d'amélioration :

- difficultés de mise en œuvre du regroupement des 2 maternités d'Epinal
- activité de néonatalogie du SIH Lorraine Sud éclatée sur deux sites proches (Epinal et Remiremont)
- vulnérabilité de la maternité de Neufchâteau (démographie médicale)
- non conformité de certaines maternités
- absence de coordination dans le suivi des enfants à risque
- nombreux postes médicaux vacants dans le secteur public particulièrement en gynécologie-obstétrique
- arrêt prévisible de la prise en charge des IVG au CHU de Nancy, représentant 15 % de l'activité régionale

Secteur Nord

Forces:

- recomposition du bassin houiller en cours de réflexion
- développement important de l'hospitalisation à domicile (HAD) de Thionville
- développement de réseaux locaux de proximité à Briey et Verdun
- maillage coordonné des transferts néonataux avec les SMUR relais
- mise en œuvre de l'entretien prénatal individuel au CH de Briey, au CH de Verdun, au CH de Sarrebourg, à la maternité Sainte-Croix, à la clinique Saint Nabor

Points à améliorer :

- difficulté de restructuration de l'offre de soins messine avec, pour corollaire actuel, une sous activité du SIH de néonatalogie messin
- vulnérabilité des maternités de Sarrebourg (seuil d'activité) et de Mont Saint Martin (démographie médicale pédiatrique)
- non conformité de certaines maternités
- absence de coordination dans le suivi des enfants à risque
- nombreux postes vacants dans le secteur public particulièrement en gynécologie-obstétrique
- forte disparité inter établissements en terme d'accessibilité à la péridurale et à l'IVG médicamenteuse
- non prise en charge des IVG instrumentales à la maternité Sainte Croix

II.B. Objectifs généraux et opérationnels

Objectifs généraux

1. Recentrer la prise en charge périnatale et l'accompagnement des familles sur :

- la proximité, dans le respect de la sécurité sanitaire
- la complémentarité des professionnels
- la prévention des risques, l'éducation à la santé et la promotion de la santé

2. Améliorer la prise en charge des femmes en matière d'IVG

Objectifs opérationnels

En périnatalité:

- mettre en place une organisation territoriale assurant proximité et sécurité des soins
- améliorer la formation pour aboutir à un réseau de compétences professionnelles multidisciplinaires
- développer la communication et les liaisons avec le patient par des professionnels identifiés
- mettre en place une organisation pluridisciplinaire identifiée et graduée entre professionnels
- évaluer les établissements et le réseau périnatal

En matière d'IVG:

- diminuer les disparités régionales
- maintenir une offre de soins en adéquation avec les besoins de la population
- améliorer la qualité de la prise en charge
- renforcer la prévention

II.C. Recommandations d'organisation

II.C.1. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

Accessibilité

- maintien des sites géographiques d'implantation actuelle des maternités
- maintien et réévaluation de la compétence des centres périnataux de proximité
- développement d'une véritable communauté périnatale de proximité y compris dans les territoires dépourvus de maternité
- prise en charge des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse dans tous les établissements réalisant des IVG

Sécurité / Qualité

Sécurité: conformité aux normes réglementaires, aux bonnes pratiques et aux recommandations des professionnels

- permanence des plateaux techniques H24
- prise en charge des urgences maternelles: signature des conventions relatives à la réanimation adulte et à la chirurgie si nécessaire, accès à l'embolisation, disponibilité transfusionnelle
- harmonisation des référentiels et des protocoles dans le cadre du réseau périnatal
- recommandations régionales en matière de transports pédiatriques et néonataux dont la solvabilité doit être garantie
- respect des indications de transfert materno-fœtal et néonatal
- accompagnement par un médecin ou une sage-femme des transferts materno-fœtaux si nécessaire
- coordination des vigilances dans les maternités (y compris hygiène hospitalière, info-vigilance, traçabilité des interlocuteurs)
- évaluation des établissements par rapport au niveau de soins autorisé

Qualité: amélioration de l'offre de soins, évaluation et harmonisation des pratiques professionnelles

- entrée de toutes les maternités dans la démarche de l'accréditation, deuxième version
- maintien des compétences individuelles à travers l'adhésion des professionnels à l'évaluation des pratiques professionnelles
- mise au niveau 1+ (soins de courte durée aux nouveau-nés atteints d'affections sans gravité) de toutes les maternités de niveau 1
- renforcement de la place de la physiologie: favoriser l'accouchement physiologique, la dimension familiale de la naissance, l'allaitement maternel
- égal accès à la péridurale et à la prise en charge de la douleur en gynécologie-obstétrique
- réduction de la disparité des taux de césarienne entre établissements de niveau identique
- protocolisation de l'organisation des IVG et intégration dans les projets de service hospitaliers
- protocolisation de la prise en charge de l'IVG incluant individualisation, continuité, aspect psychologique et proposition d'un temps d'écoute à distance

Continuité

- planification, coordination et anticipation de la continuité des soins au sein du réseau périnatal
- préparation de la sortie de maternité et anticipation des relais locaux
- accompagnement du retour à domicile (enfants à risques identifiés, séparations postnatales)
- repérage et organisation du suivi des enfants à risque médico-psycho-social

Globalité

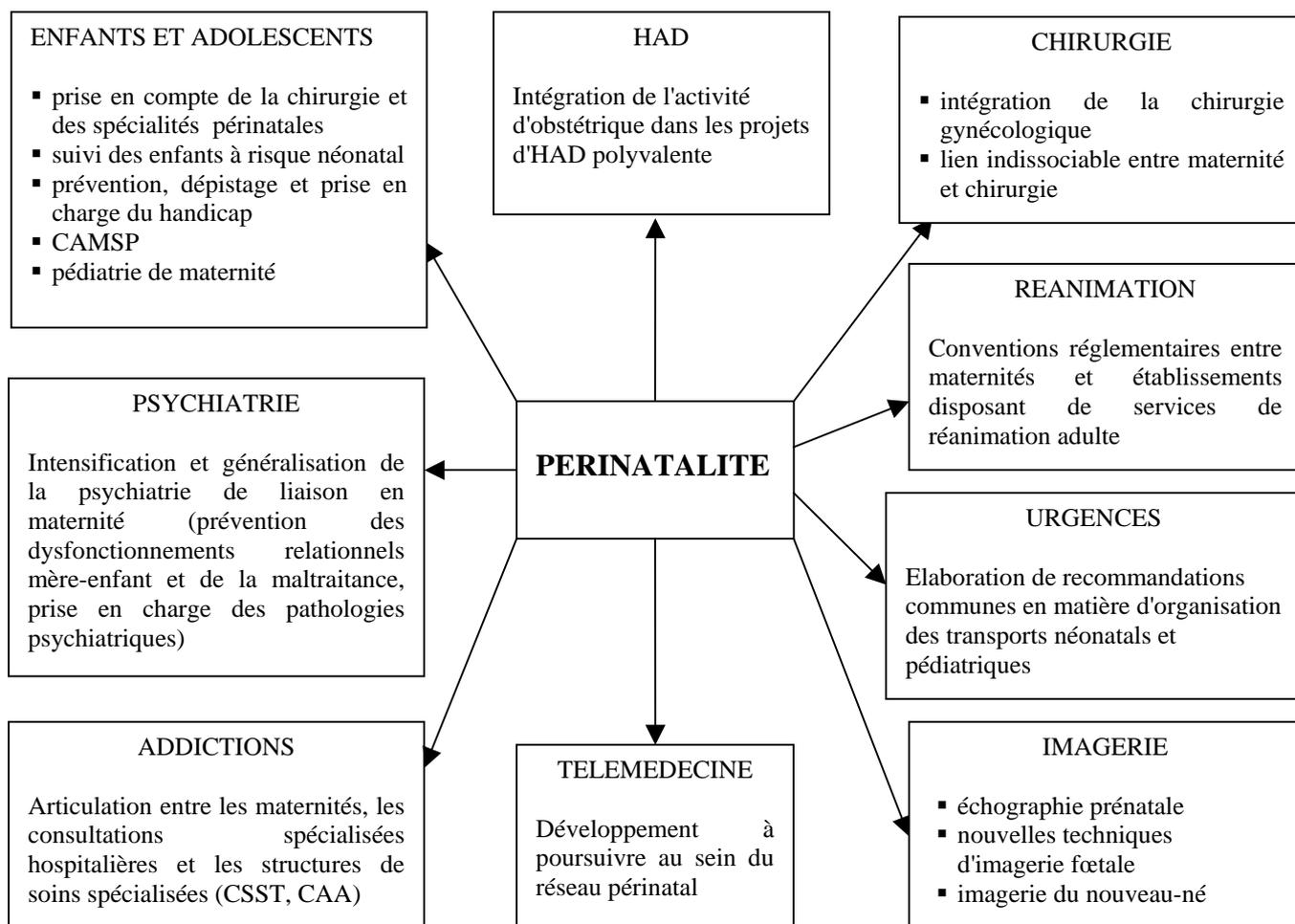
- développement d'une véritable communauté périnatale territoriale disposant d'objectifs et de référentiels communs en matière de sécurité sanitaire et d'éducation à la santé
- coordination des différents acteurs du réseau de proximité autour des maternités pour une prise en charge en partenariat, pluridisciplinaire et globale

II.C.2. Par rapport aux principes d'organisation

Description des filières

- collaboration entre la Maternité Régionale et le CHU pour l'organisation d'une véritable filière mère-enfant, incluant l'ensemble des professionnels et secteurs d'activité concernés afin d'assurer un plateau technique régional hautement spécialisé
- développement de filières locales dans le cadre des communautés périnatales, en particulier pour le suivi des nouveau-nés à risque. Les modalités de ce suivi seront travaillées avec le Réseau Périnatal et la CRN

Articulation avec les autres volets



Adaptation de l'offre / Alternatives

- développement de l'HAD en ante et postnatal si possible dans le cadre de structures polyvalentes
- mise en œuvre et accompagnement des sorties précoces
- suivi conjoint avec le secteur libéral (médecins et Sages-femmes)

Coopérations / Réseaux

Principe: organisation identifiée et graduée dans le cadre du réseau régional périnatal dont les familles sont informées: référentiels proposés par le réseau, protocoles et procédures réalisés par les établissements et les réseaux locaux

Au niveau régional:

- signature des conventions inter établissements
- coordination des transferts dans le cadre du réseau périnatal
- mise en œuvre avec les services de pédiatrie d'une organisation favorisant les conditions de retour des nouveau-nés des niveaux 2 et 3 vers les niveaux 1
- coordination du suivi systématisé des enfants à risque
- développement d'un réseau régional d'images
- schéma d'organisation de l'accompagnement social (aide à domicile, transports)

Au niveau local:

- organisation des réseaux locaux ville-maternité
- organisation de la psychiatrie de liaison en pôle dans chaque maternité: temps identifié comprenant le suivi santé et postnatal, staff médico-psycho-social, lits de maternologie pour la prise en charge des dépressions graves du post partum (*document annexe*)
- suivi de la grossesse clinique et échographique par un binôme médecin - sage-femme

- organisation des sorties de maternité : HAD, soins de suite à domicile, accompagnement social et familial
- accès au diagnostic anténatal et postnatal et prise en charge précoce et multidisciplinaire des enfants à risque de handicap

II.C.3. Par rapport aux exigences d'articulation

Avec les objectifs de santé publique (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique)

- diminuer la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool pendant la grossesse (objectifs 2 et 3): généralisation de l'entretien prénatal individuel, prise en charge des femmes concernées dans le cadre des réseaux locaux, poursuite de la collaboration entre le réseau périnatal et les réseaux régionaux spécialisés (LORALCO et ANPAA)
- réduire la mortalité maternelle (objectif 44): établir les conventions inter établissements nécessaires et les protocoles internes en matière de réanimation adulte et de chirurgie, améliorer la lutte contre les infections nosocomiales en maternité
- réduire la mortalité périnatale et la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme (objectifs 45 et 47): centrer la politique régionale périnatale sur la prévention et le dépistage des facteurs de risque médico-psycho-sociaux
- dépistage et prise en charge précoce des atteintes sensorielles chez l'enfant (objectif 67): dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité
- améliorer l'accès à un dépistage et un diagnostic anténatal (objectif 89): améliorer l'accès aux échographies standard et de référence, mettre en œuvre les recommandations régionales, utilisation de la visioconférence pour étude de dossiers
- assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions (objectif 97): mobiliser tous les professionnels concernés, en particulier les centres de planification et d'éducation familiale, pour atteindre les objectifs fixés

Avec le médico-social

Maillage et formalisation des collaborations entre les différents partenaires du réseau de proximité (maternité, service de pédiatrie, PMI, Centres d'Action Médico-Psychologique Précoce (CAMSP), structures de soins spécialisés en addictologie, services sociaux,...)

Avec la médecine de ville

- collaboration avec les médecins et sages-femmes libéraux dans le cadre de réseaux locaux à structuration variable (convention, GCS, charte,...)
- développement des IVG médicamenteuses en ville par la mise en réseau des cabinets libéraux et des établissements

IV. Prévention

En matière de périnatalité: amélioration du suivi de la grossesse et prévention des risques identifiés:

- généralisation de l'entretien prénatal individuel avec des objectifs communs
- préparation à la naissance adaptée et diversifiée en lien avec l'entretien prénatal individuel
- coordination médico-psycho-sociale et accompagnement à la parentalité)
- amélioration de la prise en charge des situations de précarité et coordination avec les permanences d'accès aux soins de santé
- sensibilisation de la médecine du travail

En matière d'IVG: mise en œuvre d'une politique volontariste en faveur de la contraception:

- amélioration de l'information donnée aux couples pour une maîtrise complète de la fécondité après toute grossesse
- collaboration formalisée entre établissements de santé, centres de planification et d'éducation familiale et Education nationale
- information sur la contraception d'urgence
- association des hommes et des garçons à la contraception
- développement de l'accès à une sexualité responsable
- dépistage des situations de violence sexuelle et conjugale
- ciblage des actions par une meilleure connaissance des motifs de l'IVG
- renforcement du rôle de la permanence téléphonique régionale

V. Télémédecine et système d'information

Principes

- la communication et les liaisons avec le patient doivent être assurés par des professionnels identifiés sur la base de référentiels élaborés par le réseau périnatal
- les patients sont les vecteurs de leur information qu'ils transmettent aux professionnels du suivi
- les professionnels ont obligation d'information et de traçabilité
- il convient de favoriser les informations, les échanges par les nouvelles techniques de communication
- la télé expertise doit être développée dans tous les domaines de la périnatalité

Equipements nécessaires

- matériel informatique adéquat et messagerie sécurisée pour toutes les maternités
- accès à la télémédecine pour toutes les maternités

Outils à développer

Période anténatale:

- dossier minimum de suivi de grossesse (carnet de santé, fiches support et de liaison pour l'entretien prénatal individuel)
- fiche régionale de traçabilité de la prise en charge des addictions
- liaison sécurisée pour le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
- discussion des dossiers de diagnostic anténatal en visioconférence

Période de la naissance:

- fiche de liaison informatisée des transferts
- compte-rendu d'accouchement en temps réel remis à la patiente
- recueil correct des indicateurs par le PMSI

Période postnatale:

- fiche régionale d'accompagnement à la sortie et document d'information destiné aux mères établi par le réseau
- fiche de suivi des enfants hospitalisés en néonatalogie et liaison avec les structures de suivi et de prise en charge
- liaisons avec les relais locaux à travers un annuaire de ressources sur les territoires de proximité

L'objectif, à terme, est la création d'un observatoire régional de la périnatalité.

VI. Formation

La formation doit permettre la mise en œuvre d'un réseau de compétences professionnelles pluridisciplinaires.

Principes

- formation continue obligatoire partagée et régulièrement renouvelée par les différents métiers de la périnatalité
- actions de formation médicale continue pour les médecins généralistes en gynécologie-obstétrique, y compris en matière de contraception, et en pédiatrie
- validation des acquis par les institutions et le réseau périnatal
- formation initiale et continue à l'éducation à la santé
- formation informatique et aux nouvelles technologies de l'information

Formations thématiques à mettre en œuvre

Formations en lien avec la période anténatale:

- formation en addictologie avec mise en œuvre des recommandations de l'ANAES concernant le tabagisme pendant la grossesse
- formation à l'entretien prénatal individuel)
- en matière d'échographie, formation de l'ensemble des professionnels dans une démarche qualité, formation qualifiante des sages-femmes par un diplôme universitaire (D.U.)

Formations en lien avec la naissance et la période postnatale:

- formation à l'accompagnement des parturientes en salle de travail
- formation à la prise en charge et la réanimation maternelle en salle de naissance

- formation à la prise en charge néonatale en salle de naissance et la mise en condition pour transfert
- formation à l'annonce du handicap et au suivi des enfants à risque identifié
- formation à la spécificité de la période néonatale
- formation à l'allaitement maternel

VII. Évaluation

Indicateurs d'effectivité de mise en œuvre

- nombre de sites réalisant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale
- nombre et taux de maternités en conformité, dont celles disposant d'un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ou d'un chirurgien général ou viscéral
- nombre de maternités accréditées par la Haute Autorité de Santé
- nombre et type de coopérations inter établissements
- nombre d'établissements réalisant les entretiens prénatals individuels
- nombre d'établissements réalisant les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse
- nombre de conventions relatives à l'IVG médicamenteuse en ville

Indicateurs de mesure d'impact de satisfaction des besoins, d'évolution de l'offre de soins, de recours aux soins, d'évolution des pratiques

- nombre et taux de maternités fonctionnant dans un réseau formalisé et en mesure de suivre les indicateurs de suivi
- pourcentage de femmes ayant bénéficié de l'entretien prénatal précoce
- nombre et taux de transferts materno-fœtaux
- nombre et taux de transferts néonataux, dont ceux pour manque de lits disponibles dans l'établissement de naissance
- nombre et taux d'accouchements donnant lieu à des naissances multiples dans les maternités de niveau 1
- taux de péridurales pour les accouchements par voie basse
- taux de césariennes
- mortalité périnatale
- indicateurs de suivi postnatal des enfants
- indicateurs des certificats de santé de la PMI
- enquêtes de satisfaction des patientes
- évaluation des référentiels régionaux
- délai moyen de prise en charge des IVG hospitalières en octobre
- taux d'IVG médicamenteuses
- nombre d'IVG médicamenteuses en ambulatoire respectivement en cabinet de ville et en consultation externe hospitalière
- nombre et taux d'hospitalisations pour complication après une IVG médicamenteuse ambulatoire

Il est prévu la constitution d'une base de données régionale périnatale par le recueil d'indicateurs maternels et fœtaux à partir du PMSI.

Cette base, gérée par le réseau périnatal, doit permettre le suivi d'un tableau de bord régional.

VOLET PERINATALITE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION - DIAGNOSTIC PRENATAL

I. PARTICULARISME

I.A. Introduction

Contexte réglementaire spécifique

L'assistance médicale à la procréation (AMP) et le diagnostic prénatal (DPN) sont régis par loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, dont les décrets d'application sont attendus pour 2006.

A ce jour, les règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP fixées par les arrêtés du 12 janvier 1999, du 10 mai 2001 et du 19 juillet 2002 sont toujours en vigueur.

Par ailleurs, l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical (IMG) est réglementée par les articles L. 2213-1 à L. 2213-3 et R. 2213-1 à R. 2213-6 du code de la santé publique.

Particularismes généraux

Ces deux domaines d'activité avaient déjà été intégrés dans le volet "Périnatalité" du SROS II.

La région dispose de 4 centres d'AMP organisés autour d'une unité de lieu de prise en charge médico-clinique pour la fécondation in vitro (FIV).

La région ne dispose pas d'autorisation pour les activités liées au don d'embryon.

Un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP) à vocation régionale est implanté à Nancy.

I.B. Bilan du SROS II

I.B.1. assistance médicale à la procréation

Sécurité et qualité de la prise en charge

- contrôle en 2000, à la demande du ministère dans le cadre de la procédure de renouvellement d'autorisation, des structures autorisées en matière d'AMP clinique et biologique
- contrôle en 2004, à la demande du ministère, des 3 centres d'AMP prenant en charge les patients à risque viral
- fonctionnement des 4 centres d'AMP sur un site clinico-biologique unique où sont mises en œuvre l'ensemble des techniques
- prise en charge psychologique des couples dans les 4 centres
- prise en charge des couples à risque viral VHB+ et VHC+ dans 3 centres
- prise en charge des couples à risque viral VIH+ dans 1 centre

Recueil de données

- transmission annuelle des rapports d'activité par toutes les structures
- réalisation et diffusion aux 4 centres d'AMP de la synthèse régionale annuelle

I.B.2. diagnostic prénatal

Qualité et sécurité des actes

- contrôle en 2000, à la demande du ministère dans le cadre du renouvellement d'autorisation, de tous les laboratoires autorisés
- activités très spécialisées assurées exclusivement au CHU

Développement d'un réseau prénatal entre laboratoires autour du CPDP

- équipe pluridisciplinaire importante au CPDP de Nancy incluant des praticiens d'autres établissements
- formations régionales et visioconférences organisées par le CPDP
- bon retour d'information de la part des cliniciens pour la cytogénétique et la génétique moléculaire, variable pour les autres activités
- difficultés d'assurer une réelle continuité dans la prise en charge
- difficulté du suivi post diagnostic

Foetopathologie

- financement en 2002 d'un poste de foetopathologiste partagé entre le CHU et la Maternité Régionale
- réalisation par la Maternité Régionale d'autopsies fœtales pour 13 établissements, dans un cadre conventionnel

Qualité de la prise en charge de l'interruption médicale de grossesse

- relative stabilité depuis 1999 du nombre d'IMG déclarées, entre 156 et 180 par an
- pas d'IMG déclarées depuis 1999 dans 5 maternités
- prise en charge variable selon les établissements:
 - demande de recevabilité au CPDP
 - absence d'uniformisation des protocoles
 - variabilité ou absence de la prise en charge psychologique des couples et du suivi

Recueil de données

- transmission annuelle des rapports d'activité par toutes les structures
- réalisation d'une synthèse régionale annuelle

I.C. CONTEXTE ACTUEL

I.C.1. assistance médicale à la procréation

Répartition de l'offre de soins

Structures autorisées pour les activités biologiques

	Recueil et traitement du sperme	FIV*	FIV avec micromanipulation (ICSI)	Conservation des gamètes	Conservation des embryons
Lorraine Centre	4	2	2	2	2
Lorraine Nord	1	1	1	1	1
Lorraine N. Est	1	0	0	0	0
Lorraine Sud	1	1	1	1	1
TOTAL	7	4	4	4	4

* fécondation in vitro

Structures autorisées pour les activités cliniques

	Recueil par ponction d'ovocytes	Transfert d'embryons	Recueil par ponction de spermatozoïdes
Lorraine Centre	2	2	1
Lorraine Nord	1	1	1
Lorraine N. Est	0	0	0
Lorraine Sud	1	1	0
TOTAL	4	4	2

Répartition des activités

- 4 centres d'AMP: 2 à Nancy (Maternité Régionale, clinique Majorelle), 1 à Metz (hôpital Sainte-Croix), 1 à Epinal (clinique Arc en Ciel)
- 3 laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) assurant exclusivement le recueil et traitement de sperme: 1 à Nancy (LABM Baillet-Germain-Téboul), 1 à Sarreguemines (LABM Dory), 1 à Bar le Duc (LABM Monvoisin)

- une seule autorisation de recueil et traitement du sperme en vue de don et de conservation des gamètes en vue de don à la Maternité Régionale
- une seule autorisation de recueil par ponction d'ovocytes en vue de don à l'hôpital Sainte-Croix

Agrément des praticiens

Activités biologiques

- 3 centre d'AMP sur 4 disposent d'au moins 2 praticiens agréés
- les laboratoires de Bar le Duc et Sarreguemines ne disposent que d'un seul praticien pour l'activité de recueil et traitement du sperme mais se sont organisés en conséquence avec leurs correspondants gynéco-obstétriciens

Activités cliniques

3 centre d'AMP sur 4 disposent d'au moins 2 praticiens agréés.

Activité

Activité 2003

Nombre de cycles d'insémination artificielle (IA)	Nombre de ponctions d'ovocytes	Taux d'ICSI	Nombre d'enfants nés par IA	Nombre d'enfants nés par FIV
2308	1381	59,1	293	351

Source: rapports annuels d'activité

Evolution 1999 – 2003

Insémination artificielle toutes techniques confondues, en intra conjugal et avec donneur

- diminution de 13,5 % du nombre de cycles d'insémination (de 28,6 % pour les inséminations avec donneur)
- amélioration des taux de succès

FIV

- augmentation de 2,5 % du nombre de ponctions d'ovocytes
- augmentation de 7,4 % du taux de FIV-ICSI
- diminution du nombre moyen d'embryons transférés (entre 1,9 et 2,1 selon les centres en 2003)
- diminution du taux de grossesses triples et plus (entre 0 et 1,2 % selon les centres en 2003)

Nombre d'enfants nés vivants par AMP

- toutes techniques confondues: diminution de 4,3 %
- IAC-IAD: augmentation de 17,7 %
- FIV: diminution de 17,2 %

I.C.2. DIAGNOSTIC PRENATAL

Répartition de l'offre de soins

Structures autorisées

	Cytogénétique	Biochimie	Génétique moléculaire	Virologie	Parasitologie	Marqueurs sériques
Lorraine Centre	3	1	1	1	1	1
Lorraine Nord	1	0	0	0	0	1
Lorraine N. Est	0	0	0	0	0	0
Lorraine Sud	1	0	0	0	0	1
TOTAL	5	1	1	1	1	3

Répartition des activités

- 5 laboratoires autorisés en cytogénétique: 3 à Nancy (CHU, LABM Baillet-Germain-Téboul, LABM Paulus), 1 à Metz (LABM Stahl et Kuntzel), 1 à Epinal (LABM Lefaure-Petit)
- 1 seul laboratoire autorisé en génétique moléculaire au CHU de Nancy
- 1 seul laboratoire autorisé en biochimie sur embryons et fœtus au CHU de Nancy
- 2 laboratoires autorisés en biologie embryonnaire et fœtale (diagnostic de maladies infectieuses) au CHU de Nancy (virologie et parasitologie)
- 3 laboratoires autorisés en biochimie sur marqueurs sériques: 1 à Nancy (LABM Baillet-Germain-Téboul), 1 à Metz (LABM Stahl et Kuntzel), 1 à Epinal (LABM Lefaure-Petit)

Agrément des praticiens

La plupart des laboratoires disposent de plusieurs praticiens agréés mais:

- 3 laboratoires sur 5 ne disposent que d'un seul praticien agréé pour la cytogénétique, ce qui est problématique au regard de l'activité
- les laboratoires de virologie et parasitologie ne disposent que d'un seul praticien, mais pour une activité quantitativement limitée

Activité

Activité 2003

Type examens	Cytogénétique	Biochimie	Génétique moléculaire	Virologie	Parasitologie	Marqueurs sériques
Nombre	4227	111	68	49	19	16205

Source: rapports annuels d'activité

Evolution 1999 – 2003

Cytogénétique

- diminution d'activité de 3,2 %
- arrêt de l'activité du laboratoire du CHR-Metz courant 2004
- indication la plus fréquente: risque de trisomie 21 estimé par le dosage des marqueurs sériques
- entre 120 et 150 anomalies détectées par an

Biochimie, génétique moléculaire, biologie fœtale

- activité variable d'une année sur l'autre, de l'ordre de quelques dizaines d'examens par an
- examens assurés par le CHU mais:
 - fuites des 2/3 des prélèvements hors région, essentiellement en provenance de la Lorraine Nord pour la parasitologie
 - fuites extra régionales non négligeables en biochimie pour les examens spécifiques de l'alpha foetoprotéine

Dosage des marqueurs sériques

- diminution de l'activité de 9,8 % en raison de fuites extra régionales importantes due à la concurrence de plus en plus forte des gros laboratoires de recrutement national
- taux de couverture régional faible ne dépassant guère les 50 % au regard des besoins estimés sur la base des 28000 naissances annuelles en Lorraine
- autour d'une quinzaine de trisomies 21 détectées annuellement puis confirmées par examen cytogénétique

Diagnostic préimplantatoire (DPI)

- couverture satisfaisante des besoins pour ce type de diagnostic avec les centres actuels localisés à Paris et Strasbourg
- amélioration nécessaire des délais de prise en charge notamment pour les patients avec translocations
- compétences locales en ce domaine: participation de la maternité régionale au consortium européen du DPI aux côtés des autres centres français de DPI

II. OBJECTIFS

II.A. Particularismes territoriaux

Secteur Sud

- 3 centres de FIV
- un centre régional de recueil, traitement, conservation et cession des gamètes issus de don
- rôle central du CHU dans les activités de diagnostic prénatal

Secteur Nord

Un centre de FIV assurant environ 40 % de l'activité régionale

II.B. Objectifs généraux et opérationnels

Objectifs généraux

Assistance médicale à la procréation

Offrir aux couples engagés dans une procédure d'AMP un environnement adapté et de qualité

Diagnostic prénatal

Développer un réseau prénatal autour du CPDP

Structurer une organisation régionale en réseau de foetopathologie

Objectifs opérationnels

Assistance médicale à la procréation

- assurer la sécurité et la qualité des soins
- développer le travail en réseau
- améliorer l'évaluation des structures

Diagnostic prénatal

- développer la collaboration entre les laboratoires autorisés
- améliorer le recours aux établissements de la région
- améliorer la prise en charge des IMG
- améliorer l'évaluation des structures

II.C. Recommandations d'organisation

II.C.1. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

Accessibilité

Assistance médicale à la procréation

- maintien des 4 centres de FIV actuels
- maintien de l'activité des 7 laboratoires assurant le recueil et traitement du sperme en vue d'insémination
- mise en œuvre de l'activité relative au don d'embryon
- mise en œuvre du recueil par ponction de spermatozoïdes au centre de FIV d'Epinal dans un souci de prise en charge de proximité

Diagnostic prénatal

- maintien de l'activité des 8 laboratoires actuellement autorisés (dont 4 au CHU)
- étude de la mise en œuvre d'un centre de diagnostic préimplantatoire si les besoins locaux venaient à évoluer ou si une nouvelle organisation était mise en place au niveau national, la région disposant déjà des compétences techniques

Sécurité / Qualité

Assistance médicale à la procréation

- respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique
- mise en œuvre des recommandations réglementaires de bonnes pratiques pour la stimulation ovarienne
- présence systématique du biologiste lors du recueil par ponction de spermatozoïdes en vue d'une exploration gonadique bilatérale si nécessaire et d'une éventuelle cryoconservation

- inscription des structures autorisées dans une démarche qualité d'accréditation (deuxième version) ou de certification

Diagnostic prénatal

- respect des nouvelles normes réglementaires établies en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique
- inscription des laboratoires autorisés dans une démarche qualité de certification
- uniformisation des pratiques et des protocoles
- accompagnement psychologique systématique des couples en pré et post IMG
- Diffusion de compte rendu type d'examen foetopathologie en coordination avec le CPDP

Il est souhaité l'instauration d'un contrôle de qualité et d'agrément d'activité ainsi que la reconnaissance de l'activité et la mise à la nomenclature des actes.

Continuité

Assistance médicale à la procréation

- agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée

Diagnostic prénatal

- agrément d'au moins 2 praticiens par activité autorisée
- collaboration entre laboratoires autorisés en vue d'assistance pendant les congés

Globalité

Assistance médicale à la procréation

- unité de lieu de prise en charge clinico-biologique pour la FIV
- prise en charge psychologique adaptée dans le cadre d'une coopération étroite entre gynécologues, psychologues et psychiatres

Diagnostic prénatal

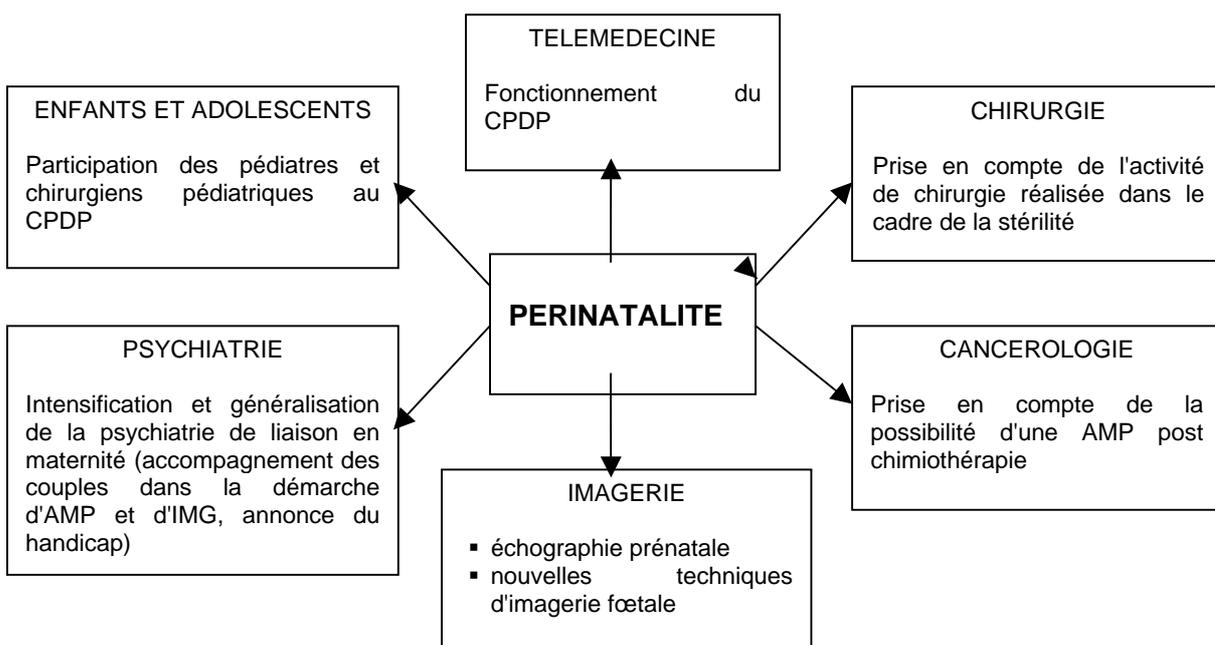
- réalisation de l'IMG par la maternité qui assure le suivi de la grossesse

II.C.2. Par rapport aux principes d'organisation

Description des filières

Filières à mettre en place entre professionnels du dépistage prénatal et professionnels de la naissance afin d'assurer une continuité dans le dépistage et la prise en charge des enfants à risque de handicap

Articulation avec les autres volets



Adaptation de l'offre / Alternatives

Prise en charge des couples en hospitalisation de jour ou en ambulatoire à privilégier

Coopérations / Réseaux

Assistance médicale à la procréation

- travail en réseau entre les professionnels de l'AMP et le réseau périnatal
- travail en réseau entre l'ensemble des structures autorisées en vue de projets de recherche communs, du développement de techniques nouvelles, pour la prise en charge des patients séropositifs, pour les dossiers difficiles
- travail en réseau entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intra conjugale avec utilisation par tous les praticiens du document élaboré par les professionnels de la région

Diagnostic prénatal

- amélioration, au sein d'un réseau prénatal autour du CPDP, de la circulation des informations entre praticiens et CPDP et pour une communication cohérente vis à vis du couple
- amélioration, au sein du réseau prénatal, des transmissions de l'information, pour uniformiser les demandes, définir les collaborations et les modalités d'accès au dossier dans un réseau ville - hôpital
- renforcement de la collaboration de proximité entre les laboratoires autorisés et les établissements de santé concernés dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse
- collaboration entre laboratoires autorisés: projets de recherche communs, développement de techniques nouvelles, dossiers difficiles

II.C.3. Par rapport aux exigences d'articulation

Avec les objectifs de santé publique (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique)

- améliorer l'accès à un dépistage et un diagnostic anténatal (objectif 89): améliorer l'accès aux échographies standard et de référence, mettre en œuvre les recommandations régionales, utilisation de la visioconférence pour étude de dossiers
- réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme (objectif 47): éviter les grossesses multiples, facteur de prématurité

Avec le médico-social

Amélioration et formalisation de la collaboration des maternités avec les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

Avec la médecine de ville

Assistance médicale à la procréation

Collaboration étroite entre gynécologues libéraux et biologistes dans le cadre de l'insémination intra conjugale

Diagnostic prénatal

Adaptation des prestations des laboratoires aux besoins des cliniciens

III. Prévention

Assistance médicale à la procréation

Accompagnement psychologique adapté des couples

Diagnostic prénatal

Prise en charge psychologique des couples en cas d'IMG

IV. Télémedecine et système d'information

Assistance médicale à la procréation

- mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir
- gestion informatisée de l'activité régionale au sein d'un réseau à développer entre cliniciens et biologistes dans le cadre de l'insémination intra conjugale

Diagnostic prénatal

- poursuite de l'expérience menée au titre du CPDD pour améliorer les transmissions d'information
- mise en place d'un tableau de bord régional à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pertinents à définir

V. Formation

Assistance médicale à la procréation

Développer le travail en réseau entre structures autorisées en vue de l'amélioration de la qualité en matière de formation

Diagnostic prénatal

En matière d'échographie et de nouvelles techniques d'imagerie, formation de l'ensemble des professionnels dans une démarche qualité.

VI. Évaluation

Indicateurs d'effectivité de mise en œuvre

Assistance médicale à la procréation

- nombre d'utilisateurs du document régional IAC
- nombre de laboratoires certifiés
- nombre d'établissements de santé accrédités par la Haute Autorité de Santé
- nombre de dons d'embryons

Diagnostic prénatal

- nombre de dossiers traités annuellement par le CPDP
- nombre de conventions maternités – CAMSP
- nombre de maternités assurant les IMG

Indicateurs de mesure d'impact de satisfaction des besoins, d'évolution de l'offre de soins, de recours aux soins, d'évolution des pratiques

Assistance médicale à la procréation

- indicateurs des rapports d'activité annuels réglementaires
- statistiques spécifiques par structure avec en particulier analyse des résultats sur des cohortes, moins soumises aux variations liées à la petitesse de certains effectifs
- indicateurs à définir pour l'élaboration d'un dossier d'évaluation type dans le cadre de la nouvelle procédure de demande de renouvellement des autorisations

Diagnostic prénatal

- indicateurs des rapports d'activité annuels réglementaires
- mise en place de l'évaluation des pratiques; indicateurs qualitatifs à définir par les professionnels
- indicateurs à définir pour l'élaboration d'un dossier d'évaluation type dans le cadre de la nouvelle procédure de demande de renouvellement des autorisations.

VOLET

LES SOINS DE SUITE, LA REEDUCATION ET LA READAPTATION FONCTIONNELLE

I. PARTICULARISME

I.A État des lieux - forces et faiblesses

L'offre de Soins de Suite, de Rééducation et réadaptation fonctionnelle (SSR) s'est considérablement accrue et transformée depuis le précédent schéma.

Les structures ont évolué de la convalescence vers des prises en charge plus lourdes, plus précoces.

Pour répondre à des besoins mal couverts, certaines d'entre elles ont développé une orientation spécifique ou une spécialisation.

Les coordinations doivent se renforcer entre les différents acteurs, de court séjour, de soins de suite ou de réadaptation, et dans une moindre mesure du secteur médico-social et du secteur libéral.

Ce mouvement doit être poursuivi et amplifié, en tenant compte des contraintes liées à la démographie des professionnels.

Le schéma vise à aboutir à une organisation graduée de l'offre, en réseau, garantissant :

- proximité et accessibilité : orientation des patients vers le plateau technique le plus adapté à leur état pathologique et le plus proche de leur lieu de vie,
- qualité et sécurité : réadaptation et réinsertion efficaces, adaptées aux besoins des patients,
- efficience : dans un contexte de contraintes budgétaires et démographiques, diffusion des compétences et des savoir-faire par meilleure coordination avec l'amont et l'aval et une standardisation des procédures de prise en charge.

L'élaboration du projet médical de territoire est une opportunité pour faire évoluer l'offre de SSR en l'inscrivant dans une analyse territoriale des besoins, en terme de structures mais aussi de coordination autour du parcours des patients.

Ces différents dispositifs et lois vont dans le sens d'un repositionnement autour de la personne, ce qui constitue une avancée culturelle majeure en particulier pour le système sanitaire.

I.B Le contexte épidémiologique et démographique

✓ *Epidémiologie Morbidité*

Les indications de recours aux SSR n'ont pas évolué depuis 20 ans, cependant, les besoins vont continuer à croître en raison de la démographie de la population et de l'épidémiologie.

L'évolution démographique des prochaines années laisse prévoir une forte augmentation de la population des personnes de 60 ans et plus (+ 10 % à 5 ans, + 22 % à 10 ans **pour le territoire nord** et ; + 43 % par rapport à 1999 en 2015 et + 20 % par rapport à 2005 **pour le territoire sud**), qui sont les principaux usagers des services de SSR.

Les pathologies motivant le séjour en SSR et MPR selon les données PMSI 2004 :

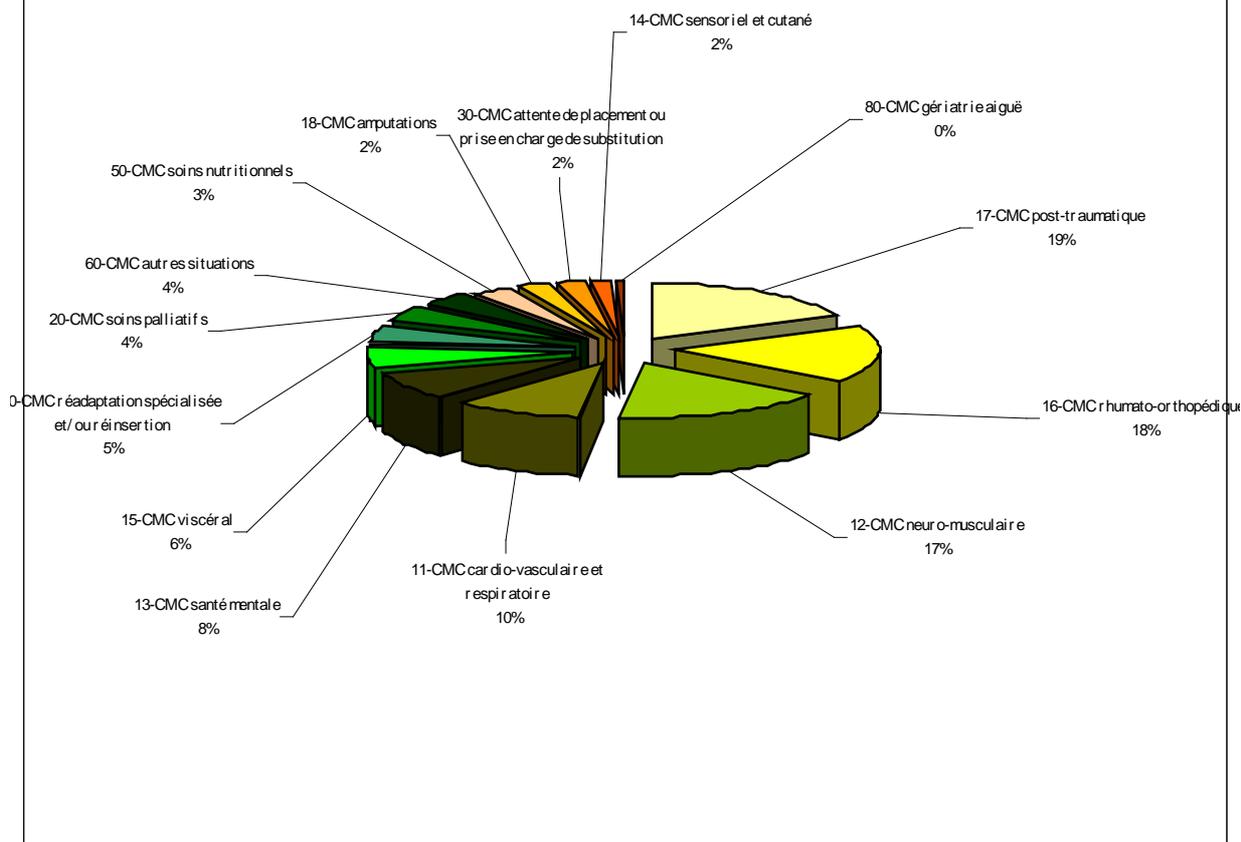
A noter 89,67 % d'exhaustivité par rapport au nombre de lits et places moyen séjour et 100 % d'exhaustivité par rapport au nombre de lits et places réadaptation fonctionnelle.

Éventail des cas traités par Catégorie Majeure Clinique – Comptabilisation des RHA

CMC	Effectif	%	Nb de journées	% de journées	Age moyen	% de femmes	% en journées de la CMC dans la base nationale
11-CMC cardio-vasculaire et respiratoire	16 173	9,93 %	87 757	9,99 %	71	48,06 %	12
12-CMC neuro-musculaire	29 133	17,89 %	148 332	16,88 %	62	51,95 %	21,2
13-CMC santé mentale	12 366	7,59 %	74 519	8,48 %	64	48,64 %	8,1
14-CMC sensoriel et cutané	2 704	1,66 %	15 023	1,71 %	70	64,16 %	3,1
15-CMC viscéral	8 506	5,22 %	48 517	5,52 %	72	63,31%	6,1
16-CMC rhumato-orthopédique	30 381	18,66 %	151 452	17,23 %	63	64,69 %	15,1
17-CMC post-traumatique	28 651	17,60 %	157 154	17,88 %	66	64,00 %	15,4
18-CMC amputations	3 886	2,39 %	21 292	2,42 %	65	28,99 %	2,1
20-CMC soins palliatifs	6 354	3,90 %	38 847	4,42 %	72	57,29 %	2,8
30-CMC attente de placement ou prise en charge de substitution	3 256	2,00 %	19 561	2,23 %	78	60,29 %	1,3
40-CMC réadaptation spécialisée et/ou réinsertion	9 372	5,76 %	48 135	5,48 %	62	47,18 %	3,7
50-CMC soins nutritionnels	5 416	3,33 %	30 121	3,43 %	50	65,83 %	3,2
60-CMC autres situations	5 896	3,62 %	33 885	3,86 %	72	65,56 %	3,4
80-CMC gériatrie aiguë	738	0,45 %	4 286	0,49 %	86	69,78 %	0,6
Total	162 832	100,00 %	878 881	100,00 %	65	57,18 %	.

Source PMSI 2004

Répartition de l'activité SSR 2004 selon la CMC



✓ Démographie des professionnels de santé

La démographie des professions de santé de cette discipline est défavorable.

La population des médecins MPR est vieillissante et peu d'étudiants sont attirés par cette formation.

Déficit de formation d'orthophonistes, surtout occupés par ailleurs aux soins aux enfants. Insuffisance de kinésithérapeutes et autres personnels de réadaptation en soins de suite, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues formés en nombre suffisant mais sans remboursement par l'Assurance Maladie d'éventuelles prises en charge libérales.

✓ Engorgement des filières des professionnels de santé

Il est généralement fait état, dans les établissements de court-séjour, de difficultés pour trouver des places en SSR. Tous les services sont concernés.

D'une part, le problème est particulièrement manifeste dans les services d'urgence, à la recherche de places en Soins de Suite pour les personnes âgées devenues incapables de revenir directement à leur domicile après une prise en charge permettant de stabiliser leur état médical.

D'autre part, des patients restent dans des lits de SSR à défaut de possibilité d'aval (Maison de Retraite, SSIAD, USLD...). L'analyse du PMSI 2004, fait en effet ressortir qu'ils représentent 19 561 journées, soit 2,23 % d'hospitalisation en SSR alors que la moyenne nationale est de 1,3 %.

I.C Les personnels

Dans le SROS II, il était fait référence aux seules normes nationales en personnel existantes, données par deux circulaires du 06 juin 1977 et du 23 janvier 1978 et fixant les effectifs à :

- 0,2 agent par lit dans les sections administration et technique
- 0,6 agent au lit du malade (personnel médical, soignant et d'entretien)

Il n'y a pas eu d'évolution concernant les effectifs en personnel et restent donc applicables au SROS IIIème génération.

I.D L'offre de soins en SSR et MPR

Dans le territoire Nord :

34 établissements lorrains adultes et enfants sont autorisés à pratiquer du SSR et de la MPR dont 9 sont des établissements publics, 23 sont des établissements privés de type PSPH et 2 sont des établissements privés non PSPH sous OQN.

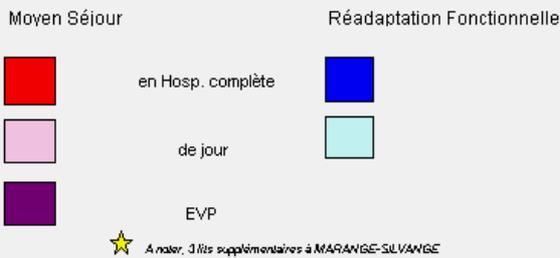
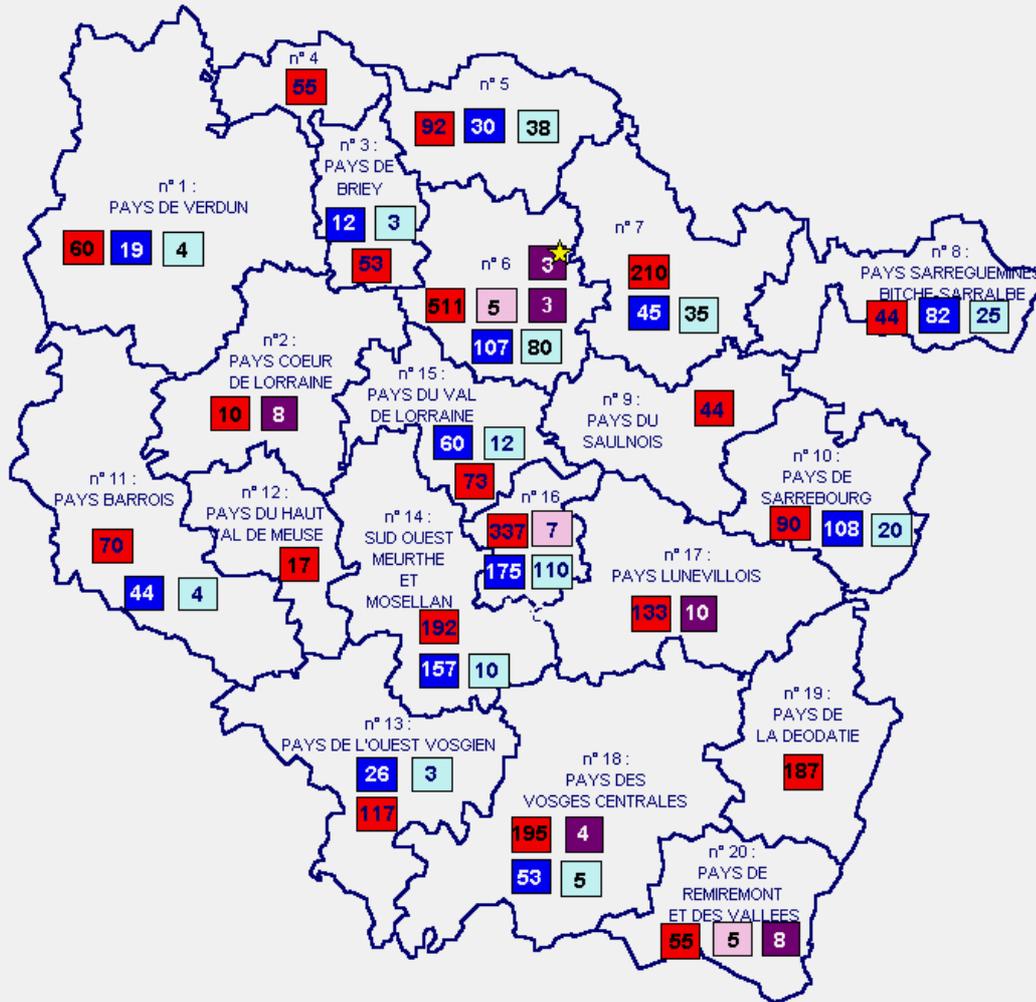
Dans le territoire Sud :

43 établissements lorrains adultes et enfants sont autorisés à pratiquer du SSR et de la RF dont 26 sont des établissements publics, 7 sont privés de type PSPH et 10 sont privés non PSPH sous OQN.

TERRITOIRES DE SANTE DE PROXIMITE

Implantation des Soins de Suite

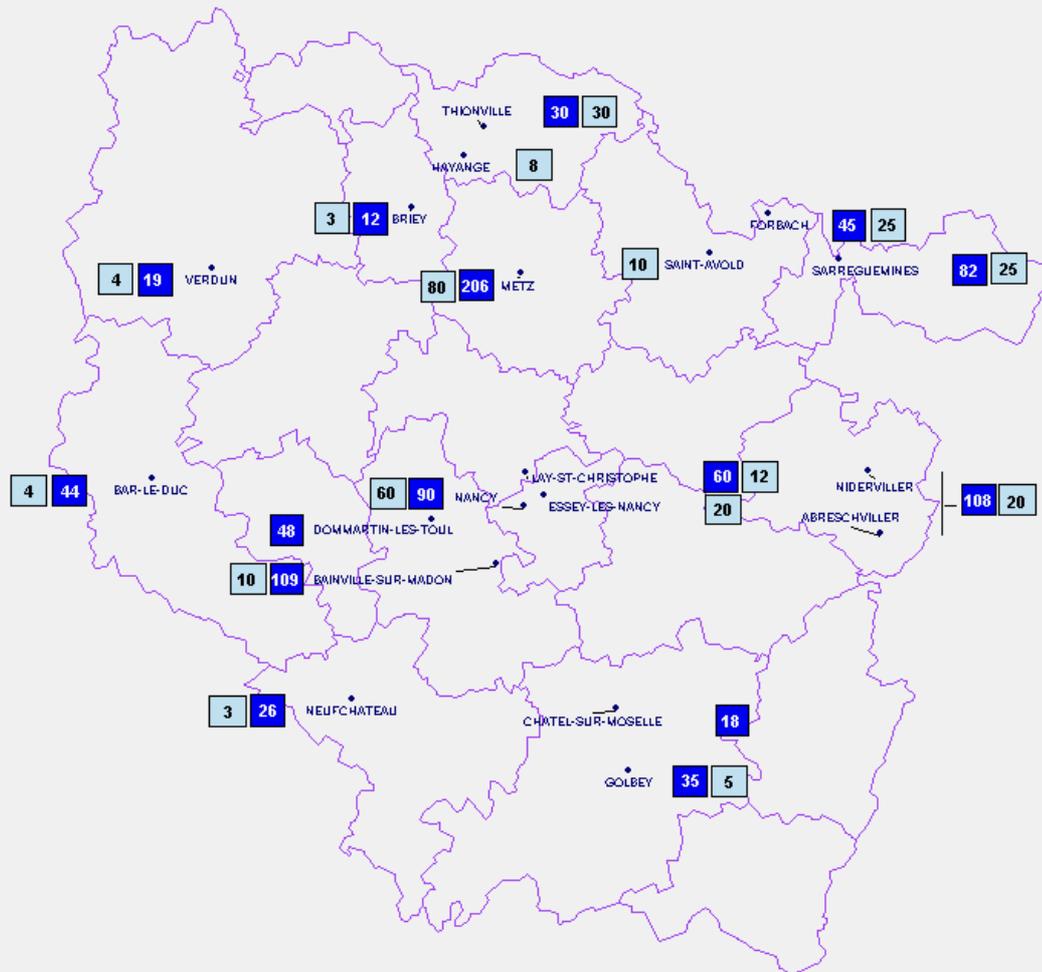
- LORRAINE -



ORFANE - FSI - Décembre 2005

READAPTATION FONCTIONNELLE LORRAINE

- Répartition des lits et places -
 (sont exclus les établissements accueillant des enfants (moins de 16 ans))



en Hosp. complète
 de jour

ORAMNE - PST - octobre 2005

Indice d'équipement (lits et places "adultes" pour 1 000 Habitants)

Lits et places autorisés au 01 juillet 2005

Territoires	Population	ENSEMBLE MOYEN SEJOUR							DONT READAPTATION FONCTIONNELLE							
		Lits	Indice pour 1 000 hab	Places	Indice pour 1 000 hab	EVP	Indice pour 1 000 hab	TOTAL	Indice pour 1 000 hab	Lits	Indice pour 1 000 hab	Places	Indice pour 1 000 hab	HAD	TOTAL	Indice pour 1 000 hab
Total territoire N°1 : Pays de Verdun	76 716	79	1,03	4	0,05		0,00	83	1,08	19	0,25	4	0,05		23	0,30
Total territoire N°2 : Pays Cœur de Lorraine	24 106	10	0,41		0,00	8	0,33	18	0,75		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°3 : Pays de Briey	73 867	65	0,88	3	0,04		0,00	68	0,92	12	0,16	3	0,04		15	0,20
Total territoire N°4 : « Longwy »	82 409	55	0,67		0,00		0,00	55	0,67		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°5 : « Thionville »	217 925	122	0,56	38	0,17		0,00	160	0,73	30	0,14	38	0,17		68	0,31
Total territoire N°6 : « Metz »	364 300	618	1,70	85	0,23	3	0,01	706	1,94	107	0,29	80	0,22		187	0,51
Total territoire N°7 : « Bassin Houiller »	250 664	255	1,02	35	0,14		0,00	290	1,16	45	0,18	35	0,14		80	0,32
Total territoire N°8 : Pays de Sarreguemines-Bitche- Sarralbe	99 980	126	1,26	25	0,25		0,00	151	1,51	82	0,82	25	0,25		107	1,07
Total territoire N°9 : Pays du Saulnois	28 480	44	1,54		0,00		0,00	44	1,54		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°10 : Pays de Sarrebourg	62 098	198	3,19	20	0,32		0,00	218	3,51	108	1,74	20	0,32		128	2,06
Total Territoire Nord	1 280 545	1 572	1,23	210	0,16	11	0,01	1 793	1,40	403	0,31	205	0,16	0	608	0,47
Total territoire N°11 : Pays Barrois	68 928	114	1,65	4	0,06		0,00	118	1,71	44	0,64	4	0,06		48	0,70
Total territoire N°12 : Pays du Haut Val de Meuse	22 454	17	0,76		0,00		0,00	17	0,76		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°13 : Pays de l'Ouest Vosgien	60 147	143	2,38	3	0,05		0,00	146	2,43	26	0,43	3	0,05		29	0,48
Total territoire N°14 : Pays du Sud-Ouest Meurthe-et -	88 028	349	3,96	10	0,11		0,00	359	4,08	157	1,78	10	0,11		167	1,90

Mosellan																
Total territoire N°15 : Pays du Val de Lorraine	94 632	133	1,41	12	0,13		0,00	145	1,53	60	0,63	12	0,13		72	0,76
Total territoire N°16 : « Nancy »	299 058	488	1,63	113	0,38		0,00	601	2,01	90	0,30	80	0,27		170	0,57
Total territoire N°17 : Pays Lunévillois	76 001	112	1,47		0,00	10	0,13	122	1,61		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°18 : Pays des Vosges Centrales	1 51 885	248	1,63	5	0,03	4	0,03	257	1,69	53	0,35	5	0,03		58	0,38
Total territoire N°19 : Pays de la Déodatie (sans C C des Lacs et des Hauts Rupts)	82 802	139	1,68		0,00		0,00	139	1,68		0,00		0,00			0,00
Total territoire N°20 : Pays de Remiremont et de ses Vallées (et CC des Lacs et des Hauts Rupts)	85 896	55	0,64	5	0,06	8	0,09	68	0,79		0,00		0,00			0,00
Total Territoire Sud	1 029 831	1 798	1,75	152	0,15	22	0,02	1 972	1,91	430	0,42	114	0,11	0	544	0,53
Total Lorraine	2 310 376	3 370	1,46	362	0,16	33	0,01	3 765	1,63	833	0,36	319	0,14	0	1 152	0,50

NOMBRE de SITES d'IMPLANTATIONS

TERRITOIRE NORD

Territoires	Sites	S.S.R. POLYVALENT	Sites	MPR POLYVALENTE
Territoire 1	1 site	C.H. – VERDUN	1site	C.H. – VERDUN
Territoire 2	1 site	C.H. – ST MIHIEL	pas de site	
Territoire 3	2 sites	C.H. – BRIEY Hôpital JOEUF	1 site	C.H. - BRIEY
Territoire 4	2 sites	H.B.L. – MT ST MARTIN Clinique les Peupliers VILLERUPT	pas de site	
Territoire 5	5 sites	Alpha Algrange Clinique Ste Elisabeth Alpha THIONVILLE Clinique A. PARE C.H.R. METZ-THIONVILLE	2 sites	LADAPT
Territoire 6	7 sites	C.H. GORZE C.H.R. – METZ Centre de Moyen séjour de CHARLEVILLE S/BOIS Hôpital MARANGE SILVANGE Hôpital de MOYEUVRE GRANDE Hôpital Ste Croix LESSY Hôpital Sainte Blandine	2 sites	Hôpital Belle Isle C.H.R. - METZ
Territoire 7	6 sites	CH BOULAY / Viller Bettnach ST AVOLD CREUTZWALD (FORBACH) FREYMING MERLEBACH LONGEVILLE les ST AVOLD	1 site	FORBACH
Territoire 8	2 sites	SARRALBE BITCHE	1 site	Le HOHBERG
Territoire 9	2 sites	CHATEAU SALINS DIEUZE	Pas de site	
Territoire 10	1 site	ABRESCHWILLER	1 site	ABRESCHVILLER

TERRITOIRE SUD

Territoires	Sites	S.S.R. POLYVALENT	Sites	MPR POLYVALENTE
Territoire 11	1 site	C.H. – BAR LE DUC	1 site	C.H. BAR LE DUC
Territoire 12	1 site	C.H. – COMMERCY	Pas de site	
Territoire 13	3 sites	LAMARCHE MIRECOURT VITTEL	1 site	NEUFCHATEAU
Territoire 14	2 sites	NEUVES MAISONS BAINVILLE sur MADON	1 site	BAINVILLE sur MADON
Territoire 15	4 sites	FAULX POMPEY PONT à MOUSSON LAY Saint CHRISTOPHE	Pas de site	
Territoire 16	6 sites	ST NICOLAS de PORT ST CHARLES Les ELIEUX ST DON ST JEAN FLAVIGNY	1 site	I.R.R.
Territoire 17	3 sites	BACCARAT BLAMONT CIREY S/VEZOUZE	Pas de site	
Territoire 18	5 sites	RAMBERVILLERS BRUYERES GOLBEY CHATEL S/MOSELLE RASEY – XERTIGNY	2 sites	CHATEL S/MOSELLE GOLBEY
Territoire 19	4 sites	ST DIE RAON SENONES LA LOUVIERE	Pas de site	
Territoire 20	3 sites	GERARDMER REMIEMONT LE THILLOT	Pas de site	

II. OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS

Le SROS III s'appuie sur le SROS II.

Il va porter essentiellement sur 2 champs polyvalents :

- **Les soins de suite polyvalents (SSR)**
- **La médecine physique et de réadaptation (MPR)**

Les thèmes plus spécifiques seront repris dans les volets tels que volet personnes âgées, cardiologie à l'exception du volet cérébro-lésés et trauma crâniens intégrés à ce SROS.

II.A Soins de suite polyvalents

Définition

Les soins de suite polyvalents peuvent être définis, comme des soins continus en vue de la consolidation et l'ajustement thérapeutique, après une pathologie aiguë, ayant pour but la limitation des handicaps physiques, la restauration somatique et psychologique, l'éducation des patients, la préparation de la sortie et de la réinsertion dans un but de réinsertion globale des malades.

Ils ont aussi vocation à mettre en œuvre des soins palliatifs chaque fois que nécessaire.

Des difficultés particulières sont apparues

- Le raccourcissement des durées de séjour en court séjour, entraîne un recours plus important au SSR voire au long séjour, mais les solutions d'aval sont souvent difficiles à mettre en œuvre (SSIAD, long séjour, maison de retraite, SSIAD....), d'où engorgement de la filière.
- L'orientation parfois très précoce à partir des services du court séjour entraîne un besoin accru de médicalisation dans les SSR, et parfois nécessite des réhospitalisations itératives difficiles à organiser.
- Les soins de suite sont plus difficilement accessibles dans les villes.
- La médicalisation des SSR en zone rurale est parfois difficile.
- Les patients présentant un syndrome de démence demandent une prise en charge spécifique.
- Il y a nécessité d'apporter des réponses pertinentes aux besoins des patients atteints de pathologies psychiatriques.
- Enfin certains patients sont jugés indésirables du fait de l'inadéquation entre les pathologies présentées : escarres, trachéotomie et les moyens disponibles, ou du coût de la prise en charge (dialyse, antibiothérapie pour germes multirésistants).

Objectifs

- Tous les patients quelle que soit leur spécificité doivent être pris en charge de façon satisfaisante.
- Les structures existantes ne sont pas destinées aux seules personnes âgées, même si elles les accueillent majoritairement.

Doivent pouvoir être accueillies toutes personnes dont l'état de santé le requiert (enfant, adulte....).

- Tout patient doit pouvoir être pris en charge à proximité de son domicile (30 à 40 km).

La notion de proximité de l'entourage est un facteur de qualité en particulier pour la personne âgée.

- Chaque service ou unité devrait atteindre une masse critique de 25 à 30 lits.
- Afin d'ajuster la réponse aux besoins de chaque patient, l'offre, par territoire, doit être diversifiée.

Ce qui implique, compte tenu des moyens humains actuels que chaque établissement se recentre sur ses compétences, et travaille en réseau avec l'ensemble des partenaires des champs sanitaires et médico-sociaux.

Cette organisation doit pouvoir permettre une réponse graduée des soins, dès lors que l'évaluation des besoins du patient aura été réalisée dès l'entrée dans ces services, et si possible en amont à partir du court séjour.

Une amélioration des circuits en amont et aval de services de SSR est indispensable pour répondre aux besoins actuels, qui vont aller croissant du fait du vieillissement de la population, et de la diminution de la durée de séjour dans les services de médecine ou de chirurgie.

Celle-ci ne peut se réaliser qu'en coordonnant et créant des filières du court séjour au domicile, en passant par HAD, Hôpital de jour, SSR, USDL....et, avec l'aide des structures médico-sociales et sociales.

L'admission directe de patients adressés par leurs médecins généralistes ou spécialistes doit pouvoir être maintenue.

La médicalisation dans sa pluridisciplinarité doit être réalisée dans chaque site.

II.B Médecine physique et de réadaptation (MPR)

Définition

La médecine physique et de réadaptation (nouvelle dénomination de la réadaptation fonctionnelle) a pour mission, la mise en œuvre des mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences ou incapacités secondaires dues à un accident ou une maladie.

Elle vise aussi à assurer la réinsertion sociale voire professionnelle des patients conservant une ou plusieurs déficiences.

Cette discipline doit prendre en charge, le patient précocement, dès le court séjour et, dès que son état de santé l'autorise.

En dehors des structures spécialisées de MPR, il y a nécessité d'exportation des compétences MPR sur le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), le S.R.R. polyvalent, les structures médico-sociales, les structures psychiatriques afin de coordonner le meilleur parcours de soins du patient.

Cette spécialité est confrontée à de nouvelles difficultés

- Problèmes de démographie des médecins de médecine physique ainsi que des paramédicaux.
- L'orientation précoce à partir des services de court séjour ne permet pas toujours à un patient nécessitant encore des soins aigus de bénéficier pleinement de soins spécialisés, les moyens dont dispose la structure de MRP ne répond qu'imparfaitement à ces besoins.
- Le MRP est de plus en plus sollicité pour intervenir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Cette spécialité est confrontée aux problématiques psychiatriques de certains patients (anorexie, addiction, tentative de suicide....). D'autres patients doivent rester en milieu fermé alors qu'ils relèveraient aussi des soins de médecine physique.

Objectifs

- Les prises en charge doivent pouvoir être réalisées à proximité du domicile du patient.

Ce qui implique la coordination d'offre du MPR (consultations avancées) dans chaque secteur de proximité.

La prise en charge pourra être réalisée en ambulatoire (secteur libéral) ou en alternative à l'hospitalisation (HAD).

- La coordination développée dans chaque territoire de proximité doit s'appuyer sur une équipe MRP implantée sur le territoire ou un territoire voisin.

Cette équipe permettra d'offrir les possibilités d'hospitalisation complète ou de jour, ainsi que des prestations complémentaires.

- Chaque service ou unité doit atteindre une masse critique de 30 équivalents patients traités par jour.
- Les services doivent être implantés à proximité d'un plateau technique hospitalier.
- Les besoins de médecine polyvalente présentés par certains patients doivent être couverts, soit par convention avec un service de médecine, soit par le rapprochement avec un SSR polyvalent (partage de temps médicaux).
- L'amélioration des circuits en amont et aval des services, est indispensable pour répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs.

Une organisation en filière doit pouvoir se structurer.

- Il appartient à chaque MPR de passer convention tant avec les structures de courts séjours qu'avec les établissements médico-sociaux.
- Le MPR doit se préoccuper du service à la personne en intégrant l'accompagnement à domicile avec l'aide du secteur médico-social : d'où la nécessité de raisonner en projet de vie, projet de soins.
- Les équipes MPR doivent pouvoir réaliser les actes d'expertise en milieu sanitaire et médico-social, et des actes techniques, pour le suivi de patients admis en SSR polyvalent ou en HAD.

II.C. Objectifs opérationnels pour S.S.R. polyvalents et MPR

Projet thérapeutique – Projet de vie

Pour être efficace et efficiente, la prise en charge suppose que le patient soit accueilli au bon moment au bon endroit.

Ce qui implique une fluidité entre les structures MCO, SSR polyvalents et MPR.

Elle suppose donc une évaluation des besoins du patient (expertise) et en regard celle des prises en charge nécessaires.

Cette expertise doit être réalisée par une équipe pluridisciplinaire (médicale, paramédicale et sociale).

Les prises en charge doivent être graduées et mises en œuvre en continu pendant le parcours du patient.

Ceci nécessite la construction d'un projet thérapeutique dès que possible en court séjour, envisageant la totalité du parcours de soins, y compris le projet de sortie dont le retour au domicile, trop souvent conditionné par la mise en œuvre des aides auxquelles le patient peut prétendre (maison du handicap....).

Il y a donc lieu d'évaluer avec le patient :

- la situation familiale et sociale,
- l'accessibilité et d'adaptabilité du domicile (surtout lorsqu'il s'agit du patient âgé ou handicapé),
- les conditions de retour au domicile négociées avec la personne, les proches et le médecin traitant.

Ceci requiert l'implication de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux, et la reconnaissance mutuelle des compétences.

Une équipe mobile de coordination permettrait d'harmoniser ces projets.

Equipe mobile de coordination

Equipe d'évaluation, d'orientation et de conseil, elle a pour rôle de faciliter les différentes prises en charge des patients par l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins, des soins aigus jusqu'au retour et maintien à domicile dans des conditions de prise en charge acceptables.

La coordination des professionnels hospitaliers et intervenants à domicile repose sur des rencontres et des outils de communication (fiche de suivi, dossier médical partagé..).

Elle facilite le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour, soins de suite polyvalents et médecine de rééducation par tous moyens :

- standardisation des demandes,
- annuaires,
- formations, rencontres de professionnels...
- et joue donc un rôle d'animation de réseau (même non formalisé) sur un territoire donné.

De même, elle facilite l'articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux (SSIAD, SVA...).

Elle facilite la mise en œuvre de procédures de prise en charge des patients avec l'ensemble des prestataires de soins de suite et réadaptation, institutionnels ou libéraux, y compris avec les institutions médico-sociales et sociales.

Elle doit être rattachée à une structure existante.

Tout centre MPR devrait pouvoir mettre en œuvre ce service.

Dans les secteurs de proximité ou n'existe pas d'unité de MPR, elle peut se rattacher à un SSR polyvalent. Il appartient au MPR de passer des conventions avec un ou plusieurs services de SSR polyvalents.

Elle travaille sur un territoire défini, une par territoire de proximité est souhaitable. A défaut, plusieurs territoires de proximité peuvent s'organiser en complémentarité pour la mettre en œuvre.

Cette équipe est polyvalente, mais elle peut aussi jouer le rôle de coordination pour des pathologies spécifiques : AVC par exemple.

Il s'agit plus d'une équipe de recours que d'une équipe de soins, réalisant un accompagnement des équipes.

Cependant, elle peut être amenée à jouer le rôle de pôle ressources.

Elle est animée par un médecin rééducateur et, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale et secrétaire.

Un temps défini doit être consacré à cette mission par chacun de ces membres, il pourrait être d'environ un mi-temps par professionnel.

Le temps devra être réévaluer si la mission de pôle ressources est retenue.

Mise en œuvre des alternatives à l'hospitalisation

La fluidité des filières du court séjour-SSR-retour à domicile ne pourra se réaliser que si l'offre de soins en SSR est sensiblement augmentée.

Le retour à domicile peut être facilité par la mise en œuvre d'HAD, alternative à l'hospitalisation, pour préparer ou prendre le relais de l'hospitalisation, assurant ainsi le lien entre hospitaliers et libéraux.

L'HAD repose sur le médecin traitant et l'équipe de professionnels libéraux après orientation par le médecin coordonnateur de la structure.

Les soins de suite polyvalents s'inscrivent dans la continuité des soins et doivent pouvoir être réalisés dans l'HAD au même titre que les prises en charge de pathologies aiguës ou chroniques autres.

Les HAD existantes spécialisées en SSR, ne sont pas remises en cause.

Mais afin de répondre aux besoins de la population, il semble plus judicieux de créer par secteur, une HAD polyvalente, s'attachant par convention les compétences nécessaires à la prise en charge des soins de suite, y compris des soins de réadaptation.

Soins de suite et réadaptation pour enfants

Ces soins de suite répondent aux mêmes objectifs que pour l'adulte, à savoir une réinsertion globale du patient.

Toutefois, il faut tenir compte de spécificités propres à l'enfant et adolescent jusqu'à 18 ans, c'est à dire, selon l'âge une dépendance naturelle à l'adulte, à l'environnement familial, les besoins pédagogiques et éducatifs.

Les prises en charge doivent répondre aux besoins d'évaluation de soins s'incluant dans un projet de vie personnalisé global, éducatif, social, psychologique, établi en partenariat avec la famille et l'enfant.

La scolarité doit être respectée, et les parents soutenus dans la démarche.

Recommandations

- ✓ Maintien de l'enfant dans son milieu familial pour toutes les prises en charge ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet tout en assurant la qualité des prestations.
- ✓ L'offre de soins doit être graduée avec hiérarchisation des plateaux techniques.
- ✓ Un pôle technique de référence travaillera en lien avec les établissements hospitaliers, médico-sociaux et libéraux, et pourra par convention, mettre des compétences à disposition de ces établissements.
- ✓ Chaque établissement hospitalier disposant d'un service de MPR, doit pouvoir offrir des soins pédiatriques, au moins sous forme d'hospitalisation de jour et prise en charge ambulatoire.

Locaux

Lorsque l'hospitalisation ne peut avoir lieu dans un service de pédiatrie, elle peut avoir lieu dans le service MPR si les locaux réservés à l'accueil de l'enfant y sont aménagés :

- locaux spécifiques
- salle de repos avec matériel adapté
- si possible une salle de jeux
- un espace dédié à l'enfant doit être aménagé dans les locaux de rééducation lors de l'hospitalisation de jour ou de consultations. Il convient d'éviter la cohabitation jeunes-personnes âgées, au moins par une planification des rendez-vous ; des locaux spécifiquement aménagés sont souhaitables.

Personnel

Le médecin de médecine physique chargé de l'hospitalisation de jour ou des prises en charge ambulatoires appartient à un centre spécialisé ou reçoit son appui.

Kinésithérapeute et ergothérapeute doivent être formés aux problématiques de rééducation et réadaptation de l'enfant.

L'équipe de rééducateurs doit pouvoir être complétée par orthophoniste, psychomotricien, psychologue sensibilisés aux problèmes de rééducation et réadaptation pédiatriques.

Une coordination entre le pédiatre qui doit être consultable à la demande, et le médecin du MPR est indispensable.

Le concours d'un professeur d'activité physique adaptée (APA) est souhaitable.

III. ORGANISATION TERRITORIALE POUR SSR ET MPR POLYVALENTS

Trois types de réponse peuvent être donnés :

- ✓ SSR et MPR polyvalents de proximité (hôpitaux locaux, hôpitaux de proximité, HAD).
- ✓ SSR spécialisés (PA, pathologies nutritionnelles) et MPR spécialisés (gériatrique, cardiovasculaire, réadaptation pédiatrique, neurologique).
- ✓ Centre de référence pour le MPR = I.R.R..
Un centre de référence peut aussi assurer des prestations spécialisées ou de proximité.

Tous les territoires doivent disposer d'une offre de soins polyvalente pour le SSR et le MPR, c'est à dire pouvoir offrir au moins une prise en charge au sein d'une HAD.

En cas d'absence de structure MPR sur un territoire de proximité, l'HAD peut être liée pour les prestations MPR à une structure d'un secteur voisin.

Il est souhaitable que chaque territoire de proximité ou groupe de territoires puisse se doter d'une équipe mobile de coordination.

Le Territoire Nord

Il devra se doter de nouvelles capacités de SSR polyvalents s'il veut répondre aux besoins de la population. Actuellement peu équipé, il va devoir répondre à de nouveaux besoins induits par le vieillissement de la population.

Ces créations devront se faire en partie par transformation de lits de court séjour (lits actuellement embolisés du fait des délais d'attente par les patients relevant de SSR).

Tous les territoires devront réévaluer leurs besoins et augmenter les capacités SSR, à l'exception des territoires 9 (Saulnois) et 10 (Pays de Sarrebourg).

Il en est de même pour le MPR à l'exception du territoire 8 (Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe).

Nécessité de créer une unité MPR en territoire 4 (Longwy), ainsi qu'en territoire 9 (Saulnois) (ou au moins répondre aux besoins par une H.A.D. polyvalente).

Le Territoire Sud

Globalement, le Territoire Sud est assez bien doté d'autant plus que les nombreux hôpitaux locaux jouent parfois le rôle de SSR dans les lits de médecine. Mais leur niveau de médicalisation est souvent inadapté au regard de l'évolution des besoins.

Les territoires les mieux pourvus en SSR sont les territoires 17 (Lunévillois), 18 (Vosges Centrales) et 19 (Déodatie).

Les territoires 15 et 16 devront augmenter sensiblement leurs capacités en SSR en coordination avec l'évolution de l'implantation de l'HAD..

Un MPR (ou au moins les prestations MPR au sein d'une HAD) doit voir le jour sur les territoires :

- 12 (Val de Meuse)
- 17 (Lunévillois) : HAD
- 19 (Déodatie)
- 20 (Remiremont).

Des mutualisations sont à trouver pour répondre aux besoins de ces 2 derniers secteurs.

IV. EVALUATION ET INDICATEURS

✓ *Sur la fluidité des circuits :*

- Nombre de territoires disposant d'une équipe mobile de coordination
- Nombre d'unités pour la région et par territoire
- Délai d'attente par secteur pour obtenir une place en SSR et MPR
- Taux de séjours longs inadaptés en court séjour
- Nombre de journées perdues par fermeture de lits due au manque de personnel médical, ou manque de personnel paramédical
- Partenariat développé avec les établissements prescripteurs.

✓ *Diversification des réponses :*

- Nombre d'HAD offrant une prise en charge SSR et prise en charge MPR
- Couverture géographique par HAD

V. RECOMMANDATIONS DES PROFESSIONNELS POUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SSR ET MPR POLYVALENTS

V.A. Soins de suite polyvalents

Propositions des professionnels :

Ces unités ou services doivent répondre aux propositions des professionnels suivantes :

PERSONNELS

Equipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique.

Médecin généraliste : le temps médecin doit pouvoir assurer la continuité des soins.

Médecin gériatre pour les rôles de référence.

- 1 cadre infirmier
- I.D.E : 5 ETP pour 25/30 lits
- A.S. : 9 pour 30 lits
- A.S.H. : 4 pour 30 lits

LES PERSONNELS SPECIALISES

- Kinésithérapeutes
- Psychologues
- Diététiciens
- Ergothérapeutes
- Psychomotriciens
- Assistants sociaux
- Orthophonistes

C'est le projet médical qui permettra de définir pour chaque établissement et en fonction des ses spécificités les diverses compétences requises et les temps d'intervention des personnels.

Ces personnels sont mis à disposition notamment à partir du plateau technique de réadaptation fonctionnelle de l'établissement hospitalier quand il existe ou par convention.

EQUIPEMENTS

Locaux de vie :

Lieux communs de vie.

Hébergement : chambres avec sanitaires adaptés.

L'accessibilité des locaux est impérative : ascenseur, largeur des portes.

Chaque chambre doit pouvoir disposer des fluides médicaux.

Locaux techniques :

Infirmierie

Bureau des médecins

Salle de soins

Salle de rééducation

Chaque centre doit pouvoir accéder à un plateau technique bénéficiant d'explorations fonctionnelles, d'imagerie, de biologie et de consultations spécialisées.

V.B. Réadaptation fonctionnelle polyvalente

Propositions des professionnels :

Ces services doivent répondre au cahier des charges proposé par les professionnels :

PERSONNELS

L'équipe doit être obligatoirement pluridisciplinaire :

- 2 médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation
- Kinésithérapeute : 1 ETP pour 8 à 10 patients
- Ergothérapeute : 1 ETP pour 8 à 10 patients
- Cadre rééducateur : 1 par service
- Orthophoniste : 1 ETP pour 8 à 10 patients
- Psychologue : 1 ETP pour 30 patients
- Assistant social : 1 ETP pour 30 patients

D'autres spécialistes peuvent intervenir en fonction de l'orientation et de l'importance des services :

- Orthoprothésiste
- Psychomotricien
- Moniteur
- Moniteur d'atelier professionnel
- Enseignant
- Ergonome
- Technicien et ingénieur bio médicaux.

Ces indications reprennent les conclusions des différents groupes de travail. Toutefois, c'est le projet médical qui permettra de définir pour chaque établissement et en fonction de ses spécificités les diverses compétences requises et les temps d'intervention du personnel.

Le temps des personnels doit comprendre le temps nécessaire à l'organisation du retour et du maintien à domicile.

- Visite à domicile
- Maintenance du matériel

EQUIPEMENTS

Le plateau technique doit obligatoirement comporter les locaux suivants :

Locaux :

- Salle de kinésithérapie
- Salle d'ergothérapie
- Salle d'appareillage
- Salle d'hydrobalnéothérapie
- Salle d'accueil et de consultations
- Bureaux

Ces équipements doivent être adaptés en fonction des pathologies des patients accueillis définies dans le projet médical.

Ces centres doivent intégrer ou avoir à disposition par convention un plateau technique bénéficiant de :

- Explorations fonctionnelles
- Imagerie
- Laboratoire de biologie
- Consultations spécialisées

Les différentes activités de réadaptation fonctionnelle doivent être suivies par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales de chaque établissement.

VOLET

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CEREBRO-LESES ET TRAUMATISES MEDULLAIRES

Les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires sont le plus souvent les conséquences des accidents de la route.

En région Lorraine, une étude s'appuyant sur les données PMSI permettait d'évaluer en 1996 de 350 à 600 traumatisés crâniens graves par an.

La qualité de la prise en charge est fonction de la rapidité, de la pertinence des secours et de l'orientation du blessé auprès des établissements les plus adaptés que ce soit à la phase aiguë ou de réadaptation. Une coordination de type réseau est nécessaire avec l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et médico-social.

Il ne saurait être créé des unités spécifiques dans l'accueil des traumatisés crâniens, mais plutôt favoriser la mutualisation des compétences et la polyvalence, cependant les établissements assurant la prise en charge à la phase aiguë de ces blessés doivent être identifiés en fonction de leur capacité technique de façon identique à celle décrite dans le volet AVC.

Traumatisme crânien grave

Orientation et prise en charge

C'est au Centre 15 d'évaluer la gravité en lien avec les équipes SMUR et de décider de l'orientation la plus adaptée. L'orientation doit être réalisée, soit d'emblée vers une équipe neuro-chirurgicale, soit au minimum vers une structure disposant d'un plateau technique :

- * unité de réanimation avec réanimateur 24h/24 et neurologue,
- * service d'imagerie : scanner H24 et accès possible à l'IRM,
- * système de transfert d'image vers un centre de neurochirurgie permettant de consulter le neurochirurgien de la structure de référence.

Tout traumatisé crânien et/ou médullaire doit pouvoir être examiné en tant que de besoin par un réanimateur, un neurochirurgien, un chirurgien viscéral et orthopédique ainsi qu'un neuro-psychiatre.

En cas d'indication neurochirurgicale, un transfert vers une unité de référence sera réalisé. **Des unités dédiées ne sont donc pas à prévoir.**

- Le projet de rééducation et de réadaptation doit être intégré dès la phase aiguë.
- Un médecin de médecine physique et réadaptation (M.P.R.) doit pouvoir intervenir pour bilan et diagnostic dès le court séjour.
- Le médecin référent participe à la prise en charge et l'orientation vers le service de soins de suite le plus adapté, et si besoin vers une unité d'éveil.

Les relations entre court séjour et MPR doivent être formalisées par convention. Ces patients doivent bénéficier de consultations spécialisées de suivi à distance de 2 à 6 mois.

La famille doit être accompagnée

- lieu dédié à l'accueil et l'information personnalisée,
- l'équipe médicale informant la famille, psychologue apportant son soutien,
- équipe soignante formée à cet accueil.

Rééducation - réadaptation

A l'issue des soins aigus, l'orientation du patient peut se faire vers un service de médecine, un service de SSR ou une structure MPR.

L'équipe mobile d'orientation peut jouer pleinement son rôle, compte tenu de sa connaissance des établissements.

Elle peut être amenée à jouer le rôle de centre ressource pour le diagnostic et l'évaluation, si l'établissement hospitalier n'a pas de MPR et si l'équipe mobile est dotée de moyen suffisant.

- Le patient présente encore des troubles majeurs :

Il sera orienté vers une structure capable d'assurer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée : intervention possible, des collaborations spécialisées nécessaires (chirurgien, ORL, ophtalmo, psychiatre, urologue, MPR).

Cette structure devra disposer d'une présence IDE 24h/24. Ces structures travaillent en liaison avec les structures de référence.

- Les troubles majeurs ont disparu :

Le travail de réadaptation et de réinsertion doit s'articuler avec le dispositif de suivi médical, médico-social et social. Il doit favoriser le développement d'un nouveau projet de vie.

Le suivi du patient

Le patient doit faire l'objet d'un suivi attentif et coordonné, dont l'objectif est de prévenir les complications et suivre le patient sur le plan médical, médico-social et social.

Un accompagnement personnalisé du patient et de sa famille doit être proposé à la sortie du MPR, en liaison avec le médecin traitant. Il conviendra d'être particulièrement attentif à la prise en compte des troubles neuropsychologiques.

D'étroites collaborations doivent s'établir entre :

- MPR et SSR
- Services d'aide et d'accompagnement (SAVS, SAMSAH)
- Professionnels libéraux
- Equipes de soins à domicile (HAD, SSIAD...)
- Etablissements médico-sociaux (JEROS, MAS...)
- Associations

Des accueils temporaires tant sanitaire que médico-social devraient pouvoir prendre le relais des familles.

Etat Végétatif Persistant (EVP) ou Etat Pauci Relationnel

La prévalence est estimée à 2,5 pour 100 000 habitants soit 58 patients en Lorraine.

L'estimation des besoins de 6 à 8 lits pour 300 000 habitants conduit à envisager 46 à 61 lits en Lorraine.

Actuellement 36 lits sont autorisés.

Les patients doivent être accueillis au sein de petites unités de 6 à 8 lits, s'appuyant sur un plateau technique (IDE : H 24 – médecin formé présent), **et liées par convention avec un MPR et un service de neurochirurgie.**

Les liens avec la famille sont à favoriser, et la prise en charge doit pouvoir être de proximité. Des collaborations doivent s'envisager avec les structures médico-sociales (MAS, FDT...)

Organisation territoriale

De façon générale, dès que l'état est stabilisé, les patients tirent bénéfice d'une réadaptation en Centre de proximité.

La proximité de l'entourage familial et du lieu de vie favorise la réinsertion sociale et éventuellement professionnelle.

En cas de nécessité, le retour vers un centre de référence doit être possible.

- Centres MPR de référence pour traumatisés crânio-cérébraux graves et médullaires : Centre de rééducation fonctionnelle de Lay Saint Christophe pour les adultes et Centre de Flavigny (CRE) pour les enfants.
- Le besoin en lits pour EVP est patent. Au moins 10 lits devraient s'ouvrir dans la région. Dans la mesure où chaque unité doit avoir un minimum de 6 lits les 2 unités du territoire 6 doivent être complétées soit un minimum de 6 lits, l'unité du territoire 18 doit être complétée de 2 lits . Une unité dans le territoire 7 ainsi qu'une unité sur le territoire 15 ou 16 doivent être envisagés .

Les patients neurologiques lourds doivent pouvoir trouver réponse à leurs besoins, dans les SSR existants. L'engagement des SSR dans cet accueil pourrait être accompagné des moyens nécessaires par contractualisation.

Néanmoins, une grande partie relèverait de long séjour (soins prolongés) de MAS médicalisées ou d'autres solutions médico-sociales.

Trauma crânien moyen, voire léger

Une réflexion doit s'organiser autour de la prise en charge de ces traumatisés pour favoriser une filière spécifique.

Evaluation pour l'activité dédiée aux cérébro lésés et médullaires

- Nombre de prises en charge de TC par le Centre 15
- Nombre de patients TC pris en charge en réanimation dans les différents établissements
- Nombre de fois où un médecin référent a été désigné
- Nombre de conventions entre réanimation et MPR
- Délai d'attente pour une place en éveil et en EVP
- Nombre de séjours longs inadaptés en court séjour

VOLET HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

I. Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

Conformément aux orientations de l'arrêté du 27 avril 2004 relatives à la constitution du schéma régional de 3^{ème} génération, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge sanitaire à part entière et dans ce cadre doit faire l'objet d'un volet individualisé.

Les caractéristiques de ce mode de prise en charge fixées par décret soulignent la dimension transversale de ce volet qui doit être relié aux besoins identifiés par discipline dans les différents volets composant le SROS. Il revient à chaque volet thématique de définir si l'HAD s'inscrit dans la filière de prise en charge et éventuellement de définir des pathologies cibles relevant de ce mode de prise en charge.

L'HAD s'inscrit dans une logique de réponse graduée aux besoins de prise en charge et d'organisation de filière de soins.

Bien qu'elle s'organise au domicile il s'agit bien d'une prise en charge hospitalière.

Les autorisations sont données par activité de soin (médecine, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, gynécologie-obstétrique, traitement du cancer,...) et sur une aire géographique.

I.A. Etat des lieux

1. Contexte et adaptation du cadre réglementaire

L'HAD existe en France depuis 1955 et en Lorraine depuis 1972.

Elle a vu sa reconnaissance officielle avec la loi hospitalière de 1991 par le décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

La politique nationale de développement de l'HAD s'est traduite par :

- Un plan gouvernemental de développement de l'HAD qui a prévu la création de 8000 places d'ici fin 2005 soit un doublement de la capacité nationale de 2003. La convention de partenariat signée le 26/08/2004 entre la CNAMTS et la FNEHAD s'inscrit dans ce plan national de développement de l'HAD.
- La suppression du taux de change par l'ordonnance de simplification du fonctionnement des établissements de santé du 4 septembre 2003
- L'inscription de l'HAD dans les thèmes obligatoires du schéma d'organisation sanitaire (arrêté du 27 avril 2004)
- La circulaire du 30 mai 2000 précisant la place des HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- La circulaire du 4 février 2004 précisant le cahier des charges pour l'HAD polyvalente et pour certaines activités spécialisées (périnatalité, pédiatrie et psychiatrie) que la structure d'HAD peut développer.

2. Définition et champ d'intervention :

Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes réalisés.

L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Elle permet de raccourcir ou d'éviter l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation.

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de trois catégories de soins :

- des soins ponctuels, techniques et complexes fréquemment réitérés sur une durée déterminée (par exemple en chimiothérapie),
- des soins continus, de durée non déterminée, pour des patients ayant une pathologie évolutive,
- des soins de réadaptation au domicile de durée déterminée, après une phase aiguë.

3. Etat des lieux en Lorraine :

➤ Un développement sensible mais insuffisant.

Dans le SROS 1999-2004, l'HAD était inscrite comme une orientation stratégique de développement des alternatives à l'hospitalisation.

En 2001 seules 4 structures étaient installées, soit un ratio de 1,1 places/100 000 habitants. L'offre de soins a été multipliée par 1,5 entre 2002 et 2004, et 1,8 entre 2002 et 2005, soit une augmentation de 138% des places autorisées. Sur 153 places autorisées, 52 % sont actuellement en fonctionnement.

Cette augmentation sensible des capacités de prise en charge, qui se traduit par un ratio de 6,2 places/100 000 habitants, reste toutefois nettement insuffisant au regard de l'objectif cible national fixé pour 2005 à 13,3 places/100 000 habitants.

➤ **Une offre de soins en HAD spécialisée**

✓ 3 structures spécialisées en obstétrique

En région Lorraine 3 structures sur 11 ont une activité spécialisée en obstétrique. Deux d'entre elles, qui ont des capacités (2 places à Bitche, 5 à Gérardmer), résultent de restructuration d'activité après la fermeture de maternités et sont couplées à un centre périnatal de proximité. La troisième située à Thionville s'explique par l'unicité du plateau technique d'obstétrique sur le site de Thionville et l'évolution des pratiques médicales. Elle a réalisé à elle seule 49% de l'ensemble des séjours en HAD de la région Lorraine en 2004.

✓ 1 structure spécialisée en réadaptation et rééducation fonctionnelle

Ce service en fonctionnement depuis 1972 est assuré par le Centre Jacques Parisot à BAINVILLE SUR MADON. Implanté dans le territoire de proximité n°1 4 (Pays du sud-ouest meurthe-et-mosellan), il intervient sur l'agglomération Nancéenne (territoire n°16).

✓ 2 structures ayant une orientation soins palliatifs :

Elles sont implantées sur le territoire Nord (HAD de Joeuf dans le territoire de proximité N°3, pays de Briey) et HAD de Thionville dans le territoire de proximité de Thionville

Les structures d'HAD en Lorraine fin 2005

Territoire de planification		ETABLISSEMENTS	Capacités	
			Autorisées	Installées
<i>Territoire de santé de proximité</i>				
Territoire Nord			84	54
3	<i>Pays de Briey</i>	Ass hospitalière JOEUF	2	2
4	<i>"Longwy"</i>	AHBL	5	0
5	<i>"Thionville"</i>	CHR METZ THIONVILLE	5	10
		CHR METZ THIONVILLE	10	10
6	<i>"Metz"</i>	Hôpital Sainte Blandine METZ (HADAM)	40	20
		CH GORZE	5	5
7	<i>"Bassin Houiller"</i>	Hôpital BOULAY	15	5
8	<i>Pays de Sarreguemines Bitche-Saralbe</i>	Hôpital ST JOSEPH BITCHE	2	2
Territoire Sud			69	25
16	<i>"Nancy"</i>	Association HADAN NANCY	50	10
20	<i>Pays de Remiremont et de ses Vallées</i>	CH GERARDMER	5	5
14	<i>Pays du Sud-Ouest Meurthe et Mosellan</i>	Centre J. PARISOT BAINVILLE	14	10
		Région Lorraine	153	79

➤ Une organisation et des modalités de fonctionnement variables

Dans le cadre des travaux d'élaboration du SROS une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des 8 structures en fonctionnement début 2005. Elle met en lumière l'existence d'organisations et modes de

fonctionnement divers, tant pour la coordination que pour la continuité des soins ou la formalisation des coopérations avec les différents intervenants.

I.B. Points forts et points d'amélioration

1. Points d'amélioration :

- Un accès inégal à l'HAD :

Il existe une couverture régionale imparfaite et disparate en structures d'HAD. A la fin de l'année 2005, les aires d'intervention des HAD autorisées couvrent un territoire correspondant à 41% de la population Lorraine.

Les implantations géographiques des structures autorisées et en fonctionnement sont principalement situées sur l'axe Thionville Metz Nancy avec également un développement autour de Boulay en Moselle. Par contre les départements des Vosges, de la Meuse, l'est de la Moselle ainsi que le nord et le sud-est de la Meurthe-et-Moselle sont dépourvus d'offre d'HAD polyvalente.

Différents types de freins ont été identifiés :

- Des freins administratifs :

- Par l'application, dans le cadre du régime réglementaire des autorisations jusqu'en 2003, d'un taux de change par transformation de lits d'hospitalisation complète à la création de places d'HAD. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et fonctionnement des établissements de santé permet désormais sur le plan réglementaire, de lever cette condition.

- L'absence d'outil d'évaluation des besoins.

- Des facteurs culturels et le défaut de formation et d'information :

- un mode de prise en charge insuffisamment intégré à la formation et la culture des professions médicales hospitalières et libérales

- l'absence de formation des professionnels et l'absence d'information sur ce mode de prise en charge tant auprès des patients que des professionnels.

- Des facteurs environnementaux et géographiques :

- l'inadaptation du logement, l'isolement social, la précarité

- des périmètres d'intervention des structures d'HAD limités par les temps de déplacement.

- Des facteurs d'évolution démographique des professionnels de santé :

L'effet conjugué de l'insuffisance de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux, de kinésithérapeutes et d'implantation de services de soins infirmiers à domicile sur certains secteurs, en particulier sur les zones rurales justifie une réflexion sur les modalités d'organisation à prévoir.

2. Points forts :

- L'HAD contribue à la satisfaction des patients qui ont pu bénéficier de ce mode de prise en charge.

L'HAD est un outil majeur de coopération entre professionnels de santé, médicaux, para médicaux et soignants hospitaliers et libéraux et entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales. C'est un vecteur du renforcement du lien ville-hôpital qui accroît le rôle du médecin traitant et le niveau de compétence des intervenants libéraux.

- Le développement de l'HAD contribue à optimiser les séjours en hospitalisation conventionnelle et les passages dans les services d'urgence.

- L'HAD permet de minorer les risques sanitaires liés aux infections nosocomiales.

- La tarification à l'activité (T2A) est un facteur de développement de l'HAD par l'incitation à réduire la durée de prise en charge en hospitalisation complète et donc à augmenter l'offre de solutions alternatives mais aussi par l'opportunité financière d'une tarification à 100% dès 2006 pour toutes les structures autorisées en HAD.

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.A. Objectifs généraux

- Organiser une offre de soins de proximité et de qualité adaptée aux besoins de prise en charge afin de permettre pour tout patient, quel que soit son lieu de résidence en Lorraine, la possibilité d'une prise en charge en HAD
- Répondre aux besoins de prise en charge de proximité de façon coordonnée et efficiente
- Faciliter la coopération, la complémentarité et la coordination des différents acteurs de la prise en charge du patient en HAD afin d'améliorer la qualité de cette prise en charge
- Renforcer la coordination des soins de ville médicaux et non médicaux avec le secteur hospitalier et en articulation avec le secteur médico-social et social.

II.B. Objectifs opérationnels

Promouvoir le développement de l'HAD

La promotion du développement de l'offre de soins HAD doit reposer sur la mise en œuvre d'une campagne de communication et d'information tant auprès des acteurs de santé (professionnels et institutions), que des usagers, et doit s'appuyer sur la transmission des savoir-faire.

Le Réseau HADLOR (Association pour la promotion et le développement de l'HAD en Lorraine) a vocation à participer activement à la mise en place d'une campagne de communication en articulation avec les autres réseaux de santé.

Organiser un développement coordonné d'HAD polyvalentes

Dans le cadre de l'objectif de constitution d'un maillage territorial, les projets de création ou d'extension de structures polyvalentes dans les zones non couvertes seront favorisés. Ce développement d'HAD polyvalentes doit privilégier les implantations sur les sites pivots des territoires de proximité en coopération avec les établissements sanitaires qui y sont implantés et en assurant une extension vers les secteurs plus ruraux avec l'appui éventuel de structures relais (hôpital local ou de proximité, professionnels de santé libéraux, SSIAD...).

Le développement des structures d'HAD doit être coordonné.

- Ainsi toute création ou extension devra s'inscrire dans le cadre du projet médical de territoire.
- Tous les acteurs potentiels doivent être impliqués dès l'élaboration du projet d'HAD qui doit aussi faire l'objet d'une étude préalable de besoins. Pour réaliser cette étude, l'outil méthodologique d'évaluation des besoins qui a été réalisé pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins peut être utilisé.

Si l'objectif principal est de privilégier le développement de structures d'HAD polyvalentes, cela ne remet pas en cause le maintien ou le développement d'activités spécialisées au sein d'une HAD polyvalente en fonction des besoins identifiés sur son territoire d'intervention.

Assurer les conditions d'une prise en charge de qualité

La prise en charge en HAD requiert la même exigence de qualité qu'une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Elle justifie une formation initiale et continue des acteurs de la prise en charge, la formalisation de conventions entre la structure et les intervenants salariés, l'élaboration et l'application de procédures et protocoles, la mise en œuvre de l'évaluation et l'engagement dans la procédure d'accréditation.

La mise en place d'une coordination régionale voire territoriale est souhaitable. Elle serait chargée d'assurer en lien avec le réseau HADLOR la diffusion de l'information et de promouvoir la formation. Elle pourra également faciliter les coopérations entre les structures en matière de fonctionnement.

III. Recommandations d'organisation

III.A. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

1. Accessibilité

L'amélioration de la couverture géographique régionale en structures d'HAD polyvalente nécessite de susciter la création de nouvelles implantations et l'extension raisonnée du secteur d'intervention des HAD

existantes en même temps que l'élargissement du champ d'activité des structures ayant une activité spécialisée.

La notion d'implantation correspond à l'entité juridique titulaire de l'autorisation. La couverture de l'aire géographique définie réglementairement dans l'autorisation pourra être assurée par des structures relais. Ces relais peuvent être organisés à partir d'hôpitaux de proximité, d'hôpitaux locaux, de SSIAD, de professionnels libéraux...

Les HAD polyvalentes qui seront autorisées devront avoir des aires géographiques distinctes des structures voisines, la juxtaposition des différentes HAD permettant le maillage territorial. Les aires géographiques d'intervention ne seront pas nécessairement superposables à un territoire de proximité.

Il est préconisé que chaque territoire de proximité puisse disposer d'un dispositif de prise en charge en HAD. Cependant, en particulier pour les territoires les moins peuplés, pour lesquels la création d'une structure autonome de faible capacité ne paraît pas envisageable, ce dispositif peut reposer sur une structure d'HAD implantée juridiquement dans un autre territoire disposant éventuellement d'une ou plusieurs structures relais permettant les prises en charge de proximité.

L'accessibilité repose également sur les actions de sensibilisation des prescripteurs potentiels d'HAD, médecins d'établissements ou médecins de ville, afin de proposer plus systématiquement aux patients qui répondent aux critères de prises en charge ce mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète.

L'accessibilité à l'HAD doit aussi pouvoir concerner les personnes âgées en EHPAD.

2. Sécurité /qualité

La prise en charge repose sur une évaluation initiale réalisée en concertation avec le prescripteur et un projet thérapeutique personnalisé élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante de l'HAD, le médecin prescripteur et le médecin traitant. Ce projet thérapeutique précise les objectifs, les moyens et les intervenants en tenant compte du projet de vie du malade et de son entourage. Il est actualisé en cours de séjour.

Toute structure d'HAD dispose d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend :

- une équipe de coordination salariée de la structure comprenant au minimum un médecin coordonnateur et un cadre infirmier.
- une équipe soignante
- d'autres personnels : personnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes...), psychologues, diététiciens, assistants sociaux...

Afin de maintenir une souplesse dans leur fonctionnement, les structures peuvent organiser leurs interventions avec des personnels salariés de la structure d'HAD, des salariés mis à disposition par une autre personne morale ou des professionnels libéraux. Les modalités d'intervention de professionnels libéraux ou mis à disposition par d'autres structures sont à préciser dans le cadre de conventions entre la structure siège de l'HAD et les différents intervenants.

La participation de professionnels libéraux ou mis à disposition peut permettre de disposer de relais pour assurer des prises en charge en limitant les temps de déplacement, de faciliter la transition en fin d'intervention de l'HAD. C'est aussi un vecteur d'amélioration du niveau des compétences des professionnels qui bénéficient des actions de formation de la structure d'HAD.

La structure d'HAD organise la permanence et la continuité des soins. Elle doit également disposer d'un système de communication à distance assurant 24 heures sur 24 une liaison entre les patients, leur entourage et l'équipe soignante.

Les prises en charge devront être conformes aux recommandations des différents réseaux qui devront en assurer la diffusion.

Les modalités de coopération avec l'amont et l'aval sont formalisées :

- en amont avec les établissements sanitaires,
- en aval les structures médico-sociales et les services de maintien à domicile.

3. Continuité

La continuité et la permanence des soins définis dans le projet thérapeutique doivent être assurés y compris les dimanches et jours fériés.

Pour répondre aux situations de crise ou d'urgence, doit exister un système de communication à distance permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients et/ou leur entourage et la structure d'HAD. Au minimum il repose sur une astreinte téléphonique assurée par le personnel soignant. D'autres dispositifs tel que la téléassistance peuvent être mis en place.

La continuité des soins repose aussi sur un dossier médical dont une partie est accessible au domicile.

Le lieu d'un éventuel repli en hospitalisation doit être identifié dans le projet thérapeutique.

En matière d'organisation de la continuité de la prise en charge, il est indispensable d'organiser une coordination entre les différentes structures afin d'assurer l'accessibilité à l'HAD à tous les patients du territoire concerné y compris en prolongement d'une hospitalisation dans un établissement implanté dans un autre territoire.

En amont, toute structure d'hospitalisation complète doit pouvoir faire appel à une structure d'HAD sur le territoire de proximité dont relève le patient et pour lequel cette modalité de prise en charge est envisagée.

En aval, l'HAD doit pouvoir organiser la sortie de malade en lien avec les professionnels libéraux et au besoin avec mise en place d'un relais par un SSIAD et/ou des services de maintien à domicile.

4. Globalité

L'HAD assure la prise en charge globale grâce à une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale.

Cette prise en charge concerne à la fois le patient et son entourage pour lesquels un accompagnement psychologique doit être possible.

La structure doit identifier les besoins d'aide à domicile (portage de repas, garde-malade...) et organiser leur mise en œuvre. Elle assure la coordination des différents intervenants. Des conventions devront être établies afin de définir les modalités de coopération entre les différents partenaires.

III.B. Par rapport aux principes d'organisation

1. Concernant la filière de prise en charge

La prise en charge en HAD s'inscrit dans une organisation graduée des prises en charge entre l'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et le domicile ou son substitut.

L'HAD doit organiser la filière :

- avec l'amont (établissements sanitaires de court séjour et de soins de suite et de réadaptation) afin de proposer et d'organiser la prise en charge en HAD mais aussi d'assurer les conditions d'un éventuel repli en hospitalisation. Les établissements sanitaires doivent prévoir dans leur projet d'établissement leurs actions en matière d'HAD en tant que promoteurs ou partenaire.
- et avec l'aval pour la sortie de l'HAD en partenariat avec les professionnels libéraux, les structures médico-sociales (SSIAD...) et les structures de maintien à domicile. En lien avec l'aval, une admission en HAD peut aussi prolonger une prise en charge en SSIAD quand la charge en soins devient trop importante.

2. Articulation avec les autres volets

Contrairement à d'autres volets thématiques centrés sur des populations (enfants et adolescents, personnes âgées...), des pathologies (cancer...) ou des disciplines (médecine, chirurgie...) le volet HAD correspond à une modalité de prise en charge concernant plusieurs activités de soins. L'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation fait partie intégrante des modalités d'offre de soins figurant dans la majorité des volets thématiques du SROS.

Quelques points spécifiques peuvent être évoqués :

- Volet Soins Palliatifs

Les soins palliatifs font partie intégrante de l'activité de soins d'une HAD polyvalente.

Dans ce cadre, l'HAD s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire formée aux spécificités de la prise en charge en soins palliatifs qui visent à soulager la douleur et tout autre symptôme physique, à apaiser la souffrance psychique et à soutenir l'entourage du patient.

L'HAD doit pouvoir faire appel aux équipes mobiles de soins palliatifs du territoire d'intervention.

La participation d'associations de bénévoles pour l'accompagnement de patients en fin de vie et soutien aux familles doit être favorisée.

- Volet Périnatalité

L'HAD en obstétrique doit principalement centrer ses activités sur la prise en charge des pathologies de l'ante et du post-partum. Le développement de cette activité doit tenir compte de l'offre existante, en particulier de l'organisation mise en place par les services d'obstétrique en lien avec des sages-femmes libérales pour la prise en charge à domicile de ces pathologies.

L'HAD pourra également intervenir pour l'accompagnement des sorties précoces en l'absence de possibilité de prise en charge par les sages-femmes libérales ou le dispositif de PMI.

Les modalités d'organisation devront répondre aux préconisations de la circulaire DHOS du 4 février 2004.

Les besoins de développement devront être évalués conjointement avec la Commission Régionale de la Naissance.

- Volet Prise en charge des personnes atteintes de cancer

La prise en charge en HAD dans le domaine de la cancérologie correspond actuellement principalement à de la prise en charge en soins palliatifs.

La pratique de chimiothérapies à domicile dans le cadre de l'HAD est envisageable.

Les structures d'HAD développant une activité de chimiothérapie devront travailler en collaboration, dans le territoire de santé, avec les établissements ayant une autorisation d'activité en cancérologie. Les modalités de prise en charge devront répondre aux recommandations du réseau ONCOLOR auquel les structures d'HAD doivent adhérer.

- Volet Prise en charge des enfants et adolescents

En pédiatrie, il est envisageable de développer une activité spécialisée pour les enfants porteurs de maladies chroniques nécessitant le recours à des techniques contraignantes.

La circulaire du 4 février 2004 a précisé le cahier des charges de la prise en charge en pédiatrie. La qualité de la prise en charge repose sur la composition et la formation adaptée et continue de l'équipe médicale et soignante.

- Volet Psychiatrie et santé mentale

Les travaux régionaux n'ont pas mis en évidence de nécessité de développement d'HAD ayant une activité spécialisée en psychiatrie. Par contre dans le cadre de la psychiatrie de liaison, les équipes de secteur de psychiatrie doivent pouvoir intervenir pour assurer la prise en charge de problèmes psychiatriques de patients pris en charge par une HAD pour une pathologie somatique.

- Volet Personnes Agées

L'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge des pathologies chroniques ou évolutives dont sont souvent porteuses les personnes âgées.

Par ailleurs l'HAD, grâce à la coopération entre les services d'urgence, les services de gériatrie, doit permettre d'éviter des hospitalisations injustifiées ou de raccourcir une hospitalisation complète lors d'épisodes aigus, car en gériatrie les hospitalisations entraînant des ruptures avec l'environnement sont susceptibles de générer des complications.

3. Coopération / réseaux

L'HAD s'inscrit dans un système de coopération :

- avec les autres structures d'HAD
- avec les établissements sanitaires
- avec les professionnels libéraux
- avec les structures médico-sociales
- avec les différents dispositifs de maintien à domicile

Les structures d'HAD doivent également travailler en partenariat avec les réseaux de santé existants, formalisés ou non.

Les coopérations doivent être formalisées par des conventions.

III.C. Par rapport aux exigences d'articulation

1. Avec les objectifs de santé publique

L'amélioration de la qualité de vie des personnes malades est inscrite dans les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'HAD est un mode de prise en charge qui contribue pleinement à cet objectif. Compte tenu de l'évolution des techniques de prise en charge et du désir des patients d'être maintenus à leur domicile, elle constitue une réponse adaptée pour des populations dont le nombre va croissant : les patients atteints de pathologies chroniques ainsi que les patients âgés qui cumulent pathologies multiples et dépendance.

2. Avec le médico-social

Le développement de l'HAD est conditionné par la présence ou le développement concomitant de services de maintien à domicile ou de structures médico-sociales comme les SSIAD. Une coordination doit être organisée avec les SSIAD afin de préciser le rôle de chaque structure et faciliter les transitions. Il est également possible pendant l'HAD que la prestation nursing soit effectuée par le personnel du SSIAD dans le cadre d'une convention.

Les relations avec l'ensemble des structures et services permettant le maintien à domicile sur un territoire de proximité doivent être établies dès le projet de création. Elles visent à proposer aux patients et à réunir les conditions environnementales indispensables à une prise en charge en HAD ainsi que pour préparer la sortie de l'HAD.

L'intervention d'une structure d'HAD dans les EPHAD doit être facilitée pour prévenir des hospitalisations évitant ainsi à la personne âgée, parfois désorientée ou fragilisée, d'être perturbée par un environnement non familial pouvant déclencher une aggravation de son état. Les modalités d'intervention de l'HAD au sein de l'établissement d'hébergement seront formalisées.

3. Avec la médecine de ville

L'HAD constitue un réseau ville-hôpital puisqu'elle intègre dans son fonctionnement les professionnels libéraux et en tout premier lieu le médecin traitant qui est un pivot du dispositif. Il participe à l'élaboration du projet médical et à sa réévaluation régulière et il assure le suivi du patient.

La participation des professionnels libéraux dans la prise en charge pendant l'HAD doit être recherchée en priorité afin de faciliter l'articulation avec la prise en charge ambulatoire.

IV. Télémédecine et système d'information

Chaque structure d'HAD doit disposer d'un système d'information nécessaire à la coordination, au partage de l'information entre professionnels, la continuité des soins, la traçabilité des actes. La mise en place du PMSI doit inciter les structures à s'informatiser.

Cette informatisation pourra également être envisagée pour le développement d'outils de communication dans le cadre de téléassistance voire de télémédecine (monitoring à distance...).

V. Formation

La formation des différents intervenants en HAD doit être assurée, cette formation pouvant être assurée par la structure elle-même, les services référents ou les réseaux de santé, le réseau HADLOR...

La structure d'HAD peut également assurer un rôle de formateur pour les internes et les personnels soignants en formation.

Afin d'intégrer pleinement l'HAD comme un mode de prise en charge à part entière dans la pratique médicale, un diplôme universitaire ou inter universitaire de médecin coordonnateur ou de médecine de coordination d'HAD est à envisager.

VI. Evaluation

VI.A. d'effectivité de mise en œuvre du SROS

- Nombre d'implantations et répartition territoriale des HAD par territoire de planification
- Proportion de population couverte par une HAD par territoire de planification

- Nombre de places par habitant
- Nombre de patients pris en charge

VI.B. de mesure d'impact de satisfaction des besoins, d'évolution de l'offre de soins, de recours aux soins, d'évolution des pratiques ...

- Mode d'entrée en HAD (% adressé par le médecin traitant, à l'issue d'un séjour d'hospitalisation en soins aigus)
- Mise en place de questionnaires de satisfaction des patients, de leur famille
- Motifs ou paramètres de refus d'admission en HAD (en dehors des paramètres médicaux d'exclusion) : inadéquation du logement, isolement familial, précarité, refus du patient...
- Typologie des soins en HAD (à partir des données issues du recueil d'activité PMSI HAD mis en place depuis le 01/01/2005.)
- Formations reçues et délivrées par les structures d'HAD auprès des professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

VOLET

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

I. PARTICULARISME, ETAT DES LIEUX, FORCES ET POINTS D'AMÉLIORATION

Préambule

Un des objectifs forts du volet urgences du SROS II arrêté en 1999, était la mise en place d'une offre pré-hospitalière et hospitalière qui permette de répondre au mieux aux urgences graves et vitales, selon un maillage cohérent en terme d'accessibilité, de qualité et de sécurité des soins.

Depuis plusieurs années, l'évolution des activités des urgences fait l'objet d'un même constat, partout en France : forte augmentation des appels dans les centres 15, stabilité du nombre des interventions SMUR accompagnant le renforcement de la régulation, augmentation des passages aux urgences.

Parallèlement de nouveaux comportements des usagers sont apparus à la recherche d'un service pour des demandes de soins non programmés qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence. Environ trois quart des demandes se présentent aux urgences directement sans contact médical préalable (cf enquête nationale de la DREES).

Agir sur l'amont et sur l'aval pour une meilleure réponse à ces situations devient donc une priorité. L'enjeu est de développer une plus grande implication de l'ensemble des intervenants dans la demande de soins non programmés, à l'appui de filières bien définies et en reliant efficacement la permanence des soins en médecine de ville avec les urgences.

Urgences, soins non programmés, permanence des soins en médecine de ville : des rôles à définir en complémentarité

La notion de permanence des soins fait référence à plusieurs dispositifs :

- « Les services des urgences qui ont pour mission de prendre en charge, en priorité les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quel que soit l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir » (cf circulaire N°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, pour les activités des urgences et de la permanence des soins).
- La permanence des soins organisée dans les établissements de santé qui couvre notamment la prise en charge des admissions non programmées, en hospitalisation directe, dès lors que le patient a donné son consentement, et qu'un accord préalable direct a été établi entre le médecin qui a examiné le patient et le médecin de l'établissement qui sera appelé à dispenser les soins nécessaires (cf art R712-78 CSP)
- Et aussi et pour une large part le dispositif de la permanence et de la continuité des soins en ville qui a vocation à garantir, avec la participation effective des médecins libéraux, une réponse adaptée en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit [1]. En effet, la réponse à des demandes de soins urgents ne justifie pas nécessairement le recours à un service d'urgences, ni à une intervention rapide, ni à une indication d'hospitalisation. Par ailleurs, les établissements de santé peuvent également dispenser en externe ces soins non programmés, notamment pour des patients qui se présentent à leurs consultations externes (art R712-78 CSP). Le cahier des charges de la permanence précisera le cas échéant les collaborations entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières.

Dans cette configuration, la régulation joue un rôle pivot dans la fonction de conseil et d'orientation du patient vers les urgences ou les autres dispositifs de prise en charge. Il est indispensable que l'organisation soit lisible pour l'usager et l'ensemble des intervenants du territoire de santé.

[1] article 1 de l'avenant N°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

Contexte réglementaire

Le projet de décret sur les urgences prévoit une construction rénovée de la relation entre le service des urgences et son environnement, intra ou extra hospitalier. Les activités de soins de médecine d'urgence ne reposent plus sur le seul service des urgences mais aussi sur **l'implication de l'ensemble de l'établissement autorisé, et sur la coordination de l'ensemble des acteurs concernés d'un territoire donné, au sein d'un réseau formalisé**. L'autorisation est désormais fondée sur les ressources du territoire de santé dans le cadre d'un **réseau de prise en charge des urgences autour de l'établissement autorisé**. Des filières spécifiques à certaines populations ou pathologies sont mises en place ou sont renforcées, et une appellation unique est retenue : « service des urgences » ou « services des urgences pédiatriques »

Des circulaires ont diffusé entre autres des préconisations d'organisation sur la prise en charge des urgences, celle des personnes âgées, de l'enfant et de l'adolescent. De la même façon, les rôles respectifs des SAMU, SDIS et transporteurs privés ont été précisés.

Dans le même temps, une base légale a été donnée à la permanence des soins en décrivant les modalités d'organisation de cette permanence et les conditions de participation des médecins. Celle ci repose sur une régulation des appels pendant les heures de fermeture des cabinets de ville, le découpage de la garde médicale en secteurs, et un cahier des charges départemental après avis du CODAMUPS.

Les activités de soins de médecine d'urgence : une priorité dans notre système de soins

Le SROS II a permis de mettre en place un maillage territorial des services des urgences et d'adapter les moyens dédiés aux urgences (14,8 millions euros consacrés jusqu'en juin 2004). Par ailleurs, les pouvoirs publics ont souhaité soutenir cette rénovation par la mise en place d'un plan de financement de portée globale, dit « plan urgences », et portant sur toute la chaîne des urgences, depuis l'amont en passant par les services des urgences et l'aval des urgences au sein de l'hôpital, les services de soins de suite et les autres structures d'aval (gériatrie, hospitalisation à domicile, hôpital local) jusqu'au retour à domicile. En Lorraine, près de 10 millions d'euros ont été consacrés à ces structures d'amont et d'aval, et aux urgences, sur la base des tranches 2004 et 2005 du « plan urgences ».

Le SROS III sera davantage orienté vers l'amélioration de l'efficacité du dispositif (**coordination, gestion de filières**), les « urgences » ayant représenté une forte priorité durant ces dernières années.

Bilan SROS II : offre de soins « urgence » et activités

Offre de soins : bilan au 31 décembre 2005 :

- 4 SAMU avec 1 Centre 15 dans chaque département et auprès duquel est installé un dispositif de régulation libérale
- 17 SMUR, 3 antennes SMUR, et 1 SMUR néonatal. Leur répartition entre territoire Sud et territoire Nord est à part égale (exclu le SMUR néonatal à vocation régionale)
- 1 hélicoptère sanitaire régional médicalisé 24h sur 24
- 20 services des urgences (dont 2 UPATOU privées ex OQN), 1 POSU pédiatrique, 1 POSU néonatal. Leur répartition entre territoire Sud et territoire Nord est à part égale (exclus les POSU).

PS : Le territoire de Santé Nord regroupe 54% de la population Lorraine avec une population plus concentrée sur un axe Nord Sud .

Activité : SAE année 2001 à 2004

Le nombre d'appels donnant lieu à l'ouverture d'un dossier médical a progressé de 35% entre 2001 et 2004, et s'élève à 317 010 appels en 2004.

La forte progression des activités des centres 15 est retrouvée France entière.

Les sorties SMUR terrestres

Source SAE	Sorties SMUR I et II 2001	Sorties SMUR I et II 2002	Sorties SMUR I et II 2003	Sorties SMUR I et II 2004
Région	19288	18761	17615	20720

L'activité SMUR est relativement stable, globalement au niveau régional.

En 2004, le taux moyen régional de sorties secondaires est de 26,3%. Trois des SMUR ont un taux aux alentours de 30%. La moyenne journalière régionale par SMUR ou antenne SMUR est de 2,4 sorties (primaires et secondaires), l'écart allant de moins de 1 sortie par jour jusqu'à 10 sorties, selon les sites et la population desservie. L'implantation géographique des deux structures qui comptabilisent moins de 1 sortie par jour a été retenue pour des raisons d'isolement et d'accès aux soins.

Un dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS) existe : il comptabilise 41 MCS et 802 interventions (chiffres 2003).

Les services des urgences (exclu le POSU néonatal)

Source SAE	Premiers passages* 2001	Premiers passages* 2002	Premiers passages* 2003	Premiers passages* 2004
SAU / POSU	195991	198787	209985	214294
UPATOU	181360	194077	195669	215081
TOTAL REGION	377476	392863	405654	429375

**activité SAE déclarée, pondérée du taux de GEMSA 1,2 et 4 calculé sur le mois d'octobre*

Depuis 4 ans, l'augmentation annuelle des premiers passages est estimée globalement entre 3 et 4%, sauf en 2004 près de 6%. En 2004, l'activité se situe entre 11 000 et 45 000 premiers passages par service, soit une moyenne journalière régionale par site de 62 premiers passages, avec un minimum à 31 et un maximum à 123. Sur les 19 sites d'urgences (exclus les UPATOU ex OQN récentes et le POSU néonatal), 7 connaissent une activité en dessus de la moyenne.

Le taux moyen régional d'hospitalisation, calculé sur le mois d'octobre (GEMASA 4, 5, 6) est de 23,5% (minimum de 13,4% et maximum de 32,6%). Dix services ont un taux supérieur à la moyenne régionale

Sept établissements ne déclarent pas d'activité en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Seulement la moitié des établissements autorisés à l'urgence dispose d'une commission d'admissions et de consultations non programmées

Informatisation

Les 4 SAMU de la région sont informatisés (même logiciel). Plusieurs SMUR le sont et les autres utilisent une fiche commune de liaison (sauf un site). Fin 2004, 68% des passages aux urgences sont informatisés, correspondant à un total de 13 services.

Bilan SROS II : points forts et points d'amélioration

Le rôle pivot rempli par les SAMU, le maillage de l'offre selon un délai d'accès correct pour répondre aux urgences graves et vitales, la séniorisation de la prise en charge des urgences en pré hospitalier et hospitalier, le recours possible 24h sur 24 à l'hélicoptère sanitaire régional médicalisé sont autant d'éléments pour considérer que le fonctionnement de l'offre a connu une forte amélioration. Par ailleurs, des dispositifs ont été mis en place : extension du dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS) en Meuse, création d'une antenne SMUR à Vittel pour couvrir une zone blanche, couverture psychiatrique dans de nombreux services des urgences, consultations médico-judiciaires sur 16 sites d'urgences, formation régionale à la prise en charge des urgences pour les infirmiers, renforcement du partenariat au sein du réseau régional « lorraine urgences » depuis 2002,

Néanmoins des difficultés substantielles persistent pour lesquelles les solutions sont à rechercher en priorité dans l'organisation de la prise en charge : engorgement des urgences pour des demandes pas toujours à caractère urgent, longues attentes sur certains sites et à certaines heures, difficultés à trouver des lits d'aval y compris au sein des autres établissements, filières insuffisamment prises en compte (personnes âgées, psychiatrie, enfants, ...), couverture psychiatrique inhomogène, persistance de zones blanches sans alternative de type médecin correspondant du SAMU, démographie et postes vacants, ...

Les autres dispositifs de prise en charge de la permanence des soins

La permanence des soins en médecine de ville

Chaque département de la région dispose d'une régulation libérale de la permanence des soins située au sein du Centre 15. Les départements ont arrêté ou vont prochainement arrêter le découpage en secteurs et

le cahier des charges départemental. Le principe d'une permanence de 20h à 8h y est acté. Des difficultés persistent sur un certain nombre de secteurs. Deux cabinets médicaux de garde situés à proximité immédiate d'un service des urgences sont en place (Metz et Toul), un troisième est à distance (Nancy) et d'autres sont en projet (Epinal, ...). Un cahier des charges pour ces cabinets sera diffusé par la Mission Régionale de Santé.

Les soins non programmés, en externe, dans les établissements de santé

Huit établissements de santé (dont six dans le territoire Nord) ont mis en place une organisation formalisée pour l'accueil de ces soins et adhèrent à ce titre au réseau régional des urgences. Le cahier des charges établi dans le SROSII prévoit : un local, une permanence fonctionnelle, une convention avec le SAMU départemental.

II. OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS

Objectifs généraux

- Apporter une réponse graduée et adaptée à la nature de la demande, selon le degré d'urgence et en lien avec la permanence des soins
- Impliquer l'ensemble de l'établissement de santé autorisé à l'urgence dans la dimension « urgence », et aussi l'ensemble des acteurs à l'intérieur du territoire de santé, intervenant en amont et en aval de la prise en charge
- Organiser un fonctionnement en réseau sur la base de filières de soins protocolisées
- Développer l'évaluation

Objectifs opérationnels

Au niveau des établissements autorisés à l'urgence :

- Animer une commission d'admissions et de consultations non programmées (CACNP) pour donner une véritable dimension institutionnelle à la prise en charge des urgences au sein des établissements,
- Identifier et assurer le bon fonctionnement des différents flux au sein du service des urgences,
- Mieux organiser les filières au sein de l'établissement,
- Mettre en place une véritable gestion des lits

A l'échelle du territoire de santé, département, de la région :

- Mettre en réseau les SAMU et favoriser les coopérations
- Faciliter l'accès à des compétences, des techniques, des capacités en lits, par un maillage coordonné des secours et transports (service d'aide médicale urgente, services départementaux d'incendie et de secours et transporteurs privés)
- Développer des réseaux de prise en charge des urgences autour de l'établissement autorisé, en s'appuyant sur les ressources du (ou des) territoire(s) de proximité, au sein du territoire de santé. A ce titre, la coordination devra être renforcée entre les établissements de santé, entre les urgences et la permanence des soins, les structures médico-sociales et sociales, par une structure en lien avec la conférence sanitaire, dans l'objectif de :
 - Mieux organiser les filières en amont et en aval de l'établissement, et à l'intérieur du territoire,
 - Mettre en place une véritable gestion des lits au sein du territoire
- Apporter des réponses à des situations spécifiques : situations de précarité, consultations médico-judiciaires, prises en charge de victimes de violence sexuelle, prises en charge de détenus, prélèvements d'organes et de tissus
- Développer les systèmes d'information et l'évaluation de la prise en charge
- Renforcer la formation (filières pédiatrique et gériatrique, CESU, ...),
- Améliorer l'information auprès du public et des professionnels en améliorant la lisibilité de l'offre (outils de communication à développer)
- Participer aux mesures de prévention et de gestion des risques et situations exceptionnelles

III. RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION

III.1 LE MAILLAGE DE L'OFFRE DES URGENCES

Le dispositif des centres de régulation des appels : Centre 15 et régulation libérale

Des solutions de mutualisation des 4 CRRA seront recherchées, au moins sur les tranches horaires de nuit caractérisées par un plus faible volume d'appels, dans un but d'optimisation de l'offre (participation éventuelle de correspondants spécialisés) et de rationalisation des moyens. En cohérence avec cette démarche, des solutions seront également recherchées pour une mutualisation des 4 sites actuels de la régulation généraliste libérale. La Mission Régionale de Santé (MRS) émettra des préconisations à ce titre auprès des préfets de département

Le dispositif des SMUR et antennes doit tendre vers une médicalisation des urgences vitales dans un délai de 20 minutes. Dans certaines zones d'accès difficile ou à plus de 20 minutes d'un SMUR, des solutions seront trouvées sur la base d'un partenariat avec des MCS du SAMU, ou encore par déclenchement de moyens hélicoptérés selon les situations. Le faible volume d'activité de certains SMUR ou antennes doit encourager à trouver une collaboration avec d'autres SMUR à activité plus forte au sein du territoire.

Le dispositif des services des urgences prévoit un accès à moins de 45 minutes sur la quasi-totalité du territoire, en tenant compte des services des urgences implantés dans les régions voisines. Une activité d'au moins 10 000 premiers passages constitue le seuil minimal requis pour préserver le maintien des compétences. Là encore des partenariats seront recherchés entre les services à activité très modérée et dont l'implantation est maintenue, et ceux à plus forte activité au sein du territoire.

Le réseau de prise en charge des urgences autour de l'établissement autorisé sera l'outil de coopération pour prendre en compte l'ensemble des ressources du territoire y compris celles qui répondent aux demandes de soins non programmées

III.2 AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS AUTORISES A L'ACTIVITE DE MEDECINE D'URGENCE

Pour assurer l'observation, les soins et la surveillance des patients jusqu'à leur orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique soit au sein du service des urgences, en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ou directement dans un service, ou en l'orientant vers une consultation ou un autre établissement ou une autre structure (médecine de ville ou médico-sociale) [décret à paraître]

Une commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) est mise en place au moins dans tous les établissements autorisés à l'urgence (préconisation **N°2**): une politique cohérente de la prise en charge des urgences y est adoptée.

La commission est inscrite dans le projet d'établissement et comprend des mesures qui visent notamment à :

- réduire les délais d'attente au sein du service des urgences et les inadéquations de prise en charge.
- mettre en œuvre une gestion des lits,
- évaluer les procédures organisant les filières spécifiques (préconisations **N° 8 à 13**), notamment gériatriques
- organiser les prises en charge directes en urgence dans les services cliniques et au sein des consultations externes, par contractualisation interne,
- valider des règles de fonctionnement médical assurant la continuité des soins et les urgences vitales intra-hospitalières (cf volet réanimation, soins intensifs, soins continus du SROS),
- développer des stratégies de coopération dans le territoire.

Les établissements non autorisés à l'urgence peuvent se doter de ce type de structure ou, a minima organiser avec un référent une fonction de gestion de lits

Un bilan d'activité de cette commission est transmis tous les ans à la DDASS.

Les travaux de la Mission nationale d'Expertise et D'Audit Hospitalier (MEAH) montrent que le renfort de moyens des services d'urgences sans réelle réflexion organisationnelle modifie peu la fluidité des prises en charge.

Promouvoir la qualité des soins dans les services des urgences

- les services des urgences doivent se centrer sur leurs missions : ils n'ont pas vocation à assurer les consultations post urgences (GEMSA 3), encore moins les admissions programmées (GEMSA 5). Par ailleurs, l'organisation de la couverture de la permanence des soins dans l'établissement et des urgences vitales intra hospitalières sera vue au sein de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) en lien avec la CACNP
- des avis spécialisés seront organisés en tant que de besoin à partir de filières formalisées (pédiatrie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie, ...)
- les prises en charge au sein des urgences seront protocolisées en concertation avec les services d'aval, en limitant les explorations et traitements à ce qui est nécessaire sur la base de recommandations scientifiques reconnues. Une réflexion sur l'accueil des personnes fragiles, handicapés, doit être une priorité.

Tous les établissements autorisés à l'urgence disposent d'au moins 2 lits d'hospitalisation de courte durée UHCD [cf projet décret à paraître]. Les lits n'ont pas vocation à servir de « zone tampon » pour les autres services cliniques ni à prendre en charge des patients pour lesquels une hospitalisation complète est indiquée (cf préconisation **N°3**). Dans le cas exceptionnel de situations contraires, une contractualisation interne avec les moyens adaptés sera mise en place

Les lits d'aval

L'objectif est d'optimiser la gestion des lits pour répondre aux besoins (cf préconisation **N°4**) :

- en interne dans les établissements de santé autorisés à l'activité des urgences,
- en externe dans les autres établissements et au sein du territoire de santé.

La CACNP fera des propositions en interne :

- pour améliorer la gestion d'activité programmée dans les services cliniques, en prenant en compte les besoins du service des urgences
- pour organiser la prise en charge des pathologies à caractère polyvalent, quel que soit le degré de spécialisation de l'établissement. Les travaux de la MEAH ont effectivement montré que plus l'offre d'un établissement est polyvalente plus le délai d'hospitalisation après passage aux urgences est court. En Lorraine, il n'existe pas de position commune des professionnels sur la notion de « lits d'aval post-urgences ». La position régionale qui est retenue, en lien avec le volet médecine du SROS, est celle de s'appuyer sur des lits de médecine polyvalente à vocation transversale, qui doivent être recentrés dans le projet d'établissement, en relation étroite avec l'ensemble des unités fonctionnelles et particulièrement le service des urgences pour les patients sans orientation précise.

La CACNP participera par ailleurs à une gestion territorialisée des lits. Le serveur de veille et d'alerte, renseigné au quotidien par les établissements de santé avec des données de lits (fermés, disponibles) et d'activités des urgences, constitue un des outils à partager à cet effet.

Le personnel médical et soignant du service des urgences, y compris l'activité des lits d'UHCD, est mutualisé (équipe commune) avec le SMUR et le cas échéant le SAMU. Cette mutualisation permet le partage des compétences, une plus grande souplesse dans l'organisation et une rationalisation des moyens, tout en assurant la présence 24 sur 24 d'au moins un médecin régulateur à son poste en salle de régulation.

L'effectif du service des urgences est dimensionné en fonction de l'activité, et doit être suffisant pour assurer ses missions. La qualification et la formation du médecin responsable et de l'équipe médicale seront précisées dans le décret à paraître. Outre le médecin et l'infirmière, la prise en charge des urgences nécessite une fonction d'organisation de l'accueil lorsque l'activité le justifie, une fonction de brancardage, un temps d'assistant du service social, et un agent administratif chargé des admissions en tant que de besoin

Un effort important de mise à niveau et d'harmonisation des effectifs médicaux a été réalisé depuis plusieurs années, notamment à l'appui du plan urgences, en prenant en compte un effectif minimum de 5 ETP pour couvrir une permanence. Pour certains sites dans lesquels les volumes des activités de nuit ne conduisent pas à maintenir systématiquement deux permanences (activités urgences et SMUR), la couverture médicale du service des urgences sera assurée par un médecin de l'établissement présent sur place ou en astreinte dès lors que le seul médecin est sorti en SMUR. Là encore, des collaborations seront recherchées au sein

du réseau de prise en charge des urgences. Le projet de décret prévoit que « au départ de l'équipe du SMUR, la permanence du service ou de la structure des urgences est assurée dans ce service par un médecin et un infirmier de l'établissement ».

Enfin, l'équipe d'intervention du SMUR primaire comprendra la présence systématique d'une infirmière en plus du médecin [cf décret à paraître], et non plus au cas par cas comme au préalable.

Sécurisation des personnels : la lutte contre l'insécurité dans les services des urgences est évaluée périodiquement, au sein des établissements concernés (cf circ intérieure C 04 30059 J). La remontée de signalements est organisée conformément à la procédure diffusée à l'ensemble des établissements de santé de la région (cf circulaire N°DHOS/P1/2005/32 7 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence et lettre du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 22 août 2005). Le règlement intérieur du service des urgences prévoit, entre autres, des modalités et procédures d'alerte immédiate des forces de sécurité en cas de violence au sein du service.

III.3 EN PRE-HOSPITALIER A L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE DE SANTE, DU DEPARTEMENT, DE LA REGION, DE L'INTER-REGION

Renforcer le rôle de conseil, d'orientation, de régulation médicale des SAMU, en lien avec la régulation généraliste libérale

- la régulation généraliste libérale de la permanence des soins doit être interconnectée avec le Centre 15, au mieux elle est située au sein du Centre 15
- la totalité des appels continue d'être traitée par le Centre 15 en dehors des heures d'intervention de la régulation généraliste libérale
- une convention fixe les modalités de partenariat entre les SAMU et les associations de permanence de soins (cf convention cadre de partenariat)

Mettre en réseau les SAMU à l'échelle de la région et de l'inter région :

Des solutions de mutualisation-des CRRA 15 sont recherchées. Elles devront prendre en compte la mise en place d'un système d'information en temps réel entre tous les intervenants de l'aide médicale urgente. Ces travaux seront menés par la Mission Régionale de Santé et discutés dans le projet médical de territoire.

Des liaisons entre SAMU existent déjà : déclenchement de l'hélicoptère sanitaire régional, zones d'intervention des SMUR inter départementales, ... Elles seront renforcées entre régions limitrophes et dans le domaine trans-frontalier. Les zones SMUR interdépartementales ont été retenues en lien avec l'Alsace (cf préconisation N°5). Une analyse est en cours avec la région Champagne Ardenne.

Actualiser les modalités de coopération entre les divers acteurs des urgences pré hospitalières que sont le Service d'aide médicale urgente (SAMU), Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et ambulanciers privés représentés par l'ATSU. Un modèle de convention a été élaboré par les représentants des professionnels des 4 départements, avec l'appui du réseau lorraine urgences (cf préconisation N°6). Ce document permet une définition et un partage des rôles et une harmonisation dans la région.

Étendre la mise en place de médecins correspondants du SAMU, pour des zones éloignées à plus de 20 minutes d'un SMUR ou d'une antenne. Une analyse sera faite pour mettre à jour la liste de ces zones blanches.

Les SMUR soumis à autorisation sont régulés par le SAMU territorialement compétent:

Les interventions SMUR hélicoptérées : l'hélicoptère régional, exclusivement réservé aux interventions sanitaires, est disponible 24h sur 24 y compris la nuit, et toute l'année, et bénéficie d'une médicalisation immédiate désormais renforcée par la présence systématique d'un infirmier. Une évaluation est produite tous les ans au sein du comité de suivi, y compris l'analyse de cas litigieux sur le déclenchement et sur les missions n'ayant pu être réalisées. Sur les 15 aires de poser, 8 ont été reconnues conforme aux nouvelles règles (autorisation préfectorale), et 7 sont reconnues « sites d'intérêt public » dans l'attente de travaux.

Un dispositif complémentaire et spécifique aux secours en montagne sur le massif vosgien (versant lorrain) a été formalisé et articulé avec la région Alsace. Il fait appel à des médecins formés aux techniques de

secours (treuillage). Ce dispositif sera évalué au terme d'une année de fonctionnement et concerne deux périodes touristiques :

- 6 semaines en hiver : intervention de jour de l'hélicoptère de la gendarmerie basé à Xonrupt Longemer, obligatoirement régulée par le SAMU 88, avec une médicalisation organisée par le CH de Saint Dié (cf protocole d'accord préfecture des Vosges)
- 4 semaines en été : intervention de l'hélicoptère de la sécurité civile de Strasbourg en première intention, avec une médicalisation 24h sur 24 (cf volet médecine d'urgence du SROS Alsace)

Mettre en place un SMUR pédiatrique régional conformément à la circulaire N°DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants. Une procédure de la régulation des appels et de l'organisation des transports néo-natals et pédiatriques est élaborée (cf préconisation **N°7**). Le SMUR néonatal régional, adossé au SU pédiatrique spécialisé néonatal de recours, et le SMUR pédiatrique régional, adossé au SU pédiatrique de recours, organiseront en lien avec les SAMU et notamment le SAMU 54, des procédures d'appel et de prise en charge au niveau régional de façon coordonnée. Le SMUR néonatal régional coordonnera le maillage du transport des nouveau-nés malades avec les SMUR relais au niveau de la région et développera l'évaluation de ces transports au sein du Réseau Périnatal Lorrain, afin d'améliorer les recommandations de prise en charge et leur efficacité.

Concernant les SMUR secondaires terrestres, leur réalisation prend en compte une mutualisation des moyens de l'aide médicale urgente.

Pour les SMUR secondaires qui transportent des patients nécessitant une prise en charge très spécialisée vers une réanimation, la composition de l'équipe pourra prévoir l'intervention d'un infirmier formé à l'aide médicale urgente, en plus du médecin urgentiste, ou encore celle d'un médecin compétent en réanimation

La réalisation des transports secondaires terrestres sur certaines plages horaires (nuit notamment) lorsqu'un seul médecin urgentiste est présent pour l'activité SMUR et urgence, ou lorsque la pathologie du patient nécessite du matériel ou une expérience spécifiques, doit pouvoir s'appuyer sur une organisation départementale ou régionale

La participation de sages femmes à l'activité SMUR (primaire ou secondaire) doit être protocolisée en lien avec le SAMU.

La mise en place de **transports infirmiers inter-hospitaliers (TIH)**, prescrits par le médecin, en lien avec le SAMU, n'a pas été étudiée à ce jour par le groupe SROS. Il reviendra au réseau régional des urgences d'élaborer des recommandations dans lesquelles seront précisés les types de patients concernés par ces prises en charge, la responsabilité des intervenants, l'évaluation du dispositif en accord avec les recommandations nationales proposées par SAMU de France. Par ailleurs, un éclairage devra être apporté sur la facturation de ces transports.

III.4 LES FILIERES INTRA ET EXTRA HOSPITALIERES

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) en lien avec le volet « accidents vasculaires cérébraux » : cf préconisation **N°8**

Le patient victime d'un AVC est orienté vers l'unité neuro-vasculaire (UNV) de niveau 2 ou 3, ou vers l'UNV du bassin de proximité, en fonction de l'indication ou non d'une IRM de pré inclusion établie en lien avec le centre 15. Les modalités de transports sont définies.

Le syndrome coronarien aigu, en lien avec le volet « cardiologie et activités interventionnelles » : cf préconisation **N°9**.

Une stratégie de reperfusion coronaire est mise en place au niveau de chaque structure d'urgence, pré-hospitalière et hospitalière. Cette stratégie repose sur les recommandations nationales et internationales, notamment en ce qui concerne la place respective de la thrombolyse et de l'angioplastie.

La gériatrie, en lien avec le volet « SLD et prises en charge des personnes âgées » : cf préconisation **N°10**

Les objectifs sont d'éviter les hospitalisations injustifiées et génératrices de complications, réduire les délais d'attente aux urgences, orienter de façon efficace et veiller à prévenir les rechutes. Les préconisations portent sur :

- l'amont : le repérage des personnes fragiles, l'estimation du risque, l'information et la sensibilisation de la famille et des professionnels,

- au sein de l'hôpital : l'organisation en entrée directe, l'évaluation gériatrique y compris au sein du service des urgences, le recours à des alternatives. Le délai d'accès aux techniques d'imagerie et analyses biologiques sera réduit autant que possible.
- L'aval : l'accompagnement du médecin généraliste (recours à un pôle d'évaluation, consultation de prévention des chutes, utilisation d'outils de liaison, ...)

La pédiatrie, en lien avec le volet « prise en charge des enfants et adolescents » : cf préconisation N°11

La demande en soins urgents pour les enfants est fortement liée au fonctionnement du dispositif local de la permanence des soins de ville.

La mise en place de protocoles et la possibilité de conseil téléphonique auprès d'un expert pédiatre par le biais du SAMU, sont préconisées. Une organisation du SMUR pédiatrique est mise en place (cf annexe VII). La prise en charge des enfants au sein de l'établissement identifie 4 types de situations : urgences vitales, urgences traumatiques, urgences non traumatiques et prises en charge particulières. Ainsi l'organisation de la filière est décrit selon que l'établissement :

- ne dispose pas d'un service de pédiatrie, ni d'un service de chirurgie pédiatrique, ni d'un service de réanimation pédiatrique
- dispose à la fois des trois types de prestations (centre de recours)
- dispose au moins d'un service de pédiatrie.

La prise en charge psychiatrique des urgences : cf préconisation N°12

Afin de garantir la mise en œuvre, le suivi et la continuité des prises en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans le service ou dans la structure des urgences, l'établissement autorisé aux urgences organise la prise en charge :

- Avec les services ou les structures de psychiatrie de l'établissement, lorsqu'il est lui-même autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée à l'article R.6122-25
- Avec un autre établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée à l'article R.6122-25, lorsqu'il n'a pas lui-même cette autorisation

Afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique des urgences, deux points particuliers ont été retenus et font l'objet de recommandations :

- Le rôle de l'infirmier psychiatrique intervenant au sein du service des urgences
- La définition des lits destinés à accueillir des patients en situation de crise et d'urgence psychiatrique dans l'établissement:

Pour le premier point, sont précisées les responsabilités de chaque intervenant dans la prise en charge, et notamment celle de l'infirmier psychiatrique. La convention avec l'établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, ou le protocole d'accord avec le service de psychiatrie dès lors que l'établissement est lui-même autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, définit le rôle de l'infirmier psychiatrique

Pour le deuxième point, le dispositif préconisé à deux niveaux permet d'offrir pour certains patients, une réponse plus adaptée pour l'évaluation de leur situation et contribue à limiter les hospitalisations directes en service de psychiatrie.

Les conduites addictives :

Au-delà des soins somatiques, les préconisations portent sur :

- le développement de la fonction de repérage des personnes fragiles, en lien avec l'équipe de liaison
- la facilitation de l'accès à l'expertise médico-sociale de cette équipe de liaison

Les urgences bucco-dentaires :

La fonction conseil du centre 15, face aux urgences bucco-dentaires, sera confortée et renforcée par la diffusion de protocoles. Pendant les nuits, les périodes de week-end et jours fériés, et selon la nature et le degré de gravité, le patient pourra être orienté :

- soit vers un site de référence disposant d'un plateau technique et d'une permanence : CHR Metz Thionville ou CHU Nancy, dès lors que l'urgence est du domaine du recours et qu'aucune prise en charge locale ne peut être organisée
- soit vers un chirurgien dentiste de ville, désigné d'astreinte sur une liste tenue par le conseil de l'ordre et diffusée auprès des SAMU

III.5 SITUATIONS SPECIFIQUES

La précarité et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : cf préconisation N°13

Le dispositif a comme objectif la réintégration du droit commun des personnes en situation de précarité. Les problèmes résident dans la difficulté du repérage des situations précaires, dans l'orientation et dans le suivi. Sont préconisés : la création d'outils de coordination et la formalisation de procédures afin de faciliter le repérage et l'orientation de ces personnes au sein de l'hôpital.

Les consultations médico-judiciaires et les victimes de violences sexuelles: cf préconisation N°14

Les consultations médico-judiciaires sont organisées de préférence à proximité ou dans le service des urgences, et font appel à des médecins formés. Les deux pôles de référence régionaux, situés au CHU et au CHR de Metz-Thionville, ont un rôle de recours, de formation et d'évaluation

Pour les victimes de violences sexuelles, un accueil en urgence de ces personnes est organisé 24h sur 24, soit dans le service des urgences, soit dans un service de gynéco-obstétrique, soit dans un service de pédiatrie, ou tout autre service pouvant assurer ce type d'accueil. Les établissements participent à une évaluation périodique qui permet de mieux identifier les besoins notamment en matière de formation. Le pôle de référence, situé à la Maternité Régionale, assure, en plus de l'accueil de victimes, un rôle de conseil, de formation et d'information auprès des professionnels de santé.

Les activités de prélèvements d'organes et de tissus : cf préconisation N°15

Six établissements de santé autorisés aux urgences bénéficient d'une autorisation de prélèvement de tissus et six autres d'une autorisation de prélèvement d'organes et de tissus. Ils jouent un rôle essentiel dans le recensement de donneurs potentiels. Plusieurs médecins urgentistes assurent les responsabilités de médecin référent dans le cadre des coordinations hospitalières, et/ou de médecin préleveur (cornée).

Les mesures de prévention et de gestion des risques et situations exceptionnelles : cf préconisation N°16

Les établissements ont l'obligation de se doter d'un plan blanc pour faire face à un afflux massif de victimes. Des annexes prévoient la gestion de risques particuliers (NRBC, canicule)

III.6 LES SOINS NON PROGRAMMES (SNP) cf préconisation N°17

L'activité de soins non programmés au sein d'un établissement de santé, répond à trois situations différentes :

- 1- L'établissement dispose d'un service d'urgence autorisé, et réalise à certaines heures, des consultations non programmées (pédiatrie, gynécologie, ...). La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) définit les articulations entre ces consultations et le service des urgences.
- 2- L'établissement ne dispose pas de service d'urgence autorisé, et réalise à certaines heures, une activité de soins non programmés. Soit il organise cette activité pendant les heures de consultations, soit il met en place une organisation plus formalisée dans un local dédié. A cet effet, il répond à des recommandations d'organisation définies en annexe. Cette offre de soins n'a cependant pas vocation à prendre en charge les urgences vitales ou graves.
- 3- L'établissement n'est pas autorisé aux urgences et ne souhaite pas accueillir des consultations non programmées. Néanmoins, tout établissement de santé a l'obligation d'accueillir les personnes se présentant en situation d'urgence, à sa porte. Pour tout patient ne pouvant être pris en charge de façon complète dans l'établissement, son orientation se fera en lien avec le SAMU – centre 15, sur la base d'un protocole pré-établi en commun. L'organisation de cet accueil comprend, au minimum, un local dédié avec brancard, oxygène, défibrillateur semi-automatique, et un moyen de communication direct avec le SAMU.

Pour les établissements de santé qui dispensent des SNP selon une organisation formalisée, les recommandations sont les suivantes :

- Mise en place d'une convention avec le centre 15 (cf modèle type) : l'établissement doit pouvoir faire appel au Centre 15 en tant que de besoin et le Centre 15 doit prendre en compte l'offre existante dans l'orientation des patients
- Adhésion au réseau des urgences, dès lors que l'établissement répond aux recommandations d'organisation minimales (cf cahier des charges)
- Inscription de l'activité dans le répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables à l'échelle du territoire

- Articulation de la structure avec les médecins libéraux de ville : les activités doivent être complémentaires et non concurrentes. Des articulations seront recherchées entre activités de soins non programmées et maison médicale de garde dans le cadre de la permanence des soins.

III.7 LE FONCTIONNEMENT EN RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DES DEMANDES EN URGENCE

Le réseau des urgences est un réseau régional qui fonctionne avec une coordination pour chaque territoire de santé, Sud et Nord

A l'échelle du territoire de santé :

- la coordination sera renforcée entre les établissements de santé, entre les urgences et la permanence des soins, les structures médico-sociales et sociales.
- Le réseau pourra s'appuyer sur une commission d'admissions non programmées, à l'échelle du territoire, qui regroupe les établissements du territoire, et qui a pour missions de :
 - Mieux organiser les filières en amont et en aval de l'établissement, et à l'intérieur du territoire de santé,
 - Mettre en place une véritable gestion des lits au sein du territoire de santé

A l'échelle de la région, le réseau aura pour mission de :

- Coordonner le développement des systèmes d'information et l'évaluation de la prise en charge
- Renforcer la formation (filières pédiatrique et gériatrique, CESU, ...),
- Améliorer l'information auprès du public et des intervenants en améliorant la lisibilité de l'offre (outils de communication à développer)
- Participer aux mesures de prévention et de gestion des risques et situations exceptionnelles

Un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables est établi, à l'échelle du réseau, ainsi que les modalités d'accès et de fonctionnement de ces ressources notamment les conditions d'exercice de la permanence médicale. Ce répertoire sera mis à jour périodiquement et transmis à tous les professionnels concernés.

Le réseau associe également les professionnels de la médecine de ville, notamment les médecins participant à la permanence des soins ou intervenant à la demande du SAMU,

III.8 LISIBILITE DE L'OFFRE

Elle doit être améliorée :

- Auprès du public :
 - une information grand public sur le dispositif de la permanence des soins en ville sera lancée courant de l'automne 2005, dans les 4 départements.
 - Par ailleurs, un plan de communication pour la promotion du bon usage du recours aux soins sera étudié et soutenu par la Mission Régionale de Santé.
- Auprès des intervenants et notamment des SAMU : un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables à l'échelle du territoire (disciplines, activités de soins, états pathologiques pour lesquels les établissements membres du réseau s'engagent à accueillir les patients), actualisé périodiquement, contenant les modalités d'accès et de fonctionnement, peut servir à améliorer cette lisibilité.

IV. ASPECTS TRANSFRONTALIERS

Des travaux sont en cours et peuvent désormais s'adosser à des accords cadre de coopération sanitaire transfrontalière, signés entre les gouvernements des pays concernés. Ces accords précisent le cadre juridique dans lequel s'inscrit cette coopération, y compris les secours d'urgence entre les pays.

V. PREVENTION

Les services d'urgences participent à des actions de prévention, notamment :

- Maladies infectieuses (tétanos, rage, ...) et transmissibles (accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques)
- Sécurité routière, accidents domestiques, à travers des actions d'information et de formation

VI. SYSTEME D'INFORMATION ET TELEMEDECINE

La mise en place d'un système d'information complet sur les urgences est une des mesures déclinée au sein du Plan Urgence (mesure 16).

Plusieurs phases sont prises en compte :

- un serveur régional de veille et d'alerte a été mis en place en mai 2005. Il permet le recueil quotidien d'indicateurs relatifs à l'activité d'urgence, en plus de celui des lits. Le dispositif de veille et d'alerte est de dimension nationale et les établissements ont l'obligation de renseigner ce serveur
- l'informatisation des passages aux urgences qui doit tendre vers 100% en 2007, sachant que le taux actuel est de 65%,

La mise en place d'un système d'information complet sur les urgences, qui vise à créer des liens entre les professionnels de la médecine d'urgence, à échanger des informations avec les professionnels hospitaliers et les intervenants extra hospitaliers, à connaître et suivre l'activité de soins de médecine d'urgence, fait l'objet d'un projet.

Concernant la télémédecine :

L'acquisition d'images numérisées, y compris la radiologie conventionnelle, avec possibilité de transmission d'images vers des services recours, la transmission de photos (brûlés), d'exams complémentaires (ECG, EEG, ...) doivent contribuer à terme à l'amélioration de la prise en charge.

VI. FORMATION

La formation continue est à organiser pour tous les personnels participant à l'aide médicale urgente (médecin, IDE, ambulanciers, PARM). L'exemple de la formation régionale des infirmiers intervenant aux urgences doit pouvoir être étendu aux autres catégories des personnels

Le COLMU a pour rôle de promouvoir la formation continue et l'actualisation de référentiels de médecine d'urgence. Il peut s'appuyer sur les CESU

VIII. EVALUATION (cf préconisation N°18)

L'évaluation des structures, des ressources et des pratiques est une procédure dynamique, évolutive, dont l'objectif premier doit être une meilleure connaissance des patients pris en charge et de leur pathologie : cette procédure vise à améliorer la prise en charge globale des patients.

Elle doit être développée dans chaque service des urgences qui peut se référer aux tableaux de bord et indicateurs élaborés par le réseau régional « Lorraine-Urgences » et le Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (CoLMU), en s'appuyant sur les travaux des sociétés savantes (cf annexe).

Le réseau sera chargé en lien avec le CoLMU de la diffusion des enquêtes d'évaluation des pratiques, incluant le fonctionnement en réseau

LES RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION

Préconisation N2 : commission des Admissions et des Consultations Non Programmées C.A.C.N.P) **« Les urgences sont une mission essentielle de l'hôpital »**

C'est l'ensemble de l'établissement dans toutes ses composantes, qui doit concevoir un projet collectif de prise en charge des urgences et du partage entre activités programmées et non programmées.

Cette commission se veut une entité de réflexion, de communication et de proposition. Elle figure dans le projet d'établissement. Il est souhaitable que les établissements non autorisés à accueillir les Urgences se dotent de ce type de structure ou, a minima, organisent avec un référent une fonction de gestion de lits.

But : Faire reconnaître et organiser la mission d'accueil des urgences par l'ensemble de l'hôpital (mission institutionnelle) à l'échelle du territoire de santé.

Objectifs opérationnels :

- Proposer et valider au sein de l'établissement une politique cohérente de prise en charge des urgences, en veillant notamment à réduire les délais d'attente au sein des services d'urgences et les inadéquations de prise en charge,
- Mettre en œuvre une gestion de l'activité programmée au sein de l'établissement, dans l'objectif d'être en capacité de répondre à l'activité non programmée,

- Développer des stratégies de coopération et de fonctionnement en réseau, au sein du territoire de santé, en prenant en compte notamment les alternatives à la prise en charge hospitalière.

Missions :

- Validation, après évaluation, des propositions de fermeture temporaire de lits et définition des capacités à maintenir disponible pour l'urgence. Cette évaluation, qui se fait en lien avec le DIM, tient compte des flux de population, selon les filières, les jours et les saisons, et également des pratiques médicales. Cette validation se fait d'abord au sein de chaque établissement, puis au sein du territoire de santé.
- Validation et évaluation des procédures organisant les filières spécifiques. Les modalités de participation aux urgences des médecins seniors des services de spécialités doivent être systématiquement et préalablement organisés ainsi que la notion de spécialistes référents pour les urgences,
- Contractualisation interne avec chaque discipline y compris gériatrique, notamment
 - par la mise en place ou le développement de consultations non programmées dans le but de répartir la charge de la mission de l'urgence,
 - par la mise en place des modalités d'hospitalisation dans l'établissement (hébergements, U.H.T.C.D, ...),
- Le suivi et l'évaluation de ces filières doit être envisagé,
- Validation des règles de fonctionnement médical assurant la continuité des soins et les urgences vitales intra-hospitalières

Organisation et fonctionnement de la C.A.C.N.P

Composition type :

- Directeur de l'établissement de santé
- Président de la CME ou son représentant
- Président de la Commission des gardes et astreintes
- Chef de service des Urgences ou son représentant
- Chef de service su SAMU – SMUR ou son représentant
- Chef de service ou de pôle de médecine
- Chef de service ou de pôle de chirurgie
- Chef du service de réanimation
- Chef de service ou de pôle de pédiatrie
- Chef de service ou de pôle d'imagerie
- Responsable du DIM
- Psychiatre
- Gériatre
- Chef du Département d'Anesthésie réanimation
- Chef du service de biologie
- Directeur des soins
- Cadre de Santé des Urgences
- Cadre de Santé de service ou de pôle de médecine
- Cadre de Santé de service ou de pôle de chirurgie
- Cadre référent soins de suite
- Président des internes ou son représentant
- Représentant du service social

Cette composition est à adapter en fonction de la taille de l'établissement.

La mise en place de cette commission fait l'objet d'une délibération par le conseil d'administration de l'établissement

Elle doit se réunir régulièrement, et élit en son sein un bureau restreint permettant une réaction rapide à des problèmes ponctuels.

Trois niveaux structurels peuvent donc être envisagés :

- **un bureau « exécutif »**
 - o Composition :
 - Membres de droit :
 - Directeur de l'établissement de santé
 - Président de la CME ou son représentant
 - Président de la Commission des Admissions et des Consultations non Programmées

- Chef de service des Urgences ou son représentant.
 - Membres désignés
 - un médecin membre de la commission plénière
 - un cadre de santé, membre de la commission plénière.
 - Fonctionnement : Ce bureau se veut extrêmement réactif. Il se réunit de manière régulière voire de manière exceptionnelle en cas de nécessité ou en réponse à certains problèmes ponctuels.
- **la commission plénière**
- Composition : cf ci dessus
 - Fonctionnement : la commission se réunit au moins deux fois par an de manière semestrielle. Elle établit ou valide les différentes propositions et/ou protocoles. Le président est élu pour une durée de quatre ans renouvelable une fois. De préférence, il est distinct du président de la CME et du chef de service des urgences.
- Elle joue un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge des urgences au sein de l'établissement et des circuits patients en aval.
- **une commission inter-établissements au sein du territoire de santé**
- Composition : Les membres de droit de cette commission sont les membres des bureaux exécutifs des commissions des admissions non programmées des établissements du territoire de santé.
 - Fonctionnement : elle élit un président pour une durée de 4 ans. Elle se réunit au moins une fois par an et joue un rôle dans l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et dans la coopération entre établissements.
 - Les établissements non autorisés à accueillir les urgences sont représentés.

Elle est en relation avec la Conférence Sanitaire de Secteur correspondant.

Ses travaux s'inscrivent dans la gestion territoriale des lits figurant dans le projet médical de territoire.

Préconisation N3 : Unité d'hospitalisation de très courte durée U. H.T.C.D

L'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (U.H.T.C.D) fait partie des moyens réglementaires de fonctionnement des structures d'urgences.

Sa capacité varie selon l'activité du service. Un seuil est fixé par décret.

Missions :

- surveillance, observation clinique, examens complémentaires pour préciser le diagnostic, organisation en tant que de besoin des avis spécialisés à partir de filières formalisées
- surveillance et mise en œuvre des mesures thérapeutiques nécessaires avant orientation soit vers le retour à domicile, soit vers un transfert dans un service clinique y compris en psychiatrie
- surveillance clinique de pathologies potentiellement évolutives à court terme, ou en l'absence de récupération ad integrum à la suite d'un épisode critique (crise d'épilepsie, l'hypoglycémie, ...) à l'exception des non indications (cf ci-dessous)

Fonctionnement :

- nombre de lits : cf décret
- localisation contiguë à la structure d'urgence
- durée de séjour : a priori durée inférieure à 24 heures, dans tous les cas moins de deux nuits
- personnel médical : mutualisé au sein d'un pool Urgences – SMUR, et SAMU le cas échéant
- personnel paramédical : mutualisé au sein d'un pool Urgences – SMUR (cf recommandations sur le personnel), et SAMU le cas échéant
- règles de fonctionnement :
 - orientation ultérieure connue et prévue dès l'admission
 - règlement intérieur de fonctionnement validé par les instances de l'établissement dont la C.A.C.N.P
 - recours possibles à des avis spécialisés (protocoles filières validées par la CACNP)
- modalités de surveillance adaptable pour tous les lits d'U.H.T.C.D

Non indications : toutes pathologies nécessitant ou susceptibles d'être admises

- S.S.P.I
- Hospitalisation de jour

- Réanimation
- Unité de surveillance continue, USIC
- Hospitalisation complète
- Unité de psychiatrie
- U.H.S.I

Évaluation :

- Nombre d'entrées, DMS, Taux d'occupation, pathologies admises, orientation, ...
- Évaluer les dépassements de tâches

Préconisation N°4 : lits d'aval

Une analyse sur les **difficultés d'hospitalisation à partir des services des urgences**, réalisée par le réseau régional lorraine urgences, montre des difficultés pour un passage sur dix et une hospitalisation sur deux sur certains sites, mais aussi de grandes disparités d'un établissement de santé à l'autre. De la même façon, les recueils des **fermetures et de la disponibilité journalière en lits en période estivale**, montrent de grandes disparités entre départements et selon les disciplines. Les plus grandes difficultés de disponibilité portent sur les lits de médecine et de SSR (moins de 12% des lits en période d'été en 2004).

Les problèmes rencontrés sont essentiellement :

- le temps passé à la recherche de lits. La réticence de certains services à prendre en charge des patients « polyvalents » en parallèle avec leur degré de spécialisation, aggrave ce phénomène
- le manque de transparence sur les lits réellement vacants
- la non concordance des pathologies avec les services receveurs
- une gestion insuffisante de l'activité programmée confortant parfois certains services à s'exclure du dispositif de prise en charge des admissions en urgence.

L'objectif : optimiser la gestion des lits pour répondre aux besoins d'admissions non programmées, en interne dans les établissements de santé autorisés ou non à l'activité des urgences, et au sein d'un territoire de santé.

Recommandations :

- Mise en place d'une **fonction « gestion des lits »** dans tous les établissements de santé. La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) est le lieu de la réflexion, de la communication et de propositions, au sein de l'établissement, pour cette gestion. Dans tous les cas, cette gestion repose sur la notion de référent(s) lits, quelle que soit la taille de l'établissement
- Si la spécialisation de certaines activités est souhaitable, il n'en demeure pas moins qu'une **réflexion** doit être menée sur l'admission dans l'établissement de **pathologies à caractère polyvalent**
- Eclairage et calibrage sur les décisions de **fermetures temporaires de lits**, y compris au sein du territoire de santé, à partir d'analyses basées sur les flux selon les filières, les jours, les saisons et aussi des pratiques médicales. Dans tous les cas, les fermetures devront être réduites au maximum pour les activités de réanimation, soins intensifs, surveillance continue, UHTCD, oncologie médicale, et SSR
- Eclairage et calibrage des besoins journaliers en **lits disponibles**, au regard des mêmes analyses et en tenant compte d'une gestion de l'activité programmée. Dans tous les cas, une **lisibilité en temps réel** des disponibilités en lits devra être recherchée. Dans le cas d'accueil de pathologies non concordantes avec la spécialité du service hôte, la prise en charge du patient sera formalisée sur la base d'un **protocole d'hébergement** (règlement intérieur de l'établissement)
- Organisation des **admissions directes non programmées dans les services cliniques**, après accord entre médecin adresseur et médecin receveur
- Mise en place d'une **gestion territoriale des lits**, au sein d'une commission inter-établissements du territoire de santé (cf recommandations SROS III CACNP et projet médical de territoire). L'enjeu est subordonné au partage de l'information sur les fermetures temporaires et les disponibilités en lits. La mise en place d'un serveur régional conduira à pérenniser le recueil sur la base d'un cahier des charges national a minima, et de disposer d'un observatoire permanent du suivi de ces données.

Préconisation N5 : Zones d'intervention des SMUR inter régionales

Cf arrêté zones d'intervention des SMUR

Avec la région Alsace (cf volet médecine d'urgence du SROS Alsace) :

- rattachement en 1^{ère} intention au SMUR de Sarreguemines des communes alsaciennes : Siltzheim, Herbitzheim, Keskastel, Oermingen
- le SMUR de Sarreguemines intervient en 2^{ème} intention sur les communes de Sarre Union, Voellerdingen, Dehlingen, Lorentzen, Wingen sur Moder, Wimmenau, Rosteig, éventuellement d'autres communes situées dans un rayon de 25 kms
- l'antenne SMUR de Sarreguemines située à Bitche intervient en 2^{ème} intention sur les communes de Dambach, Niederbronn-les-bains, Oberbronn, Winstein, le SMUR d'Haguenau intervenant en 1^{ère} intention
- rattachement en 1^{ère} intention au SMUR de Sarrebourg des communes alsaciennes : Kirrberg, Rauwiller, Goerlingen, Baerendorf
- rattachement en 1^{ère} intention au SMUR de Saint Dié des communes alsaciennes : Saales, Bourg Bruche (à revoir pour Saulxures, Colroy la Roche, Ranrupt)

Avec la région Champagne Ardenne (cf volet médecine d'urgence du SROS Champagne Ardenne) : en cours d'étude

Préconisation N6 : projet de convention tripartite SAMU / SDIS / ATSU relative à l'organisation de l'aide médicale urgente et des secours d'urgence

Cf document de référence du SROS III

Préconisation N7 : transports néonataux et pédiatriques

Cf circulaire N°DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants

SMUR régional néonatal avec relais : autorisé depuis 1999, localisé à la Maternité Régionale

SMUR régional pédiatrique : création SROS III, localisé au niveau de l'hôpital d'enfants

SMUR primaires : procédure concernant les transports d'enfants jusqu'à l'âge de 4 ans

Le SAMU départemental :

- engage le SMUR local, avec ou sans renfort local (pédiatres hospitaliers, pédiatres libéraux selon disponibilité)
- fait appel si nécessaire au SAMU 54 qui déclenche au besoin une conférence avec la réanimation pédiatrique ou réanimation néonatale) afin de déterminer qui intervient et avec quel mode de transport (terrestre ou hélicoptère). En cas d'intervention du SMUR local, la médicalisation est assurée par un pédiatre ou par un médecin formé (**tableau I**), selon des protocoles spécifiques établis en lien avec les SMUR spécialisés.

Le SAMU dispose d'un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables établi à l'échelle du réseau de prise en charge des urgences, ainsi que des modalités d'accès et de fonctionnement de ces ressources portant notamment sur les conditions d'exercice de la permanence médicale.

Transports secondaires néonataux

Ces transports concernent les enfants âgés de moins de 28 jours.

Procédure d'organisation des moyens :

Contact entre ETS envoyeur et ETS receveur potentiel :

- en intra départemental, l'établissement receveur informe le SAMU de son département
- le service envoyeur s'assure d'un point de chute pour son patient (service receveur). Il demande ensuite au SAMU de son département d'organiser le transfert, en concertation avec le SAMU départemental du service receveur
- la mise en place d'une régulation régionale des transports périnataux sera entreprise dans le cadre du SROS

Il revient au receveur de veiller à ce que le transport soit organisé et à ce qu'un lit d'accueil soit réservé, le cas échéant dans un service d'une autre région.

Répartition des prises en charge :

Le choix du receveur dépend de la pathologie et du plateau technique plus que de l'âge :

- si le diagnostic est établi (la plupart des cas) : l'appel est directement orienté vers le receveur approprié. L'établissement receveur gère le transfert selon la procédure ci-dessus
En cas d'indisponibilité ou de demande non appropriée, celle-ci est transférée vers un autre receveur disponible et approprié
- si le diagnostic n'est pas établi ou suspecté : l'appel est directement orienté vers la Maternité Régionale qui décide soit de gérer le transfert (information du SAMU 54), soit de transférer la demande vers le receveur approprié.

Les nouveau-nés nécessitant une hospitalisation en service de réanimation qui présentent :

- une ou des pathologies identifiées relevant du plateau technique pédiatrique
- et/ou une urgence vitale médicale ou chirurgicale et qui proviennent du domicile

sont adressés vers un service de réanimation pédiatrique ou encore néonatal selon les cas.

Les transports secondaires néonataux sont assurés :

- par les services de réanimation néonatale de la maternité régionale ou de réanimation pédiatrique du CHU dans le cadre du SMUR néonatal ou pédiatrique
- par les SMUR relais néonataux

Les personnels qui assurent ces transports satisfont aux critères mentionnés dans le **tableau I**.

Transports secondaires pédiatriques

Lorsque les transports concernent des enfants adressés dans le service de réanimation pédiatrique du CHU, celui-ci assure le transport quel que soit l'âge (SMUR pédiatrique)

Pour les orientations autres que la réanimation pédiatrique, les transports sont assurés en fonction des pathologies et de l'âge par le SMUR local ou par le SMUR pédiatrique.

Transports tertiaires

Les transports tertiaires correspondent aux retours vers l'établissement adresseur. L'accompagnement au cours de ce transport est assuré par le SMUR pédiatrique ou le SMUR néonatal.

Actions de formation

A) Pédiatres

Pour les DES et DIS de pédiatrie, la prise en charge des nouveau-nés est intégrée dans la maquette de formation.

L'expérience requise pour assurer la médicalisation des transports est indiquée au **tableau I**.

B) Compléments de formation destinés aux non pédiatres, en sus de la formation dispensée au cours du DESC de médecine d'urgence :

- DU d'accueil des urgences en service de pédiatrie ou DU concernant la prise en charge des nouveau-nés et des nourrissons pour les urgences et les transports
- stages de formation en réanimation néonatale, en réanimation pédiatrique et en transport pédiatrique destinés aux médecins SMUR non pédiatres et aux IDE puéricultrices en charge des transports infirmiers
- formation complémentaire aux transports pédiatriques pour les personnels ambulanciers

Tableau I : Personnels assurant les transports de nouveau-nés et de nourrissons :

	SMUR néonatal ou pédiatrique : intervention médicalisée par un pédiatre	SMUR assurant une intervention médicalisée	SMUR assurant un transport infirmier inter hospitalier
Médecin	Expérience de 1 an en réanimation néonatale et/ou en réanimation pédiatrique de 6 mois en transport pédiatrique	Si possible, DU attestant d'une formation complémentaire à la prise en charge des nouveau-nés et des nourrissons pour les urgences et les transports Mise en place de protocoles spécifiques en lien avec les SMUR spécialisés	
IDE	– expérience en réanimation néonatale ou pédiatrique	IDE si possible puéricultrice	IDE puéricultrice ayant une expérience en réanimation

	<ul style="list-style-type: none"> - ou IDE Puéricultrice - ou IDE anesthésiste avec expérience pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> néonatale ou urgence pédiatrique d'au moins 1 an et une formation au transport pédiatrique
Ambulanciers		Ambulanciers ayant reçu une formation complémentaire au transport pédiatrique

Préconisation N8 : urgences et filière pré-hospitalière de prise en charge des AVC

Une indication d'IRM est nécessaire pour différencier l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique de l'AVC hémorragique, et respecter les délais compatibles avec une éventuelle thrombolyse (3 heures).

Deux étapes importantes précèdent la réalisation de l'imagerie :

➤ diagnostic à domicile par le médecin (généraliste, SMUR) et questionnaire d'aide à la régulation médicale des AVC rempli dès l'appel au SAMU par le médecin régulateur. Le questionnaire est une véritable base de données et il permet d'identifier rapidement les critères d'inclusion à l'orientation vers une UNV de niveau 2 (avec possibilité de réaliser une IRM en urgence).

➤ transports sanitaires dont les compagnies d'ambulances privées qui adressent le plus rapidement possible le patient vers une UNV de niveau 1 (de proximité avec scanner) ou de niveau 2 ou 3/ Avant l'admission à l'hôpital, la régulation oriente le patient selon que l'IRM de pré inclusion est retenue ou non

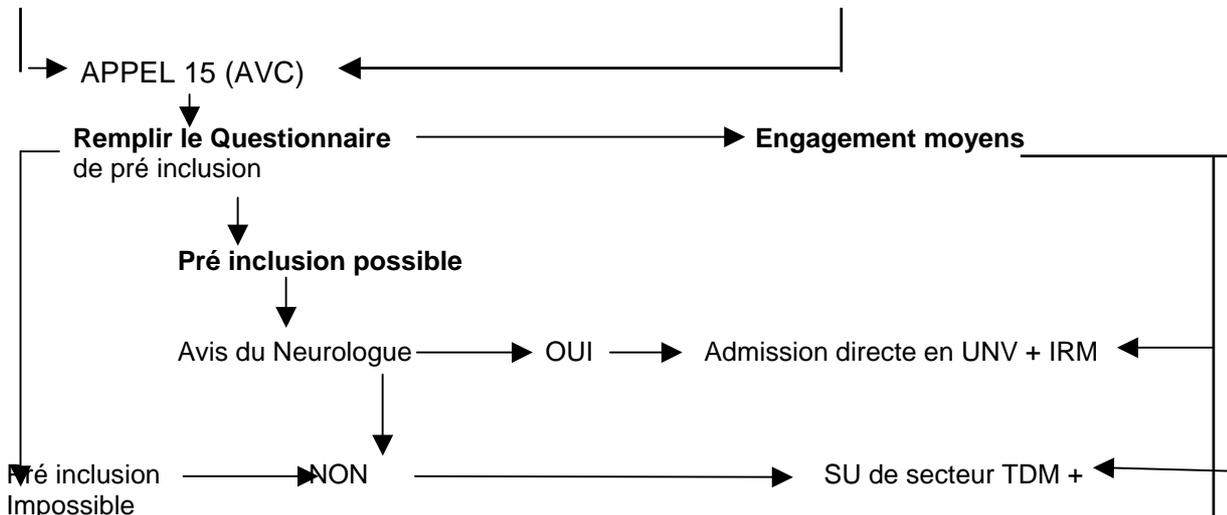
Soit le patient est retenu pour une IRM de pré inclusion :

- Il est orienté sans relais hospitalier vers l'UNV de niveau 2 ou 3 avec IRM
- Le neurologue de l'UNV est directement informé par le médecin régulateur de l'arrivée d'un patient pouvant bénéficier d'une thrombolyse et l'éligibilité du patient pour l'IRM est décidée
- Pour le transport, l'envoi d'une ambulance privée est à privilégier, sous réserve que ce mode de transport ne retarde pas l'arrivée à l'UNV
- L'admission est directe en UNV qui aura à sa charge la réalisation de l'IRM.

Soit le patient n'est pas retenu pour une IRM de pré inclusion :

- Il est orienté vers l'UNV du bassin de proximité. L'admission directe sera privilégiée en fonction de protocoles locaux de prise en charge

Tiers/Patient MEDECIN TRAITANT ET OU PDS



Préconisation N9: prise en charge pré-hospitalière et hospitalière des affections cardio-vasculaires
Cf recommandations volet cardiologie du SROS III

Préconisation N10: urgences et filière gériatrique

*Cf circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
Cf doc 2003 ARH (SROS personnes âgées) : « Proposition d'organisation des filières hospitalières gériatriques en région lorraine »*

Le maintien ou le développement d'activités de proximité constitue un des axes majeurs de la politique en matière de gériatrie, et des projets médicaux de territoire. Si l'organisation de la prise en charge des personnes âgées fait l'objet d'un volet spécifique du SROS III, plusieurs thématiques sont concernées du fait du caractère transversal de ces prises en charge.

Les lieux de vie sont divers : domicile, maison de retraite, foyer logement, unité de soins de longue durée, cas particulier de l'hôpital psychiatrique

Il en est de même des motifs de recours à l'hospitalisation en « urgence » : perte d'autonomie et d'aptitude à la rue, grabatisation ou alitement prolongé prévisible, mono-pathologie, poly-pathologie dominante ou intriquée, insuffisance de prise en charge en milieu institutionnel. Ceux ci traduisent pour une part des dysfonctionnements dans l'organisation de la prise en charge. Les outils de coopération et de liaison, tels que les réseaux, peuvent apporter des réponses.

Les objectifs opérationnels :

- Éviter les hospitalisations injustifiées et génératrices de complications
- Réduire les délais d'attente aux urgences
- Orienter de façon efficace et veiller à prévenir les rechutes

Les préconisations :

- Renforcer l'organisation d'amont par
 - un repérage des personnes âgées isolées et fragiles
 - Une estimation du risque à l'appui d'une expertise médico-sociale (action combinée CLIC / réseau / équipe mobile de gérontologie)
 - La sensibilisation du médecin traitant à travers des actions de formation, la mise à disposition d'outils partagés
 - Une information accessible aux familles et professionnels en matières de conseils (n°veille, annuaire des ressources et contacts, centralisation des demandes en maison de retraite et USLD, ...)
 - L'organisation d'équipes de « relevage » à domicile, jour et nuit
- La prise en charge hospitalière
 - L'organisation d'entrées directes en court séjour gériatrique (hospitalisation complète ou partielle)
 - L'évaluation gériatrique pour préparer la sortie, dès le début de la prise en charge
 - Un accès aux plateaux techniques qui ne doit pas conduire à des prolongations inappropriées de séjour
 - Des alternatives : hospitalisation dans service concordant en cas de mono-pathologie, recours à une HAD pour un relais de soins avant le retour à domicile, recours à un SSIAD articulé avec le réseau pour éviter une hospitalisation ou raccourcir une hospitalisation
- L'aval
 - le recours à un pôle d'évaluation, par le médecin généraliste
 - une consultation par le médecin traitant de prévention des « rechutes » à la sortie d'hospitalisation de personnes particulièrement fragiles (protocoles à établir)
 - l'utilisation d'outils de liaison pour partager l'information entre la ville et l'hôpital

Préconisation N°11 : urgences et filière pédiatrique

cf circulaire DHOS/SDO/n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences

L'organisation de l'accueil et de la prise en charge des enfants et adolescents en urgence concerne **les moins de 18 ans** pour lesquels **quatre types de situations** sont identifiés :

- Urgences vitales
- Urgences traumatiques
- Urgences non traumatiques
- Prises en charge particulières

Elle connaît des variantes selon que l'établissement dispose ou non de pédiatres et selon ses spécialités. La demande en soins urgents pour les enfants est par ailleurs fortement liée au fonctionnement du dispositif local de la permanence des soins de ville.

1. Les préconisations :

- En phase pré-hospitalière : mise en place de protocoles et possibilité de conseil téléphonique auprès d'un expert pédiatre, par le biais des SAMU
- En phase hospitalière, les rôles diffèrent et les compétences doivent être adaptées selon la situation de l'établissement (cf situations locales décrites ci-dessous)
- Une formation initiale et continue pour les IDE et les médecins des urgences (gestes techniques, prises en charge de la douleur, ...)
- Une filière d'accueil séparée dans la mesure du possible, et un circuit identifié (locaux réservés, ou individualisation des circuits, matériels et équipements, ...)
- Des modalités de collaboration avec le ou les secteurs de pédopsychiatrie, ou à défaut avec un secteur de psychiatrie, s'inscrivant dans une psychiatrie de liaison de proximité, et plus particulièrement pour la prise en charge des suicidants et des adolescents en difficulté
- L'accès à des consultations médico-judiciaires organisées
- Une évaluation de l'activité des urgences pédiatriques, distincte de celles adultes, et donnant lieu à un compte rendu annuel discuté en CME et CANCP, et transmis aux DDASS.

2. La filière et l'organisation selon les situations locales

2.1 L'établissement est autorisé pour les urgences et ne dispose pas d'un service de pédiatrie, ni d'un service de chirurgie pédiatrique :

Le SAMU tient compte de l'absence d'un service de pédiatrie dès lors que l'hospitalisation d'un enfant est prévisible

- L'accueil des enfants et adolescents se réalise au sein du service des urgences
- Le médecin urgentiste dispose si besoin d'un conseil téléphonique auprès d'un pédiatre référent, ainsi que de protocoles de prise en charge élaborés conjointement
- Pour les urgences chirurgicales, les situations sont discutées avec un service de chirurgie infantile avec lequel l'établissement a passé convention dès lors que l'établissement ne dispose pas de compétences chirurgicales et anesthésiques appropriées sur place
- L'établissement dispose d'un contrat de relais ou d'une convention entre le service des urgences et les services référents (pédiatre, chirurgie infantile, ORL, ...) décrivant entre autres les modalités de collaboration, les conditions de transfert des enfants

2.2 L'établissement est autorisé pour les urgences et dispose au moins d'un service de pédiatrie :

- une organisation conjointe entre le service des urgences et le service de pédiatrie est mise en place, et fait l'objet d'une adaptation locale en tenant compte des différentes situations et de l'importance des flux, d'un pédiatre présent sur place
- les urgences vitales sont prises en charge au niveau du service des urgences qui dispose de l'équipement et du matériel approprié et fait appel si besoin aux compétences spécialisées (pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, ...)
- Il en est de même pour les urgences traumatologiques (chirurgiens, ...)
- Pour les urgences autres, l'organisation est fonction de l'importance des flux :
 - soit l'accueil et la prise en charge sont assurés au sein du service des urgences avec recours à un avis pédiatrique (permanence à organiser) et utilisation de protocoles établis en commun dans le cadre de la filière pédiatrique
 - soit l'accueil et la prise en charge sont assurés au niveau du service de pédiatrie qui dispose de locaux spécifiques et d'un pédiatre présent sur place

Les personnels médicaux impliqués comportent : pédiatres, médecins titulaires d'un DIU d'accueil des urgences médico-chirurgicales en service de pédiatrie, médecins attestant d'une expérience en pédiatrie de 6 mois minimum, médecins urgentistes, chirurgiens non spécialisés en chirurgie infantile mais possédant une expérience de la chirurgie pédiatrique, chirurgien spécialisé en chirurgie infantile, autres spécialités le cas échéant (chirurgien ORL, ...). Les pédiatres exerçant en ville participent, le cas échéant à cette permanence.

Le personnel paramédical du service des urgences comporte des IDE ayant une expérience dans la prise en charge des enfants, ou des IDE bénéficiant d'actions de formation, et si possible des puéricultrices

En rappel, sont distingués deux niveaux de soins (cf volet pédiatrie du SROS III) :

- le niveau 1 : établissements en capacité d'évaluer les situations, d'assurer des prises en charge relevant de la pédiatrie générale et de la pédiatrie spécialisée dans des situations classiques et d'orienter les patients vers les structures les mieux adaptées
- le niveau 2 : correspond aux établissements en capacité d'assurer un recours au sein du territoire pour la prise en charge des urgences

2.3 L'établissement est autorisé pour les urgences et dispose d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique

- Il est centre de référence pour toutes les urgences médicales ou chirurgicales qui requièrent un centre d'anesthésie ou de réanimation pédiatrique
- Il s'organise de manière à pouvoir donner des conseils téléphoniques 24h sur 24 aux autres établissements
- La filière d'accueil des urgences est séparée et les locaux sont spécifiques
- Il dispose d'une permanence de pédiatrie, d'une permanence séparée de chirurgie pédiatrique viscérale ou orthopédique et d'une astreinte opérationnelle dans l'autre spécialité, d'une permanence de réanimateur pédiatrique
- Il collabore avec un centre de neurochirurgie
- Il joue un rôle dans la formation, la diffusion de protocoles (prise en charge de la douleur aux urgences, brûlures, ...)

L'organisation du service d'urgences pédiatriques doit permettre la présence 24h sur 24 d'au moins un pédiatre ou à défaut d'un médecin titulaire d'un DIU d'accueil des urgences médico-chirurgicales en service de pédiatrie et ayant au moins deux ans d'expérience temps plein en pédiatrie

Le personnel paramédical présent dans le service d'urgence comporte des puéricultrices ou des IDE ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants

Préconisation N°12 : prise en charge psychiatrique des urgences

« L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». (Circulaire du 30.07.1992).

L'urgence psychiatrique recouvre

- l'urgence psychiatrique pure
- les urgences psychiatriques mixtes et notamment les tentatives de suicide
- les états de détresse psycho-sociale, résultat de l'interaction de la vulnérabilité de la personnalité et d'événements de vie.

Les urgences psychiatriques représentent 10 à 15 % des urgences à l'Hôpital Général.

1. Organisation de l'urgence psychiatrique au sein du service des urgences

Afin de garantir la mise en œuvre, le suivi et la continuité des prises en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans le service ou dans la structure des urgences, l'établissement autorisé aux urgences organise la prise en charge :

- Avec les services ou les structures de psychiatrie de l'établissement, lorsqu'il est lui-même autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée à l'article R.6122-25
- Avec un autre établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée à l'article R.6122-25, lorsqu'il n'a pas lui-même cette autorisation

2. Rôle de l'infirmier psychiatrique intervenant au sein du service des urgences

- Tout patient y compris présentant une pathologie psychiatrique reste sous la responsabilité du médecin urgentiste. Ce dernier peut, à tout moment solliciter un avis consultatif auprès du psychiatre ou par délégation à l'équipe psychiatrique

- Cet infirmier a une mission psychiatrique spécifique au sein du service des urgences. Il contribue à la psychiatrie de liaison dans ce même établissement, tout en restant à disposition immédiate du service des urgences.
- Il doit rester sous la responsabilité du psychiatre auquel il se réfère et qui lui délègue éventuellement mission pour accomplir tous les soins qu'il estime nécessaire.
- Il doit avoir une expérience et des compétences professionnelles particulières reconnues par le Directeur des Soins Infirmiers de l'établissement auquel est rattaché cet infirmier
- Le rôle de cet infirmier est défini à l'intérieur de la Convention et du Règlement Intérieur passé entre les services concernés. Il s'agit d'un rôle d'accueil et d'évaluation des patients mais aussi de conseils auprès du médecin urgentiste. Il :
 - mène des entretiens d'évaluation et d'écoute tant auprès des patients que de leur famille,
 - prend des contacts téléphoniques avec l'entourage (famille, médecin traitant etc..),
 - a un rôle de liaison avec le secteur psychiatrique et avec la psychiatrie de liaison,
 - rend compte de son évaluation au psychiatre auquel il se réfère afin de déterminer la conduite à tenir la plus adaptée.
 - Il peut également être sollicité pour un travail de soutien auprès des équipes soignantes des Urgences en ce qui concerne la prise en charge des patients. En revanche, il n'est pas du ressort des infirmiers psychiatriques aux Urgences de s'immiscer dans la gestion d'un stress lié au fonctionnement même des équipes soignantes.
- Les infirmiers psychiatriques sont rattachés au secteur de psychiatrie concerné par l'établissement qui a passé convention.

3. *Lits destinés à accueillir des patients en situation de crise et d'urgence psychiatrique*

Il est important d'organiser une hospitalisation en dehors de l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle qui ne doit pas être la seule modalité privilégiée d'accès aux soins en psychiatrie.

Deux types de dispositifs sont retenus suivant le nombre de passages dans les services des urgences :

* un niveau de base :

Ce dispositif permet de favoriser l'accès à des lits de MCO pour des patients (adultes, adolescents et enfants) présentant une situation d'urgence psychiatrique compatible avec un séjour court (72 heures) dans un lit non psychiatrique.

Le fonctionnement de ces lits repose sur une convention inter-service ou inter-établissement et un protocole de fonctionnement rigoureux établissant notamment la responsabilité médicale tant du médecin somaticien du service clinique que du psychiatre auprès de ces patients. En effet, l'hospitalisation dans ces lits ne peut s'envisager que si un psychiatre a pu donner un avis sur l'indication de cette hospitalisation, sa compatibilité avec le bon fonctionnement d'un service clinique et qu'il veille à l'organisation de la continuité des soins psychiatriques durant le séjour du patient.

* un niveau spécifique psychiatrique :

Il est adapté pour les services d'urgences ayant un volume important de passages ou dans le cadre d'un regroupement d'activités de plusieurs services des urgences au sein d'un territoire. Les lits de centre de crise psychiatriques seront sur un seul site localisé dans l'hôpital, et rattachés à l'établissement psychiatrique, pour des séjours de courte durée (72 heures). Ils permettent une évaluation de la situation et limitent les hospitalisations directes en service de psychiatrie.

Ces lits de médecine ou de centre de crise ont vocation à accueillir préférentiellement les troubles de la personnalité (névrotique, limite...) et les troubles de l'humeur (sans risque de suicide grave et imminent).

L'organisation de la filière de l'urgence psychiatrique vise à faciliter un accès aux soins de psychiatrie au niveau des services des urgences. Ceci ne doit pas constituer la voie d'accès privilégiée vers le dispositif de soins spécialisés en psychiatrie et des réponses en amont de la crise doivent être recherchées avec les professionnels des différents dispositifs de prévention et de soins primaires en santé mentale.

Préconisation N°13 : Urgences et PASS

Cf loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions - article 76

La mission sociale de l'hôpital a été réaffirmée notamment par la création de "cellules précarité", appelées Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui constituent un dispositif hospitalier transversal inter

services permettant de réunir les conditions pour un accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Il convient de rappeler que ce dispositif a comme objectif la réintégration du droit commun des personnes en situation de précarité et non pas la création d'une filière spécifique.

Selon l'évaluation réalisée dans les PASS en 2001 (11 PASS évaluées sur 16), les problèmes résident dans la difficulté du repérage des situations précaires, dans l'orientation et dans le suivi.

Les PASS doivent améliorer la formalisation de leurs projets, mettre en place des procédures des outils de suivi et d'orientation des personnes en situation précaire, confirmer le rôle de la PASS au sein de l'hôpital, et créer ou renforcer un réseau de professionnels extrahospitaliers de la santé et du social

Les préconisations :

- Créer des outils opérationnels tels que : un dispositif de signalement sur la base d'indicateurs de repérage de "demande de prise en charge sociale" débouchant sur une fiche signalétique à destination de la PASS. Il s'agit d'une fiche d'intervention sanitaire et sociale constituant un outil de coordination intra-hospitalière entre les services sociaux, sanitaires et administratifs. Elle est disponible dans tous les services et tout soignant qui perçoit un problème d'ordre social remplit la fiche.
- Formaliser des procédures afin de faciliter le repérage et l'orientation de ces personnes au sein de l'hôpital. Les modalités de recours à l'assistante sociale, les horaires d'ouverture du service de la PASS et modalités d'accueil en dehors de ces horaires, font partie de cette procédure.
- Assurer la coordination intra-hospitalière afin de faciliter la circulation des personnes au sein de l'hôpital entre les lieux de consultation, d'examen et de soins :
 - Par une identification claire au sein de l'établissement de la PASS, ,
 - par la création de liens fonctionnels entre la PASS et le service des urgences, pouvant se concrétiser par le passage d'une assistante sociale aux urgences
 - par un comité de pilotage associant des professionnels de la santé et du social et l'implication du personnel des urgences dans cette instance
 - par la nomination d'une personne référente au sein du service des urgences pour tous les problèmes de soins des personnes en situation de précarité
 - par la création d'un guide d'utilisation d'un dossier "PASS" adressé à l'ensemble du personnel ; ce dossier est remis aux personnes en situation sociale difficile et leur permet d'avoir accès à des consultations à l'intérieur de l'établissement et à la pharmacie par un système de bons
 - par la formation des personnels soignants de l'hôpital afin de les sensibiliser aux effets de la précarité sur la santé.
- Mettre en place coordination extra-hospitalière afin de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social et sensibiliser à la dimension sociale des personnes accueillies. Plusieurs façons d'encourager cette mise en réseau des acteurs sont proposées :
 - possibilité de faire intervenir des personnes extérieures à l'hôpital, lors des formations du personnel, pour présenter leurs institutions et associations, pour une meilleure connaissance du tissu social
 - constitution d'un annuaire regroupant l'ensemble des acteurs de la santé et du social pour faciliter l'orientation des personnes
 - constitution d'un réseau inter-PASS au sein du territoire de santé, permettant un travail collectif des PASS autour d'outils communs de recueil et de traitement de l'information, autour de la coordination médico-sociale, et facilitant les échanges d'expériences.

Préconisation N°14: consultations médico-judiciaires et victimes de violences sexuelles

En application de la circulaire DH/AF1/98/137 du 27 février 1998, les Services d'Urgences doivent mettre en place une Consultation Médico-Judiciaire d'Urgence (C.M.J.U) afin de répondre au mieux à la prise en charge des personnes victimes de violences volontaires.

Ces structures répondent au besoin d'homogénéiser et de rationaliser les conditions d'exercice de la médecine légale non thanatologique.

Cette consultation s'inscrit dans le cadre de la réorganisation de la prise en charge des urgences. Elle dispose d'un rôle opérationnel propre et sert d'interlocuteur privilégié aux forces de l'ordre et aux autorités judiciaires.

Elle permet la réalisation d'examen médico-légaux et la délivrance de certificats médicaux conformes aux bonnes pratiques professionnelles. Elle a également pour but de coordonner l'action de différents

intervenants (médecins, spécialistes, travailleurs sociaux, psychologues...) au sein des établissements de santé dans un souci d'améliorer l'accueil et l'orientation des victimes. La circulaire DHOS/E1/2201/503 du 22 octobre 2001 souligne l'importance de la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients victimes de violence de toutes natures.

Ces consultations médico-judiciaires sont organisées de préférence à proximité ou dans le service des urgences, font appel à des médecins formés et particulièrement dans la rédaction des certificats. Elles s'organisent en réseau autour de pôles de référence régionaux.

Prise en charge de victimes de violences sexuelles

La prise en charge, en urgence, d'une victime d'agression sexuelle peut se faire à la demande de la victime ou sur réquisition. L'examen médical ou le signalement de ces violences nécessitent l'accord du (de la) patient(e).

Les enjeux médico-judiciaires et psychologiques de cette prise en charge initiale ont une importance capitale.

L'ambiance agitée et le manque d'intimité des structures d'urgences sont telles que cette prise en charge est idéalement réalisée dans d'autres locaux que ceux des urgences (CMJU, service de gynécologie, ...) par des praticiens spécialisés ayant l'habitude de réaliser un examen général et gynécologique et formés à la détermination des préjudices.

Une sage femme ou une infirmière sont idéalement associées à cet examen.

Lorsque la victime est un enfant, la prise en charge a lieu en milieu pédiatrique.

Une évaluation psychologique s'impose. L'hospitalisation et le recours à un spécialiste peuvent s'avérer nécessaire et doivent être facilités.

Des prélèvements sont réalisés à titre conservatoire et transmis au laboratoire de l'établissement de santé ou remis à l'autorité requérante.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles est un moment capital de la consultation.

Une contraception orale d'urgence est prescrite si l'agression est inférieure à 72 heures.

La prise en charge globale de la victime est réalisée en un lieu unique. Si plusieurs praticiens sont appelés à intervenir, ces derniers se déplacent au chevet de la victime.

Un suivi ultérieur doit être envisagé et proposé.

Préconisation N°15 : les activités de prélèvement d'organes et de tissus

La greffe est une thérapeutique efficace, éprouvée et validée. La pénurie de greffons en limite cependant l'accès. Le nombre de patients inscrits en liste d'attente est en constante augmentation. Certains décèdent faute d'être greffés.

A ce titre, la loi de bioéthique du 6 août 2004 positionne l'activité de prélèvement d'organes et de tissus comme une priorité nationale.

Elle précise que « tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés ou non (au prélèvement d'organes et/ou de tissus), participent à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus, notamment en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement ».

De nombreux établissements de santé, autorisés à accueillir des urgences, bénéficient d'ores et déjà d'une autorisation de prélèvement d'organes et/ou de tissus.

Ces structures d'urgence pré- ou intra-hospitalières jouent un rôle essentiel voire incontournable dans le recensement de donneurs potentiels à plusieurs titres. Elles interviennent dans la prise en charge médicale initiale des patients, leur orientation et éventuellement en assurant leur transfert secondaire.

Par ailleurs, les médecins urgentistes se sont depuis longtemps investis dans cette activité. Certains parmi eux assurent, dans le cadre des coordinations hospitalières, les responsabilités de médecin référent. D'autres interviennent également en tant que médecin préleveur (cornées).

Dès 2000, le plan Greffe puis la Tarification à l'Activité ont permis l'attribution de moyens spécifiques afin de soutenir cette mission des établissements de santé.

A l'heure actuelle, les établissements autorisés disposent de postes médicaux et/ou paramédicaux dédiés dans le cadre d'un forfait « coordination de prélèvement d'organes ». Des dispositions financières concernent les établissements non autorisés.

Néanmoins, depuis quelques années, le nombre de donneurs recensés et prélevés en Lorraine chute de manière régulière et inquiétante.

Cette chute est attribuée à un défaut d'identification de patients en état de mort encéphalique et tout particulièrement de donneurs âgés ou aux antécédents chargés.

Le recensement doit inclure ces patients, compte tenu de l'évolution des caractéristiques actuelles des donneurs. Les structures d'urgence, en particulier, doivent y être sensibilisées.

La moyenne d'âge a augmenté de 10 ans en 10 ans. Le nombre de donneurs de plus de 65 ans est en constante augmentation. La pathologie vasculaire est la principale étiologie.

Recommandations :

- L'application de la Tarification à l'Activité apporte un soutien aux établissements autorisés afin de que du temps médical ou paramédical soit effectivement attribué à cette activité,
- Les établissements non autorisés doivent intégrer un réseau de prélèvement,
- Les services d'urgence, les SAMU et les SMUR sont des sites privilégiés de recensement. La sensibilisation et la formation des équipes est essentielle,
- Les services d'urgence, les SAMU et les SMUR doivent être à l'origine de l'alerte précoce, en temps réel, des coordinations hospitalières en présence d'un coma grave ou de la survenue d'un décès intra-hospitalier,
- Les contre-indications éventuelles et les limites de prélevabilité doivent être envisagés avec les médecins du Service de Régulation et d'Appui de l'Agence de la Biomédecine,
- Les SAMU et les SMUR interviennent dans les transferts inter-hospitaliers de donneurs en vue de prélèvement multi-organes,
- Les médecins urgentistes formés sont susceptibles de prélever des tissus.

Préconisation N°16 : gestion des situations exceptionnelles

La rédaction d'un **plan blanc** est rendue obligatoire pour tous les établissements de santé publics ou privés et pour chaque entité juridique géographiquement distincte par la loi du 9 août 2004, en complément des circulaires du 24 décembre 1987 et du 3 mai 2002 qui concernaient les établissements sièges d'une structure comportant des soins d'Urgence. Ce plan est destiné à organiser la gestion des situations exceptionnelles dans un établissement de santé et les responsables des services des urgences y apportent leur concours.

Un plan blanc élargi (ou Schéma Départemental des Plans Blancs) définit le rôle et la place de chaque établissement de santé (public ou privé) du département dans une situation exceptionnelle conduisant à prendre en charge un nombre important de patients. Son élaboration et son suivi sont confiés au DDASS en collaboration avec le SAMU sous la responsabilité du préfet de département.

- Il s'appuie donc sur le schéma régional d'organisation sanitaire et en particulier sur le volet médecine d'urgence et doit être examiné annuellement par le CODAMUPS.
- La place des établissements est fonction de leur niveau d'équipement et de spécialisation. Chaque établissement de santé rédige son plan blanc en cohérence avec le SDPB.
- Chaque plan blanc élargi présente des interfaces entre départements et nécessite une réflexion régionale sur les articulations à mettre en œuvre avec les départements ou régions voisins. Elle s'appuie sur l'organisation existante des Urgences.

L'organisation zonale est obligatoire pour les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques (NRBC). Elle est placée sous la responsabilité du préfet de Zone et du délégué de zone aux affaires sanitaires et sociales (DRASS de Lorraine)

- La zone de défense Est dont fait partie la Lorraine est composée de cinq régions : L'Alsace, la Bourgogne, la Franche Comté, la Champagne Ardennes et la Lorraine
- En cas d'alerte NRBC, le SAMU départemental informe en temps réel le SAMU 54 (SAMU référent). Les SAMU référents de la zone Nancy et Strasbourg assurent un rôle de conseil, une aide au diagnostic, ou une prise en charge thérapeutique dans certains cas et apportent un rôle d'expert auprès du préfet de zone :
 - « Annexes NRBC des plans blancs des établissements » ,
 - Volet « Organisation interdépartementale pour les risques NRBC » en lien avec les plans de secours : VIGIPIRATE, PIRATOX, PIRATOME, BIOTOX.

Des annexes spécifiques à la prise en charge de la canicule sont obligatoires pour tous les établissements de santé accueillant des personnes âgées dans leurs plans blancs (plan national canicule et circulaire du 30 mai 2005) ainsi que la signature de conventions entre établissements de santé, maisons de retraite et foyers

logement pour assurer des modalités de coopération et d'échanges de bonnes pratiques. La filière gériatrique est renforcée.

Une organisation régionale pour les établissements de santé comportant des services de psychiatrie a été prévue en Lorraine. Elle donne lieu à un document annexé aux plans blancs élargis départementaux

La prise en compte du risque « Pandémie grippale » (Plan du 7 octobre 2004) est obligatoire dans les plans blancs des établissements et dans la prise en charge du risque NRBC . Le CHU y joue un rôle spécifique d'établissement référent (ex grippe aviaire).

Des formations concernant le plan blanc, les risques NRBC, la prise en charge d'épisodes de canicule et de pandémie grippale doivent être mises en place pour les médecins et les personnels non médicaux. Celles-ci doivent apparaître notamment dans le plan de formation des établissements.

Des exercices sur le plan blanc, les risques NRBC, la prise en charge d'épisodes de canicule et de pandémie grippale sont à prévoir par chaque établissement de santé.

Préconisation N°17 : les soins non programmés

Les établissements de santé ont tous des obligations générales de secours aux personnes en danger qui se présentent ou s'adressent à eux (Art R 712-79 CSP). Ils doivent donner à ces personnes les premiers secours que leur état exige et, s'il y a lieu, les adresser ou les faire transférer après intervention du centre « 15 » du SAMU, dans un établissement de santé ayant l'autorisation mentionnée au 1° de l'article R 71 2-63 du CSP (SAU, POSU, UPATOU).

Concernant plus spécifiquement les établissements de santé qui n'ont pas l'autorisation « d'accueil et traitement des urgences », les dispositions réglementaires ne font pas obstacle à ce qu'ils dispensent (Art R 712-78 CPS) :

- des soins immédiats aux patients qui se présentent à leurs consultations externes, quel que soit l'horaire de celles-ci,
- des soins non programmés pour des patients adressés par un médecin libéral exerçant en cabinet après examen du patient et consentement de ce dernier lorsqu'un accord préalable direct a été établi avec le médecin de l'établissement qui sera appelé à dispenser les soins nécessaires.

Il peut arriver qu'une urgence vitale et/ou fonctionnelle, se présente à l'établissement de santé non autorisé à l'accueil et au traitement de ces urgences, faute d'orientation éclairée et/ou en situation imprévue. Ces situations doivent rester exceptionnelles. Une réponse organisée doit leur être apportée dans le respect de la sécurité et la qualité des prises en charge.

ORGANISATION DES SOINS

L'établissement indique l'existence d'une activité de Soins Non Programmés ; il ne doit pas utiliser les sigles ou mentions de Services des Urgences

Une information du public précise les horaires d'accueil médicalisé ; elle doit faire l'objet d'un affichage conforme à la déontologie.

L'activité est réalisée soit au sein des activités de consultations externes soit au sein d'une unité individualisée

Dans le cas d'une individualisation d'unité de soins non programmés :

Un médecin est désigné responsable de l'unité. Pendant les heures d'ouverture de l'unité, une équipe médicale assure la couverture des soins par une présence sur place dans l'établissement. En dehors des heures d'ouverture, le cas qui se présenterait de façon imprévue est accueilli par un infirmier diplômé d'État qui met immédiatement en œuvre une procédure d'appel Centre « 15 ». A partir de cet instant, l'orientation du patient est prise en charge par le Centre « 15 » qui décide de mobiliser ou non sur le site un moyen médicalisé (SMUR, ou antenne, ou médecin correspondant du SAMU, ou astreinte opérationnelle du site quand elle existe et qu'elle est organisée, ou encore médecin libéral).

Un cadre infirmier ou un infirmier diplômé d'État est désigné responsable de la coordination des soins au sein de l'unité. Pendant les heures d'ouverture, un infirmier diplômé d'État est présent sur le site et une aide-soignante immédiatement disponible. En dehors des heures d'ouverture, l'accueil du patient est assuré

par un infirmier diplômé d'État, présent dans l'établissement et immédiatement disponible. Ce dernier met en œuvre systématiquement le protocole Centre « 15 ».

Tout personnel non soignant, agent de service hospitalier ou agent administratif, susceptible d'intervenir dans l'aire géographique de l'unité, est informé des modalités d'organisation retenues pour celle-ci. A ce titre, une formation interne est organisée.

Pour faire face à des situations exceptionnelles et ressenties comme des urgences graves et vitales, des fiches techniques de conduites à tenir devant des situations d'urgences sont mises à disposition des personnels médicaux et soignants intervenant dans les unités.

Ces fiches sont élaborées en lien avec le (ou les) établissement(s) signataire(s) d'une convention avec l'établissement siège de l'unité et validées par le Réseau.

Elles ont pour but de guider soit le médecin, soit l'infirmier diplômé d'Etat dans les premiers soins d'urgences et la mise en condition du patient, avant que n'arrivent sur les lieux les moyens médicalisés déclenchés par le SAMU.

L'unité de Soins Non Programmés passe obligatoirement des conventions avec :

- le SAMU du département où siège l'établissement disposant de l'unité (cf modèle type élaboré par le Réseau Lorraine Urgences (RLU), ceci afin d'assurer le transfert médicalisé des patients après mise en condition et d'orienter le patient lorsque ce dernier arrive de façon imprévue en dehors des heures d'ouverture du Centre.
- un ou plusieurs sites d'accueil et de traitement des urgences autorisés, en privilégiant la proximité pour assurer la continuité des soins dans le cas où l'établissement ne peut dispenser les soins nécessités par l'état de santé du patient,
- éventuellement un ou plusieurs établissements non autorisés, appartenant au réseau, pour assurer la continuité des soins dans une discipline ou une activité de soins non dispensée dans l'établissement siège de l'unité, en veillant à privilégier la proximité.

LOCAUX ET EQUIPEMENTS

Les locaux spécifiques comptent au minimum :

- une salle d'attente,
- une salle de soins avec table d'examen et/ou brancard, des fluides O₂ – air – vide ou aspiration (si possible muraux), des points d'eau et lavabo,
- une liaison permanente avec le ou les médecin(s) présent(s) dans l'établissement par interphone ou numéro abrégé et pendant la période d'accueil organisé,
- un téléphone avec une ligne extérieure pour joindre notamment le Centre « 15 ».

Les équipements comptent au minimum :

- une armoire à pharmacie contenant une liste minimale (cf annexe)
- du matériel de soins, sutures et immobilisations,
- une procédure de stérilisation : protocole de stérilisation interne à l'établissement et/ou convention avec structure extérieure et/ou utilisation exclusive de matériel à usage unique,
- un chariot de soins comptant des drogues pharmaceutiques d'urgences, un matériel d'intubation (adultes, enfants), un défibrillateur semi-automatique avec écran scope.

PERSONNELS ET FORMATION

L'ensemble de l'équipe intervenant au sein de l'unité doit être titulaire du doctorat en médecine. La formation initiale des médecins concernés par l'activité de l'unité de soins non programmés répond a minima au contenu exigé pour les médecins correspondants du SAMU. Une formation continue est obligatoire.

L'équipe soignante est composée de :

- un infirmier diplômé d'Etat,
- une aide-soignante immédiatement disponible.

Le cadre infirmier et au moins un infirmier diplômé d'Etat (au minimum 2 personnes) concernés par l'activité de l'unité, doivent bénéficier de la formation régionale mise en place pour l'accueil et le traitement des urgences. Les autres infirmiers diplômés d'Etat doivent avoir acquis une expérience professionnelle d'au moins 1 an.

Les aide-soignantes susceptibles d'intervenir dans l'unité doivent être titulaires d'un diplôme de secourisme.

EVALUATION

L'unité met en place un dossier du patient (médical et soignant), ainsi qu'un système d'information qui lui permette a minima d'évaluer les relations avec le Centre « 15 » :

- nombre d'appels Centre « 15 »,
- nombre de transferts non médicalisés,
- nombre de transferts médicalisés,
- recueil CCMU pour chacun de ces cas.

Un bilan descriptif général sur l'activité sera produit annuellement. Une participation à la démarche d'évaluation du réseau est recommandée.

Préconisation N°18 : évaluation

L'évaluation est une obligation légale pour les établissements de santé. Elle est une obligation déontologique pour tout médecin qui participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle se base sur des recommandations élaborées notamment par des sociétés savantes. Des tableaux de bord avec indicateurs ont été élaborés par le réseau régional « Lorraine Urgences » et le Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (CoLMU).

Trois champs d'action, l'évaluation quantitative, l'évaluation qualitative et l'évaluation médico-économique, permettent de répondre aux questions : qu'est-ce que je fais ? comment je le fais ? est-ce que je le fais bien ? et à quel coût ?

L'évaluation quantitative s'intéresse d'une part aux structures d'urgence, et d'autre part au réseau formé par ces structures.

- 1- structures d'urgence : mise en place de tableaux de bord décrivant l'activité
 - a. Services d'Urgences : tableau de bord dans « document de référence SROS III »
 - b. UHTCD : case-mix d'activité sur les données du PMSI
 - c. SAMU : tableau de bord dans « document de référence SROS III »
 - d. SMUR : tableau de bord dans « document de référence SROS III »
- 2- réseau des urgences : le fonctionnement du réseau repose sur l'analyse des transferts des patients et des relations fonctionnelles entre les partenaires du réseau
 - a. transferts secondaires
 - i. non médicalisés, hors ou dans le cadre de contrats de relais et/ou conventions
 - ii. médicalisés : hélicoptère régional, transferts néonataux et pédiatriques
 - iii. paramédicalisés : TIH
 - b. liens fonctionnels
 - i. réseau inter-SAMU
 - ii. transmission d'informations CTA-SAMU
 - iii. transmission d'informations SAMU-SU
 - iv. transmission d'informations entre SU
 - v. transmission d'informations épidémiologiques (CIRE, InVs, Serveur Régional)

- L'évaluation qualitative doit reposer en routine sur des indicateurs simples, facilement renseignés. Des enquêtes ponctuelles, ciblées, devront être réalisées :

- 1- niveau pré-hospitalier :
 - a. VSAV par carence (nombre, localisation, jour et heure, motifs)
 - b. Défaillance de la PDS (médecin de garde non joint ou refus de prise en charge)
 - c. Interventions SMUR secondaires à l'engagement d'un autre moyen
 - d. CCMU IV et V arrivant non médicalisés dans un SU
 - e. Filière de prise en charge des SCA ST+
- 2- niveau hospitalier :
 - a. durée de passage dans un SU (par pathologies, motif, âge ...)
 - b. hospitalisations non conformes (difficultés d'hospitalisation)
 - c. devenir des personnes âgées après passage au SU
 - d. existence d'un règlement de service, d'une commission des admissions non programmées, de protocoles de prise en charge des pathologies et filières cibles (chapitre III.4)
 - e. indicateurs de dysfonctionnement (cf source SFUM)
 - f. critères d'évaluation (cf source SFMU)

- Par ailleurs des indicateurs nationaux feront l'objet de remontées périodiques :

- a. Nombre et taux de SAMU dans lesquels les médecins libéraux assurent la régulation des appels de permanence des soins OU (nombre et taux de SAMU) interconnectés à la régulation de la médecine de ville
- b. Pourcentage de la population des zones considérées comme non accessibles par les SMUR terrestres, qui représentent elles-mêmes ...% de la population totale de la région, couverte par un autre dispositif de prise en charge des urgences
- c. Nombre et taux d'établissements siège d'un service d'urgences (tous les UP/SAU/POSU) et d'un service de pédiatrie ayant mis en place un accueil spécifique des enfants aux urgences (circulaire n° 328 du 20 mai 2003 relative à la PEC de l'enfant et de l'adolescent aux urgences)
- d. Nombre et taux d'établissements dont le % de passages avec une attente supérieure à 30 minutes dépasse le seuil de 20%
- e. Nombre et taux d'établissements ayant constitué une équipe commune entre SAMU-SMUR-services des urgences éventuellement sur plusieurs établissements

VOLET

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

I. Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

Les enjeux du volet en 8 points :

- la finalité médicale est la mise en sécurité des patients présentant un risque vital aigu ;
- la mise en conformité aux normes très contraignantes des décrets du 5 avril 2002 ;
- la nécessité de requalification d'unités de soins, de regroupements, de créations et de coopérations, d'où une incidence forte sur la recomposition du tissu hospitalier ;
- la grande connexité avec d'autres activités de soins ;
- le contexte défavorable de la démographie des anesthésistes-réanimateurs et réanimateurs médicaux présente et à venir ;
- l'impact financier tant en terme d'investissement que de fonctionnement ;
- les dimensions éthiques : lieu où l'on sauve des vies ou pas, fin de vie, dons d'organes ;
- les marges de manœuvre étroites pour un volet constituant un ensemble de mesures indissociables les unes des autres.

I.A. Des contraintes réglementaires spécifiques encadrant strictement l'exercice des ces activités de soins

La source juridique du volet réanimation du SROS correspond à la mise en œuvre des dispositions réglementaires relatives aux trois activités de soins distinctes que sont la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, ayant fait l'objet des décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002.

Le code de la santé publique définit ainsi un ensemble de contraintes qui contraste très significativement avec le peu de réglementation qui avait régné jusqu'alors, d'où le développement diffus d'unités de soins répondant, certes à des besoins locaux de chacun des établissements, mais très partiellement à un tel ensemble de mesures.

Qu'il s'agisse de la définition même de la réanimation, des obligations en terme d'organisation ou du quantum de lits minimal, ces décrets marquent une volonté des pouvoirs publics de fixer un cadre assez restrictif, la réanimation étant au sommet du dispositif d'hospitalisation des patients, tant sur le plan du concentré de ressources humaines et techniques que sur le plan numérique. L'ensemble des textes prévoit effectivement une gradation des unités de soins en correspondance avec le degré de gravité des patients.

I.B. Bilan de l'offre de soins

L'analyse exhaustive de l'existant en Lorraine, réalisée en 2002 et 2003 permet de faire un constat qui n'est pas spécifique à cette région puisque ici comme ailleurs, il existe un très grand nombre de services se déclarant de réanimation et très peu de surveillance continue. S'il est vrai que dans ces unités de soins il est donné des soins et réalisé d'authentiques actes de réanimation, ce n'est pas pour autant que ces unités constituent des unités de réanimation à part entière.

Bon nombre d'entre elles sont plutôt des unités de soins intensifs ou de surveillance continue dans lesquelles sont pris en charge, plus ou moins fréquemment, des patients relevant de réanimation.

Le bilan qualitatif et quantitatif a mis en évidence le manque d'adéquation de l'offre de soins de réanimation aux contraintes démographiques des professionnels de santé et aux nouvelles dispositions inscrites dans les décrets du 5 avril 2002.

- Un nombre élevé d'unités, dont la taille, l'activité et la répartition géographique sont hétérogènes. Lors de l'enquête, une activité de réanimation a été constatée dans 33 unités sur les 60 étudiées, hors unités de soins intensifs de cardiologie. Ces services n'ont pas tous un volume d'activité "réa" suffisant pour justifier d'une unité de 8 lits minimum. La gravité des patients pris en charge et la lourdeur des soins prodigués étaient également variables selon

les services, certains services comportant de nombreux patients relevant d'une unité de soins intensifs ou d'une unité de surveillance continue.

Sur ces 33 unités, seule une dizaine d'unités sont en mesure de se mettre en conformité sans opération importante de restructuration. Parmi celles-ci, il y a l'unité de l'Hôpital des Armées de Metz et 5 unités du CHU. De plus la capacité moyenne de ces 10 unités est faible au regard des contraintes de resserrement qu'impose la réglementation. Seules 3 unités ont une capacité de 16 lits installés. Les 7 autres ont une capacité moyenne de 11 lits.

- Une qualité de prise en charge parfois insuffisante.

En matière de locaux : une disposition en trois zones géographiques, telles que décrites dans le décret du 5 avril 2002 n'était pas toujours retrouvée. Globalement dans environ 25% des cas au moins une norme réglementaire était manquante. Aucune unité de réanimation polyvalente ne disposait d'une unité de surveillance continue adjacente.

En matière de plateaux techniques : dans certains établissements il n'est toujours pas possible de faire réaliser sur place et 24h/24 des fibroscopies digestives et bronchiques ; de même pour les scanners ou IRM H24.

En matière d'équipements : 1/3 des unités intitulées réanimation ne possédaient pas d'appareil d'épuration extra-rénale.

En matière de permanence médicale : seuls le CHU et le CHR offraient des gardes exclusives H24 en réanimation.

- Des modes classiques de recrutement et des filières de patients "encombrées".

Le premier mode d'admission était celui des urgences (environ 50%). Il s'agit d'abord de motifs médicaux, puis de motifs chirurgicaux non programmés. Par contre la chirurgie programmée ne représente que 3 à 4% de toute l'activité de réanimation.

L'insuffisance de lits de soins continus adossés aux unités de réanimation est une cause d'admission inappropriée ou d'inadéquation en fin de séjour. Ce constat est unanimement reconnu comme responsable d'environ 30% de séjours inadéquats dans les réanimations.

Par ailleurs, des patients en coma végétatif chronique peuvent rester hospitalisés pendant plusieurs mois dans un service de réanimation, faute de place dans une structure mieux adaptée ou par manque d'organisation des filières de soins.

Enfin des patients relevant d'une défaillance monoviscérale sont orientés par défaut en réanimation faute d'unités de soins intensifs appropriées, y compris parfois dans le domaine de la cardiologie.

I.C. Etat de la démographie médicale

L'actualisation des données relatives aux anesthésistes-réanimateurs tend à confirmer le scénario considéré comme le plus défavorable à l'occasion des travaux conduits en 2003.

Au plan régional, 298 AR étaient en exercice en octobre 2005. En même temps, il y a 53 postes vacants et 13 personnes dont le départ à la retraite est annoncé en 2006. Le département des Vosges est particulièrement touché par ce déficit.

13 établissements ont un effectif d'AR inférieur ou égal à 3. Quelques établissements ne déclarant qu'un ou deux AR sont en situation fragile.

D'autres facteurs impacteront l'offre dans les prochaines années :

- les départs en retraite qui semblent s'annoncer plus précoces que prévus, certains PH n'attendront pas l'âge de 65 ans ;
- l'année blanche en terme d'arrivée de jeunes spécialistes formés consécutivement au passage de 4 à 5 ans de la durée de formation du DES ;
- la formation en Lorraine de médecins qui en majorité partent s'installer dans leur région d'origine ;
- la féminisation de la profession et plus généralement le temps "d'employabilité" des nouveaux médecins qui tendra à se raréfier ;
- la pyramide générale des âges qui est totalement défavorable avec une rupture de l'équilibre dès 2010.

I.D. Synthèse des principaux constats

- Il existe dans le sillon lorrain, Thionville – Nancy, des unités de réanimation répondant à l'organisation attendue et qui sont le recours principal aux besoins dans la région pour les cas lourds.
- Le bassin houiller et les Vosges sont à considérer comme territoires en difficulté.
- En périphérie de région, les coopérations interrégionales sont à formaliser.
- Le nombre d'unités de surveillance continue est faible, et notamment chaque unité réanimation ne dispose pas d'une unité de SC d'aval à proximité.
- En dehors des USIC, il n'existe que peu d'unités de soins intensifs, notamment dans le domaine respiratoire. Certaines sont à tort qualifiées de soins intensifs comme c'est le cas en milieu chirurgical. Des unités neuro-vasculaires devraient être créées.
- Il existe un défaut d'offre dans certains territoires périphériques de la région, mais également des disparités d'accès au soin le plus juste, faute d'une organisation en réseau, seule garante d'un égal accès.
- Il existe des disparités dans la qualité, la sécurité et la continuité des soins, notamment en lien avec une démographie médicale dans la spécialité d'anesthésie-réanimation qui ne permet plus une couverture correcte des gardes et astreintes dans l'organisation actuelle.
- Il existe des inadéquations en nombre important dans tous les types d'unités, y compris les authentiques unités de réanimation qui manquent de structures d'amont et d'aval. Par absence ou faiblesse de l'organisation des unités des soins intensifs, parfois même les USIC, mais surtout par insuffisance de surveillance continue, on oriente encore, par principe de précaution, des patients en réanimation polyvalente dans un but de surveillance médicale ou de surveillance et soins post-opératoires.

I.E. Evaluation des besoins

1. Chez l'adulte

L'estimation des capacités nécessaires et suffisantes en lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue pour adultes prend en compte l'actualisation de diverses sources de données d'activité, d'éléments de prospective régionale et de comparaison interrégionale. Ainsi, il importe de mesurer dans leur ensemble les besoins des trois activités de soins concernant l'adulte en intégrant les données suivantes :

- l'augmentation significative de nombre d'unités de surveillance continue (créations pures et requalifications) et donc de lits de cette discipline ;
- la reconnaissance d'unité de soins intensifs multiples en cardiologie, pneumologie et neurologie (environ 13) ;
- la prise en charge en filières ayant pour effet d'écourter la durée des séjours (sorties vers post-réa) ;
- l'existence d'une offre importante en lits de soins intensifs et/ou de réanimation spécialisés (unités adossées à la chirurgie cardiaque et à la neurochirurgie) ;
- l'objectif d'organisation en réseau gradué et coordonné de l'ensemble optimisant les flux et le taux d'occupation.

Considérant toutes ces prises en compte, les besoins régionaux en lits de réanimation pour adulte (hors réanimation spécialisée et, au sens du décret, prenant donc en charge des défaillances viscérales aiguës multiples) peuvent être estimés à environ 140 lits. L'évaluation des besoins en lits de surveillance continue est d'environ 300 lits pour la région. Les soins intensifs (hors USIC) représentent une offre de 60 lits. Au total, la capacité d'accueil nécessaire à la prise en charge des patients adultes présentant un risque vital aigu (hors USIC) est égal à 500 lits pour la région.

2. Chez l'enfant

Il existe une offre dans le champ de la périnatalité (réanimation néonatale), de la chirurgie cardio-pédiatrique et en neurochirurgie. S'agissant de l'activité de réanimation pédiatrique médico-chirurgicale, les besoins régionaux sont estimés à 20 lits maximum.

II. Objectifs spécifiques et opérationnels

II.A. Principes généraux

Afin de réduire les écarts longuement décrits ci-dessus, la finalité de ce volet réside dans la mise en sécurité optimale des patients présentant un risque vital aigu, son contenu tend à fixer le cadre régional des conditions d'implantation des unités de réanimation et conditions techniques de fonctionnement des unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue. C'est à dire, en fait, la mise en œuvre des décrets du 5 avril 2002, dans le cadrage d'objectifs généraux des SROS visant à renforcer la sécurité, la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins.

Trois principes de répartition territoriale servent de repère à la politique adoptée :

- Le premier consiste à satisfaire, au plan régional, l'ensemble des besoins de la population de tout territoire et de tout établissement, que celui-ci dispose ou non d'une unité de réanimation autorisée.
- Le second prend en compte le particularisme lié à ce type d'activité de soins qui, compte tenu d'une part du nombre nécessairement limité des unités de réanimation et de soins intensifs, et d'autre part de la spécificité des plateaux techniques de recours régional impliquant des activités associées de réanimation ou de soins intensifs situés dans le territoire sud, impose que le maillage spécifique des territoires nord et sud n'exclura pas une coopération étroite entre le nord et le sud, dans le cadre d'un réseau régional dont l'objet sera de garantir dans les meilleurs délais à tout patient adulte présentant un risque vital aigu, la prise en charge optimale et l'accueil dans l'unité appropriée à son état (réanimation, soins intensifs ou surveillance continue) ainsi que l'orientation adéquate et coordonnée à la sortie de celle-ci.
- Le réalisme qui tient compte de l'intérêt général, du contexte régional et des besoins de la population, d'où l'adoption d'objectifs, tous étroitement liés et atteignables, en renforçant d'abord les structures présentant déjà les garanties de masse critique d'activité et s'approchant des contraintes d'un cahier des charges très strict.

II.B. Objectifs de qualité et sécurité des soins

Objectif 1 : respect des normes

Tout établissement autorisé à pratiquer la réanimation s'engage à assurer une vigilance particulière relative à la sécurité des soins par :

- le respect absolu des normes visées aux décrets (personnels, équipements, ...) vis à vis desquelles il ne pourra y avoir de dérogation dès lors qu'elles correspondent déjà à des caractéristiques minimales ;
- le développement de coopérations entre services et entre établissements afin de garantir la continuité des soins et prestations H24 de type endoscopie, échographie, radiologie, ainsi que la permanence médicale exclusive H24 ;
- le renforcement de la lutte organisée et documentée contre les infections nosocomiales et l'antibiorésistance qui est une priorité renforcée dans ces unités de soins.

Objectif 2 : permanence médicale

Tout patient en état de défaillance viscérale aiguë et bénéficiant notamment d'une technique de suppléance ventilatoire ou cardio-circulatoire, doit être pris en charge dans une unité garantissant une permanence médicale sur site. Ainsi, même lorsque l'unité ne l'exige pas de manière systématique, la présence du médecin deviendra nécessaire dès lors que des techniques d'assistance, même ponctuelles, seront mises en œuvre.

Le patient de surveillance continue présentant une défaillance viscérale aiguë doit faire l'objet d'une procédure de transfert dans les plus brefs délais. Le médecin responsable du patient en surveillance continue doit en tout état de cause prendre contact au plus tôt avec le réanimateur de l'unité de réanimation avec laquelle est conventionné son établissement. La traçabilité de ce contact et du plan de prise en charge qui s'en suit jusqu'au transfert doit être systématiquement observable.

Le patient de soins intensifs présentant plusieurs défaillances viscérales aiguës doit être transféré dans une unité de réanimation dans un délai ne pouvant dépasser 48 heures.

Objectif 3 : pratiques professionnelles

Tout patient de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue, étant par principe exposé à un risque vital aigu, doit tout particulièrement bénéficier de soins conformes aux données actuelles de la science. Chaque unité doit donc disposer de protocoles actualisés, de référentiels de pratique professionnelle issus notamment des sociétés savantes et avoir un accès en ligne à des bases de données. Des recommandations de groupes de travail régionaux (Ex : accueil et information du patient...) sont également proposées dans le but d'aider les équipes.

Tous les établissements disposant d'un service de réanimation de soins intensifs ou de surveillance continue s'inscrivent dans un réseau de prélèvement d'organes et de tissus, en relation avec l'Agence de la biomédecine.

Un travail conjoint doit permettre :

- d'optimiser le signalement des sujets en état de mort encéphalique ;
- d'assurer l'accueil et la prise en charge des familles ;
- d'apprécier la prélevabilité des greffons.

Objectif 4 : formation des personnels médicaux et paramédicaux

Tous les personnels des unités de réanimation de soins intensifs et de surveillance continue, doivent bénéficier d'un plan de formation spécifique. Outre l'actualisation des connaissances techniques, la démarche qualité et la prévention des infections nosocomiales, ces personnels sont sensibilisés à l'accueil des patients et de leurs proches et bénéficient, le cas échéant, d'un soutien psychologique.

Objectif 5 : qualité de l'information médicale

Toute unité de réanimation doit veiller particulièrement à la qualité et l'exhaustivité de la saisie de l'information médicale, du codage des actes et d'une manière générale à la bonne tenue du dossier du patient.

Objectif 6 : démarche qualité et évaluation des soins

Toute unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue doit mettre en œuvre une démarche interne d'amélioration de la performance et d'évaluation des soins.

De même, ces unités doivent être en mesure de produire annuellement un bilan d'activité décrivant les caractéristiques des patients pris en charge et notamment l'IGS 2 moyen, le nombre de journées de ventilation mécanique, invasive ou non, le nombre de patients ventilés, quelle que soit la durée de ventilation, le nombre de patients ventilés plus de 48 heures, les différents modes d'entrée et de sortie des patients, les actes marqueurs de réanimation, l'incidence des infections nosocomiales. Chaque unité de réanimation doit également enregistrer les refus d'admission et leurs motifs.

Outre ces indicateurs moyens, les départements de l'information médicale doivent être en mesure de produire des données plus détaillées issues des RUM.

Une évaluation de la charge en soins infirmiers doit être périodiquement réalisée.

II.C. Objectifs d'accessibilité des soins

Objectif 7 : proximité par le réseau

Une organisation en réseau, cohérente et graduée, de prise en charge définissant au préalable le cheminement du patient et son accès à tout moment à un lit de réanimation est la voie de choix visant à maîtriser le dilemme qualité/proximité des soins de réanimation.

Il y a lieu de ne pas confondre l'accès à "l'activité de soins de réanimation" qui repose sur la mise en œuvre prolongée de techniques de suppléance dans des unités hautement spécialisées (recours), et l'accès à des soins de réanimation en urgence qui relève des SMUR (proximité).

Objectif 8 : accessibilité à l'ensemble des soins de réanimation

Il n'y a pas de niveau de soins en réanimation polyvalente médico-chirurgicale. Activité de recours, toute unité de réanimation autorisée doit être en mesure d'accueillir tout type de patient et de mettre en œuvre toute méthode de suppléance à l'exception des patients relevant de réanimations spécialisées (neurochirurgie, chirurgie cardiaque et grands brûlés).

Objectif 9 : obligation de conclure des conventions

Tout établissement disposant d'une unité de réanimation a obligation de passer convention avec tout autre établissement n'en disposant pas et ayant une activité de soins intensifs ou de surveillance continue.

Objectif 10 : délai d'admission en unité de soins intensifs ou de réanimation

Dès qu'un patient présente une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës, rien ne saurait retarder l'admission directe dans l'unité de soins appropriée (soins intensifs ou réanimation). Ainsi, dans le cadre d'une organisation en réseau et sur des modalités formalisées dans les conventions d'admission ou de transfert, il y a lieu d'éviter toute perte de temps nuisible en privilégiant systématiquement l'entrée directe. La traçabilité des différents temps est une constante de l'organisation des transferts.

Objectif 11 : coordination et continuité des soins de réanimation

L'accessibilité aux soins a pour corollaire la continuité du service et il importe que la fermeture de lits, saisonnière ou pas, pour quelque motif que ce soit, ne se fasse qu'en concertation avec les établissements environnants et d'une manière générale dans le cadre du réseau régional de réanimation, ceci afin d'éviter des fermetures concomitantes qui pourraient mettre en péril la santé de la population.

Une régulation faisant état des lits disponibles au plan régional, point de départ d'une mise en commun d'informations, est susceptible d'écourter les délais d'accès.

Objectif 12 : transports sanitaires et réanimation

A tout moment (24h/24) une organisation des transports sanitaires assure l'acheminement des patients tout en poursuivant les soins de suppléance dans de bonnes conditions de sécurité. L'incidence du présent schéma devra

aussi être prise en compte dans l'évaluation prévisionnelle de l'activité des SMUR.

Objectif 13 : évaluation, adaptation et réajustements du schéma en cours

Le dispositif régional d'organisation des soins de réanimation, soins intensifs et surveillance continue fait l'objet d'une évaluation annuelle afin de procéder aux adaptations nécessaires.

L'annonce de textes réglementaires attendus et venant impacter l'organisation même de la réanimation oblige l'adoption de mesures de sauvegarde à caractère dérogatoire.

Des mesures transitoires et clauses de révision seront donc prises a priori dans trois circonstances :

- Mesures transitoires concernant les unités de réanimation ou de soins intensifs faisant partie intégrante d'activités de soins normées, soumises à autorisation, elles-mêmes en attente de publication de textes réglementaires et de schémas d'organisation sanitaire ad hoc.

A la date de publication du présent schéma régional de l'organisation sanitaire, les établissements de santé qui pratiquent les activités de soins suivantes : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes et traitement des grands brûlés, et qui disposent à cette fin, d'une unité individualisée de réanimation ou de soins intensifs dédiée exclusivement ou très majoritairement aux soins en rapport avec ces activités, pourront, dans l'attente de l'autorisation à pratiquer celle-ci, être autorisés, à titre provisoire, à poursuivre l'activité en cours de réanimation ou de soins intensifs en déposant une demande d'autorisation ou de reconnaissance, qui sera limitée au seul champ de ladite activité et délivrée à titre transitoire jusqu'à publication des autorisations délivrées au regard des schémas respectifs.

- Mesures transitoires concernant l'activité de réanimation pédiatrique, en attente de l'avenant du volet de réanimation qui doit être réalisé suite à la parution récente du décret n°2006-74 du 24 janvier 2006.
- Clauses de révision.

Le volet réanimation, soins intensifs et soins continus est susceptible d'être révisé à tout moment est notamment au regard de l'évaluation annuelle visée à l'objectif 13 afin de procéder aux réajustements nécessaires.

Si à l'issue de la première fenêtre d'autorisation de l'activité de réanimation pour adultes (polyvalente médico-chirurgicale, médicale ou chirurgicale), l'une des autorisations relevant d'un site d'implantation d'un des deux territoires Nord et Sud n'était pas attribuée, le schéma serait révisé pour permettre à l'autre territoire la possibilité de déposer une demande d'autorisation supplémentaire de telle sorte que le nombre d'unités soit maintenu à 10 pour l'ensemble de la région.

II.D. Objectifs d'efficience de l'organisation

Objectif 14 : optimisation de la répartition des lits

Tenant compte des constantes d'organisation médicale et paramédicale des unités de réanimation et du constat dressé en région Lorraine, il y a lieu d'en limiter le nombre au profit d'unités de capacité significativement supérieure à la capacité minimale de 8 lits. La capacité moyenne régionale de celles-ci ne peut être inférieure à 14 lits, en sachant que la capacité maximale ne peut dépasser 20 lits. Il existe en effet un "coût fixe" qui est la garde médicale exclusive non liée au nombre de lits. Cet objectif a pour effet d'aller également dans le sens d'une meilleure technicité des équipes corrélée à une masse d'activité suffisante. Il

faut considérer qu'avec un taux d'occupation cible à 80%, une unité de 14 lits est en fait occupée en moyenne par 11 patients.

Objectif 15 : polyvalence des unités de réanimation

Sauf exception dûment motivée, et compte tenu de leur petit nombre en région Lorraine, toute unité de réanimation autorisée s'intégrera dans un dispositif régional d'accueil et de prise en charge de patients médicaux et chirurgicaux.

Objectif 16 : complémentarité entre réanimation et surveillance continue

Une unité de réanimation efficiente doit disposer à proximité immédiate d'une unité de surveillance continue d'une capacité d'environ 50% jouant un effet tampon en amont ou en aval de la réanimation où le patient ne doit rester que le temps utile. Les deux unités constituant un ensemble, les établissements devront s'organiser pour placer celles-ci sous la même responsabilité.

Objectif 17 : orientation du patient sur des critères positifs d'admission et de sortie

Sauf circonstances exceptionnelles, l'unité de réanimation ne doit pas être un lieu de prise en charge par défaut de patients devant être orientés soit en salle de surveillance post-interventionnelle, soit en surveillance continue ou en soins intensifs. Tout patient de réanimation, dont l'état ne l'expose plus à un risque vital aigu, doit faire l'objet d'une orientation adéquate et coordonnée, notamment vers une filière post-réanimation disposant de lits de soins de suite spécifiques susceptibles de prendre en charge les patients les plus lourds (états végétatifs persistants, trachéotomisés).

Objectif 18 : coopérations extrarégionales

Des axes de coopération avec les régions limitrophes, voire transfrontalières, seront engagés pour organiser, le cas échéant, l'accueil de patients lorrains sur des sites identifiés hors de la région, soit pour des raisons de proximité géographique, soit en cas de situation sanitaire exceptionnelle, et réciproquement pour l'accueil en région Lorraine de patients de régions voisines.

II.E. Instrument opérationnel de mise en œuvre régionale et coordonnée des objectifs

L'atteinte de l'objectif final de ce volet implique une mise en œuvre soutenue, intégrale et coordonnée de tous ces objectifs qui concernent 39 établissements de santé en Lorraine. Le mode de coordination et d'animation le plus adapté est l'organisation qu'offre les réseaux de santé. Dans ce sens, un appel à projet sera lancé pour créer ce réseau régional des activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue de l'adulte. Chez l'enfant, une organisation en réseau régional sera aussi mise en place.

III. Recommandations d'organisation

III.A. Accueil et information du patient de réanimation et de ses proches

Particularités de l'information dans ces trois activités de soins

L'objectif de l'information répond à un triple impératif : respecter les principes éthiques de la relation médecin-malade, satisfaire les règles déontologiques, répondre à l'exigence légale du consentement aux soins.

En réanimation, ou en soins intensifs et surveillance continue, une relation entre une équipe médicale, le patient et son entourage se substitue souvent au colloque médecin-malade. Deux types de situations peuvent se présenter. Dans la première, le patient est capable de consentir pour lui-même ; les règles juridiques et déontologiques s'appliquent ici comme dans n'importe quelle autre spécialité. Dans la seconde, le patient est dans l'impossibilité d'accéder à l'information et de donner son consentement en raison de son état ou de la situation d'urgence : il est fait obligation déontologique au médecin d'informer les proches lorsque la possibilité lui en est donnée. Ce devoir d'information ne s'applique cependant pas lorsque le malade l'avait préalablement interdit. Le caractère extrêmement fréquent de l'incapacité du patient à consentir ou des situations d'urgence en réanimation ou soins intensifs, explique la très grande importance de l'information donnée aux proches dans ces unités de soins.

Mesures générales d'accueil et d'information

Le service ou l'unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue doit organiser l'accueil des familles. Une politique de restriction sévère de la durée des visites doit être évitée au profit de larges plages horaires de visites, sauf rares exceptions.

La remise d'un livret d'accueil spécifique au service de réanimation ou de soins intensifs précisant notamment l'organigramme, les coordonnées du service, les horaires de visites, le nombre de visiteurs simultanés et des informations simples et accessibles sur l'environnement médico-technique du patient (monitorage, appareils de suppléance vitale, avec bref lexique explicatif) est recommandée. Celui-ci doit être remis lors du premier entretien par le médecin ou l'infirmière plutôt que laissé à disposition dans la salle d'attente.

Tous les interlocuteurs du service doivent être parfaitement identifiables à l'aide d'un badge lisible précisant leur nom et leur fonction ; ceci ne doit pas dispenser chaque interlocuteur de préciser son rôle vis-à-vis du malade. Tout au long du séjour et en fonction de l'équipe médicale présente, le nom du médecin référent doit être précisé.

Les informations-clés (lors du premier entretien ou lors d'entretiens ultérieurs avec le médecin référent) doivent être délivrées dans des conditions spécifiques afin de permettre le calme et de respecter la confidentialité. Un bureau médical ou un local réservé à l'information, sont des lieux adéquats.

Il est utile de demander la désignation, par le patient ou ses proches, d'un interlocuteur privilégié (pouvant être aussi la personne de confiance désignée par le malade) qui centralisera les informations importantes. Cependant, dans certains cas (fin de vie, décision de limitation thérapeutique, modifications brutales de pronostic...), il est souvent souhaitable de délivrer les informations de manière simultanée à l'ensemble des proches.

Il est recommandé de provoquer un entretien avec les proches même si ceux-ci ne le sollicitent pas. Un entretien formalisé avec un médecin référent est recommandé au cours des 24 premières heures de l'hospitalisation. L'entretien aura de plus l'intérêt d'apporter beaucoup d'informations importantes pour le médecin, parfois difficiles à obtenir par d'autres moyens (état de santé antérieur, désirs et valeurs du patient...).

L'information délivrée doit être cohérente au sein de l'équipe soignante. Pour cela, il est recommandé que l'information soit délivrée par les mêmes interlocuteurs, si possible en binôme médecin-infirmière, que les informations importantes délivrées soient transmises à l'équipe et notifiées dans le dossier du patient.

Nature de l'information

Une information préalable à l'hospitalisation en réanimation est nécessaire dans le cas d'interventions chirurgicales lourdes programmées. Cette information est impérative ; elle permet de réaliser l'importance de l'acte proposé et de préparer psychologiquement le malade au séjour en réanimation. Cette information peut-être délivrée lors de la consultation pré-anesthésique ou de l'entretien avec le chirurgien.

L'information initiale du patient hospitalisé doit chercher à expliciter les principes de la prise en charge de la maladie ; les principales étapes diagnostiques doivent être décrites en présentant les certitudes et les incertitudes du moment. Il est recommandé d'évoquer les complications avérées ainsi que les risques de complications ou de séquelles liées à la maladie ou aux techniques utilisées. Cette information doit être contextualisée, c'est-à-dire adaptée aux malades et au climat dans lequel se déroule l'entretien. Plusieurs entretiens peuvent être nécessaires le cas échéant.

Lors des entretiens ultérieurs, il est nécessaire de s'assurer que les informations délivrées au préalable ont été bien perçues. Outre leurs fonctions d'informations spécifiques sur les soins qu'elles délivrent, les infirmières peuvent s'assurer que l'information a été perçue de manière appropriée par le patient ou son entourage. Le cas échéant, il est nécessaire qu'elles provoquent un nouvel entretien avec le médecin référent.

L'information doit être simple, claire et loyale. Les termes trop techniques doivent être bannis ou le cas échéant expliqués. L'annonce d'un pronostic aux proches est un moment particulièrement important de

l'information ; il est nécessaire de procéder avec progressivité, prudence et compassion. Le degré d'incertitude, les moyens de calmer l'angoisse et la souffrance doivent être mentionnés. La reformulation permet d'améliorer la compréhension de l'interlocuteur.

Les informations téléphoniques brèves de type factuel, souvent doivent être encouragées. Elles ne sauraient se substituer, sauf cas de force majeure, aux entretiens directs. Lors de l'admission d'un patient en urgence, des informations minimales peuvent être communiquées aux proches afin de justifier leur présence rapide dans l'unité de soins. L'absence de certitude sur la connaissance de l'interlocuteur doit inciter à la plus extrême prudence en matière d'information.

La survenue d'une infection nosocomiale doit être révélée au patient ou en cas d'impossibilité à ses proches. Il est recommandé de distinguer les situations où une telle infection est inhabituelle et responsable d'une haute gravité et celles où ce type d'infections est fréquent compte tenu de la pathologie sous-jacente et des thérapeutiques utilisées.

Pour les informations concernant les enfants mineurs hospitalisés, il est important de disposer de documents préétablis pour les autorisations nécessaires et de s'assurer que les deux parents exerçant l'autorité parentale reçoivent une information équivalente. Cette information ne dispense pas de celle de l'enfant qui doit être adaptée à son âge et à la pathologie.

La sortie du malade de l'unité est parfois source pour celui-ci d'inquiétude ou d'angoisse. Ce moment doit être mis à profit pour lui apporter l'information la plus complète et la plus adaptée sur le diagnostic retenu, les traitements employés, les suites éventuelles et le cas échéant les investigations ultérieures. Il doit être informé de la nature de l'unité où il est transféré et être assuré que des informations complètes sur son état sont transmises à la nouvelle équipe de soins ainsi qu'à son médecin traitant

Notification de l'information

Le médecin doit apporter la preuve qu'il s'est acquitté de son obligation d'information. Il est donc recommandé de consigner par écrit la nature des informations délivrées et l'identité de leur auteur. Ces informations écrites font partie intégrante du dossier du patient (donc communicables) et peuvent être une retranscription au jour le jour dans l'observation clinique et le dossier de soins infirmiers ou une fiche spécifique à cette fonction.

Il n'est pas nécessaire, sauf cas particulier (recherche biomédicale, étude à caractère génétique) de demander une signature au patient ou à ses proches témoignant de l'information reçue.

La notification écrite de l'information en assure sa traçabilité et favorise une démarche de soins cohérente, simplifiée et organisée.

Une information écrite standardisée (fiche technique ou par pathologie) peut être proposée. Elle ne saurait en aucun cas se substituer à une information globale orale et ne pourrait être qu'un complément d'information éventuel. Cette remarque s'applique à la fiche d'information du patient ou de la proche famille, réglementairement délivrée lors de la demande de consentement pour une recherche biomédicale.

Cas particulier des mesures de limitation et d'arrêt de thérapeutiques actives

Ces situations sont fréquentes en réanimation ou en soins intensifs. Leur processus d'initiation et de mise en œuvre implique le malade, ses proches et l'ensemble de l'équipe de soins. Le patient apte à consentir doit donner son consentement à une mesure éventuelle de limitation ou d'arrêt de thérapeutiques actives. Le patient peut refuser un traitement prescrit ; dans ce cas, l'équipe médicale doit accéder à son désir, s'étant assurée que le patient est informé des conséquences. En cas de discussion de limitation ou d'arrêts de thérapeutiques actives, la personne de confiance ou les proches doivent être consultés.

Cas particulier de la fin de vie en réanimation ou en soins intensifs

L'information des proches est requise en cas de pronostic fatal, sauf opposition exprimée par le patient. En cas d'aggravation rapide de l'état du malade, la personne de confiance ou les proches doivent être joints immédiatement par le médecin ou l'infirmière. Un processus d'accompagnement des familles est essentiel pour favoriser l'acceptation du deuil, accéder le mieux possible à leurs souhaits et répondre à leurs

interrogations. Des informations sur les circonstances et la cause du décès doivent être apportées immédiatement ou lors d'un entretien ultérieur.

III.B. Organisation des unités de soins continus

Les unités de soins continus (USC) ont pour vocation de prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique (Décret n°2002-46 6 du 5 avril 2002). En pratique, il s'agit de situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique (Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003).

Niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques, elles ne sauraient prendre en charge plus de quelques heures des patients nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë (ventilation assistée, épuration extra-rénale, traitement d'une insuffisance circulatoire aiguë...). Ceux-ci doivent être transférés dans l'unité de réanimation de l'établissement ou, en son absence, dans l'unité d'un autre établissement avec lequel une convention a été établie.

L'article D.6124-117 du code de la santé publique stipule explicitement que la surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie. Ainsi, dans un même établissement de santé, le nécessaire regroupement des activités de surveillance continue permet d'en assurer un fonctionnement cohérent, efficace et crée les conditions d'une gestion optimale des ressources disponibles. Cependant, plusieurs USC peuvent exceptionnellement exister si la taille de l'établissement le justifie. En Lorraine, cette exception n'est susceptible de concerner que les deux CHR et CHU. On admet que le nombre de lits de surveillance continue d'un établissement est au moins égal à la moitié de celui des lits de réanimation, modulé par la nécessité d'accueil permanent de nouveaux patients. Son nombre minimal de lits ne saurait donc être inférieur à 4 lits.

L'USC doit être une unité géographiquement individualisée. L'USC doit, dans toute la mesure du possible, être à proximité immédiate de l'unité de réanimation lorsqu'elle existe dans l'établissement. Tout projet architectural de réanimation doit prendre en compte cette nécessité. En l'absence d'unité de réanimation, l'USC devrait être à proximité de l'unité d'accueil des urgences et/ou du bloc opératoire.

L'USC doit être une unité administrativement individualisée. Dans les établissements publics de santé, elle sera une unité fonctionnelle isolée ou rattachée à un service ou un pôle, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur ou réanimateur médical.

Il apparaît nécessaire de proposer des recommandations distinguant les USC des établissements disposant d'un service ou d'une unité de réanimation, des USC des autres établissements.

L'USC en établissement disposant d'une unité de réanimation

Elle est destinée à utiliser au mieux les capacités d'accueil en réanimation en admettant des patients nécessitant une surveillance ou des traitements que les secteurs d'hospitalisation classique ou les unités d'accueil des urgences ne peuvent assurer, aussi bien en préalable à un séjour en réanimation qu'à sa suite (assumant les fonctions des unités dites de post-réanimation). Les patients présentant d'emblée ou secondairement une ou plusieurs défaillances viscérales doivent être admis sans délai en réanimation.

Par souci de cohérence et de sécurité de prise en charge des malades, l'USC est sous la responsabilité médicale et administrative de l'équipe de réanimation de l'établissement. Il est nécessaire que l'équipe médicale en charge de l'USC soit suffisamment stable sur une certaine période de temps pour assurer un fonctionnement cohérent et suivi. Compte tenu du caractère multi-originel des patients, il est souhaitable que des protocoles de prise en charge soient élaborés en commun avec les différentes spécialités concernées. En fonction de la taille et de l'activité de l'établissement, la notion de lits dédiés à une ou des spécialités est envisageable.

L'USC ne nécessite pas de garde médicale spécifique. La permanence des soins est assurée par la garde médicale de réanimation à laquelle est rattachée l'unité. Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, il

convient alors que la garde médicale soit complétée par une astreinte opérationnelle, et/ou par une garde formatrice. Lorsque l'ensemble réanimation-USC dépasse 30 lits, ce dispositif est complété par une deuxième garde médicale.

L'USC en établissement ne disposant pas d'unité de réanimation

L'USC répond ici prioritairement aux besoins des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ainsi que du bloc opératoire. En l'absence d'unité de réanimation, l'USC peut aussi prendre en charge des patients ayant une défaillance viscérale aiguë suppléée, en particulier par la ventilation mécanique, à la condition qu'une résolution rapide de cette défaillance soit prévisible. Cette résolution doit permettre d'arrêter les moyens de suppléance en quelques heures (exemples : oedèmes pulmonaires cardiogéniques, certaines intoxications volontaires, certains malades postopératoires). L'USC peut également admettre des patients sortant de réanimation ou soins intensifs d'un autre établissement lié par une convention.

L'USC est sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie-réanimation ou de réanimateurs médicaux.

La permanence médicale des soins n'est pas obligatoirement exclusive à l'unité, mais doit être assurée par un médecin ayant les qualifications, compétences ou expériences attestées par l'article D.712-108 du décret n°2002-466 du 5 avril 2002. Il sera de préférence de garde sur place pour d'autres activités ou, à défaut, en astreinte opérationnelle. Toutefois, la présence dans l'USC d'un malade bénéficiant d'une technique de suppléance impose sur place la présence du médecin défini plus haut.

Le rapprochement de la médecine d'urgence et de l'activité de surveillance continue, en fonction des situations locales, est à encourager.

Cette USC fonctionne en réseau, impliquant des conventions avec les unités de réanimation et les unités de soins intensifs du secteur sanitaire, des secteurs voisins, du territoire de santé. Ces conventions préciseront notamment les critères de transfert et les modalités de transport des malades entre cette USC et ces unités.

Personnel non médical

Le personnel paramédical doit être en nombre suffisant pour garantir la continuité de la surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Chaque fois que cela sera possible et après évaluation de la charge en soins infirmiers, l'établissement fera en sorte que l'unité dispose d'un IDE et d'un AS pour 4 malades présents. Quels que soient le mode d'organisation du travail et la taille de l'unité, au moins 2 membres du personnel paramédical doivent être à tout moment physiquement présents dans l'unité. Il est souhaitable que la charge en soins soit évaluée au sein de l'unité afin de revoir éventuellement ces ratios. La présence d'autres personnels tel qu'un kinésithérapeute est également souhaitable. L'USC dispose du personnel nécessaire à son fonctionnement. Ce personnel est regroupé avec celui de l'unité de réanimation de rattachement. En l'absence de réanimation, cette unité dispose d'un personnel spécifique, ayant bénéficié d'une formation adéquate. Un encadrement infirmier spécifique à l'unité est souhaitable. Des moyens spécifiques de secrétariat doivent être prévus, prenant notamment en compte la rotation rapide des patients.

Conditions techniques de fonctionnement

Les locaux de l'USC doivent permettre la mise en œuvre des dispositions réglementaires en matière d'accueil, de conditions d'hospitalisation et d'hygiène hospitalière (prévention des infections nosocomiales). Ils doivent être composés de préférence de chambres individuelles, chacune comprenant, un lit, des sanitaires, au moins un point d'eau, des fluides médicaux, un appareillage de monitoring non invasif de la pression artérielle, d'oxymétrie de pouls et un scope cardiaque. Il doit exister également un report d'alarme ou une centrale. La mise en œuvre d'une ventilation artificielle, la réalisation de clichés radiographiques, d'échographies et d'endoscopies au lit du malade doivent être possibles. De plus, l'accès à un secteur opératoire, à la scanographie et aux examens de laboratoire de routine (hématologie, bactériologie, biochimie, toxicologie) doit être assuré en permanence, soit sur le site, soit par convention avec un établissement en disposant dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des malades.

III.C. Organisation des unités de soins intensifs respiratoires

Spécificités de la défaillance respiratoire aiguë

En région Lorraine, l'incidence des hospitalisations pour maladies pulmonaires chroniques obstructives est significativement plus élevée que France entière puisque, sur l'ensemble de la France métropolitaine, la Lorraine génère 5,8% de ce motif d'hospitalisation pour une population régionale égale à 3,9%. A titre de

comparaison, l'incidence du diagnostic principal "insuffisance cardiaque" a une représentativité nationale en rapport avec celle de la population.

L'enquête réalisée en région Lorraine en 2002 et 2003 montre que sur la base des 5 premiers diagnostics principaux d'admission dans l'ensemble des unités de soins explorées, l'insuffisance respiratoire aiguë est le diagnostic de très loin le plus fréquemment cité.

Les insuffisances respiratoires aiguës représentent entre 20 et 30% des admissions en réanimation polyvalente ou en réanimation médicale et cette tendance n'est pas susceptible de se réduire significativement.

Mais il existe encore en région Lorraine deux autres spécificités.

D'abord une tradition et une qualité de prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique qui a longtemps fait école et qu'il semble préférable d'entretenir au sein de la communauté des pneumologues lorrains.

Ensuite une organisation de cette discipline médicale en réseau régional (réseau insuffisant respiratoire, RIR) qui a vocation à prendre en charge les patients dans leur globalité et dans tous les stades de leurs affections, aussi bien dans leur phase chronique que dans les exacerbations aiguës.

Ainsi, dans l'esprit de la réglementation relative aux soins intensifs, la notion de défaillance monoviscérale aiguë respiratoire existe et concerne une part significative de la population.

Aussi, même si les unités de réanimation ont la maîtrise de la prise en charge de ces patients au demeurant souvent monodéfaillants, il importe de reconnaître l'existence d'unités de soins intensifs respiratoires (USIR), notamment pour en réduire les admissions inappropriées dans un contexte de recadrage des réanimations sur leur vocation réglementaire.

Par ailleurs, lorsque la création de telles unités n'est pas possible, l'association des pneumologues dans les unités de surveillance continue (notamment pour mettre en œuvre une ventilation non invasive) ou de réanimation polyvalente est à encourager dans un esprit de prise en charge pluridisciplinaire du patient.

Principes d'organisation des unités de soins intensifs respiratoires

Les conditions générales de fonctionnement relatives aux soins intensifs s'appliquent bien évidemment à celles-ci (articles D. 6124-104, 105 et 106 du code de la santé publique).

Elles sont placées sous la responsabilité d'un pneumologue, mais dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, l'équipe médicale peut comprendre des réanimateurs.

Pour être efficiente l'USIR doit avoir une capacité minimale de 6 lits.

Il est souhaitable qu'une convention de transfert des patients dans une unité de réanimation soit conclue si l'établissement n'en dispose pas.

Parmi les méthodes de suppléance respiratoire, les USIR peuvent mettre en œuvre les techniques de ventilation mécanique dès lors qu'elles ne répondent qu'à la seule défaillance respiratoire. Cependant, selon les cas, les patients susceptibles de présenter des défaillances aiguës multiples devront être orientés vers une unité de réanimation.

Au demeurant, le développement des USIR ne devra se faire que progressivement et sans prétention de vouloir prendre en charge l'intégralité des patients mono-déficients.

III.D. Organisation des unités de soins intensifs cardiologiques

Voir le volet cardiologie du schéma.

III.E. Organisation des unités de soins intensifs neuro-vasculaires

Voir le volet AVC du schéma.

III.F. Cahier des charges du réseau régional de la réanimation, des soins intensifs et de la surveillance continue

Mission du réseau

Le réseau aura une mission de Santé publique. La population concernée par le réseau est celle de l'ensemble des malades ou accidentés lorrains, voir des régions voisines le cas échéant, dont l'état de santé présente un risque vital aigu et nécessitant une prise en charge immédiate dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.

L'organisation de la prise en charge de ces patients ne peut se faire efficacement de manière spontanée et dispersée, dans la mesure où il s'agit de satisfaire des besoins non programmés, ne pouvant souffrir d'un différé, très variables dans le temps, l'espace et dont les sites opérationnels sont souvent de petites unités.

L'enjeu de santé publique est celui du potentiel de vies sauvées par une meilleure et plus précoce prise en charge de patients, une réduction de l'incidence des séquelles graves et de la iatrogénie hospitalière telle que les infections nosocomiales, une organisation prenant en compte les risques sanitaires, mais aussi d'une meilleure maîtrise des coûts ou au moins une plus grande lisibilité du rapport coût / bénéfice de l'organisation.

En effet, par principe, à tout moment il doit y avoir un lit disponible pour assurer les soins nécessaires au patient dont l'état l'exige. Même si des prises en charge d'attente de courte durée peuvent exister, elles sont toujours préjudiciables au patient. La notion de liste d'attente n'existe pas en réanimation.

Il y a donc bien une exigence particulière pour cette population de patients dont l'accessibilité aux soins représente un enjeu vital.

Il s'agit bien d'une véritable mission de service public impliquant une organisation garantissant l'accessibilité, la continuité et la qualité d'un service à tout moment et pour l'ensemble de la population lorraine.

C'est ainsi qu'émerge la notion de réseau, qui ne vient pas constituer une strate supplémentaire dans le système de soins, mais apporter une réponse à l'espace se situant entre la proximité, celle où se trouve la population et le plateau technique, qui lui n'est pas nécessairement à proximité, mais devant être accessible tout comme s'il l'était.

Les professionnels eux-mêmes considèrent que l'organisation d'un réseau régional "RISC" est l'une des clés de la réussite du volet réanimation du SROS qui restructure l'offre actuelle de soins. Il aura pour ambition de mobiliser et de faire adhérer le maximum d'acteurs concernés par le risque vital aigu à la nécessaire évolution de leurs pratiques.

Ainsi la trajectoire des patients entre les différentes unités de soins :

- ⇒ fondée hier sur le réseau naturel des professionnels (carnet d'adresse de chacun),
- ⇒ devenue réseau d'adressage plus formalisé par l'obligation de conventions,
- ⇒ S'inscrirait à l'avenir dans un véritable réseau de santé gradué et coordonné.

Finalité du réseau

Le réseau lorrain de coopération des unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue de l'adulte, "RISC", aura pour objet de garantir dans les meilleurs délais à tout patient adulte présentant un risque vital aigu, la prise en charge optimale et l'accueil dans l'unité appropriée à son état (réanimation, soins intensifs ou surveillance continue) ainsi que l'orientation adéquate et coordonnée à la sortie de celle-ci.

Objectifs spécifiques du réseau

Les objectifs spécifiques du réseau "RISC" se déclineront en 6 axes :

1. Coordonner l'organisation des différentes unités de soins et susciter les adaptations nécessaires afin de favoriser l'accès au soins, la réactivité des circuits d'adressage, la continuité entre intervenants, et de réduire au maximum tout caractère aléatoire ou inégal de la trajectoire du patient.
2. Promouvoir la qualité des soins afin d'assurer une réponse médicale optimale dans un environnement médico-technique adapté et sécurisé, afin de maîtriser au mieux le risque vital aigu et prévenir tout événement indésirable.
3. Favoriser l'interdisciplinarité et le décloisonnement entre les acteurs en intra et inter établissements, afin de permettre une prise en charge globale du patient.
4. Développer un système d'information et une base de données régionale afin d'améliorer la connaissance collective des activités de soins de réanimation, soins intensifs et surveillance continue et de suivre des indicateurs pertinents.
5. Prendre en compte l'état des ressources, humaines, matérielles et financières afin d'améliorer l'efficacité des prises en charge.
6. Aider les professionnels à la prise de décision, dans le respect de l'éthique spécifique à ces populations et le droit à l'information des patients et des proches.

Objectifs opérationnels du réseau

Les objectifs opérationnels du réseau détermine un cahier des charges sur le modèle duquel devra se construire le projet de réseau.

Il se décline en 23 objectifs opérationnels constituant des réalisations à décliner dans l'un des 6 axes spécifiques. Ces objectifs figurent dans le tableau page suivante.

Objectifs spécifiques et opérationnels du réseau "RISC"

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels
Coordonner l'organisation des différentes unités de soins et susciter les adaptations nécessaires afin de favoriser l'accès au soins, la réactivité des circuits d'adressage, la continuité entre intervenants, et de réduire au maximum tout caractère aléatoire ou inégal de la trajectoire du patient.	Définir les modalités de collaboration des différentes disciplines médicales intervenant notamment en surveillance continue
	Elaborer une convention « réa » type
	Elaborer les modalités de transferts des patients en réanimation et leur retour (procédure, critères,...) prenant en compte les « compétences » médicales disponibles et les plateaux techniques respectifs des unités et établissements
	Harmoniser l'organisation avec les autres réseaux de santé et/ou thématiques du SROS et/ou plans de gestion des menaces sanitaires graves, ainsi qu'avec les régions limitrophes
	Mettre en place un pôle de coordination ayant pour mission d'assurer le pilotage du projet de développement du réseau, la gestion du système d'information, l'organisation de la communication et le déclenchement de procédures d'alerte
Promouvoir la qualité des soins afin d'assurer une réponse médicale optimale dans un environnement médico-technique adapté et sécurisé, afin de maîtriser au mieux le risque vital aigu et prévenir tout événement indésirable.	Organiser les concertations nécessaires en vue de fermetures saisonnières de lits
	Elaborer ou valider, diffuser et utiliser des référentiels et protocoles de prise en charge des patients (diagnostique, thérapeutique et préventive)
	Elaborer un plan de formation et de maintien des compétences des personnels médicaux et paramédicaux
	Organiser l'accès à l'information et à la connaissance pour les professionnels et les usagers
	Ouvrir un forum dédié aux professionnels utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication
	Mettre en œuvre un programme d'audit clinique et d'évaluation des soins
Favoriser l'interdisciplinarité et le décloisonnement entre les acteurs en intra et inter établissement, afin de permettre une prise en charge globale du patient.	Procéder à l'évaluation périodique du réseau sur la base d'indicateurs préalablement établis
	Définir les modalités : 1° d'ouverture aux spécialités médicales des SC, 2° de coordination dans l'amont (ex : urgences) et l'aval (post-réa), 3° l'organisation de l'accès à l'imagerie, la biologie, l'endoscopie,...
Développer un système d'information et une base de données régionale afin d'améliorer la connaissance	Elaborer le cahier des charges spécifique en vue de créer un système de communication interactif et convivial permettant les échanges et partage de données et d'information, la mise en ligne de référentiels,...

collective des activités de soins de réanimation, soins intensifs et surveillance continue et de suivre des indicateurs pertinents.	Elaborer un dossier médical de réanimation commun et un thésaurus médical commun
	Elaborer le cahier des charges d'un système de recueil et de mise en ligne de l'état en temps réel des lits disponibles dans la région
	Elaborer le cahier des charges en vue de constituer une base de données régionales
	Développer des travaux de recherche clinique à des fins notamment thérapeutiques, épidémiologiques ou d'évaluation des soins
Prendre en compte l'état des ressources, humaines, matérielles et financières afin d'améliorer l'efficacité des prises en charge.	Mutualiser les différents outils de gestion, de contrôle de gestion, et les améliorer en tenant compte de la spécificité des activités.
	Repérer les redondances et les facteurs générant de charges injustifiées
	Susciter la négociation de points d'accord visant à mutualiser les moyens dans un territoire donné
Aider les professionnels à la prise de décision, dans le respect de l'éthique spécifique à ces populations et le droit à l'information des patients et des proches.	Elaborer ou valider des référentiels d'évaluation pronostique, de stratégie thérapeutique et d'admission en réanimation, prenant en compte les dimensions scientifiques, éthiques et juridiques
	Elaborer des recommandations relatives à l'information du patient, de ses proches et de la personne de confiance

Les effets attendus du réseau « RISC »

Pour obtenir des résultats dans ce cadre général, il sera nécessaire de mettre un place un programme constituant des réalisations pratiques à atteindre et dont la conjugaison détermine l'atteinte de l'objectif général en terme de résultats de santé.

A titre d'exemples, le réseau sera sollicité pour :

1. L'accompagnement des établissements dans la démarche à venir d'autorisation et de reconnaissance des différentes unités de soins (mutualisation).

Cette action aura pour effet de clairement repérer chacune des unités de soins concernées par le réseau, leur rôle, les compétences médicales spécifiques (y compris biologique, imagerie, chirurgie spécialisée, grands brûlés,..), la nature du plateau technique, les réajustements demandés et leur articulation.

L'élaboration des conventions entre réanimation et surveillance continue ou soins intensifs.

2. "Professionnaliser" l'organisation des modalités et conditions de transfert.

Pour assurer la continuité des soins chez un patient transféré d'un service à un autre, d'un établissement à un autre, voir d'un territoire de santé à un autre, il sera nécessaire de définir les trajectoires des patients, les modalités de collaboration des services et les situations médicales donnant lieu à transfert en précisant notamment les affections et actes concernés. C'est l'un des rôles d'organisateur du réseau.

Cette formalisation donnera lieu à l'élaboration de protocoles qui préciseront eux-mêmes les modalités selon lesquelles un contact donnera lieu à une trace écrite des décisions prises par les équipes (évaluation pronostique, stratégie thérapeutique proposée, décision de transfert...(arbres de décision).

Ces travaux de complémentarité devront se faire en relation avec le réseau régional des urgences.

Les résultats attendus seront mesurables par des indicateurs tels que la réduction de 2/3 des refus d'admission pour manque de place et de 2/3 des retards de sortie de réanimation pour défaut de structure adéquate.

3. L'élaboration d'un volet spécialisé du dossier patient commun informatisé.

4. La création d'un système d'information régional.

Il sera nécessaire de développer une plate-forme d'informations qui aura pour vocation de faciliter les échanges transversaux entre unités de soins, ascendants et descendants des unités de soins vers la plate-forme.

Celle-ci aura pour objet d'adresser des informations aux unités (newsletter), de mettre à leur disposition de l'information et des référentiels en ligne, de disposer d'un annuaire en ligne de l'ensemble des services et unités de la région et de leurs principales caractéristiques et de disposer d'un serveur régional donnant en temps réel l'état des lits de réa et de soins intensifs disponibles.

L'objectif sera aussi de disposer d'une base de données régionale dans un délai de 3 ans et d'avoir un outil de communication facilitant l'accès à un conseil de senior de réanimation, cardiologie et autres compétences spécialisées.

Elle aura enfin une mission de veille sanitaire tant quantitative (connaissance de l'occupation des lits en temps réel, déclenchement de mesures ad hoc en cas de risque), que qualitative (nature des affections

prises en charge, signalement d'atypies, recueil d'événements défavorables comme mortalité, infections nosocomiales, ré-hospitalisations...).

5. Le développement d'axes de formation

Les personnels médicaux et paramédicaux devront adapter leurs connaissances dans plusieurs directions : Travailler en réseau et conduite du changement, développer une nouvelle culture de coopération, de partage (de la décision - de l'information - d'expériences) et d'évaluation, Maîtriser les outils de lien et d'échange (dossiers patients communs, système d'information,...), Identifier des axes de formation professionnelle et technique spécifiques.

6. Rechercher les méthodes les plus appropriées pour garantir la permanence de l'offre en toute circonstance.

Des axes de coopération renforcée visant par exemple à mutualiser certains moyens techniques ou humains seront explorés (moyens mobiles ?). Rôle de coordination du réseau.

7. L'amélioration des pratiques professionnelles et l'évaluation qualitative de la performance des unités de soins.

Cet objectif pourra se faire dans 3 axes :

La formation,

L'élaboration ou la validation collective de protocoles de soins, et leur diffusion (aide à la pratique),

Un programme d'audit clinique des unités.

8. La mise en place de programmes spécifiques.

Prévention des infections nosocomiales,

Accompagnement de la fin de vie, limitations thérapeutiques,

Critères d'admission et de non admission,

Prélèvements d'organes et de tissus,

Risques majeurs et besoins subits de lits de réanimation pour patients à risques particuliers.

9. La promotion de l'expertise pluridisciplinaire du patient à risque de défaillance viscérale aiguë.

Les patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës sont souvent sous la responsabilité médicale de médecins non compétents en réanimation. Il peut s'agir de spécialistes d'organes, de chirurgiens voire d'urgentistes. Le réanimateur doit être associé à la décision médicale concernant l'orientation et la prise en charge de ces patients (rôle de coordination du réseau)

III.G. Activité de prélèvement d'organes et de tissus dans les unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue

CONFERENCE D'EXPERTS - MAI 2005

Extraits du texte court de la conférence d'experts Sfar/SRLF/Agence de la biomédecine

Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique d'un prélèvement d'organes

1. Méthodologie de travail

- Ce travail est le fruit de la collaboration entre la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), la Société de réanimation de langue française (SRLF) et l'Agence de la biomédecine.

2. La mort encéphalique : historique, concept et diagnostic

Depuis sa description initiale en 1959, la ME a permis les prélèvements d'organes et/ou de tissus chez le cadavre à cœur battant. Les lois de Bioéthique de 1994, révisées en 2004 ont posé les principes généraux du prélèvement (anonymat, gratuité, consentement) et élevé certaines modalités au rang de principes (diagnostic de la mort, sécurité sanitaire), pour permettre le prélèvement dans le respect de la personne. En France, le décret d'application,

paru en 1996, impose que le diagnostic de la ME repose sur les données de l'examen clinique confirmé par un examen complémentaire.

Les enquêtes d'incidence de la ME en France et dans d'autres pays évaluent celle-ci de 7 à 13% des décès en réanimation et en soins intensifs. Le nombre de donneurs potentiels serait ainsi annuellement compris entre 3 300 et 3 800. Le codage systématique de la ME dans la base PMSI (code Z 005 : examen d'un donneur éventuel d'organes et de tissus, Z528 : donneur d'organes et de tissus) permettrait d'estimer en continu le nombre de donneurs potentiels [8].

La ME est définie comme la destruction irréversible de l'ensemble des fonctions cérébrales chez un sujet à cœur battant. La ME est la conséquence d'un arrêt complet de la circulation cérébrale. En situation de ME, les organes restent fonctionnels à la condition que la réanimation soit adaptée. La destruction encéphalique supprime la commande centrale de la respiration, ainsi que la régulation de l'homéostasie circulatoire, thermique et endocrinienne. Cela explique l'arrêt respiratoire, l'éventualité de l'hypotension artérielle, de l'hypothermie et du diabète insipide.

Une anamnèse cohérente complète et un examen clinique neurologique sans ambiguïté sont essentiels pour porter le diagnostic de ME. Ces éléments doivent être consignés par écrit [9].

L'élimination de facteurs confondants cliniques est systématique : notamment l'hypothermie (température centrale inférieure à 35°C), l'imprégnation médicamenteuse ou toxique susceptibles d'interférer avec l'examen clinique [9].

En l'absence de ces facteurs confondants, l'examen neurologique permet d'observer un coma non réactif (score de Glasgow à 3) associé à l'abolition des réflexes du tronc cérébral et de la ventilation spontanée.

Pour vérifier la réalité de l'absence de ventilation spontanée, l'épreuve d'hypercapnie doit être effectuée sous couvert d'une oxygénothérapie efficace contrôlée par SpO₂. Après avoir pris la précaution de ventiler le sujet en normocapnie, il est recommandé d'atteindre en apnée une PaCŪ₂ proche de 60 mmHg pour affirmer l'absence de mouvements respiratoires [9].

Dans l'optique du don, le diagnostic clinique de ME doit être confirmé par l'un des examens complémentaires exigés par la loi qui peut être soit deux EEG nuls et non réactifs pendant trente minutes et effectués à quatre heures d'intervalle, soit une angiographie cérébrale objectivant l'arrêt de perfusion des quatre axes.

La vélocimétrie Doppler transcrânienne n'a pas de valeur réglementaire pour le diagnostic de la ME. Cependant, non invasive et facilement réalisée et répétée au lit du malade, elle est prédictive de ME avec une spécificité de 100% et une sensibilité de l'ordre de 90 % en visualisant l'arrêt circulatoire cérébral lorsque qu'elle détecte un flux oscillant systolo-diastolique.

Lorsque l'examen clinique est compatible avec le diagnostic de ME, l'examen Doppler peut permettre d'évoquer de manière rapide et précoce le diagnostic d'arrêt circulatoire cérébral. [7]. Ceci permet la mise en route sans retard des procédures réglementaires de confirmation de ME et peut alors raccourcir le délai entre la mort et le prélèvement [8].

La ME est associée à la disparition de toutes les activités électriques d'origine intracrânienne. Deux types de techniques applicables au lit du patient permettent de démontrer la disparition de l'électrogenèse cérébrale : l'électroencéphalogramme (EEG) et les potentiels évoqués (PE). Il existe un silence électrocérébral au niveau de l'EEG, défini comme l'absence d'activités cérébrales d'une amplitude > 5 μ V. L'EEG numérique est en voie de remplacer l'EEG à support papier. Compte tenu de sa grande sensibilité, l'interprétation des tracés, par un médecin qualifié en électrophysiologie, doit se faire avec une mesure de l'amplitude réelle des signaux enregistrés. L'EEG est un test de confirmation de la ME prévu par la réglementation, à la condition d'exclure l'influence possible de la sédation ou de troubles métaboliques [9]. Avant d'utiliser les deux EEG comme moyen paraclinique, il convient de s'assurer que les dosages sanguins et urinaires ne décèlent aucun médicament du système nerveux central présent à des doses susceptibles d'interférer avec l'interprétation de l'EEG. L'hypothermie modérée (température voisine de 30°C) n'empêche pas l'interprétation de l'EEG [7]. Cependant, en l'absence de donnée confirmant ce fait dans le contexte de la mort encéphalique, une hypothermie entre 30 et 35°C peut gêner pour attester de la nullité de l'EEG.

L'utilisation des PE comme méthode de confirmation de la ME, intéressante chez les patients sédatisés, n'a pas de valeur réglementaire en France.

L'angiographie cérébrale par voie artérielle ou veineuse est la seconde méthode de confirmation de la ME prévue par la réglementation. L'angioscanner par voie veineuse est recommandé comme moyen de confirmation de l'arrêt circulatoire encéphalique [8].

Dans tous les cas, le compte rendu écrit de l'examen électrophysiologique ou de l'angiographie doit être signé immédiatement par un médecin qualifié.

En cas de ME clinique, les méthodes de réanimation doivent être adaptées sans délai et la coordination hospitalière contactée, car ce patient est un « donneur potentiel » [9]. La décision d'amener le sujet au

prélèvement relève de la responsabilité du médecin du donneur car c'est lui qui s'assure de l'absence d'opposition du vivant du patient et de contre indication générale. En revanche, pour chaque donneur potentiel, et notamment pour les cas de « donneur limite », la décision de transplanter tel ou tel organe et donc de le prélever relève uniquement du médecin transplantateur qui dispose, par l'intermédiaire de la coordination hospitalière, de l'ensemble des informations concernant le donneur [8]. L'accompagnement de la famille par l'équipe en charge du patient ne peut qu'être facilité par le respect et la prise en compte de ses convictions religieuses et de ses différences culturelles. La qualité de l'accueil des familles et des proches est déterminante pour l'acceptation ou le refus du don [9].

Les entretiens doivent se dérouler dans un local décent, permettant de faire asseoir les participants et de préserver l'intimité et la confidentialité [9]. Ils interviennent après confirmation paraclinique de la ME et assurance par la coordination de la faisabilité des prélèvements [8]. Ils ont comme objectifs :

- d'annoncer le décès ;
- d'informer sur la ME, le don et sa finalité ;
- de rechercher le refus du prélèvement du défunt exprimé de son vivant. L'entretien doit au mieux être mené à deux : le réanimateur et un membre de l'équipe de la coordination hospitalière, ils doivent se présenter à la famille [9].

3. Prise en charge en réanimation du donneur potentiel

Au cours de la ME, l'instabilité hémodynamique est fréquente et multifactorielle. Elle résulte de la disparition du contrôle nerveux par le système sympathique avec l'association de phénomènes inflammatoires, d'ischémie-reperfusion, de troubles hormonaux, voire d'hypothermie. La ME induit dans 40 % des cas un dysfonctionnement cardiaque, parfois réversible.

Les mécanismes physiopathologiques de la ME font encore l'objet de controverses. Le diabète insipide est fréquent et est secondaire à un déficit en production d'hormone antidiurétique. La dysfonction antéhypophysaire conduisant à une diminution des hormones thyroïdiennes et du cortisol est bien établie chez l'animal mais sa responsabilité dans l'altération de la fonction myocardique reste encore controversée chez l'homme.

La reconnaissance de l'instabilité hémodynamique doit être précoce afin de permettre la mise en route de mesures thérapeutiques immédiates. Pour ce faire, tout donneur potentiel doit faire l'objet d'un conditionnement minimal :

- électrocardioscope [9] ;
- oxymétrie de pouls [9] ;
- cathétérisme de l'artère radiale (si possible gauche ou au mieux aux membres supérieurs) [9] ;
- voie veineuse profonde [9] ;
- surveillance de la température centrale [9] ;
- sondage vésical [9].

Il n'existe pas de signe clinique de l'hypovolémie spécifique à la ME et elle doit être dépistée précocement. Bien que non validée au cours de la ME, l'utilisation des critères dynamiques de réponse au remplissage vasculaire (RV), basée sur la manœuvre de lever de jambe passif, la recherche d'une variabilité respiratoire de la pression artérielle, du flux aortique ou du diamètre de la veine cave supérieure en échocardiographie Doppler est recommandée [8,5].

Le dépistage de la dysfonction myocardique repose sur l'échocardiographie Doppler [9]. Cette technique permet une meilleure prise en charge du donneur potentiel tout en évaluant la qualité du greffon cardiaque éventuel.

L'intérêt des marqueurs biologiques pour la reconnaissance d'une dysfonction myocardique telle que l'utilisation de la créatinine kinase et de sa fraction MB, de la troponine I, du type B natriuretic peptide (BNP), est encore mal connu au cours de la ME.

Les objectifs thérapeutiques recommandés sont :

- pression artérielle moyenne comprise entre 65 mmHg et 100 mmHg [9]
- diurèse comprise entre 1 et 1,5 ml/kg par heure [9]
- température comprise entre 35,5 et 38° [9]
- PaO₂ supérieure à 80 mmHg [9]
- hémoglobine supérieure à 7 g/dl [9]
- lactate artériel normal [7]

Parallèlement, pour surveiller l'apparition ou l'évolution d'un diabète insipide, l'évaluation régulière du bilan entrées-sorties, de la densité urinaire ainsi que des ionogrammes sanguins et urinaires sont nécessaires [9].

En cas de défaillance cardiocirculatoire non contrôlée, le recours à une technique d'exploration hémodynamique (échocardiographie, cathétérisme cardiaque droit, Doppler œsophagien, système Picco...), laissé au choix de l'opérateur, est recommandé [9].

Les modalités de prise en charge de l'instabilité hémodynamique reposent classiquement sur le recours au RV associé à la correction de la vasoplégie par des vasopresseurs. Le

contrôle précoce du diabète insipide permet d'éviter un RV massif, délétère pour un éventuel prélèvement pulmonaire. Les transfusions sanguines et éventuellement les traitements substitutifs compléteront cette prise en charge. Pour un RV modéré, on peut choisir indifféremment les cristalloïdes ou les colloïdes. Au delà de 3000 ml, il est recommandé d'utiliser les colloïdes plutôt que les cristalloïdes [7,5]. Certaines études récentes suggèrent que les hydroxyéthylamidons de dernière génération avec un poids moléculaire moyen et un faible degré de substitution, à la posologie maximale de 30 ml/kg par jour peuvent être utilisés indifféremment aux gélatines, sans risque d'atteinte rénale [7]. Cependant, ces données doivent être confirmées par d'autres publications. Par ailleurs, le recours aux vasopresseurs peut être nécessaire et repose en première intention sur la noradrénaline [9].

Le traitement du diabète insipide doit être précoce et comporte le traitement substitutif par la desmopressine par voie intraveineuse en fonction de la diurèse, et si nécessaire, la compensation de la diurèse par un soluté adapté à l'osmolalité sanguine [9].

En cas de dysfonction myocardique, l'adjonction d'un inotrope (dobutamine) ou le remplacement de la noradrénaline par de l'adrénaline sont recommandés [9].

Certaines études montrent que l'hormonothérapie substitutive (hormone thyroïdienne, cortisol et arginine-vasopressine) apporterait un bénéfice hémodynamique chez le donneur et sur la qualité des greffons [7]. De plus, l'arginine vasopressine pourrait permettre une réduction des besoins en catécholamines [6]. Néanmoins, des études complémentaires prospectives sont nécessaires avant d'apporter une recommandation forte concernant l'utilisation d'une hormonothérapie substitutive.

Tous les donneurs d'organes sont des donneurs potentiels de poumon et l'optimisation de la prise en charge d'un donneur limite au cours de la réanimation peut améliorer la fonction pulmonaire au moment du prélèvement. Dans l'hypothèse d'un prélèvement pulmonaire, la ventilation artificielle reste conventionnelle avec comme objectifs :

- une PaCO₂ entre 35 et 40 mmHg [9]
- une PaO₂ entre 80 et 100 mmHg avec la FiO₂ minimale [9]
- en utilisant une PEP minimale [environ 5 cmEbO] [9]
- le rapport PaO₂/FiO₂ doit être contrôlé régulièrement au cours de la réanimation et avant transfert au bloc opératoire.
- Les manœuvres de recrutement alvéolaire sont recommandées [8,5].

L'intérêt du scanner thoracique n'a pas été évalué dans cette indication, mais le suivi radiologique thoracique au cours du séjour peut permettre d'anticiper sur les mesures correctives à prendre en cas de dégradation.

La fibroscopie bronchique est à réaliser systématiquement si un prélèvement pulmonaire est envisagé. Elle permet d'identifier une cause réversible de dégradation de l'hématose (atélectasie, corps étranger). Le prélèvement pulmonaire n'est pas contre-indiqué en cas de positivité de l'examen bactériologique direct de l'aspiration bronchique, en l'absence de pneumonie.

La connaissance de la flore bactérienne du donneur permet d'orienter l'antibiothérapie prophylactique et curative chez les receveurs, en cas de pneumonie bactérienne postopératoire précoce. La surveillance des répercussions potentielles, du remplissage vasculaire sur les poumons devra être systématique.

Les perturbations de l'hémostase (CIVD, fibrinolyse, fibrinogénolyse) sont fréquentes au cours de la ME et sont liées à l'atteinte cérébrale [8]. L'exploration de l'hémostase d'un patient en ME repose sur les dosages suivants :

- TP, TCA, fibrinogène, facteur V, plaquettes [9]
- D-Dimères, complexes solubles [7].
- Les facteurs de l'hémostase doivent être maintenus au minimum au niveau suivant :
- plaquettes > 50 G/l [8]
- fibrinogène > 1 g/l [8]
- TP > 40 % et TCA ratio < 1,5 [8]

La desmopressine augmente le taux de vWF et F VIII ainsi que l'agrégabilité plaquettaire. Elle entraîne une action procoagulante, proagrégante et profibrinolytique.

L'acceptabilité du donneur atteint d'une affection bactérienne ou fongique reste encore un sujet controversé. En tout état de cause, les prélèvements bactériologiques standards (hémocultures, urocultures, prélèvements bronchiques) doivent être systématiquement effectués [9]. Par ailleurs, la

recherche d'une documentation bactérienne pulmonaire (colonisations, infections) doit être précoce, le choix de la technique est laissé au praticien en charge du donneur [9].

L'existence d'une infection avérée chez le donneur potentiel n'est pas une contre-indication formelle au prélèvement, si l'agent pathogène est isolé, et un traitement efficace instauré pendant une durée d'au moins 24 à 48 heures [8]. Chaque situation nécessite une évaluation du bénéfice risque, notamment pour les germes à tropisme vasculaire [9]. En cas de prélèvement de poumons ou cœur-poumons, l'administration d'une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique 1 g/8 heures est recommandée [8]. En France, le nombre de prélèvements d'organes chez l'enfant est assez faible (40 en 2003). Le diagnostic de ME chez le très jeune enfant repose sur des critères différents de ceux de l'adulte. Chez le nouveau-né de moins de sept jours et chez le prématuré, comme l'interprétation de l'examen clinique et de l'EEG est très difficile, le recours à l'angiographie est le plus souvent nécessaire. Entre sept jours et deux mois, les recommandations actuelles sont la réalisation de deux examens cliniques et deux EEG séparés d'une période d'observation de 48 heures ; entre deux mois et un an, deux examens cliniques et deux EEG séparés d'une période d'observation de 24 heures sauf en cas d'ischémie-anoxie cérébrale où une période d'observation plus longue est recommandée. Au-delà d'un an, les critères sont ceux de l'adulte. La réanimation d'un enfant en ME repose sur les mêmes principes que ceux de l'adulte en prenant garde à l'adaptation des posologies en fonction du poids et du respect des paramètres hémodynamiques en fonction de l'âge de l'enfant.

4. Critères d'évaluation des organes et des tissus

Les critères de prélèvement évoluent en fonction de l'expérience des diverses équipes de greffe, ce qui a doré et déjà permis d'étendre les prélèvements à des donneurs dits « limites ». Il est donc recommandé pour tout donneur potentiel de réaliser dès que possible, et pour chaque organe, un bilan précis clinique et paraclinique de façon à pouvoir argumenter la discussion.

4.1. Pour tous les organes

Il existe des critères communs contre-indiquant le prélèvement :

- certains sont d'ordre réglementaire pour des objectifs de sécurité sanitaire ; ESB ou de maladie équivalente, infection par le VIH, HCV ou HBV, tuberculose active ou syphilis. Diverses dérogations sont actuellement validées ou en cours de discussion notamment pour HBV et la syphilis.
- d'autres sont d'ordre médical comme les cancers avérés ou métastasés Les tumeurs cérébrales peuvent faire exception pour certaines d'entre elles.
- Dans d'autres cas, le rapport risque/bénéfice doit être évalué au cas par cas :
- les maladies de systèmes, les allergies, la plupart des intoxications, et les infections bactériennes rentrent dans ce groupe ainsi que les donneurs âgés
- Dans tous les cas, on doit disposer pour chaque organe de données morphologiques. Si un scanner cérébral est pratiqué pour confirmer la ME, il est recommandé de réaliser en même temps une tomodensitométrie thoraco-abdominale.

4.2. Prélèvement cardiaque

L'examen clinique et l'anamnèse font partie intégrante de l'évaluation du greffon cardiaque mais leurs données ne sont pas suffisamment sensibles et spécifiques [9]. Il est donc recommandé d'évaluer la fonction et la structure du cœur par l'échographie trans-thoracique et, au moindre doute, de la compléter par une échographie transœsophagienne [9].

Les anomalies électrocardiographiques isolées, à type de sus- ou sous-décalage du segment ST, d'inversion de l'onde T ou d'allongement de QT, ne sont pas à prendre en compte [7,5].

Les arythmies ventriculaires répétitives sans anomalies hydroélectrolytiques évidentes sont en revanche de mauvais pronostic.

L'absence de coronarographie au delà de 55 ans ne doit pas être une contre-indication au prélèvement [8].

L'utilisation des catécholamines n'est plus en soi une contre-indication au prélèvement cardiaque et il est impossible actuellement de définir une dose seuil qui permettrait de le faire [9].

Devant une altération de la fonction systolique chez un patient de < 55 ans, en l'absence de facteur de risque de cardiopathie, une réanimation agressive doit être entreprise avant de

décréter que le cœur est non prélevable [9]. Il est recommandé dans ce cas de pratiquer une nouvelle échographie cardiaque après chaque ajustement thérapeutique d'optimisation [7].

Les contre-indications absolues au prélèvement sont :

- les intoxications au CO (taux de CO > 20 %) [9] ;
- les arythmies ventriculaires graves [9] ;
- les hypoxémies sévères (SaO₂ < 80 %) [7,5] ;
- un infarctus du myocarde documenté (quelle que soit l'ancienneté) [9] ;
- une malformation cardiaque non corrigée [9] ;
- une tumeur cardiaque [9] ;
- une hypokinésie globale (FEVG < 0,3) [9] ;
- des lésions sévères sur la coronarographie [9].

4.3. Prélèvement pulmonaire

Compte tenu de la rareté des prélèvements pulmonaires, il est particulièrement recommandé de tenir compte de l'évolution des critères de prélèvement.

La recherche d'antécédents respiratoires chroniques et de tabagisme ainsi qu'un examen clinique détaillé sont indispensables mais insuffisants pour évaluer la sélection pulmonaire. Une évaluation régulière de l'hématose et de l'imagerie sont donc recommandées au cours de la prise en charge du donneur potentiel.

La durée de ventilation n'est plus un critère de non prélèvement, mais une analyse au cas par cas des conditions préalables de ventilation et de colonisation des voies aérienne est indispensable [8].

Une radiographie thoracique ou un scanner thoracique normal est un excellent critère de prélèvement [8].

Une optimisation de la ventilation mécanique doit être effectuée avant l'utilisation des critères d'imagerie et d'hématose [8,5].

L'utilisation de catécholamines n'est plus un critère de non-prélèvement [9].

Les contre-indications absolues sont actuellement :

- l'âge du donneur > 70 ans [9],
- des antécédents de maladie respiratoire chronique non réversible,
- la présence d'opacités alvéolaires bilatérales non réversibles après fibroaspiration,
- déplétion hydrosodée et optimisation de la ventilation [9],
- un rapport PaO₂/FIO₂ < 250 après mise en œuvre des techniques d'optimisation des échanges pulmonaires [9],
- une durée d'ischémie froide supérieure à 8 heures [8].

4.4. Prélèvement hépatique

La bonne qualité du greffon fourni par certains patients âgés de 80 ans ou plus a été largement démontrée [8,5].

Le diabète ou l'HTA ne sont pas en soi des contre-indications au prélèvement.

La notion d'éthylisme chronique ne contre-indique pas le prélèvement si le foie est macroscopiquement normal et si la biologie ne montre pas d'altérations majeures [8].

Une natrémie > 170 mmol/l peut être une contre-indication au prélèvement hépatique [7].

Une anomalie aiguë de la biologie hépatique notamment une cytolyse ne contre-indique pas le prélèvement.

Les infections virales nécessitent une attention particulière compte tenu du tropisme particulier pour le foie mais ne contre-indiquent pas systématiquement le prélèvement [8].

Une imagerie hépatique et abdominale est indispensable (échographie et ou scanner) pour rechercher une stéatose ou une tumeur parenchymateuse.

La biopsie hépatique s'impose en cas de maladie inflammatoire de l'intestin [8], d'obésité morbide [8] et lorsque le foie est macroscopiquement douteux [9]. La stéatose micro-vésiculaire même massive ne contre-indique pas le prélèvement. La stéatose macro-vacuolaire peut contre-indiquer la greffe, dès qu'elle dépasse 30 à 60 %, selon le degré d'urgence de la transplantation [7,5].

En cas de doute, la décision relève de l'équipe de transplantation [9].

4.5. Prélèvement rénal

L'âge du donneur, même très avancé, n'est pas une contre-indication au prélèvement [9].

La qualité du greffon devra être analysée au vu des autres comorbidités du donneur, des

problèmes survenus en réanimation et du temps d'ischémie froide qui devra être le plus court possible.

Une HTA de plus de dix ans est à prendre en compte pour la décision de prélèvement [8].

Les examens indispensables pour l'évaluation des reins sont : la créatininémie, l'ECBU, l'étude du sédiment urinaire et l'imagerie rénale par échographie ou scanner [9].

Le taux de la créatininémie à l'admission, ou dans les jours précédents, ainsi que le calcul de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft, sont des critères déterminants de la qualité du greffon [9].

Une hématurie et une protéinurie modérées ou une insuffisance rénale aiguë apparue en réanimation ne contre-indiquent pas le prélèvement [8].

Un arrêt cardiaque de moins de 30 minutes ou une instabilité hémodynamique, même avec des doses élevées de catécholamines ne contre-indiquent pas le prélèvement.

L'impact de l'administration des produits de contraste iodés chez le donneur doit inciter à ne pas multiplier les actes d'imagerie avec opacification vasculaire [7,5].

Les contre-indications au prélèvement rénal sont :

- une clairance de la créatinine < 30 ml/min [9],
- une glomérulosclérose > 50 % [9],
- des lésions athéromateuses majeures [9].

4.6. Prélèvement pancréatique

Le prélèvement pancréatique peut être réalisé sous forme de pancréas total ou d'îlots de Langerhans.

Pour les prélèvements de pancréas total l'âge du donneur devra être inférieur à 45 ans, sauf pour les traumatisés sans antécédents où l'on peut prélever jusqu'à 55 ans [7,5].

Pour les îlots de Langerhans l'âge peut être choisi entre 18 et 70 ans, le meilleur résultat étant obtenu au-delà de 50 ans.

Pour une double greffe rein-pancréas l'index de masse corporelle doit être préférentiellement < 27.

Un taux d'amylase égal au double de la norme ne contre-indique pas le prélèvement [8].

Une imagerie pancréatique est recommandée avant le prélèvement.

L'instabilité hémodynamique et l'arrêt cardiaque sont des facteurs de risque de pancréatite aiguë et de thrombose des vaisseaux pancréatiques chez le receveur après la greffe. Une héparinothérapie pourrait être maintenue ou envisagée dans le but de prévenir la formation de micro-thromboses au niveau du greffon [7].

La durée de séjour en réanimation avant prélèvement ne devrait pas dépasser 5 jours, au-delà une discussion au cas par cas est nécessaire.

L'ischémie froide doit être < 8 heures pour les îlots de Langerhans et < 18 heures pour le pancréas total [8].

L'aspect macroscopique du pancréas au bloc opératoire est en fait le critère final déterminant pour le prélèvement.

4.8. Prélèvement intestinal

Il n'y a pas de limite inférieure d'âge pour les donneurs pédiatriques.

Pour une greffe isolée d'intestin le poids du donneur doit être < 4 fois celui du receveur, pour une greffe combinée foie-intestin ce ratio doit être < 2.

Une laparotomie antérieure ne contre-indique pas le prélèvement [8].

Des antécédents de maladie chronique de l'intestin contre-indiquent le prélèvement [9].

Pour les greffes combinées foie + intestin le taux des transaminases doit être < 3 fois la normale et les gamma-GT normales.

Un arrêt cardiaque prolongé et ou une instabilité hémodynamique sont des contre-indications au prélèvement en raison du risque d'ischémie mésentérique [8].

De même l'utilisation d'adrénaline ou de noradrénaline au-delà de 2 µg/kg par minute doit faire contre-indiquer le prélèvement [7,5].

L'existence d'une hypernatrémie au moment du prélèvement est associée à un taux élevé de perte de greffons.

4.9. Prélèvements de tissus

De nombreux tissus peuvent être prélevés : cornées, membranes amniotiques, os massifs, tissus mous de l'appareil locomoteur, vaisseaux, valves cardiaques, peau.

Les prélèvements de tissus peuvent être réalisés lors d'un PMO ou à la morgue. Dans tous les cas l'organisation du prélèvement doit être gérée par la coordination hospitalière.

Il n'existe pas de limite d'âge concernant le donneur pour les prélèvements de tissus.

Un contrôle de qualité de chaque greffon est réalisé au niveau de la banque de tissus qui réceptionne le prélèvement.

Les antécédents de cancer solide ne contre-indiquent pas le prélèvement de cornée [9]. Les infections virales ne sont pas une contre-indication systématique au prélèvement de tissus [8]

Les échantillons sanguins prélevés après le décès pour vérifier la sécurité sanitaire doivent être au mieux centrifugés dans les plus brefs délais pour éviter des erreurs d'interprétations

[9]. Le mieux serait de récupérer du sang pré-mortem au niveau du laboratoire de l'hôpital.

Il est souhaitable de développer les réseaux de prélèvement et les échanges inter-banque de tissus, notamment pour les cornées [9]

5.Organisation du prélèvement d'organe : présent et avenir

Le prélèvement d'organes et de tissus est une activité médicale dans laquelle tous les centres hospitaliers doivent s'inscrire. L'activité de prélèvement d'organes et de tissus doit faire l'objet d'une organisation précise reposant sur l'unité de coordination hospitalière.

Cette organisation doit être formalisée par des procédures écrites respectant les recommandations de bonne pratique de l'ABM et les textes en vigueur.

L'unité de coordination hospitalière doit être structurée et visible, en individualisant les tâches respectives de chacun [9].

Les critères d'évaluation de cette activité hospitalière pourraient être :

- l'exhaustivité du recueil des comas graves [9],
- l'observance de l'appel systématique et aussi précoce que possible de la coordination hospitalière dès que le diagnostic de ME est envisagé [9],
- la vérification de l'appel au Service de régulation et d'appui, en temps réel, dès qu'il y a intention de prélever [9],
- la vérification de la réalité de l'intégration du prélèvement d'organes dans l'activité chirurgicale d'urgence [9],
- la qualité de la tenue du dossier de coordination [9].

Sur le plan opérationnel, la coordination hospitalière doit vérifier la qualité de la restitution du corps, elle accompagne la famille dans les procédures liées au décès et au prélèvement d'organes. Enfin, elle reste disponible pour un éventuel suivi ultérieur des proches qui le souhaitent [9].

Au niveau national, l'Agence de la biomédecine valide les critères de sélection et se porte garante de la sécurité sanitaire des greffons. Au niveau inter régional, par l'intermédiaire du SRA, elle valide la procédure de prélèvement, participe à la qualification des greffons, repartit et attribue ceux-ci selon la réglementation en vigueur.

La prise en charge peropératoire du sujet en état de ME doit être effectuée par un médecin qualifié en anesthésie-réanimation [9]. Comme le transport entre l'unité de réanimation et le bloc opératoire est une période à risque maximum, le sujet doit être monitoré, accompagné par une équipe médicalisée [9].

L'utilisation d'analgésiques et de myorelaxants chez un sujet en ME est justifiée [9].

La prise en charge initialement instituée en réanimation doit être maintenue en période peropératoire. De plus, comme l'état hémodynamique est évolutif, il peut nécessiter la mise en place d'un monitoring supplémentaire adéquat [9].

Les règles de transfusion et d'apport de produits sanguins restent valables en période peropératoire [9].

Tout participant à un prélèvement multiorganes (PMO) doit avoir un comportement consensuel, courtois et veiller à une bonne coordination entre équipes. Le chirurgien doit avoir été formé spécifiquement à la technique du PMO [9].

Le PMO est une urgence chirurgicale qui ne doit passer qu'après les urgences hémorragiques et obstétricales. Afin de ne pas perturber les autres activités chirurgicales, il est recommandé que l'intervention soit effectuée dans une salle dédiée avec une équipe spécifique [9].

Sur le plan pratique, il faut veiller à ce que l'installation du malade convienne à toutes les équipes chirurgicales [9]. La chronologie du PMO est la suivante :

- exploration et préparation de l'étage abdominal ;
- exploration et préparation de l'étage thoracique ;
- héparinisation 10 minutes avant le clamage et perfusion in situ [9] ;
- prélèvements des organes thoraciques ;

- prélèvements des organes abdominaux ;
- prélèvements des tissus ;
- restauration tégumentaire solide et esthétique.

Aucun geste à fort risque hémorragique ne doit être réalisé tant que les différentes équipes ne sont pas prêtes à clamber (canulation aortique, contrôle de l'aorte coélique, canulation de la VCI).

La gestion des prélèvements à visée immunologique doit viser à raccourcir au maximum la durée d'ischémie froide. Il est donc recommandé de faire parvenir au moins trois ganglions

de bonne qualité de 0,5 cm de diamètre au laboratoire le plus tôt possible au cours du déroulement du prélèvement d'organes [9].

Les prélèvements sanguins et tissulaires pour les tests immunologiques et les sérologies réglementaires (typage HLA, cross-matches) doivent être effectués le plus tôt possible et les examens réalisés et rendus en urgence [9]. Il n'est pas nécessaire d'attendre la confirmation de la mort encéphalique et/ou l'accord des proches [9].

Les organes sont conditionnés selon des principes communs respectant les procédures nationales et locales : immersion dans un liquide de préservation à 4°C, triple emballage stérile, placés dans la glace, et accompagnés d'un tube de sang (à température ambiante) pour vérification ultime du groupe sanguin [9].

Il n'existe pas de consensus quant à la solution de conservation des organes à utiliser. Les solutions de type extracellulaires sont cependant à privilégier [9]. La même solution de conservation doit être utilisée pour le prélèvement simultané des viscères intra-abdominaux [9].

Pendant toute la durée de l'ischémie froide, la température de conservation des greffons doit être strictement maintenue entre 2 et 4°C.

Un prélèvement à visée bactériologique et mycologique du liquide de conservation doit être réalisé avant l'implantation de chaque greffon [9].

Avant toute transplantation rénale ou pancréatique, le cross-match doit être réalisé en urgence [9].

Avant tout prélèvement à des fins thérapeutiques, la qualification des organes repose sur la recherche de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (HIV), des hépatites B et C, de l'HTLV, du CMV, de l'EBV ainsi que de la syphilis et de la toxoplasmose. Selon l'infection détectée, l'appariement devra ou non tenir compte de l'état sérologique du receveur et il existe des situations dérogatoires en fonction de l'organe et de l'urgence.

Dans certains pays, les prélèvements sur donneurs à cœur arrêté ont permis d'augmenter de manière significative le nombre de transplantations. Cette technique, lorsqu'elle est réalisée avec des critères de sélection stricts des donneurs et des receveurs, procure aux équipes entraînées des résultats, en termes de survie et de fonction des greffons rénaux, comparables à ceux observés en cas de prélèvements sur donneurs à cœur battant [8].

La pose de la sonde de Gillot, l'exsanguination et la réfrigération du donneur potentiel ont été approuvées par le comité d'éthique de l'Agence de la biomédecine. Celui-ci considère que ces gestes sont possibles dès le constat du décès et dans l'attente de l'entrevue avec la famille.

Les prélèvements à cœur arrêté supposent des aménagements réglementaires en cours de développement et ne concerneront pas les donneurs relevant de la catégorie III (arrêt de soins) de la classification de Maastricht.

Le choix de ce type de prélèvement nécessite une organisation médicale et paramédicale spécifique [8].

III.H. Harmonisation de la lutte contre les infections nosocomiales

TEXTE D'ORIENTATION SRLF/SFAR - MAI 2005

Résumé

La réanimation, "épicerie de la résistance aux antibiotiques", est et restera la discipline médicale où les infections nosocomiales sont les plus fréquentes. Cette situation est évidemment due à la conjonction de la fréquence d'utilisation des dispositifs invasifs, de la réduction des défenses associée à l'immunodépression relative secondaire à la pathologie aiguë et de la fréquence croissante - avec le vieillissement de la population - des pathologies chroniques associées. Pour autant, la fréquence des infections nosocomiales est en baisse, et non pas en augmentation comme le laisse souvent craindre la présentation au public d'épisodes complaisamment médiatisés à l'excès. Une information objective du public sur ces questions est indispensable. Ce document à vocation didactique tente de réunir de manière synthétique les notions essentielles sur la physiopathologie, les facteurs de risque, l'interprétation et la comparabilité des taux

d'infection observés en réanimation, et les principales mesures préventives qui nous sont accessibles actuellement. Les réanimateurs ont depuis longtemps et continuent de travailler activement sur les problèmes posés par ces infections et les meilleures méthodes de leur prévention, et les résultats obtenus dans certains domaines tels que les bactéries multirésistantes aux antibiotiques sont démonstratifs. Les propositions d'indicateurs de processus et de résultats présentées dans ce document doivent permettre aux services de réanimation de témoigner de leur engagement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Proposition de charte de qualité pour la prévention des infections en réanimation

Le Service de Réanimation a défini et mis en place une politique d'amélioration continue de la qualité des soins et la gestion des risques. A ce titre, il s'est engagé sur les sept points suivants en matière de prévention et de surveillance des infections.

1. Les mesures visant à prévenir la transmission des micro-organismes font l'objet de procédures écrites incluant les protocoles d'isolement, validées par le CLIN [1], actualisées et mises en application.
2. Des protocoles d'antibiothérapie sont définis et appliqués. Les consommations d'antibiotiques dans le service sont régulièrement analysées, de façon à mener des actions adaptées pour limiter leur effet sur la résistance des bactéries.
3. Le personnel du service bénéficie d'une formation à la prise de fonction et de formations continues pour mettre à niveau ses connaissances et ses pratiques.
4. Des évaluations des pratiques professionnelles de prévention des infections, concernant les différents acteurs de santé, en particulier de l'hygiène des mains, sont effectuées de façon régulière dans le service.
5. Dès l'admission, une information est donnée au patient -ou, à défaut, à ses proches ou bien à une personne de confiance- sur les risques liés à son état initial et aux techniques de réanimation.
6. Toute infection survenant dans le service est notée dans le dossier du patient et fait l'objet d'une information orale à celui-ci ou, à défaut, à ses proches ou bien à une personne de confiance.
7. Une surveillance des infections nosocomiales, en particulier dues à des bactéries multirésistantes, est organisée selon les recommandations nationales, et ses résultats régulièrement analysés avec les personnels du service et les instances concernées (CLIN, EOH [2]), afin d'améliorer les pratiques de prévention et de prise en charge des infections.

CLIN: Comité de lutte contre les Infections nosocomiales, EOH: Equipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière.
 Note : Charte modifiée d'après la proposition du groupe "Réanis" [2]

Charte de qualité pour la prévention des infections en réanimation: Indicateurs

Références	Critères
n°1	- Liste des procédures de soins et d'entretien, validation
n°2	- Liste de Protocoles d'antibiothérapie
	- Consommation d'antibiotiques
n°3	- Liste des sessions de formation du personnel
n°4	- Liste annuelle des audits réalisés et prévus
	- Consommation de SHA et savons
	- Audit de pratiques
n°5	- Livret d'accueil
	- Analyse des plaintes
	- Chrono entretien d'admission, information délivrée
n°6	- Analyse du dossier
	- Chrono information infection
n°7	- Listing anonymisé des infections nosocomiales, Taux d'incidences spécifiques liés aux procédures

	- Taux de BMR (SARM) importés/acquis en réanimation
	- CR de réunions de service ciblées sur les infections nosocomiales

IV. Évaluation

L'évaluation du volet reposera sur des indicateurs d'attentes des résultats concernant :

La conformité aux normes relatives aux 3 activités de soins dans les délais réglementaires,
 La création et le fonctionnement dans un délai de deux ans à compter de la publication du présent schéma, d'un réseau régional et la réalisation des 23 objectifs opérationnels visés aux recommandations relatives à ce réseau, dont la finalité résume de manière synthétique l'objectif de santé publique,
 Un suivi en tendance de l'évolution d'indicateurs synthétiques d'activité, fondé sur une exploitation des systèmes d'information et sur la réalisation d'enquêtes spécifiques, notamment à l'occasion des visites sur sites diligentées par l'agence dans le cadre de la conformité.

VOLET IMAGERIE MEDICALE

I. Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

I.A Particularisme de la thématique

Le volet imagerie traite l'organisation de l'offre de soins dans le domaine des examens complémentaires utilisant les équipements médicaux lourds (EML) suivants :

- scanographes (TDM),
- remnographes (IRM),
- caméras à scintillation,
- tomographes à émission de positons (TEP) associés ou non à un scanner (PET-scan).
-

L'organisation régionale de l'offre de soins en radiologie interventionnelle par voie endovasculaire en neurologie sera traitée dans le schéma interrégional d'organisation sanitaire.

La radiologie interventionnelle en cardiologie est traitée dans le volet cardiologie du SROS.

La radiologie interventionnelle concernant les autres spécialités médicales ne fait pas l'objet de recommandations dans cette version du volet imagerie du SROS.

L'imagerie médicale est une discipline transversale exercée par des spécialistes en radiologie et en médecine nucléaire (pour ce qui concerne les équipements lourds tels qu'ils ont été définis ci-dessus), qui intervient dans la prise en charge de la quasi totalité des autres volets thématiques du SROS.

Contrairement aux volets concernant la prise en charge d'affections organiques où un recensement des besoins est envisageable par la quantification des prises en charge, seule la consommation des actes est actuellement connue en imagerie.

En même temps, la réalisation des examens ne peut être mise en rapport de manière simple et sûre, ni avec les spécialités médico-chirurgicales requérantes, ni avec les procédures diagnostiques dans lesquelles elle s'inscrit.

En particulier, les examens d'imagerie inappropriés (inutiles ou substituables par des examens plus efficaces) ne peuvent être recensés.

L'imagerie médicale diagnostique et interventionnelle, lorsqu'elle s'appuie sur des techniques irradiantes, nécessite la mise en œuvre de précautions limitant les doses délivrées aux patients.

La directive 97/43/Euratom relative aux expositions à des fins médicales pose les principes généraux de la radioprotection des personnes soumises à des rayonnements ionisants.

I.B Enquête auprès des promoteurs

En l'absence de codage des actes en médecine ambulatoire avant la mise en place de la CCAM, le dénombrement des examens réalisés par organe nécessite une enquête sur le terrain.

Cette enquête a été réalisée début 2005 dans les structures déjà équipées d'un EML. Les tableaux de synthèse de cette enquête figurent en annexe.

Composition des plateaux techniques de radiologie avec EML au 1^{er} septembre 2005

IMPLANTATION	TDM (barrettes)	IRM (Teslas et année d'installation)	gamma caméra	TEP
Territoire Nord				
CH FORBACH	1(8)	0	0	0
Hospitalor St AVOLD	1(16)	0	0	0
CH SARREGUEMINES	1(16)	1.5T (2005)	0	0
HOP FREYMING	1(16)	1.5T (2004)	1 (+1non inst)	0
CH SARREBOURG	1(1)	0	0	0

SDF scanner THIONVILLE	1(16)	0	0	0
CH VERDUN	1(8)	1.5T(2003)	0	0
Scanner St Thiébaud Metz	1(16)	0	0	0
CELODIM Metz	1(16)	1.5T(2002)	0	0
CH BRIEY	1(1)	0	0	0
CHR METZ	1(16)	1.5T(2001)+1 non inst	3	1 non inst
CHR THIONVILLE	1(2)	1.0T(1996)+1 non inst	2	0
AHL Longwy	1(2)	0	0	0
Claude Bernard Metz	1(4)	0	0	0
TOTAL	14	8 (6 + 2 non inst)	7(6+1 non inst)	1 non inst
Territoire Sud				
SIH Senones		1 mobile (1.0T:2004)		
CH REMIREMONT	1(1)	1 non inst +mob	0	0
CH EPINAL	1(4)	1.5T(2005)	0	0
La Ligne bleue Epinal	0	Mobile	2	0
CH SAINT DIE	1(1)	Mobile	0	0
CH NEUFCHATEAU	1(1)	Mobile	0	0
CAV NANCY	1(2)	0	0	0
(SOLIME) Maxéville-Nancy	1(8)	1.5T(2005)	2	1 non inst
CH BAR LE DUC	1(1)	Mobile	0	0
CHU hôp central	1(16)	1.5T(1995)	3	0
CHU Brabois	1(8)	1.5T(2003)	4	1
CHU Hôp d'enfants	1(8)	1 non inst(3T)	0	0
CHU Neuroradio	1(1)	1.5T(2005)	0	0
CH Lunéville	1(8)	0	0	0
(IMNE) clinique Pasteur ESSEY	1(16)	(1.5T Nov 2005)	0	0
TOTAL	13	9 (6+1mobile+ 2non inst)	11	2 (1 non inst)

I.C Historique

Le tableau précédent résume la composition des différents plateaux techniques autorisés.

Le volet d'imagerie médicale adopté en décembre 2002, avait ciblé les indices de besoins nationaux les plus élevés possibles.

(1 scanner/90.000 habitants, 1 IRM/140.000 habitants, 1 caméra à scintillation pour 130.000/habitants)

L'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine a donc autorisé l'installation de:

- 3 scanners supplémentaires dont un à titre dérogatoire pour des besoins de santé publics (Claude Bernard),
- 6 IRM supplémentaires
- une gamma caméra supplémentaire.

La région Lorraine bénéficie en 2005 :

- de 17 autorisations d'IRM
- de 27 autorisations de scanner
- de 18 autorisations de caméras à scintillation
- de 3 autorisations de PETscan (2 à Nancy et 1 à Metz) .

Seul le PETscan du CHU est fonctionnel depuis juin 2005.

4 IRM autorisées en 2003 ne sont pas encore installées début 2005 :

- GIE IRM Lorraine Nord à Thionville
- SIH Lorraine Nord (autorisation d'une IRM mobile caduque)
- CHU Nancy-Brabois
- CH Remiremont

L'impact des IRM de Freyming et de Sarreguemines, ainsi que du scanner de Saint Avold, trop récemment installés (fin 2004 et début 2005) ne pouvait pas être évalué dans ce document.

Forces et points à améliorer

I.C.1 Forces

Accessibilité des plateaux d'imagerie lourde.

Tous les services d'urgences ont un scanner accessible 24 heures/24 sauf Toul et Pont à Mousson, dont l'activité en terme de premiers passages reste inférieure à 20.000 et dont le temps de trajet vers un plateau d'imagerie est inférieur à 30 minutes.

17 des 18 plateaux techniques d'imagerie lourde sont installés dans des établissements de santé MCO.

La répartition des implantations d'imagerie lourde permet une couverture géographique satisfaisante de l'offre.

Archivage et transmission d'images

Plusieurs expériences de réseaux d'image existants en Lorraine doivent être mentionnés.

Réseau de neuroradiologie

Un réseau régional de transmission d'image a été mis en place en 1993, avec le soutien financier de l'ARH. Initialement centré sur la gestion des urgences par l'Hôpital Neurologique du CHU de Nancy, il a été ouvert, avec moins de succès, aux autres domaines pathologiques. Techniquement, il s'est appuyé sur le transfert d'images de point à point en utilisant des consoles TSI, avec impression des images scanographiques sur reprographes ; la demande d'un hôpital demandeur est formalisée par fax à chaque demande, avec retour d'avis du centre expert dans les heures qui suivent. Les établissements de la région y participant ont signé un engagement et se conforment à la procédure.

Ce réseau de consultation traite essentiellement de problèmes d'interprétation en urgence d'examen neuro-radiologiques et de la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques. Le nombre des consultations est en augmentation constante, passant de 22 en 1993 à 680 en 2004. Le système traite environ deux tiers d'urgences, mais s'est aussi ouvert aux consultations non urgentes pour un tiers. Progressivement, grâce aux relations de confiance entre les différents partenaires, ces consultations ont permis d'éviter des transferts injustifiés. Au départ, le nombre de transferts "évités" se situait entre 30 et 40 % pour atteindre environ les 2/3 des cas en 2004.

Toutefois, plusieurs limites sont à noter:

- L'incapacité de certains services à effectuer un transfert d'images
- Le niveau très variable d'archivage des images numérisées, parfois inexistant, avec une difficulté de faire face à la production toujours plus nombreuse d'images numériques par les nouveaux imageurs en coupe
- La non prise en compte réelle du travail d'expertise qui est considérable (temps passé, responsabilité, absence de cotation ...)
- L'obsolescence technique du système TSI

L'expérience du CHU et du CAV de Nancy, avec le déploiement récent d'un PACS/RIS, et l'intérêt manifesté par les établissements voisins, associés au CHU.

Le PACS du CHU et du CAV a été progressivement déployé à partir de mars 2002, et finalisé en décembre 2005. Cet outil permet de diffuser à l'intérieur des deux institutions toutes les images, datant de moins de 2 ans en 5 secondes, produites par les services de radiologies vers l'ensemble des services cliniques comprenant l'hospitalisation, les consultations, les blocs techniques, les bureaux médicaux. Ce nouveau service autorise un accès 24h/24h des images d'un patient regroupé dans un seul et unique dossier, et ceux dans tous les lieux disposant d'un accès de type Web (environ 700 points différents). Le support film a disparu au sein des institutions CHU et CAV, il est remplacé par un archivage numérique centralisé et mutualisé.

De plus, il faut souligner le haut niveau de standardisation dans les technologies de communication appliquées aux images médicales au niveau international et régional, avec :

- La diffusion des normes des données images en archivage et distribution (standards internationaux DICOM, HL7, IHE...), maintenant disponibles sur la plupart des matériels lourds en place, s'étendant progressivement aux autres techniques
- Les avancées sur l'identifiant unique, avec l'établissement d'une norme régionale
- La décision d'implanter le Dossier Médical Personnalisé (DMP), dont la mise en place sera extrêmement structurante pour les 3 ans à venir, avec la prise en compte des données images dès la phase 2 du projet, ainsi que l'annonce en a été faite par le GIP lors des dernières Journées Françaises de Radiologie
- Le développement de réseaux haut débit en région Lorraine sous la coordination de l'Association Hermès.

I.C.2 Points à améliorer

Délais d'accès:

Les délais d'accès à un scanner et plus encore à une IRM sont trop longs :

- pour le scanner, ils s'échelonnent entre 1 et 65 jours en ambulatoire et entre 0 et 21 jours pour les patients hospitalisés.

- pour l'IRM les délais vont de 20 à 73 jours en ambulatoire et de 2 à 60 jours pour les hospitalisés.

Dans les deux cas, les examens les plus urgents sont réalisés en priorité dans des délais raisonnables; ce qui rallonge l'attente des examens programmés. Dans ces conditions la notion de délai d'attente moyen n'a pas d'intérêt en pratique.

Les délais particulièrement longs d'accès à l'IRM génèrent le recours à des examens souvent moins informatifs et irradiants, particulièrement préjudiciables chez les patients jeunes. Cette prise en charge est non conforme aux directives Euratom, qui encouragent la substitution vers des techniques non irradiantes.

Ces difficultés d'accès sont liées au manque d'équipements (IRM en particulier), et au manque de spécialistes ; elles sont aggravées par un mode de prescription souvent inapproprié de l'imagerie.

Activité des équipements:

L'activité des équipements est très disparate:

Les scanners réalisent de 5000 à 25 000 actes par an.

Les IRM réalisent de 3690 à 7630 actes par an.

Accessibilité des radiologues libéraux:

L'enquête réalisée par l'URML de Lorraine fait état d'un accès insuffisant des radiologues libéraux à l'imagerie en coupe.

En 2003 seuls 84% des radiologues déclaraient avoir accès au scanner, et seuls 60% d'entre eux avaient accès à l'IRM.

Les médecins libéraux, souhaiteraient des conventions plus favorables à l'activité libérale dans les établissements de santé : la durée des plages horaires concédées aux praticiens libéraux semble insuffisante.

Démographie des radiologues et des manipulateurs en électroradiologie

La démographie des radiologues et des manipulateurs figure dans un tableau en annexe. Le temps de radiologue et de manipulateur de certains établissements est insuffisant pour une utilisation optimale des EML. Les établissements autorisés à prendre en charge les urgences peuvent avoir des difficultés à assurer la permanence des soins en imagerie en raison d'un faible effectif de radiologues et de manipulateurs en électroradiologie.

Radiologues

L'enquête sur l'évolution de la démographie des radiologues en Lorraine prévisible pour la période 2001-2037, publiée en novembre 2001 et incluse dans le SROS 2, actualisée pour la période 2006-2042 dans le cadre du SROS III montre que :

- Sur la base de la pyramide des âges de la population radiologique exerçant actuellement en Lorraine, et du faible taux de radiologues nouvellement formés et restants en Lorraine ou s'y établissant,

la population radiologique allait donc décroître de 250 radiologues actuellement jusqu'à 150, Soit une perte des 2/5 de l'effectif actuel, survenant principalement entre 2011 et 2025 ».

En règle générale, la région Lorraine est peu attractive, et tous les radiologues formés ne s'installent pas sur place (taux d'installation en dehors de la Lorraine pour les DES formés au cours des dix dernières années de 35 %, soit 19 départs hors Lorraine sur 54 DES formés).

14 postes de radiologues sont vacants fin 2004 dans les établissements sous dotation globale ayant un plateau technique d'imagerie en coupe.

Manipulateurs en radiologie (MER)

Les plages d'ouverture du plateau d'imagerie sont souvent trop faibles en raison du manque de temps de MER.

La co-utilisation des plateaux d'imagerie par des radiologues libéraux sur des vacations plus nombreuses et plus longues, semble limitée en raison d'un trop faible effectif de manipulateurs formés à l'imagerie en coupe.

Le nombre de MER formés annuellement est insuffisant par rapport aux besoins.

L'attractivité du Grand Duché du Luxembourg ne facilite pas le recrutement.

Il existe deux filières en Lorraine: le CHU et le lycée professionnel d'Algrange.

La capacité de formation du CHU est passée à 50 élèves par an en première année, celle du Lycée d'Algrange est de 18 élèves avec des difficultés à trouver des terrains de stage pour les étudiants de première année.

Etat du parc des EML de radiologie

La quasi totalité des scanners serait à remplacer d'ici la fin du SROS III, l'un date de 1996.

Il existe encore 10 scanners mono et bi-barette.

Nombre de Barrettes	1	2	4	8	16
Nombres de TDM (27 installés)	7	3	2	6	9

Le parc des IRM:

Sur les 13 IRM installées fin 2005, 2 sont en activité depuis 1995 et 1996.

Teslas	0,5	1	1,5
Nombre IRM	0	2	11

Les difficultés financières de certains établissements ne permettent pas le remplacement d'équipements dont les performances ne correspondent plus aux exigences actuelles de l'imagerie en coupe.

Les appareils anciens ne permettent pas les reconstructions volumiques, ni l'accès aux explorations cardiaques.

L'insuffisance d'IRM et l'existence de 12 plateaux techniques ne disposant que de scanners (plus 4 desservis par une IRM mobile), ne permet pas de mettre en jeu une stratégie diagnostique optimale.

Le rôle des spécialistes de l'imagerie

L'information insuffisante fournie aux radiologues et spécialistes de médecine nucléaire, et une concertation insuffisante avec les cliniciens, placent souvent les premiers dans la situation d'effecteurs au lieu de spécialistes de l'imagerie.

Ces défauts de prescription peuvent entraîner la réalisation d'examen inadaptés voire préjudiciables.

Insuffisance de l'évaluation

L'évaluation des besoins nécessite des indicateurs d'activité médicale.

Les critères d'évaluation actuels sont uniquement quantitatifs.

Les examens réalisés, qui seront mieux connus après la mise en œuvre de la CCAM, ne peuvent être corrélés à leurs indications médicales.

L'évaluation des pratiques en imagerie médicale reste à faire.

I.D Enjeux

I.D.1 L'évolution technologique: augmentation des besoins

L'augmentation de la rapidité des acquisitions en scanner et en IRM rend accessible de nouveaux domaines d'exploration à ces machines, en particulier dans le domaine cardiaque, coronarien et vasculaire.

Cette nouvelle technique, devra trouver sa place dans la stratégie d'exploration cardio-vasculaire.

Les applications d'endoscopie virtuelle sont en cours d'évaluation, bronchoscopie et colonoscopie, en même temps que la détection des nodules et des polypes.

La puissance informatique nécessaire pour traiter ces images est considérable et il faut beaucoup de temps médecin et manipulateur pour utiliser les logiciels et interpréter les milliers d'images produites.

Les aimants ultra-courts à 1,5 T, se développent comme une alternative aux aimants ouverts à plus bas champ.

Les aimants ouverts gardent des avantages pour les patients obèses ou claustrophobes, mais sont aussi intéressants pour l'IRM interventionnelle qui se développe de plus en plus.

Des IRM à bas champ de petit volume, réservées à l'exploration des membres font leur apparition.

I.D.2 L'évolution démographique: diminution des effectifs

En même temps que va augmenter le besoin de temps de spécialistes de l'imagerie, le nombre de spécialistes en radiologie et en médecine nucléaire ira en diminuant, en raison des départs en retraite, non compensés par les capacités de formation.

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.A Objectifs généraux

Améliorer l'accès à l'imagerie, des patients et des radiologues

- Assurer un accès à l'imagerie appropriée dans des délais compatibles avec l'état du patient, de jour comme de nuit.
- Permettre à tous les radiologues formés un accès à l'imagerie en coupe

Améliorer la qualité des examens

- Améliorer le parc des EML d'imagerie
- Améliorer l'information clinique des radiologues et médecins nucléaires

Optimiser l'utilisation des équipements

Améliorer l'évaluation des pratiques et des besoins

II.B Objectifs opérationnels

Améliorer la permanence des soins en imagerie

La pénurie de radiologues et la nécessité de disposer de l'imagerie en coupe pour les sites d'accueil des urgences impose que tous les promoteurs de scanner ou d'IRM proposent une participation à la permanence en imagerie de leurs radiologues.

- Cette participation peut être un des objectifs médicaux de l'équipement faisant l'objet de la demande. Dans ce cas la participation de tous les médecins utilisateurs de la machine devra être recherchée pour assurer la permanence du plateau d'imagerie.
- Si le promoteur n'est pas lui même impliqué dans la prise en charge des urgences, il devra se positionner dans sa demande par rapport à sa participation à la permanence de l'imagerie sur

son propre plateau ou un plateau astreint à une permanence de l'offre géographiquement proche.

- Les coopérations de toute nature permettant de faciliter l'accès des radiologues formés à l'imagerie en coupe, doivent être favorisées, en privilégiant les demandes prenant le mieux en compte la permanence des soins.
- Le volet "prise en charge des AVC" prévoit la possibilité d'un accès à une IRM, 24 heures sur 24 pour les Unités Neuro-Vasculaires de niveau II. **L'organisation de cette permanence relève du projet médical de Territoire**, auquel devront se conformer les promoteurs, dans le même esprit que celui prévu pour la permanence de l'imagerie ci-dessus.

Améliorer la Qualité et la Sécurité des soins

Le spécialiste de l'imagerie est le mieux placé pour apprécier le caractère adéquat de l'exploration demandée, compte tenu des évolutions technologiques permanentes.

- Dans cette optique, la séniorisation des demandes d'examens d'imagerie doit être la règle.
- Le choix de l'examen adapté relève des principes de justification et d'optimisation prévus dans les textes réglementaires.
- La mise en œuvre d'IRM en plus grand nombre permettra de limiter l'irradiation et les examens invasifs (arthroscopies, angiographies diagnostiques...)
- La réduction des délais de mise à disposition des comptes rendus d'examen participe à l'amélioration de la qualité de l'imagerie.

L'application du principe de justification des expositions aux rayonnements ionisants:

"article R43-61 : aucun acte exposant aux rayonnements ionisants ne peut être pratiqué sans un échange préalable d'information écrit entre le demandeur et le réalisateur de l'acte."

"Pour l'application du principe mentionné au 1° de l'article L. 1333-1, toute exposition d'une personne à des rayonnements ionisants, dans un but diagnostique, thérapeutique, de médecine du travail ou de dépistage, doit faire l'objet d'une analyse préalable permettant de s'assurer que cette exposition présente un avantage médical direct suffisant au regard du risque qu'elle peut présenter et qu'aucune autre technique d'efficacité comparable comportant de moindres risques ou dépourvue d'un tel risque n'est disponible.

- Le radiologue doit avoir à sa disposition les informations nécessaires au choix et à la bonne réalisation de l'examen. Le prescripteur fournit les informations cliniques, d'anamnèse et les éléments propres à l'appréciation des risques et contre-indications.

Les indications retenues par le professionnel sont conformes aux Recommandations de bonne pratique du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale fruit d'un travail conjoint entre la Société française de radiologie (SFR) et la Société française de biophysique et de médecine nucléaire (SFBMN), en collaboration avec de nombreux partenaires représentant des sociétés savantes et professionnelles et des Collèges nationaux des enseignants.

. Les activités innovantes sont développées après validation par les sociétés savantes et suivant leurs recommandations.

La réduction de l'activité en imagerie par projection doit faire partie des objectifs du projet médical d'imagerie ainsi que des dossiers de demande et de renouvellement de scanners et d'IRM.

Tous les actes de radiologie "substituables" selon les recommandations de bonne pratique par des examens en coupes devraient disparaître en l'absence de frein à la réalisation de l'examen le mieux adapté. Un objectif de réduction de 50% des examens "substituables" est souhaité à l'horizon 2010.

En règle générale, les demandes d'attributions d'un EML d'imagerie en coupe devront pouvoir justifier leur activité par des critères d'évaluations mettant en évidence une réduction de l'activité d'imagerie par projection.

- Pour les actes substituables par une technique en coupe, une réduction de 50 % du nombre d'actes de radiographie par projection est attendue pour les premières évaluations en 2011.

- La participation des radiologues et des spécialistes de médecine nucléaire à des Comités de Concertation pluri-disciplinaires en oncologie, ainsi que dans les autres spécialités (cardiologie p. ex) doit faire partie des objectifs prévus dans le dossier de demande.

Elle favorisera la recherche des examens les plus adaptés à la recherche du diagnostic, en évitant les actes redondants, invasifs ou irradiants.

L'application du principe d'optimisation.

Le principe d'optimisation des doses (article L 1333-1 et R 1333-59 du CSP) passe entre autres par :

- l'utilisation de protocoles limitant l'irradiation.
 - l'utilisation du matériel approprié, conforme aux normes, faisant l'objet d'une maintenance préventive et de contrôles de qualités réguliers.
 - Et en règle générale une réflexion constante sur le meilleur équilibre entre l'irradiation et la qualité des images.
- Des procédures de demandes d'examens élaborées en commun entre les cliniciens et les spécialistes de l'imagerie peuvent faciliter les rapports entre des spécialités complémentaires.
 - Le recueil et la traçabilité de la dosimétrie et l'information du patient et des correspondants devraient s'imposer dans les structures d'imagerie.

Cette pratique permettrait de sensibiliser les professionnels de santé et les patients aux risques des examens irradiants répétés.

Moderniser les équipements

Le renouvellement des équipements obsolètes par des machines plus performantes, plus rapides et plus polyvalentes permettra d'augmenter la productivité des plateaux techniques et de faire bénéficier le patient de l'apport des évolutions technologiques rapides de l'imagerie:

- Possibilité de reconstructions volumiques,
- filtrage et soustraction des différentes structures organiques,
- acquisitions rapides permettant la visualisation des flux vasculaires,
- et synchronisées au rythme cardiaque permettant d'envisager les coronarographies non invasives,
- voire à terme endoscopies virtuelles.

Améliorer le fonctionnement des plateaux techniques

Privilégier l'imagerie non irradiante.

- L'installation d'IRM supplémentaires est prioritaire en raison des longs délais d'attente pour l'accès à cet examen.
- Ces IRM sont à installer en priorité en complément d'un scanner

La mise en œuvre de procédures diagnostiques nécessite la disponibilité de l'ensemble des techniques d'imagerie pour les spécialistes de l'imagerie médicale. (échographie, radiologie conventionnelle, scanner, IRM, médecine nucléaire, angiographie).

En l'absence d'une de ces techniques, le plateau technique d'imagerie devrait rechercher une coopération par convention avec des plateaux techniques complémentaires, permettant l'accès des patients à l'ensemble des techniques.

L'imagerie par résonance magnétique nucléaire est particulièrement importante en pédiatrie et en obstétrique, par son aspect non irradiant.

- Une importante activité pédiatrique, néonatale et/ou obstétricale peut justifier l'attribution d'une IRM, non associée à un scanner dans le même plateau technique. Une coopération étroite et pérenne, permettant un accès satisfaisant doit être recherchée avec un plateau de remnographie proche, si la structure ne peut s'équiper en propre.
- Une IRM dédiée aux explorations ostéo-articulaires peut s'envisager lorsque ce type d'exploration représente une activité importante du plateau d'imagerie.

Ce type d'équipement sera envisagé en priorité en complément d'un plateau technique d'imagerie en coupe existant.

Cet équipement est moins onéreux qu'une IRM "généralistes" et peut améliorer les délais d'attente.

Ces demandes devront faire état d'un projet médical permettant de justifier le besoin.

Le dossier d'évaluation devra mettre en évidence le degré de réalisation de l'objectif annoncé.

Une convention avec un plateau complet ou complémentaire est indispensable pour permettre aux patients l'accès aux autres techniques d'imagerie.

Les conventions entre plateaux techniques devront préciser les objectifs et les modalités de la coopération entre les structures.

Elles doivent permettre d'optimiser le fonctionnement des deux plateaux techniques en précisant le rôle de chaque structure dans la filière diagnostique afin d'éviter les examens inadaptés ou redondants.

L'installation de scanners supplémentaires.

L'installation d'EML supplémentaires sur des plateaux techniques existants, ne se justifie que dans les cas où un équipement supplémentaire permet effectivement d'améliorer la productivité du plateau technique ou d'améliorer le service rendu aux patients (réduction des délais d'attente, meilleure disponibilité pour les urgences ou la cancérologie par exemple).

Cela implique la création de postes de manipulateurs en nombre suffisant pour assurer le fonctionnement attendu de l'équipement.

- La mise en œuvre d'un scanner accessible 24H/24 dans les structures d'accueil des urgences accueillant plus de 20.000 premiers passages par an peut se justifier.

Le nombre de passages est donné à titre indicatif et la gravité des patients accueillis doit être intégrée dans l'examen des autorisations, ainsi que la possibilité de prise en charge des patients sur place et le temps de parcours entre la structure d'urgence et le scanner ou l'IRM le plus proche.

Le projet devra tenir compte de l'offre déjà existante accessible dans un délai d'une heure.

L'implantation de matériel d'imagerie lourde devra tenir compte du contexte local du bassin de santé concerné et des compétences radiologiques locales disponibles.

- La mise en œuvre de machines dédiées principalement aux urgences lorsque le service des urgences accueille plus de 40.000 premiers passages par an peut également se justifier.

L'organisation du plateau technique de l'imagerie et des urgences est un point important du dossier de demande.

Une bonne coopération entre les urgentistes et les radiologues est indispensable pour la justification des demandes d'examen d'imagerie.

Des protocoles de diagnostics établis conjointement pourraient rationaliser les demandes d'examen dont la séniorisation est indispensable.

- Une coopération avec un plateau technique dont la proximité est suffisante, devrait toujours être privilégiée, dans l'optique d'une optimisation des ressources rares en professionnels de l'imagerie (médecins et manipulateurs).

L'organisation du plateau technique

- Toute nouvelle demande d'EML et à fortiori de nouvelle implantation de plateau technique devra préciser le mode de recrutement des professionnels de santé nécessaires à leur fonctionnement.

Les demandes d'EML devront prévoir des effectifs suffisants pour un fonctionnement optimal des machines.

- Un nombre de 4 radiologues qualifiés, et s'engageant au maintien de leur compétence, semble un minimum pour assurer le fonctionnement d'un plateau technique d'imagerie lourde.
- La présence permanente de deux personnels para-médicaux par machine aux heures ouvrables doit être prévue dans les demandes.

Dans certains cas, les délais d'accès sont davantage la conséquence d'horaires d'ouverture insuffisants, eux mêmes liés à un manque de personnel affecté au plateau technique.

- Une ouverture tardive et le samedi seront un élément favorable dans les demandes d'autorisation.

Améliorer l'organisation de l'imagerie

Il serait paradoxal de mettre en péril le fonctionnement d'équipements autorisés, par la création de plateaux techniques ayant recours à des personnels indispensables dans d'autres structures.

- Dans ce contexte les coopérations entre établissements sont à privilégier, de même que la participation des médecins libéraux au fonctionnement des plateaux techniques existants (y compris à la permanence du plateau d'imagerie), plutôt que le saupoudrage de structures sous dotées en personnel.
- Pour conforter le fonctionnement des EML et favoriser la participation entre les partenaires de statut différents, les demandes faites dans le cadre de GCS (groupements de coopération sanitaire) devraient être encouragées.

Pour permettre la mise en jeu de l'optimisation des examens d'imagerie, l'ensemble des techniques doit être accessible. (radiologie et médecine nucléaire)

- Lorsque le plateau technique n'est pas complet, une convention avec un établissement de référence ou complémentaire permettra de faire bénéficier les patients de l'examen optimal.

L'amélioration de l'accessibilité à l'imagerie numérisée en coupes devrait diminuer de manière significative l'imagerie par projection.

La réduction de l'activité d'imagerie par projection, voire la suppression de tables de radiologie conventionnelle ou d'angiographie numérisée permettra de dégager du temps de MER et de radiologue qui pourra être consacré aux nouvelles activités.

- Les dossiers de demande et de renouvellement d'autorisation devront proposer une réduction de l'activité d'imagerie traditionnelle correspondant aux scanners ou IRM substitués aux examens par projection.

Unités Neuro Vasculaires :

UNV de niveau 3

Le volet de prise en charge des AVC a prévu une seule UNV niveau 3 en Lorraine.

Cette UNV est appelée à assurer la Neuro-radiologie interventionnelle par voie endo-vasculaire.

- L'accès à une IRM de Haut Champ (3T ou plus) accessible 24h/24 est justifiée pour l'UNV de niveau 3 en Lorraine.
- Vue l'activité d'un tel service, celui-ci pourrait disposer d'une deuxième IRM ainsi que d'un scanner pour réaliser plus rapidement certains examens .

UNV de niveau 2

- Les UNV niveau 2 appelées à réaliser à terme des thrombolyse intra-veineuses, devraient avoir accès dès que possible à une IRM opérationnelle 24h/24.

Cette organisation relève du projet médical de Territoire, en conformité avec le volet prise en charge des AVC.

Communication

L'ARH de Lorraine souhaite développer la télémédecine.

La mise en place de réseaux de transmission des images est devenue une priorité nationale, réaffirmée par la Société Française de Radiologie à l'occasion de la mise en place du DMP.

Elle doit se mettre en place régionalement. Une telle organisation régionale doit prendre en compte les évolutions technologiques et réglementaires des dernières années, s'appuyer sur l'existant -déjà riche-, et sur les initiatives régionales dans le cadre du SROS télémédecine

Un réseau n'est pas que radiologique, il est d'abord clinique, centré sur la prise en charge du patient. Les besoins en terme de transmission d'images à prendre en compte sont donc :

- entre radiologues
- entre radiologues et médecins spécialistes ou généralistes
- et de façon générale entre médecins

Parmi les nombreux domaines qui bénéficieraient de l'implantation d'un réseau images, il convient de citer en premier lieu trois besoins :

- La transmission et l'échange d'images pour les urgences neurologiques et hors neurologie (cardiovasculaire, chirurgie abdominale, traumatologie,...) actuellement traités par e-mail non sécurisé, avec format bureautique type jpeg, et nombre très limité d'images.
- La transmission et l'échange d'images dans le cadre de pathologies réglées (ex: oncologie), en raison de la mobilité des patients dans la région, passant d'un établissement à un autre, public ou privé.
- La structuration du réseau de périnatalité dans le domaine de l'image (cf volet périnatalité du SROS III)

Pour se développer, la télé-imagerie a besoin d'un réseau physique permettant la circulation des données numérisées, et d'émetteurs et récepteurs de données numérisées.

- Les prochaines autorisation d'EML seront exclusivement accordées aux structures munies d'un Système d'Information Radiologique, compatible avec les normes internationalement adoptées (DICOM, IHE) et communicant avec leur EML (gestion de la worklist : récupération directe par l'EML de l'identifiant patient depuis le SIR, sans intervention manuelle)

Cet équipement outre son intérêt, dans la gestion du plateau technique, et le recueil des données concernant l'évaluation des EML, permettra à terme à l'ensemble des plateaux d'imagerie numérisée de communiquer entre eux.

Cette orientation s'inscrit dans l'optique du Dossier Médical Partagé, mais aussi dans le contexte de la télé-expertise ou le télé-diagnostic (urgences, urgences neuro-vasculaires, etc...)

- La présence d'un Système d'Information Radiologique associé à un système d'archivage est également souhaitée, pour la réalisation d'un archivage d'au moins 3 mois en ligne et de 2 ans en différé.

Le contenu et la durée de cet archivage font encore l'objet de réflexions au niveau national.

L'identifiant patient sera probablement résolu par la mise en place du DMP par l'assurance maladie.

Les règles de confidentialité, de compatibilité, d'identification des professionnels de santé, de respect des libertés individuelles seront élaborées dans le cadre d'un réseau à promouvoir par les professionnels de santé.

L'association Hermès (soutenue par l'ARH) pourrait être le support de ces problèmes d'harmonisation des échanges.

Un volet particulier du SROS III sera consacré à la télémédecine, on y trouvera les objectifs de l'ARH et le mode d'organisation retenu.

Un projet médical d'imagerie

- L'activité des équipements d'imagerie doit être définie dans le projet médical d'établissement et de Territoire.
- Ces projets médicaux recherchent les besoins en matière d'activités prises en charge, de collaboration entre cliniciens et spécialistes de l'imagerie, de coopérations entre de structures d'hospitalisation et la médecine de ville, et de formation.

Ils proposent les solutions retenues par l'établissement ou la conférence de territoire pour répondre aux besoins identifiés.

L'analyse des demandes d'autorisation antérieures fait apparaître une implication insuffisante des radiologues dans le projet médical motivant la demande.

- La motivation du demandeur devra prendre en compte l'impact du nouvel équipement dans l'organisation du plateau technique d'imagerie.
- La motivation de la demande devra préciser quel est l'objectif médical recherché par un nouvel équipement.

III. Recommandations d'organisation

III.A Par rapport aux objectifs généraux du SROS

III.A.1 Accessibilité

Les dossiers de demande d'autorisation ou de renouvellement d'EML d'imagerie devront faire la preuve d'une démarche d'amélioration de l'accessibilité des patients à l'imagerie en coupe.

Cette amélioration peut se traduire par

- un élargissement des plages de rendez-vous
- une participation de l'équipement sollicité à la prise en charge des urgences (en précisant l'organisation du plateau technique permettant l'accessibilité pour des examens non programmés)
- une participation à la permanence des soins en imagerie, soit sur l'équipement faisant l'objet de la demande, soit sur un équipement géographiquement proche.

L'accessibilité à l'imagerie en coupe concerne également l'ensemble des radiologues formés à ces techniques.

C'est d'ailleurs en favorisant les coopérations avec les radiologues libéraux que l'on pourra améliorer l'accessibilité pour les malades.

Les dossiers de demande et de renouvellement, qui proposent les conditions d'utilisation les plus larges à l'ensemble des professionnels de l'imagerie seront à privilégier.

Il serait paradoxal de mettre en péril des structures existantes pour atteindre cet objectif.

La complémentarité et la coopération sont les seules stratégies acceptables dans une situation de pénurie en ressources humaines et de tension budgétaire.

Les groupements de coopération sanitaire devraient être encouragés.

Chaque UNV de niveau 2 devrait avoir accès à une IRM 24 heures sur 24.

L'UNV de niveau 3 devrait pouvoir disposer d'une IRM très performante accessible 24 heures sur 24, ainsi que d'un scanner.

III.A.2 Sécurité /qualité

Le respect des règles de fonctionnement et d'installation des équipements irradiants est inscrit dans la loi sur la radioprotection.

La sécurité et la qualité en imagerie repose aussi sur :

- Le principe de justification des examens irradiants
- Le principe d'optimisation des examens irradiants
Les dossiers de demande et d'évaluation devront préciser l'engagement du promoteur par rapport à ces principes, et en préciser les modalités de mise en œuvre.
- La traçabilité de la dosimétrie
- Le recueil de la dosimétrie par type d'examen
- L'évaluation régulière des procédures et équipements

- Les procédures permettant de justifier les examens (obtention des renseignements cliniques , des antécédents et des examens antérieurs).
- Les pathologies explorées

Dans les structures concernées, la séniorisation des demandes d'examens doit être recherchée. La mise en œuvre concertée de procédures diagnostiques pourra faciliter les rapports entre cliniciens et spécialistes de l'imagerie.

III.A.3 Continuité

L'archivage des données dans le cadre d'un SIR, la mise en réseau des plateaux techniques d'imagerie par l'intermédiaire d'une liaison numérisée contribueront à la continuité des soins.

III.A.4 Globalité

L'imagerie est une étape du diagnostic et de la thérapeutique dans toutes les spécialités médicales. L'amélioration des échanges d'information entre cliniciens et spécialistes de l'imagerie dans le cadre de la justification des actes, ainsi que la mise en place de procédures diagnostiques et la séniorisation des demandes d'examens d'imagerie contribueront à meilleure intégration de l'imagerie dans la prise en charge des patients.

III.B Par rapport aux principes d'organisation

III.B.1 Description des filières

L'imagerie intervient dans toutes les spécialités cliniques.

Elle entre plus particulièrement dans:

- la filière des urgences décrite dans un volet spécifique
- la filière de cancérologie décrite dans un volet spécifique.
- la filière des urgences neuro-vasculaires décrite dans un volet spécifique.

Le volet imagerie contribue à la prise en charge des AVC en recommandant sous l'égide des conférences de Territoire,

l'accessibilité 24 heures/24 à une IRM pour chaque UNV de niveau 2.

- la filière périnatale

III.B.2 Articulation avec les autres volets

L'imagerie s'articule particulièrement avec les volets urgences, cancérologie, prise en charge des AVC, et attend beaucoup des travaux du volet télé médecine.

III.B.3 Adaptation de l'offre /alternatives

L'imagerie médicale lourde dont les indications s'élargissent régulièrement, doit pouvoir augmenter l'offre de soins.

Celle-ci passe par un élargissement des horaires d'ouverture aux examens programmés ,et par l'installation d'équipements supplémentaires.

Le recrutement de manipulateurs en nombre suffisant est une des conditions pour atteindre cet objectif.

La création de nouvelles implantations ne paraît pas prioritaire pour couvrir les besoins de la population en terme d'éloignement d'un plateau technique.

III.B.4 Coopération / réseaux

Tous les plateaux techniques d'imagerie médicale numérisée devront être en mesure de se communiquer les images archivées.

Les plateaux techniques ne disposant pas de l'ensemble des techniques d'imagerie devront établir des conventions avec des plateaux complets ou complémentaires pour permettre la mise en jeu d'une filière diagnostique répondant aux recommandations du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale.

Une meilleure coopération entre les établissements de santé et les spécialistes libéraux formés à l'imagerie en coupe devrait permettre l'élargissement des plages d'ouverture aux examens programmés

- Dans un contexte de pénurie de professionnels de l'imagerie et de contraintes budgétaires de l'Assurance Maladie le développement de coopérations sous la forme de **Groupements de Coopération Sanitaire** entre établissements de tous statuts et professionnels libéraux

permettrait de partager plus équitablement la détention des autorisations et d'optimiser le fonctionnement des équipements.

III.C Par rapport aux exigences d'articulation

III.C.1 Avec les objectifs de santé publique

L'accès à l'imagerie lourde fait partie du plan cancer.

III.C.2 Avec la médecine de ville

L'accès à l'imagerie lourde devrait être possible sans restriction aux radiologues libéraux formés. Leur participation au fonctionnement des EML sous la forme de GCS pourrait favoriser son optimisation.

IV. Aspects transfrontaliers

Les coopérations transfrontalières existent de manière informelles, par la réalisation d'exams en Belgique, au Luxembourg et en Allemagne.

L'installation récente des IRM de Freyming et de Sarreguemines devrait résoudre les problèmes d'accessibilité à l'IRM dans ce secteur géographique.

Par ailleurs, l'examen d'imagerie n'est pas qu'une simple prestation de service. Le choix de l'examen adapté doit se faire en concertation avec les spécialistes de l'imagerie.

Sur le plan réglementaire, les exams ayant recours à des équipements soumis à autorisation, restent soumis pour leur prise en charge par l'assurance maladie à la procédure d'entente préalable, sauf s'ils entrent dans le champ d'une convention conforme à l'accord cadre Franco-allemand.

V. Prévention

La prévention contre les effets des radiations, relève l'application des textes sur la radioprotection. (justification des exams et optimisation de l'irradiation)

VI. Télémedecine et système d'information

Tous les plateaux techniques d'imagerie numérisée, devraient disposer d'un système d'information radiologique (SIR ou RIS) avec archivage des images.

Le stockage des données d'imagerie numérisée, dans le but de comparaisons d'exams successifs, de transmission à fin d'expertise ou de consultations pluridisciplinaires fera partie du projet d'équipement d'imagerie numérisée.

Un stockage en ligne de 3 mois et de 2 ans en différé semble un compromis exigible eu égard au coût d'un tel équipement.

Le SIR facilitera l'évaluation des équipements, en permettant le recueil informatique des données d'activité, des indications des exams, des critères de justification et d'optimisation.

Le volet chirurgie souhaite la mise en place d'une acquisition numérisée d'images de radio conventionnelle (ortho) et d'échographie (mou) dans les service d'accueil des urgences, pouvant être transmise au chirurgien infantile en astreinte régionale via le réseau.

Cette possibilité devrait exister dans l'idéal pour l'ensemble des établissements autorisés pour une activité d'urgence (existence d'au moins une machine de ce type fonctionnelle), ce qui correspond aux établissements dotés d'un service de pédiatrie.

Il faut également un réseau informatique interne aux établissements qui soit en capacité d'acheminer les données numériques précitées (ainsi que toutes les images numérisées) du lieu d'acquisition vers l'accès au réseau régional

VII. Formation

L'engagement sur un programme de formation initial et continu concernant les radiologues, les spécialistes de médecine nucléaire et les MER, doit faire partie du dossier de demande et de renouvellement.

La pénurie de spécialistes et de MER est à l'origine de l'étroitesse des plages d'ouverture des scanners, IRM et caméras à scintillation.

Il est primordial d'évaluer les besoins en MER et d'augmenter les capacités de formation pour répondre à l'augmentation du temps de MER nécessaire pour faire fonctionner les machines les plus récentes et remplacer les départs en retraite.

VIII. Évaluation

Caractéristiques administratives et techniques de l'équipement

Activité de l'équipement par an et évolution depuis la mise en service (pour un équipement mobile : à préciser pour chacun des sites utilisateurs)

- nombre de territoires anatomiques explorés (*référentiel CCAM clinique*) ;
- nombre de territoires anatomiques explorés par patient ;
- nombre d'examens programmés ;
- nombre d'examens non programmés pendant les heures ouvrables ;
- nombre d'examens en dehors des heures ouvrables ;
- nombre d'examens pratiqués sous anesthésie et par type d'anesthésie (locale, loco régionale, analgésie, générale) ;
- nombre d'examens avec injection d'un produit de contraste ;
- nombre d'examens pratiqués sur des enfants jusqu'à 5 ans ;
- nombre de patients en ambulatoire : pour les hospitalisés d'autres établissements, préciser les 3 principaux prescripteurs ;
- nombre de patients hospitalisés sur le site d'implantation de l'équipement ;
- temps de l'équipement consacré à la recherche dans le cadre de programme de recherche clinique, et à l'enseignement ;

(En complément, possibilité de rédaction par le promoteur d'une à deux pages libres sur l'activité).

- évolution des examens radiographiques par projection, par type d'examen ;

Organisation du plateau technique

- composition du plateau technique et répartition des activités d'imagerie et de médecine nucléaire par organe et/ou activité d'imagerie globale (radiologie conventionnelle, échographie, mammographie, scanner, IRM, , caméras à scintillation et TEP) ;
- personnel médical : noms, qualifications et compétences, statut(s), ETP
- personnel paramédical (ETP, horaires de travail) : manipulateurs d'électroradiologie, infirmiers ;
- personnel administratif (ETP, horaires de travail) : cadres de gestion, secrétaires médicales ;
- personnel technique (ETP, horaires de travail) : radiophysicien, dosimétriste, biophysicien, informaticien, ingénieur biomédical, ...
- règlement intérieur ;
- coordination des soins : protocoles et procédures formalisées de prise en charge des patients avec les services d'urgences, d'anesthésie réanimation et autres services cliniques du site d'implantation ;
- réseau d'images et système d'information de la structure ;
- dossier patient commun informatisé et partagé, connexion avec le SIH ;

modalités d'archivage

Pratiques professionnelles

- protocole de prescription et validation des demandes d'examen (*respect du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale et du principe de justification*) ;
- Nombre de prescriptions modifiées par le spécialiste de l'imagerie quant à la nature de l'examen pratiqué ;
- protocoles de réalisation des examens ;
- traçabilité de la dosimétrie délivrée au patient ;
- prise en compte des examens d'imagerie antérieurs ;
- compte rendu des examens et dossiers image : vérification, validation, modalités d'envoi (film, CD), destinataires ;
- délai de transmission du compte-rendu ;
- formation médicale continue des médecins et des manipulateurs, notamment formation par territoire anatomique ;
- formation au dispositif d'annonce du diagnostic ;
- procédure d'auto-évaluation « contrôles internes qualité » (respect du principe d'optimisation) ;

Partenariat et coopération

- coopération public- privé : co-utilisation formalisée (fournir les contrats), répartition de l'activité entre les deux secteurs y compris le secteur privé des PH ;
- participation à des réseaux de santé ;
- participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire ;

- participation à un réseau d'imagerie;
- nombre de dossiers télé transmis pour interprétation;
- nombre de dossiers étudiés après télétransmission;

Accessibilité

permanence des soins :

- astreintes radiologues et manipulateurs d'électroradiologie ;
- gardes radiologues et manipulateurs d'électroradiologie ;
- participation des co-utilisateurs libéraux à la permanence des soins;
- en l'absence de permanence organisée sur le site: partenariat formalisé avec des structures relais, conventions inter établissements ;
- nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire programmée et total annuel d'heures (sauf astreintes ou gardes) et plages d'ouverture réservées le cas échéant aux examens non programmés ;
- procédure de prise des rendez vous : accueil et information des patients, programmation des examens ;
- délais de rendez-vous pour les hospitalisés et les externes (*enquête ponctuelle*).

Les résultats obtenus au cours des évaluations ou contrôles suivants :

- certification de l'établissement ou démarche de labellisation de la structure;
- accréditation de l'équipe médicale (à préciser);
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité;
- résultats d'évaluation des autres équipements du plateau technique concerné.

VIII.A d'effectivité de mise en œuvre du SROS

VIII.B de mesure d'impact de satisfaction des besoins, d'évolution de l'offre de soins, de recours aux soins, d'évolution des pratiques ...

VOLET PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

I Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

En Lorraine le volet thématique relatif à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique a été récemment révisé suite aux décrets de 2002. Le volet rénové dont l'arrêté est paru le 22 avril 2005 comportait suite aux travaux du Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique un état des lieux réalisé à partir d'une enquête nationale réalisée en 2003 et des données du registre REIN ainsi que des objectifs et recommandations qui sont repris dans le nouveau schéma. L'état des lieux est actualisé en fonction des données issues de REIN pour l'année 2004.

I.A Définition

L'insuffisance rénale chronique est une altération de la fonction des reins définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire, elle est secondaire à une maladie rénale. C'est une maladie évolutive qui s'aggrave progressivement.

L'insuffisance rénale chronique terminale constitue le stade ultime nécessitant, pour assurer la survie du patient, la mise en œuvre de techniques de suppléance de la fonction d'épuration afin de pallier la défaillance de l'organe malade.

La suppléance peut se faire :

- soit par le remplacement par un organe sain, c'est la transplantation ou greffe rénale,
- soit en assurant artificiellement ses fonctions excrétrices, c'est l'épuration extra rénale dont les principales techniques sont l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Hormis quelques cas où le premier traitement de suppléance est la greffe, on parle alors de greffe préemptive, le traitement de première intention est la dialyse.

Le traitement par dialyse doit être débuté lorsque apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale soit, habituellement lorsque la clairance à la créatinine devient inférieure à 10 ml/mn.

I.B Le cadre juridique

L'objectif des décrets n°2002-1197 et 2002-1198 relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale est de garantir le libre choix des patients, d'offrir une prise en charge adaptée et de qualité, de préserver une offre de soins de proximité, de favoriser une offre de soins diversifiée en permettant notamment le développement de la dialyse péritonéale et d'assurer la continuité de la prise en charge et l'orientation des patients entre les diverses modalités de traitement, en favorisant leur autonomie.

Quatre modalités de traitement sont définies par les décrets :

- hémodialyse en centre
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée
- dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Afin de garantir au patient l'accès à toutes les modalités de traitement, pour être autorisés les établissements doivent pratiquer au moins les trois modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile. Cependant à titre dérogatoire les établissements peuvent proposer les trois modalités par conventions de coopération. Un arrêté du 25 septembre 2003 modifié par l'arrêté du 17 décembre 2003 précise la nature et les modalités de ces conventions ainsi que leurs modalités d'évaluation.

Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients dont l'état de santé nécessite, au cours de la séance, la présence permanente d'un médecin.

L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.

L'unité d'autodialyse correspond à deux alternatives :

- l'autodialyse simple pour les patients formés à l'autodialyse et en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement,
- l'autodialyse assistée pour ceux qui, également formés à l'autodialyse, requièrent l'assistance d'un infirmier pour certains gestes.

Il est précisé l'environnement des centres d'hémodialyse lesquels doivent :

- être installés dans un établissement de santé permettant l'hospitalisation à temps complet dans des lits de médecine ou de chirurgie,
- disposer en propre ou par voie de convention d'un service de réanimation, d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et d'un équipement d'imagerie (au minimum, radiologie conventionnelle et échographie).

Le décret définit également le centre d'hémodialyse pour enfants et les unités saisonnières d'hémodialyse pour les patients de plus de 8 ans lors de leurs déplacements et séjours de vacances.

Le décret est complété par le décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 qui définit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale et la circulaire DHOS/SDO n°228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets.

I.C Épidémiologie

En France comme dans les pays développés, la population des patients insuffisants rénaux chroniques terminaux vieillit. Le vieillissement des patients est associé à une plus grande fréquence de pathologies associées, notamment diabète et pathologies cardio-vasculaires, pouvant justifier une prise en charge plus médicalisée. Le vieillissement est aussi associé à une moindre autonomie qui nécessite une aide paramédicale plus importante.

Les études françaises disponibles rapportent une augmentation de l'incidence et de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale ainsi que de l'âge moyen des cas incidents en conséquence du vieillissement de la population.

Incidence

En région Lorraine, l'incidence qui a augmenté régulièrement jusqu'en 2001 paraît se stabiliser à 150 pmh⁸. Le taux d'incidence est maximal dans la tranche d'âge 75-85 ans (803 pmh en 2004). En 2004, 344 patients résidant en Lorraine ont débuté un traitement de suppléance rénale. 15 d'entre eux ont débuté leur traitement hors région alors que les établissements lorrains ont pris en charge 8 patients résidant hors Lorraine.

Origine des patients

	Traités en Lorraine	Traités hors Lorraine	Total
Résidant en Lorraine	329	15	344
Résidant hors Lorraine	8	0	8
Total	337	15	352

Parmi les patients ayant débuté un traitement de suppléance en Lorraine au cours de l'année 2004, il est relevé une prédominance masculine (sex ratio H/F = 1,35), une majorité de personnes 65 ans et plus (65%). Les néphropathies principales sont les maladies vasculaires (41%) et le diabète (25%). La proportion des patients débutant un premier traitement en urgence reste élevée (43,5%).

⁸ Pmh : par million d'habitants

La greffe préemptive concerne 2% des personnes (8 patients en 2004), la principale modalité de traitement de suppléance restant la dialyse.

Méthode de dialyse en début de suppléance

Hémodialyse	Hémofiltration	Hémodiafiltration	Dialyse péritonéale
81,8%	1,2%	1,5%	15,5%

Prévalence

Alors que dans l'enquête 2003, il était relevé 1100 lorrains dialysés dont 1020 dans la région (92,7%), au 31 décembre 2004 ce sont 1109 lorrains qui étaient dialysés dont 1010 dans la région (91,1%). Les lorrains dialysés hors région le sont en Alsace, en Allemagne et au Luxembourg. En 2004, 55 patients non lorrains résidant principalement en région Champagne-Ardenne (24 en 2003) étaient pris en charge dans la région. Par ailleurs 962 lorrains étant porteur d'un greffon rénal fonctionnel, ce sont au total 2071 lorrains insuffisants rénaux chroniques terminaux qui bénéficiaient d'un traitement de suppléance soit une prévalence de 903 pmh.

La prévalence de l'IRCT traitée par dialyse en Lorraine est passée de 451 pmh en 2001 à 484 en 2004. L'augmentation s'observe essentiellement parmi les tranches d'âge entre 45 et 75 ans.

Parmi les 2031 patients traités en Lorraine au 31 décembre 2004, 1065 étaient en dialyse et 966 étaient porteur d'un greffon fonctionnel.

Chez les patients en dialyse il est relevé une prédominance masculine (sex ratio H/F = 1,3), un âge moyen de 66 ans avec 63% de personnes de 65 ans et plus. Un patient sur deux est atteint d'une maladie cardiovasculaire et un sur trois d'un diabète.

En 2004 moins de 40% des patients étaient traités dans une modalité alternative à l'hémodialyse en centre. 89% des patients sont traités par hémodialyse et 11% par dialyse péritonéale.

Répartition selon la modalité de traitement

	Centre d'hémodialyse	Dialyse médicalisée	Entraînement	Autodialyse	Hémodialyse à domicile	Dialyse péritonéale
Juin 2003	58,3%	10,9%	2,7%	10,5%	2,6%	14,9%
31/12/2004	62,3%	14,0%	2,8%	8,1%	1,8%	11,0%

I.D Démographie des néphrologues

La Lorraine comptait début janvier 2004, 42 médecins compétents ou qualifiés en néphrologie 4 avaient déjà atteint ou atteindront l'âge de 65 ans d'ici la fin de l'année 2009 et 6 auront atteint l'âge de 60 ans. La densité des néphrologues en région Lorraine est de 18,2 par million d'habitants alors qu'elle est de 22 par million d'habitants France entière.

Les disparités de densité en néphrologues se retrouvent également au niveau infra régional (15,6 néphrologue pmh dans le territoire nord et 21,5 pmh dans le territoire sud).

I.E Offre de soins

L'offre de soins est assurée par 11 entités juridiques qui participent à l'activité de soins de dialyse. Aucune n'assure les trois modalités fixées par les décrets. Ainsi 9 entités n'assurent que l'activité de centre d'hémodialyse et les 2 autres, de statut associatif, proposent les modalités hors centre.

10 centres d'hémodialyse dont un centre d'hémodialyse pédiatrique sont autorisés et installés sur 5 sites géographiques dans le territoire nord et 2 sites dans le territoire sud

Les deux associations de statut privé à but non lucratif non PSPH :

- L'Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ALTIR) dont le siège est à Vandœuvre les Nancy
- L'Association Saint-André (ASA) dont le siège est à Metz

disposent d'unités de dialyse médicalisée, d'unités d'autodialyse et permettent la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

Le centre hospitalier et universitaire de Nancy est le seul établissement régional autorisé à effectuer des greffes d'organes.

I.F Forces et points à améliorer

Points à améliorer

- La démographie des néphrologues
- Une répartition inégale des installations avec en particulier un taux d'équipement moindre en Moselle Est
- Une inégalité d'accès aux différentes modalités de suppléance marquée par
 - des temps de déplacements importants pour réaliser les traitements en centre et en dialyse médicalisée par les patients résidant dans l'est et le sud de la région
 - des implantations de dialyse médicalisée seulement à Metz, Nancy et Verdun
 - un accès inégal à la dialyse péritonéale (en 2003, moins de 10% des patients en dialyse péritonéale dans les bassins de Longwy, Sarrebourg et Saint-Dié et plus de 20% dans les bassins de Verdun et d'Epinal)
- Des autorisations non mises en œuvre et une saturation des moyens de prise en charge en hémodialyse en particulier dans le nord et l'est de la Moselle
- Une prévention insuffisante de l'IRC et un recours encore trop souvent tardif au médecin néphrologue
- Une insuffisance de recensement des donneurs potentiels d'organes
- Une limitation de l'accès à la transplantation en raison du manque de greffons disponibles.

Forces

- Un effort mené dans la région pour le développement des alternatives à l'hémodialyse en centre
- Une activité de transplantation rénale soutenue
- Un réseau structuré

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.A Objectif général

L'objectif principal du volet insuffisance rénale chronique du SROS est de permettre la meilleure adéquation possible entre la prise en charge du patient insuffisant rénal chronique terminal et son état de santé, de la façon la plus efficiente.

II.B Objectifs opérationnels

- renforcer la prévention de l'IRC,
- adapter l'offre de soins dans le cadre d'une organisation graduée et d'un travail en réseau tant pour l'activité de dialyse que pour l'activité de prélèvement et de greffe,
- assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge en veillant à garantir la meilleure qualité de vie possible aux patients dialysés.

Prévention

Certaines insuffisances rénales chroniques sont évitables, pour d'autres il est possible de retarder leur évolution, aussi il est nécessaire de renforcer les actions de prévention .

Au stade de la prévention primaire, il est en particulier nécessaire de prévenir le diabète de type 2 et les maladies vasculaires et de limiter les évolutions de ces maladies qui sont à l'origine d'une majorité des insuffisances rénales.

Au stade de la prévention secondaire, il faut organiser le dépistage de l'insuffisance rénale chronique afin de permettre sa prise en charge précoce et coordonnée afin d'en ralentir sa progression, prévenir ses complications et préparer si besoin le traitement de suppléance.

Adaptation de l'offre de soins de dialyse

L'objectif est le renforcement de l'adéquation de la prise en charge en dialyse en garantissant l'accessibilité à toutes les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale dans chaque territoire.

Chaque établissement proposant les modalités de dialyse médicalisée, autodialyse ou dialyse à domicile doit pouvoir assurer le repli des patients éventuellement par voie de coopération avec un établissement implanté dans la même agglomération ou dans le territoire.

Les structures existantes et à créer développent les coopérations médicales de façon à garantir les capacités de traitement au niveau du territoire en collaborant selon le besoin pour les activités de dialyse, de consultations, d'astreintes.

A proximité de chaque centre d'hémodialyse doit être localisée une unité de dialyse médicalisée.

Le choix de la technique doit être guidé par les caractéristiques médicales et sociales du patient, par le souci de préserver l'autonomie et de garantir la meilleure qualité de vie possible et non par l'offre existante ou la pratique habituelle de l'équipe néphrologique. Le néphrologue a le devoir de proposer toutes les options thérapeutiques possibles.

L'accès à la dialyse péritonéale en particulier en premier traitement de suppléance doit être renforcé. Il sera évalué dans le contrat d'objectif et de moyens.

Les coopérations tant avec des structures implantées dans une autre région qu'avec des structures implantées dans un pays frontalier peuvent être exceptionnellement mises en place en cas d'éloignement géographique ou d'insuffisance prolongée à développer l'offre de soins dans le territoire. Ces coopérations devront faire l'objet de conventions interrégionales ou transfrontalières selon le cas. Elles devront assurer aux patients la garantie de la continuité des soins en particulier lors des hospitalisations intercurrentes ou pour les patients âgés et la garantie d'un accès à toutes les modalités de traitement y compris la greffe.

La possibilité d'initiation à la dialyse péritonéale par chaque centre, l'installation d'unités de dialyse médicalisée à proximité des centres d'hémodialyse, l'amélioration de l'adéquation des prises en charge, les collaborations médicales contribuent à la réalisation de cet objectif d'adaptation de l'offre de soins.

Prélèvement et greffe

La greffe rénale est reconnue comme la meilleure technique de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale tant du point de vue de la qualité de vie que du coût. Elle doit être proposée à tout patient ne présentant pas de contre indication à ce type de traitement.

Cependant la greffe rénale est limitée par le nombre de greffons disponibles.

Même si la région se distingue par le niveau de son activité de prélèvement et de greffe, il est nécessaire de poursuivre les actions pour améliorer le prélèvement d'organes et maintenir un taux de prélèvement supérieur à 20 par million d'habitants.

Cette amélioration passe par la mobilisation des établissements et des équipes pour les signalements des donneurs potentiels et ainsi que des soignants intervenant auprès des familles en vue de réduire le taux d'opposition au prélèvement.

Il est également nécessaire de promouvoir et de développer les prélèvements d'organe à partir de donneurs vivants et de donneurs à cœur arrêté.

L'amélioration passe également par la reconnaissance de l'activité de prélèvement comme une activité médicale à part entière.

L'activité de recensement et de prélèvement doit être inscrite aux projets d'établissements et les actions de formation des établissements de santé doivent intégrer le thème "Prélèvement et Greffe" afin de faire évoluer les comportements de tous envers le prélèvement.

Il faut augmenter le nombre d'établissements participant, en particulier en impliquant les établissements détenteurs d'autorisation dans les cadres des activités de "Traitement des Urgences" et "Réanimation" ou étant reconnus comme site porteur d'une unité neuro-vasculaire.

Il serait souhaitable de créer un réseau régional des établissements participant au prélèvement d'organes et de tissu afin de favoriser les coopérations y compris avec les établissements non autorisés à prélever et ne disposant pas d'équipe de coordination.

Dans les établissements autorisés à prélever, dont l'activité se limite le plus souvent au prélèvement de tissus, il est nécessaire de favoriser la réalisation sur site de l'activité de prélèvement d'organes en particulier pour les donneurs ne pouvant pas être transférés du fait d'un refus de la famille ou pour motif médical comme une grande instabilité hémodynamique.

Prises en charge particulières

Néphrologie pédiatrique :

La région dispose d'un pôle de néphrologie pédiatrique, qui assure le suivi des enfants en insuffisance rénale chronique non terminale et ceux qui bénéficient d'un traitement de suppléance par dialyse ou greffe. Ce pôle est en lien avec les équipes de la maternité régionale dans le cadre du dépistage néonatal des uronéphropathies, il participe à l'information des familles et peut assurer la suppléance précoce par dialyse.

Les compétences en néphrologie pédiatrique et l'activité de dialyse pédiatrique doivent être maintenues sur la région Lorraine.

Patients saisonniers :

Si le niveau d'activité de dialyse pour les patients en déplacement dans la région ne paraît pas justifier l'individualisation d'unités de dialyse saisonnière spécifiques, les patients doivent pouvoir, comme le prévoit la réglementation, être pris en charge dans la région au sein d'une structure adaptée à leur état de santé.

III. Recommandations d'organisation

III.A. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

Accessibilité

Elle nécessite que les patients bénéficient d'une information sur leur maladie et l'ensemble des modalités de traitement y compris la transplantation rénale. Cette information doit être pluridisciplinaire.

L'accès à toutes les modalités de traitement en dialyse doit être possible sur chaque territoire. Compte tenu de la croissance et de l'évolution des besoins de dialyse marquée par un vieillissement de la population et une augmentation du besoin de médicalisation, les priorités sont données au développement de la dialyse péritonéale et d'unités de dialyse médicalisée.

L'accessibilité concerne aussi la possibilité pour les patients qui le souhaitent (en particulier ceux ayant une activité professionnelle) de disposer de plages horaires adaptées.

Sécurité /qualité

En ce qui concerne les modalités de prise en charge ou en unité de dialyse médicalisée, la sécurité de soins justifie la présence constante de néphrologues pendant les séances en centre d'hémodialyse et une possibilité d'intervention dans un délai bref en unité de dialyse médicalisée. C'est pourquoi compte tenu des contraintes liées à la démographie des médecins néphrologues il n'est pas envisagé de créer de nouveau centre et qu'il n'est proposé de n'envisager l'installation de nouvelles unités de dialyse médicalisée qu'à proximité des centres.

Au niveau régional, il est nécessaire d'organiser la mise en place et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques ainsi qu'une politique régionale d'évaluation de la qualité des prises en charge portant entre autres sur les modalités d'information, sur la qualité de la dialyse tant sur le plan des indications que de la technique (qualité de l'eau, désinfection...)

Continuité

La continuité de la prise en charge doit être assurée par chaque structure éventuellement dans le cadre de conventions de coopération entre établissements. Elle concerne à la fois la continuité médicale et soignante, mais aussi l'organisation des replis en centre ou en unité de dialyse médicalisée.

Une continuité entre les équipes doit être également organisée lors de changement de modalité de traitement de suppléance.

La mise en place d'un dossier médical partagé contribue à cette continuité.

Pour la prise en charge en fin de vie, en particulier quand une décision concertée d'arrêt de traitement est portée, il est nécessaire d'organiser la prise en charge en lien avec le médecin traitant avec possibilité de recours à une EMSP

Globalité

L'insuffisance rénale chronique nécessite une prise en charge globale dans laquelle la dialyse représente un des éléments des soins.

Le patient en insuffisance rénale chronique est souvent porteur de pathologies multiples voire d'une réduction d'autonomie. Il est ainsi nécessaire de coordonner la prise en charge avec les autres professionnels.

III.B. Par rapport aux principes d'organisation

III.B.1. Description des filières

La prise en charge graduée des patients en insuffisance rénale chronique repose sur les néphrologues qui assurent l'orientation et le suivi des patients dans les différentes modalités de dialyse ou la greffe rénale. L'offre de soins peut être déclinée en trois niveaux au sein des territoires de santé.

Niveau des soins de proximité

Il correspond aux modalités de traitement "autodialyse" et "dialyse à domicile".

C'est le lieu de la coordination avec la médecine générale, la médecine de spécialité (cardiologie, gériatrie...) pour la prise en charge des patients à domicile ou en substitut de domicile (établissement pour personnes âgées). C'est le premier niveau de recours qui implique également les infirmiers libéraux qui assurent les soins des patients non autonomes.

C'est aussi le niveau des actions de prévention et des consultations avancées de néphrologie dans les établissements de santé ne disposant pas de la spécialité.

Les établissements de santé présents à ce niveau, qui correspondent aux actuels bassins de santé, participent au réseau de prélèvement d'organes et de tissus par le signalement des donneurs potentiels.

Niveau des soins spécialisés

C'est le niveau des centres d'hémodialyse. Ces centres sont les pivots de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques terminaux. Situés dans un établissement de santé qui dispose de l'environnement imposé par la réglementation, ils font partie d'un pôle intégré de néphrologie organisé autour d'un service ou d'une unité de néphrologie qui assure l'intégralité de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie rénale : consultations, hospitalisations à temps complet et à temps partiel.

Outre l'hémodialyse en centre, ces pôles participent à l'éducation, au suivi et au repli des patients traités par hémodialyse hors centre ou par dialyse péritonéale. Dans le cas où sur une agglomération coexistent plusieurs centres, l'éducation et le suivi de l'hémodialyse hors centre ou de la dialyse péritonéale peuvent n'être assurés que par une partie d'entre eux dans le cadre d'une coopération formalisée par une convention.

Dans tous les cas, les pôles proposent aux patients les différentes options thérapeutiques possibles et mettent en place une information pré-dialyse structurée au cours de consultations médicales et infirmières. En coopération avec le centre régional de transplantation, ils participent aux bilans en vue de l'inscription sur la liste d'attente de greffe et au suivi des patients porteurs d'un greffon fonctionnel.

Chaque établissement ayant un centre de dialyse dispose en propre ou par voie de convention des possibilités de prise en charge en service de soins de suite et en unité de soins de longue durée.

C'est également le niveau des unités de dialyse médicalisée qui doivent être installées à proximité des centres, sur le même site ou dans la même agglomération afin de permettre l'intervention rapide d'un néphrologue.

Les établissements autorisés à l'activité de dialyse en centre participent au réseau de prélèvement d'organes.

Niveau des soins hyper spécialisés

Ce niveau, à vocation régionale, correspond à la dialyse pédiatrique organisée autour du pôle de néphrologie pédiatrique de l'hôpital d'enfant du CHU et à l'activité de transplantation rénale adulte et infantile du CHU de Nancy.

III.B.2. Articulation avec les autres volets

- Volet médecine

Les besoins en lits pour l'activité de néphrologie et les replis en hospitalisation sont pris en compte dans le volet médecine. Au niveau de la prévention, des actions sont à mener vis à vis du diabète et des maladies cardio-vasculaires qui concernent une part importante des patients insuffisants rénaux.

- Volet Réanimation

Il doit exister une étroite coopération entre les médecins néphrologues et les réanimateurs amenés à prendre en charge des patients en insuffisance rénale aiguë et des patients bénéficiant d'une dialyse au long cours présentant plusieurs défaillances viscérales.

- Volet Chirurgie

Il est nécessaire pour chaque établissement assurant la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques de disposer de compétence chirurgicale pour la mise en place des accès vasculaires pour l'hémodialyse ou des cathéters péritonéaux de même que pour les interventions en cas de complications.

- **Volet Soins de Suite**

Il existe pour toutes les structures des difficultés à faire admettre leurs patients en dialyse en soins de suite quand le retour à domicile ou en établissement d'hébergement n'est pas possible.

L'objectif est d'organiser et de faciliter les admissions en soins de suite.

Il est recommandé que chaque établissement participant à l'activité de dialyse identifie dans la filière de prise en charge un service de soins de suite pouvant accueillir des patients dialysés et formalise une convention régissant les relations avec l'établissement gestionnaire de ce service.

- **Volet Personnes Agées**

Des mesures doivent être prises pour assurer une distribution des soins mieux adaptée aux problématiques y compris psycho-sociales, propres à cette tranche d'âge. La prise en charge doit se faire avec la participation des gériatres avec pour objectif de maintenir une qualité de vie acceptable.

Dans la mesure du possible, il faut privilégier la dialyse péritonéale à domicile. Cette technique est mieux supportée et évite la fatigue imposée par les déplacements des traitements d'hémodialyse.

Les établissements pour personnes âgées, maisons de retraite ou unités de soins de longue durée, doivent être en mesure d'accueillir les personnes âgées en dialyse. Pour la dialyse péritonéale, il faut envisager la possibilité de privilégier la DPA qui mobilise moins de ressources soignantes que la DPCA et il doit être possible de faire intervenir des infirmières libérales pour assurer la dialyse. Il faut veiller à coordonner les horaires de séances de dialyse avec les organisations de l'établissement d'hébergement.

III.B.3. Coopération / réseaux

La coopération entre les établissements autorisés doit être organisée et formalisée afin de garantir la continuité des soins, l'organisation de l'information des patients, l'organisation des replis, les conditions de changement de modalités de traitement, le transfert des informations médicales.

Pour répondre à la nécessité d'organiser la continuité des soins et d'en assurer la qualité, compte tenu des contraintes liées à la démographie médicale, des mutualisations de moyens doivent être envisagées.

En région Lorraine, le réseau NEPHROLOR, réseau interhospitalier, a été mis en place. Il vise à développer les connaissances, la prévention, la formation dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de vie des patients insuffisants rénaux chroniques. Le réseau doit renforcer sa collaboration avec les médecins libéraux et s'ouvrir aux professionnels non médicaux tels que les infirmiers libéraux dans le cadre d'un réseau coordonné ville-hôpital chargé de garantir la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Il doit poursuivre les actions engagées tant dans le domaine de la formation des professionnels par un programme régional que de l'élaboration de support pour l'information du patient.

Le réseau a déjà engagé l'évaluation de la satisfaction et de la qualité de vie des patients. Il a également à diffuser des recommandations de bonne pratique et à s'assurer de l'utilisation de ces recommandations au cours de démarche d'évaluation de la pratique professionnelle.

Un réseau régional impliquant tous les établissements sanitaires doit être mis en place pour organiser et favoriser les actions de repérage précoce des donneurs potentiels d'organe et l'intervention des équipes de coordination.

III.C. Par rapport aux exigences d'articulation

III.C.1. Avec les objectifs de santé publique

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a inscrit deux objectifs relatifs à l'IRC :

Stabiliser l'incidence de l'IRC terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million d'habitant)

Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse. Les objectifs préalables sont de mesurer la qualité de vie des personnes malades et d'identifier les problèmes sociaux associés

III.C.2. Avec le médico-social

Le maintien de patient dialysé dans les structures pour personnes âgées doit être une priorité. Les conditions de cette prise en charge doivent faire l'objet d'une concertation entre l'établissement qui assure les soins de dialyse et l'établissement d'hébergement afin de faciliter la prise en charge et tenant compte des contraintes de fonctionnement des 2 structures. L'intervention d'infirmiers libéraux formés à la dialyse péritonéale doit être possible dans les EHPAD si le personnel soignant de la structure est insuffisant pour assurer la charge en soins liée à cette technique.

III.C.3. Avec la médecine de ville

Il doit exister un lien étroit avec la médecine de ville qui a un rôle prépondérant en matière de prévention et de dépistage de l'insuffisance rénale chronique.

La prise en charge des patients ayant un traitement de suppléance doit se faire de manière conjointe entre les médecins néphrologues et les médecins généralistes.

Le réseau NEPHROLOR doit concourir aux actions de sensibilisation et de formation et devrait proposer un système de communication permettant à chaque praticien de disposer d'un accès optimal à l'information.

IV. Prévention

Le dépistage des maladies rénales et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale relèvent d'une organisation coordonnée des soins entre les médecins généralistes, les néphrologues et les autres médecins spécialistes, en particulier cardiologues, diabétologues et gériatres.

L'objectif de cette organisation coordonnée est la détection et la prise en charge précoce des patients atteints de maladie rénale chronique avec recours au néphrologue au plutôt, dans le but de rechercher et de corriger les facteurs éventuellement réversibles, d'optimiser la stratégie d'intervention et pour organiser le suivi des patients. Cette prise en charge précoce permet de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique vers le stade terminal et de proposer un éventail thérapeutique plus large quand la suppléance devient nécessaire. La détection et la prise en charge précoce pourraient éviter, selon certaines études, 10% des insuffisances rénales chroniques. Par ailleurs elles augmentent les chances de greffe et elles permettent une meilleure qualité et une meilleure espérance de vie pour les patients mis en dialyse, lorsque celle-ci est programmée.

Un autre objectif est de structurer l'information des malades sur leur maladie et les modalités thérapeutiques. Cette information doit intervenir précocement et pouvoir être relayée par le médecin généraliste. L'acceptation de la maladie et le choix du traitement dépendent de cette précocité et de la qualité de l'information médicale. L'information doit exister tout au long de la prise en charge du patient en traitement de suppléance.

Les recommandations pour atteindre les objectifs sont :

- Valider et exploiter les données épidémiologiques régionales afin d'identifier les causes des maladies rénales pour lesquelles des actions de prévention peuvent être menées,
- Etablir un programme de sensibilisation aux risques extrinsèques tels que les produits de contraste iodés et les médicaments néphro-toxiques,
- Définir un programme de formation pour le dépistage et le suivi des populations à risque (patients atteints de diabète, de maladies cardio-vasculaires ou aux antécédents familiaux, personnes âgées, personnes à risque d'exposition professionnelle), en collaboration avec les spécialistes concernés,
- Compléter les actions de dépistage déjà organisées, tel le calcul de la clairance par les laboratoires d'analyse médicale, par un accès facilité au néphrologue avec en particulier le développement de consultations avancées de néphrologie, l'utilisation de la télémédecine
- Mettre en place une information précoce, structurée et multidisciplinaire avec les associations de malades, sur les différentes modalités de traitement de suppléance y compris la greffe et mettre en place un programme d'éducation pré-dialyse associant médecin, infirmière, diététicienne et assistante sociale. Le recours à un psychologue doit pouvoir être possible,
- Disposer d'infirmières formées à la prévention.

V. Télémédecine et système d'information

En région Lorraine plusieurs systèmes d'information à visée épidémiologie ont été mis en place :

- ◆ Le Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) auquel adhèrent tous les établissements permet d'améliorer la connaissance épidémiologique et la production d'indicateurs
- ◆ Le système d'information "IRCELOR" qui permet l'enregistrement et le suivi de tous les enfants adressés au pôle de néphrologie pédiatrique de la région Lorraine

Il faut envisager la mise en place d'un dossier médical partagé favorisant la coordination entre les équipes et permettant d'alimenter le "REIN". La mesure de l'autonomie des patients devrait faire partie de l'information recueillie.

Une expérimentation de télémédecine en néphrologie est en cours en région Lorraine avec le système DIATELIC qui permet le suivi des patients en dialyse péritonéale à domicile. Cette expérimentation qui associe les médecins généralistes a pour but de prévenir les aggravations de l'état de santé de ces patients. Ce système ne concerne que les patients pris en charge par l'ALTIR. Cet outil de télémédecine peut aussi être utilisé comme outil de téléconsultation entre les médecins généralistes et les médecins néphrologues.

Le système DIATELIC a été étendu au suivi des patients de certaines unités d'autodialyse pour le suivi à distance par les néphrologues.

En 2005 a également été financé le projet TRANSPLANTELIC destiné au suivi conjoint des patients porteurs d'un greffon rénal par le centre de transplantation et les néphrologues traitants.

Les différents projets devront aboutir à la constitution d'un système de télémédecine pérenne, commun à tous les acteurs de la prise en charge des patients en insuffisance chronique terminale.

VI. Formation

Un accent doit être porté sur la formation initiale et continue des médecins de ville en ce qui concerne la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Un objectif étant de promouvoir la dialyse péritonéale, il est également nécessaire de disposer des compétences pour assurer la prise en charge. Il y a lieu de prévoir un plan de formation qui intéressera les médecins, les infirmiers y compris libéraux tout en mettant en place une information auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées afin d'y favoriser la prise en charge.

VII. Évaluation

Une des missions du Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique est d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique régionale de l'insuffisance rénale chronique. Le dispositif de suivi, qui s'appuiera sur le réseau NEPHROLOR et les systèmes d'information existant, devra comporter des indicateurs fiables et facilement mesurables permettant d'évaluer différentes dimensions dont :

- évolution des besoins
- offre de soins et coopérations
- activité
- qualité des soins
- qualité de vie, d'insertion
- satisfaction

Dans l'attente de la publication de critères et d'indicateurs par le ministère, le Comité Régional aura vocation à proposer des critères et indicateurs pour la région Lorraine.

VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Partie I. Organisation de la prise en charge

I . Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

Particularisme de la thématique

La santé mentale comporte trois dimensions :

- la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Plus que tout autre domaine de la santé, le champ de la santé mentale est donc particulièrement étendu : il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeures.

La maladie mentale a ceci de particulier qu'une **réponse uniquement sanitaire ne suffit pas**. La maladie mentale, parce qu'elle altère immédiatement le rapport à l'autre peut être **source d'exclusion sociale**, par l'incapacité de l'individu malade à s'intégrer dans le groupe et par les tabous que la maladie mentale véhicule encore.

L'accroissement de la demande faite aux acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, qui s'observe depuis plusieurs années, s'explique à la fois par une prévalence élevée des troubles, par l'impact des conditions socioéconomiques et par « un changement global de la représentation du psychiatre et de la psychiatrie dans et par l'ensemble du corps social, qui amplifie la reconnaissance du fait mental ».

Dans une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes, on trouve **cinq pathologies psychiatriques dont les troubles bipolaires et la dépression**.

La plupart des études épidémiologiques évaluent la prévalence sur un an des troubles mentaux entre 15% et 20%, qu'il s'agisse des enfants, des adolescents ou des adultes.

Bien que les connaissances épidémiologiques en santé mentale soient insuffisantes en France, comparé à d'autres pays européens, la France affiche souvent des indicateurs de santé la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9ième rang sur 11), tandis que le taux de détresse psychologique est élevé (3ième rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés.

Certaines populations présentent des risques plus élevés : les jeunes (18–24 ans) vis à vis des troubles dépressifs, les personnes âgées vis à vis du suicide ou les personnes sans emploi pour ce qui concerne la détresse psychologique.

La prévalence des troubles mentaux sur un an est évaluée entre 15 et 20 % (enfants, adolescents, adultes).

D'après le rapport du groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO), en France, on estime qu'il y aurait environ 500 000 patients souffrant de troubles bipolaires, 4 millions de personnes concernées par les troubles névrotiques et anxieux.

Le nombre de personnes dépressives reste difficile à estimer.

Concernant les prévalences vie entière, elles sont estimées entre 0,2 et 1,6% pour les troubles bipolaires, 9% pour les troubles dépressifs, et d'au moins 10% pour les troubles névrotiques et anxieux.

Ces données sont essentiellement tirées de données de la littérature internationale et supposées semblables pour la France.

La région Lorraine fait partie des 4 régions volontaires pour participer à une étude épidémiologique qui a notamment pour objectifs de:

- décrire la mobilité,
- repérer les besoins des usagers,
- construire des indicateurs d'allocations de ressources.

La validation des indicateurs devrait permettre d'estimer les besoins de soins en santé mentale. Les premières analyses laissent apparaître des indicateurs plus défavorables que dans les autres régions.

Si un certain nombre de ces troubles restent isolés, la plupart seront récurrents et nécessiteront une prise en charge de longue durée dans un cadre protégé, devant alors associer une dimension de soins psychiatrique et une dimension relative à la correction du handicap psychique qu'ils génèrent.

Les relations entre maladie mentale, déni du trouble et exclusion sont étroites, la maladie générant trop souvent la stigmatisation et l'exclusion. Celle-ci, amplifiée par le déni, entrave, à son tour, l'accès aux soins.

Il convient de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients née du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables.

Les soins en psychiatrie restent avant tout fondés sur la relation clinique interpersonnelle mais doivent comporter une dimension médico-sociale.

Forces et faiblesses

- **Le constat d'une augmentation des files actives**

Les données disponibles portant sur les files actives de patients, tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie, témoignent d'une augmentation des files actives. Les listes d'attente dans les CMP sont en augmentation, notamment en psychiatrie infanto-juvénile où la demande croît. Il devient difficile d'assurer la permanence des soins en urgence et la gestion de délais importants d'attente pour une première consultation et pour une première prise en charge. La pression permanente sur l'hospitalisation complète amène à considérer que la capacité actuelle en lits à l'issue des transformations programmées dans le précédent schéma doit être maintenue.

- **La réduction des inégalités entre les établissements à travers les contrats d'objectifs et de moyens**

L'offre de soins nationale montre une hétérogénéité régionale qui est retrouvée en infra régionale.

Les contrats d'objectifs et de moyens ont constitué le principal outil de développement de la prise en charge en santé mentale.

- **Le rééquilibrage en faveur de la pédopsychiatrie**

La psychiatrie infanto-juvénile souffre d'une situation structurellement défavorable en termes de moyens, tant publics (secteurs sous-dotés) que privés (peu de pédopsychiatres libéraux), en comparaison avec la psychiatrie générale.

Le schéma a permis d'effectuer un rééquilibrage des moyens en faveur de la psychiatrie de l'enfant ainsi que de la psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune: tous les départements disposent à présent d'une unité d'hospitalisation complète en sont à compléter.

- **Une re sectorisation presque aboutie**

Les modifications demandées dans le schéma précédent sont réalisées sauf le rattachement du 57G06 du CHS de Jury au CHR Thionville.

- **Le problème de démographie médicale**

La démographie des psychiatres va subir la forte diminution plus particulièrement dans le public. Ces contraintes imposeront des modalités nouvelles de partage des tâches entre les professionnels.

- **La prise en charge de populations spécifiques**

Elle a constitué l'un des axes forts du schéma en lien avec les priorités de santé publique établies dans la région, des actions spécifiques ont été développées en direction des personnes présentant des conduites suicidaires ou des conduites addictives.

- **Le rapprochement de l'offre de soins somatique et psychiatrique**

Les articulations entre les **réponses de proximité** nécessaires pour les soins psychiatriques doivent trouver leur résonance avec les demandes somatiques du **territoire** de santé et être partie prenante du projet médical de territoire en proposant des organisations intersectorielles et inter établissements.

- **Le développement de l'intersectorialité et la stagnation des réseaux**

Face à la diversification des missions des secteurs et compte tenu de la spécificité de certaines prises en charge l'intersectorialité est apparue comme une solution adaptée. La coopération entre la psychiatrie publique et la psychiatrie privée est à renforcer, de même qu'avec la psychiatrie libérale qui assume une large part de soins de première ligne en santé mentale. Les réseaux thématiques de santé mentale ne se sont pas développés.

- **Une meilleure coordination des interventions avec les multiples partenaires (niveau santé mentale et psychiatrie)**

Les soins en psychiatrie s'inscrivent dans la logique de la sectorisation en déployant un dispositif de soins ambulatoires extrahospitaliers en coordination avec les acteurs locaux.

II. Objectifs généraux et opérationnels

Le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution et après analyse de l'offre de soins.

1. Conforter l'organisation territoriale en santé mentale

La structuration de l'offre de soins en deux territoires de santé Nord et Sud correspond à des territoires de planification où vont se développer les projets médicaux de territoire.

Les activités de psychiatrie s'exercent au sein des territoires de santé et s'organisent dans le cadre des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile confortés par la réglementation.

2. Développer une offre de soins graduée et diversifiée

2.1. Organiser la continuité et la cohérence des prises en charge ambulatoire et des alternatives avec l'hospitalisation complète

- Le développement de **l'ambulatoire** (accès aux soins de premier recours) et la diversification des activités des **structures alternatives à l'hospitalisation** (prise en charge de proximité)

- La structuration de **l'hospitalisation complète**

 - o Assurer le maintien d'une capacité suffisante de lits d'hospitalisation complète sur la région.

 - o Définir les soins post-aigus ainsi que les « soins prolongés » en psychiatrie.

2.2 Promouvoir l'intersectorialité

3. Assurer une réponse pour les populations particulières

4. Améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que la place des patients et de leurs familles

III. Recommandations d'organisation :

III.A. Par rapport aux objectifs généraux du SROS :

1. accessibilité

Le problème de l'accès aux soins de psychiatrie se pose dans un cadre plus complexe intégrant à la fois **la demande des personnes et souvent leur non demande** et la reconnaissance par les professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres libéraux...)

Un accès aux soins satisfaisant suppose une approche sociale, géographique ou culturelle.

Approche sociale :

Elle doit garantir à tous l'accès aux prestations offertes où des obstacles administratifs et financiers peuvent persister.

Une démarche spécifique vers les plus démunis est poursuivre d'autant plus que la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques constituent des facteurs d'aggravation.

Ceci implique également de prendre en compte la parole et le rôle des usagers et de leurs familles, ainsi que des associations qui les représentent, en les considérant comme des acteurs.

Le plan de santé mentale prévoit le renforcement des droits des malades et de leurs proches.

Approche géographique :

Les personnes habitant dans des zones peu pourvues en médecins, en personnels de santé, ou éloignés des structures hospitalières se trouvent défavorisés ce qui est une source d'inégalité face au système de soins.

Le principe de proximité doit être respecté, le CMP constitue le pivot du dispositif de soins en psychiatrie autour duquel s'organisent toutes les actions extra hospitalières en articulation avec l'hospitalisation à temps plein.

Afin de garantir l'accessibilité géographique, il est nécessaire d'envisager le développement de structures proche du domicile des patients avec des amplitudes horaires adaptées aux besoins des populations.

Il convient de consolider le maillage territorial des CMP tant en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale pour faciliter la continuité des soins et le maintien du patient dans son environnement.

Approche culturelle :

La demande de soins et le recours au système de soins dépendent très largement de la perception qu'ont les individus de leur santé et du système de soins proposé.

Une forme d'accessibilité « culturelle » peut être envisagée.

La question de la reconnaissance se situe à un double niveau :

- ❖ les professionnels (médecins généralistes, psychiatres ...)
- ❖ le patient : sentiment ou non d'être malade qui est un déterminant important du recours au soin en amont du diagnostic.

Elle devra contribuer à changer la représentation de la psychiatrie et de prendre en compte les spécificités culturelles de chacun.

Il conviendra d'être attentifs aux personnes en souffrance qui n'expriment pas de demande.

Les personnes issues de milieux défavorisés ou encore d'origine étrangère, qui maîtrisent mal le français peuvent rencontrer des difficultés pour être informées et dialoguer avec les professionnels de la santé.

Le manque d'information sur le fonctionnement du système de soins ou les possibilités de traitement des maladies est également une source d'inégalité en matière d'accès aux soins.

2. sécurité /qualité

Tous les acteurs de santé doivent participer à l'amélioration de la qualité des soins des personnes accueillies et au respect des droits du patient et des libertés des personnes hospitalisées.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de soins rappelle le droit fondamental des personnes à la protection de la santé et les droits à l'information sur l'état de santé et l'accès aux données personnelles de santé, au respect de la vie privée et du secret des informations personnelles de santé ainsi que le droit de désigner une personne de confiance.

Ces droits s'appliquent entièrement aux personnes atteintes de troubles mentaux y compris à celles hospitalisées librement soit 86%.

Les usagers et leurs familles ont une influence relativement récente sur la demande de soins et le droit des malades.

L'amélioration des pratiques professionnelles contribue au développement constant de la qualité des soins et des pratiques.

Il convient donc :

- d'inciter à la mise en œuvre d'évaluation des différentes stratégies thérapeutiques
- de favoriser le bon usage du médicament notamment les médicaments psychiatriques par les médecins généralistes
- d'engager les professionnels à inscrire leurs pratiques dans le cadre d'une véritable formalisation des modes d'interventions
- de valoriser la démarche de certification des établissements de santé.

L'organisation du dispositif de soins doit privilégier :

- la formation des personnels en lien avec la complexification et la spécialisation des missions des secteurs notamment la psychiatrie de liaison à l'hôpital général ou dans le champ social et médico-social
- le développement de systèmes d'information fiables
- la promotion de l'évaluation et de la recherche.

La recherche clinique en psychiatrie doit être soutenue ainsi que l'épidémiologie en psychiatrie en santé mentale.

3. continuité/globalité

La globalité des prises en charge doit permettre :

- d'assurer la continuité indispensable entre la prévention, le soin (avec ou sans hospitalisation) et la réinsertion
- de prendre en compte l'environnement familial et social du malade
- d'organiser les convergences entre la psychiatrie et l'ensemble de ses partenaires : les établissements de santé de court séjour et de soins de suite et de réadaptation, la médecine de ville, les structures sociales et médico-sociales.

Il convient de passer d'une politique de soins à une véritable politique de santé mentale intégrant la prévention, c'est-à-dire les risques d'atteintes au bien-être psychique des individus. Les soins de réadaptation doivent être développés et la réinsertion des malades mentaux doit être envisagée dans un environnement social adapté.

La globalité des prises en charge doit inciter les établissements à envisager :

- une évolution harmonieuse et cohérente des activités intra et extra-hospitalières
- l'amélioration des conditions hôtelières
- la diversification de l'offre de soins extra-hospitalière.

Afin de mieux prendre en compte l'ensemble des problématiques de santé publique et de répondre à des demandes nouvelles (souffrance psychique des adolescents, des jeunes adultes, des exclus...), la poursuite du travail en partenariat est indispensable.

Les établissements gérant un secteur de psychiatrie devront développer des complémentarités :

- au sein du dispositif psychiatrique (entre établissements publics spécialisés, avec les établissements psychiatriques privés, les psychiatres libéraux)
- avec les autres structures hospitalières non psychiatriques (court séjour, soins de suite et de réadaptation),
- avec les généralistes,
- avec les structures sociales et médico-sociales,
- avec les services et structures de l'Etat et des collectivités territoriales.

III.B. Par rapport aux principes d'organisation :

Le plan de psychiatrie et santé mentale présente une dimension particulière du champ de la santé mentale qui recouvre à la fois une dimension individuelle et sociale.

La circulaire DHOS du 25 octobre 2004 propose d'appréhender les besoins distinguant deux niveaux d'intervention de la psychiatrie :

- les domaines requérant de **manière dominante l'intervention directe de la psychiatrie** :
 - situation de crise et d'urgence,
 - soins programmés courte et longue durée,
 - intervention coordonnée de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale,
 - les patients difficiles,
- les domaines requérant de **manière dominante des interventions indirectes ou en partenariat de la psychiatrie** :
 - prévention
 - professionnels des institutions de soins et des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
 - personnes handicapées, sous main de justice ou souffrant de pratiques addictives,
 - personnes âgées,
 - enfants et adolescents en matière de soins et de scolarisation ainsi que ceux tolérant des dispositifs de protection de l'enfance,
 - l'insertion sociale et professionnelle des personnes adultes.

Le volet essaiera de :

- Faire mieux préciser les 2 niveaux d'interventions:
 - ❖ les soins psychiatriques spécialisés
 - ❖ la santé mentale en partenariat (détresse psychique)
- Coordonner les actions avec les acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif et judiciaire
- Rechercher la cohérence du projet global pour la personne (projet de vie et projet de soins)

1. description de l'organisation

1.2 Conforter l'organisation territoriale en santé mentale

La structuration de l'offre de soins en deux territoires de santé Nord et Sud correspond à des territoires de planification où vont se développer les projets médicaux de territoire.

Les activités de psychiatrie s'exercent au sein des territoires de santé et s'organisent dans le cadre des secteurs.

Le maintien du secteur psychiatrique, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile, est réaffirmé dans l'ordonnance du 4 septembre 2003. Le secteur conserve sa dimension fonctionnelle comme organisation des soins (extrahospitaliers et intra-hospitaliers) référée à une population permettant l'accessibilité, la continuité et la pluridisciplinarité.

Les secteurs continuent d'être rattachés à des établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier.

A l'intérieur de chaque territoire de santé, des adaptations sont à envisager, la superposition des cartes fait apparaître des discordances entre les territoires et au sein de certains territoires de proximité :

- le pays cœur de Lorraine autour de Saint-Mihiel est situé dans le territoire Nord alors que l'établissement de rattachement, l'hôpital de Fains-Veel est intégré dans le territoire sud.
- le territoire de proximité Bassin Houiller concerne 3 établissements de rattachement :
 - CHS de Sarreguemines pour la zone de Forbach,
 - CHS de Lorquin pour la zone de Saint-Avold,
 - CHR de Thionville pour le canton de Bouzonville.

Le maintien du découpage des secteurs en l'état est confirmé.

1.2 Développer une offre de soins graduée et diversifiée

1.2.1. Organiser la continuité et la cohérence des prises en charge ambulatoire et dans les alternatives avec l'hospitalisation complète

- Le développement de **l'ambulatoire** (accès aux soins de premier recours) et la diversification des activités des **structures alternatives à l'hospitalisation** (prise en charge de proximité) :
 - Le CMP est conforté dans son rôle de premier niveau de prise en charge et de pivot du dispositif de secteur.

Les CMP sont les premiers interlocuteurs pour la population afin de répondre et d'orienter toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale.

Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile et visent à garantir un maillage territorial de qualité.

Chaque secteur de psychiatrie doit avoir au minimum un CMP ouvert 5 jours par semaine.

Le regroupement des structures alternatives sur les mêmes sites (exemple CMP/HJ/CATTP) doit être privilégié.

Des modalités de gestion des files d'attente et d'amélioration des délais de rendez-vous sont à réfléchir afin de pouvoir répondre sans délai aux véritables urgences et d'aboutir à un délai moyen d'un mois pour un premier rendez-vous.

L'amplitude des horaires d'ouverture des CMP doit être adaptée ainsi que la mise en place de créneaux de consultations sans rendez-vous.

Les objectifs et le projet médical du CMP doivent être clairement exprimés.

Le partenariat avec le secteur social mérite d'être plus développé ainsi que les liens entre le CMP, l'hôpital général et les médecins généralistes et les acteurs de première ligne.

- La poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation (soins ambulatoires en CMP et CATTP, hôpital de jour, de semaine ou de nuit, HAD) constitue une priorité afin de diversifier les prises en charge et d'assurer un véritable relais en amont et en aval de l'hospitalisation à plein temps

- Le développement de places de post-cure psychiatrique et d'accueil familial thérapeutique est à poursuivre

➤ La structuration de l'**hospitalisation complète**

- Maintien et adaptation des capacités d'hospitalisation avec diversification en soins aigus, post-aigus et prolongés en lien avec des alternatives temps plein
- ⇒ L'hospitalisation « **aiguë** » permet une prise en charge intensive des épisodes aigus, des situations de crise et des cas les plus lourds. Les durées moyennes d'hospitalisation sont devenues plus courtes (de quelques jours ou semaines) suivie d'un relais en ambulatoire. Des unités de prise en charge de populations spécifiques (personnes âgées, adolescents, conduites addictives, hospitalisations sous contrainte...) de préférence intersectorielle s'ajoutent à ces capacités.
- ⇒ Les soins « **post-aigus** » correspondent à de véritables soins de suite psychiatriques, destinés à favoriser la consolidation et la stabilisation des troubles psychotiques chroniques, afin d'éviter des rechutes intempestives. Les durées de séjour se comptent en mois. Les établissements de santé doivent identifier une ou plusieurs structures relais pour ces soins de suite qui peuvent être communes entre plusieurs secteurs.
- ⇒ Les « **soins prolongés** » concernent les soins de longue durée pour personnes malades mentales ne pouvant relever de structures médico-sociales et également les patients chroniques notamment ceux en hospitalisation d'office prolongée. Les durées de séjour se comptent en années.
- ⇒ La phase de réadaptation sociale et professionnelle ne peut intervenir qu'à l'issue de cette période de prise en charge « post-aiguë ». Les **soins de réadaptation** ont pour objectif de promouvoir l'insertion ou la réinsertion du patient au mieux de son efficacité et de ses souhaits. Ils conjuguent les moyens thérapeutiques développant les habiletés sociales et professionnelles du patient fondées sur des mises en situation de vie et de travail accompagnées à articuler avec les alternatives à l'hospitalisation.

- Amélioration de la qualité des équipements

L'évolution du patrimoine doit prendre en compte de l'organisation des soins, la sécurité des locaux, des patients et des personnels.

La délocalisation de lits de psychiatrie à l'hôpital général doit être limitée à l'existant et concernée de préférence deux secteurs (à envisager sur Epinal).

1.2.2. Promouvoir l'intersectorialité

Face à la diversification des missions, les secteurs ne sont plus en mesure d'assurer des prises en charge complètes dans tous les domaines.

L'intersectorialité s'est structurée dans la plupart des établissements pour des activités spécifiques telles que, par exemple, la gérontopsychiatrie, l'addictologie, les hospitalisations sous contrainte, les patients hospitalisés au long cours.

Il est recommandé de mettre en place des services intersectoriels d'accueil et d'orientation pour les entrées dans les centres hospitaliers à la fois pour les admissions non programmées et pour les hospitalisations sous contrainte.

L'organisation des hospitalisations sous contrainte peut s'organiser en unités inter sectorielles. Le regroupement des patients permet d'optimiser les moyens de fonctionnement des unités fermées.

3.2 Assurer une réponse pour les populations particulières

..1. Enfants-adolescents

Le renforcement des réponses et des moyens de la psychiatrie infanto-juvénile doit être maintenu.

Les professionnels souhaitent élaborer une charte pour la pédopsychiatrie.

Le développement de filières complètes de prise en charge pour les adolescents doit être organisée au sein des territoires.

❖ Des soins structurés pour les pré-adolescents et adolescents

L'organisation d'une réponse diversifiée et graduée des secteurs infanto-juvénile pour les pré-adolescents et adolescents jusqu'à 18 ans avec la structuration de liens avec la psychiatrie générale du même établissement ou de l'établissement voisin concerné :

- Structures alternatives de soins de jour et/ou séquentiels (Hôpital de jour, C.A.T.T.P.)
- Autres alternatives à l'hospitalisation : hospitalisation de nuit, accueil Familial Thérapeutique (A.F.T.), voire hospitalisation à domicile en psychiatrie (H.A.D.), appartement thérapeutique et post cure psychiatrique
- Lits d'hospitalisation temps plein, ou accès à des lits d'hospitalisation temps plein, implantés (ou identifiés);
 - premier niveau : accès à une hospitalisation en hôpital général préférentiellement en **service de pédiatrie** organisé et conventionné en psychiatrie de liaison
 - pour des pathologies compatibles (par exemple: certaines tentatives de suicide et dépressions, dysorexies, maltraitances...)
 - deuxième niveau : accès à des lits de **soins aigus spécifiés de psychiatrie** pour pré-adolescents et adolescents sur son secteur propre ou sur le secteur voisin
 - pour des pathologies psychiatriques avérées aiguës incompatibles avec les services de pédiatrie (par exemple: pathologies aiguës, en crise, en décompensation, en recherche de stabilisation...)
 - troisième niveau : accès à des **lits "post-aigus" de soins prolongés (et réinsertion) spécifiés de psychiatrie** pour pré-adolescents et adolescents sur son secteur propre ou sur le secteur voisin
 - pour des pathologies psychiatriques avérées chroniques et/ou nécessitant des hospitalisations longues supérieures à 3 mois type psychoses chroniques, dont infantiles, états limites, anorexie mentale et les pathologies à trouble du comportement et dangerosité ou trouble de l'adaptation sociale durable
 - service annexé à un ou des services pour soins aigus un ou plusieurs par territoire
 - quatrième niveau : accès à des lits de **soins prolongés, réinsertion sociale, professionnelle ou scolaire, spécifiés de psychiatrie** pour pré-adolescents et adolescents sur le territoire
 - pour des pathologies plus chroniques exemple: pathologies infantiles chroniques à gros troubles de l'adaptation nécessitant des soins structurés en unité spécialisée distincte
 - service annexé à un ou des services pour soins aigus et/ou des lits "post-aigus" de soins prolongés (et réinsertion) :Par exemple l'unité spécialisée pour adolescents "Les glacis" à Nancy ou projet de création d'un service spécifique "soins-études" à Phalsbourg (Clinique médico-psycho-pédagogique à vocation interrégionale),

❖ L'accès aux soins et les primo consultations

Il s'agit de demander à tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de mettre en place une organisation permettant de réduire les délais de primo consultation inférieurs à un mois.

Il convient parallèlement de limiter le nombre de nouvelles demandes en continuant d'organiser et de promouvoir le partenariat avec les institutions demandeuses de consultations (Education Nationale, éducation spéciale, protection de l'enfance, centre médico-social, Protection Judiciaire de la Jeunesse...).

La formalisation des liens vise à proposer :

- Aide ponctuelle aux intervenants, au cas par cas, pour prévenir ou dédramatiser un problème et d'éviter son aggravation
- Mise en place d'échanges réguliers avec les multiples partenaires et structures existantes sur le secteur doivent faire l'objet d'un effort de réflexion d'ensemble pour déterminer le meilleur niveau d'échanges et la signature de conventions.

Par ailleurs, les CMP doivent augmenter leurs capacités de réponse aux demandes de consultations.

Les primo consultations (consultations à visée diagnostique) sont à différencier des **entretiens d'accueil** souvent réalisés par des infirmiers afin d'apporter une réponse rapide à une demande et de préciser les motifs de consultation.

A la suite des primo consultations, les délais doivent être compatibles avec la mise en place des thérapies adaptées aux besoins des patients (psychothérapies, prises en charge thérapeutiques individuelles ou de groupes en CATTP, en hôpitaux de jour...).

Le projet de secteur doit préciser les modalités d'accès aux soins et la gestion des demandes de consultations participant ainsi à la lisibilité de l'organisation du dispositif de soins.

❖ La psychiatrie de liaison

Chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile organise la liaison avec les services concernés situés sur son secteur notamment les services hospitaliers MCO (Pédiatrie, médecine, chirurgie, maternité, urgences) où sont accueillis des enfants ou des adolescents

Les activités sont encadrées par des conventions précisant la fréquence et la nature des interventions:

- diagnostiques et thérapeutiques auprès des patients
- institutionnelles (soutien et formation des équipes).

Elles concernent plusieurs natures de problèmes rencontrés par les adolescents : situations de crises, pathologies psychiatriques avérées, pathologies somatiques aiguës ou chroniques avec problématique psychologique secondaire, pathologies mixtes.

Elles nécessitent également l'organisation de la liaison entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale.

..2. Les enfants, adolescents et adultes atteints de troubles envahissants du développement (TED)

Le Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA) se met en place en 2005 avec:

- une unité régionale installée dans le Centre Psychothérapique de Nancy
- cinq unités délocalisées de diagnostic pour réaliser les bilans protocolisés avec la mutualisation de professionnels du sanitaire et du médico-social.

Le dépistage des enfants atteints de TED continue de relever des missions des secteurs de pédopsychiatrie.

La priorité a été accordée aux enfants, compte tenu de la gravité du pronostic, mais l'évolution des connaissances et la diversification des modes de prise en charge, les attentes légitimes des familles doivent conduire à prendre en compte les besoins des adultes en termes d'évaluation et de prise en charge dans leurs différents lieux de vie.

..3. Les jeunes adultes psychotiques

C'est une population particulière qui doit bénéficier de l'organisation d'un dépistage précoce et d'une prise en charge adaptée surtout avec des alternatives à l'hospitalisation.

Les secteurs de psychiatrie générale et pédopsychiatrie doivent structurer des réponses diversifiées en lien avec les familles et le milieu de vie du jeune.

..4. Les personnes handicapées en raison de troubles psychiques : la reconnaissance du handicap psychique

Il s'agit d'une catégorie de patients relativement stabilisés sur le plan de leurs troubles mentaux, mais présentant des troubles cognitifs et de comportement tels qu'ils ne peuvent recouvrer l'autonomie nécessaire aux actes de la vie quotidienne et à la vie sociale normale.

De multiples solutions de logement accompagné doivent être recherchées.

Les recommandations sont détaillées dans le chapitre lien avec le social et le médico-social.

..5. La prise en charge des détenus

La région Lorraine souhaite disposer de cet équipement interrégional et sera candidat pour une implantation en cours de détermination.

Le fonctionnement du Service médico-psychologique régional (SMPR) doit être plus articulé avec les équipes de psychiatrie et un projet de fonctionnement sera élaboré en commun confortant sa mission de coordination et d'animation des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la région.

2.1 Coopérations entre établissements

■ psychiatriques sectorisés ou non sectorisés

Les établissements ayant une activité de santé mentale sectorisée ou non doivent développer des complémentarités en définissant des protocoles notamment pour les admissions non programmées des patients entre les structures.

■ psychiatriques et somatiques (réciprocité de réponses)

Les établissements psychiatriques participent au projet médical de territoire et à l'organisation des filières de soins avec les autres établissements de santé.

La prise en charge des soins somatiques des malades mentaux doit être structurée avec des consultations spécialisées, y compris les soins dentaires, en convention avec l'hôpital général à proximité.

La psychiatrie de liaison s'est développée dans les établissements somatiques et rentre dans le cadre du développement de la politique de secteur.

1.5 Structuration d'un niveau régional d'activités spécialisées (périnatalité, détenus, malades agités...)

1.5.1. La périnatalité

Outre l'organisation de la psychiatrie de liaison avec les maternités, il n'existe pas dans la région de structure « **parents-bébés** » en hospitalisation complète ou en alternatives pour apporter des soins plus spécifiques pour les mamans et leurs bébés.

L'organisation d'une offre de soins avec la structuration d'une unité régionale parents-bébés permettra de répondre à ce besoin.

1.5.2. La prise en charge des malades difficiles

La prise en charge des malades difficiles doit s'organiser de manière graduée au sein de la région:

- réponse de proximité pour les crises de dangerosité passagère
- réflexion régionale pour une « unité pour malades agités et perturbateurs » (UMAP) à Sarreguemines avec un engagement de reprise par l'établissement d'origine
- les cas les plus difficiles resteront orientés vers l'unité interrégionale pour malades difficiles(UMD).

2. articulation avec les autres volets

2.1 Urgence

Le premier contact avec les urgences hospitalières pour les patients en situation de crise ou d'urgence est déterminant pour l'inscription dans une démarche de soins.

Il faut rappeler l'intrication complexe du somatique et du psychique dans toutes les pathologies de l'urgence.

L'objectif est donc d'assurer une prise en charge de qualité aux urgences ou par la suite dans les services de soins de l'hôpital général couplé avec la psychiatrie de liaison :

- La présence d'une équipe psychiatrique aux urgences avec la possibilité d'accueil dans les lits d'hospitalisation de très courte durée
- La présence dans les services d'un infirmier dont le rôle a été précisé (Annexe XII volet urgences) et d'une astreinte opérationnelle de psychiatre
- La formalisation par des conventions inter hospitalières intégrant la psychiatrie de liaison à l'hôpital général
- L'organisation de lits à l'hôpital général pour les patients en post-urgence : lits de court séjour avec la psychiatrie de liaison ou lits de crise psychiatriques (Annexe XII volet urgences).

Les établissements ayant une activité de psychiatrie doivent rédiger un outil de gestion des crises sanitaires et les activités des Cellules d'urgences médico-psychologique (CUMP) rentrent dans l'organisation départementale du plan blanc et nécessitent une dimension régionale.

2.2 Médecine

L'adaptation des capacités de lits de médecine doit prendre en compte les patients hospitalisés et pris en charge dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

2.3 Périnatalité

La prévention et les soins psychiatriques en périnatalité nécessitent une réactivité particulière et une coordination des intervenants autour de la mère et de l'enfant. Cet aspect est développé dans le volet « Périnatalité ».

2.4 Addictions

Le dispositif intersectoriel mis en place permet d'articuler soins préventifs, curatifs et de réadaptation et d'intégrer la coopération avec et entre les services somatiques et les structures médico-sociales spécialisées : Centre de cure ambulatoire en addictologie (CCAA), Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les territoires de santé doivent disposer de plusieurs réponses coordonnées en lien avec la psychiatrie avec l'appui d'une équipe hospitalière d'addictologie de liaison.

2.5 Personnes âgées

Le volet thématique préconise des modes de prise en charge (ambulatoire et hospitalisation) doivent être intégrés dans l'ensemble de la filière gériatrique.

2.6 Précarité

Les équipes mobiles interviennent sur les lieux fréquentés par ces populations (CHRS, boutiques de la solidarité, restaurants sociaux, associations caritatives). Certains patients ont déjà été suivis par la psychiatrie mais sont en rupture de soins, d'autres ne sont pas connus de la psychiatrie, ne sont pas demandeurs, mais nécessitent des soins. Le repérage se fait alors par le secteur social ou associatif, qui a souvent une mauvaise lisibilité du dispositif de la psychiatrie publique ; l'équipe mobile constitue un relais et permet d'organiser l'accès aux soins (CMP, hôpital) de ces patients.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) doivent favoriser la synergie entre le secteur social et la psychiatrie

3. adaptation de l'offre /alternatives

La psychiatrie dispose d'une offre de soins ambulatoires reposant sur le centre médico-psychologique (CMP), pivot du dispositif de soins autour duquel s'organisent toutes les actions extra hospitalières, en articulation avec l'hospitalisation temps plein.

Les CMP sont considérés comme le premier interlocuteur pour la population, afin de répondre et d'orienter toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale.

Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile et visent à garantir un maillage territorial de qualité.

Les autres alternatives à l'hospitalisation complète doivent également être développées : (hospitalisation de jour et de nuit, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de postcure, centres de crise, hospitalisation à domicile) tant en psychiatrie infantile-juvénile qu'en psychiatrie générale.

4. coopération / réseaux

Le développement de réseaux en santé mentale est nécessaire et se doit d'intégrer le fait social dans la pratique psychiatrique et de prendre en compte la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique.

La cohérence des organisations et des interventions des différents intervenants est peu lisible (les intervenants spécialisés en psychiatrie, les professionnels de soins primaires ou les intervenants de première ligne auprès des personnes en difficulté psychique ou atteinte de troubles mentaux : travailleurs sociaux, enseignants, magistrats...) ce qui peut occasionner des ruptures voire des inadéquations de prises en charge mal vécues par les patients et leurs proches.

Les réponses aux besoins de santé mentale restent encore trop cloisonnées entre les différents champs institutionnels : éducatif, social, sanitaire, médico-social et judiciaire. Les articulations, et les relais doivent être organisés pour améliorer la prise en charge globale des personnes présentant un trouble mental et/ou en état de souffrance psychique.

Tout en réaffirmant le secteur psychiatrique comme base de l'organisation des soins en psychiatrie, l'objectif est de développer les réseaux en santé mentale, non concurrents du secteur, mais constituant un outil de coordination des prises en charge en :

- fédérant l'ensemble des professionnels concernés et en créant les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient

- facilitant des avis spécialisés plus précoces et des suivis conjoints par des professionnels spécialisés afin de rompre l'isolement des médecins généralistes et des acteurs de première ligne.

Le projet global pour la personne doit permettre de coordonner projet de vie et projet de soins en dépassant une approche centrée sur les seules structures de soins et favoriser une approche centrée sur les personnes quelle que soient la nature, l'intensité, le lieu, le moment et le champ dans lequel s'expriment leurs besoins.

Un cahier des charges sur les réseaux en santé mentale va être élaboré au niveau national afin de définir les conditions d'un partage d'expériences entre les équipes de psychiatrie hospitalière, les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), les professionnels du champ social, médico-social; éducatif et judiciaire, les représentants des usagers et des familles.

Les orientations nationales de la dotation de développement des réseaux (2005-2007) vont intégrer la santé mentale visant à inciter une couverture large du territoire.

III.C. Par rapport aux exigences d'articulation

1. avec les objectifs de santé publique

Parmi les 100 objectifs de la loi de santé publique, 4 concernent la santé mentale et la psychiatrie :

57: Diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité. .

Objectif: Estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité suivis ou non dans le système de soins

59 : Diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus. .

Objectif: Développer et valider des instruments de dépistage et évaluer :

Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours au soin/personnes ayant des troubles dépressifs

Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours au soin/personnes ayant des troubles anxieux

Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin/personnes ayant des troubles bipolaires

60 : Augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.

Objectif: Connaître le nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.

61 Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.

Objectif : Construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale et connaître :

Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours au soin/personnes ayant des troubles dépressifs

Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours au soin/personnes ayant des troubles anxieux

Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours au soin/personnes ayant des troubles bipolaires

Le plan régional de santé publique va intégrer la problématique de la santé mentale dans ses axes prioritaires.

Le champ de la santé mentale recouvre à la fois une dimension individuelle et sociale.

La prévention s'intègre dans les missions extra-hospitalières et se développe en partenariat avec les autres acteurs de santé mentale

2. avec le médico-social et le social

Il convient de consolider les articulations avec l'offre sociale et médico-sociale en développant les liens et les partenariats avec les établissements médico-sociaux et sociaux ainsi que le travail en réseau.

La prise en compte du handicap psychique dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constituent un tournant primordial quant à la qualité de vie et à l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Elles rencontrent de grandes difficultés dans leur vie quotidienne et leur participation sociale pour s'inscrire dans un plan d'aide individualisé.

L'offre sociale et médico-sociale n'est pas toujours adaptée en nombre et en qualité laissant parfois des personnes sans solutions, souvent à la charge de leurs familles.

Le plan psychiatrie et santé mentale prévoit le développement d'une offre médico-sociale et sociale diversifiée, articulée avec l'offre de soins pour:

- ⇒ lutter contre l'isolement des personnes
- ⇒ les accueillir et les aider dans leur vie quotidienne, en vue de leur autonomie
- ⇒ les accompagner dans leur intégration sociale et professionnelle, en vue de leur participation sociale
- ⇒ leur permettre ainsi qu'à leur entourage, des périodes de répit
- ⇒ leur permettre d'accéder à des logements
- ⇒ leur offrir, lorsque la situation l'impose, des prises en charge en établissements médico-sociaux.

L'accompagnement médico-social doit bénéficier d'un appui sanitaire organisé avec les équipes de soins psychiatriques.

Plusieurs natures de réponses peuvent être proposées :

- Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) (décret n°2005-223 du 11 mars 2005) : ils ont pour mission l'accompagnement des personnes dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence et de leurs activités sociales, scolaires ou professionnelles, ainsi que le soutien des relations avec l'environnement familial et social.

L'équipe pluridisciplinaire peut notamment comporter des auxiliaires de vie sociale, des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs, des psychologues, des assistants et assistantes de service social. Leur financement est assuré par le département.

- Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) (décret n°2005-223 du 11 mars 2005), l'équipe comporte des soignants, ajoutent aux missions des SAVS précités une mission de soins et/ou d'accompagnement vers les soins, en lien avec les autres intervenants professionnels de santé. Au financement assuré par le département s'ajoute, pour la part relative aux soins, un financement de la sécurité sociale (enveloppe médico-sociale).

- Les groupes d'entraide mutuelle (clubs) proposant des accueils de jour offrant la possibilité de retisser le lien social par le biais de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives. Les clubs représentent un véritable outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale d'un nombre important de personnes en situation de grande fragilité. Le respect du cahier des charges a permis un co-financements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- L'accès à un logement ou un hébergement adapté

La question du logement est primordiale et présente une double spécificité liée à des difficultés particulières d'accès, notamment le logement social, et également à la nécessité pour beaucoup d'entre elles d'être

accompagnées dans leur vie quotidienne (en plus des soins). D'autre part, leurs besoins sont très variés d'une personne à l'autre et évoluent au cours de la vie :

- logements individuels indépendants, le cas échéant gérés par une association, ou faisant l'objet de conventions entre les bailleurs et une association. Des logements de ce type ont souvent été mis en place à l'initiative des équipes de secteur psychiatrique, sous la dénomination d'« appartements associatifs »
- logements regroupés, telles les pensions de famille, maisons relais, résidences sociales où les personnes peuvent trouver une certaine vie collective et un accompagnement social quotidien.

Faute de logement, de nombreuses personnes demeurent hospitalisées ou se retrouvent, à leur sortie, sans solution adaptée d'hébergement:

- Les foyers d'hébergement, foyers de vie et foyers occupationnels, recevant des personnes handicapées souffrant de troubles psychiques.

- Les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés constituent une réponse davantage adaptée pour des patients très dépendants, hospitalisés au long cours avec des handicaps surajoutés ou associés.

Il convient de mettre en place des méthodes et des procédures permettant d'articuler ou de conduire de manière concertée aux niveaux régional et (ARH, DRASS) et départemental (DDASS, départements) des évaluations des besoins, des programmations d'actions et l'élaboration de schémas d'organisation sur les aspects concernant les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales à apporter aux personnes souffrant de troubles psychiques.

La prise en compte des besoins de logement et d'hébergement de ces, en particulier pour celles sortant d'hôpitaux psychiatriques, doivent être intégrés dans les programmes appelant un financement public du logement et notamment dans l'élaboration des Plans d'actions pour le logement des personnes défavorisées.

Un cahier des charges type va être élaboré au niveau national qui définira les interventions de chaque partenaire : Etat, département, commune, hôpital, association gestionnaire, bailleurs, etc ...

La loi a prévu des mesures pour l'emploi et la diversification des missions des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en créant un dispositif d'appui pouvant bénéficier à la fois aux travailleurs handicapés qui quittent l'ESAT et à leur employeur. Ces évolutions paraissent particulièrement adaptées aux personnes handicapées psychiques.

3. avec la médecine de ville

Les **médecins généralistes**, professionnels de santé de proximité, dispensent les soins primaires préventifs, curatifs ou palliatifs à toutes les catégories de la population.

Ils coordonnent les soins et les prestations des intervenants du système de soins, afin d'assurer la continuité pour les patients. Ils participent, de fait, à l'amélioration de la gestion collective des problèmes de santé.

Ils doivent pouvoir s'appuyer à cet effet, sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital.

Les médecins généralistes sont souvent isolés alors qu'ils sont des acteurs de premier recours et qu'ils prescrivent 85% des psychotropes consommés en France.

Il convient de favoriser le bon usage des soins de ville dans le domaine de la santé mentale pour :

- Développer la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau en santé mentale

- Inciter aux partenariats médecins généralistes – psychiatres - psychologues exerçant en libéral ou en CMP/hôpital, pour améliorer la prise en charge coordonnée du patient et favoriser une intervention spécialisée plus précoce si nécessaire
- Renforcer les formations initiale et continue
- Améliorer les pratiques et le bon usage des médicaments psychotropes

Les liens entre les psychiatres libéraux et hospitaliers doivent être organisés pour préserver la continuité des soins et faciliter la prise en charge de nouveaux malades.

V. Prévention

Les organismes nationaux et internationaux recommandent également de travailler en amont des troubles, en essayant d'améliorer la santé mentale de populations ciblées. Ainsi, depuis une dizaine d'années, des programmes d'intervention en promotion de la santé mentale se développent dans différents milieux (école, entreprise, prison...) et ont démontré leur efficacité, essentiellement dans les pays anglo-saxons où des études évaluatives sont pratiquées.

Dans le champ spécifique de la pédopsychiatrie, des données précises existent dont l'expertise collective de l'INSERM sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, rendue publique en février 2003.

Parmi leurs recommandations, les experts proposent l'étude et l'adaptation de programmes de prévention à l'ensemble des enfants, à ceux susceptibles de développer un trouble et aux enfants et adolescents présentant déjà des signes ou des symptômes.

Cette prévention sollicite les intervenants de l'enfance au sens large et l'utilisation de méthodes socio-éducatives de développement des capacités chez les enfants.

Les recommandations internationales préconisent que ce domaine ne doit être articulé avec le système de soin spécialisé mais repose sur les acteurs qui les prennent en charge en développant des actions de promotion de la santé mentale vers des publics spécifiques (enfants et adolescents).

VI. Système d'information

Il convient de consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie.

Les informations sur le système de soins et d'accompagnement médico-social ou social en psychiatrie (activité et moyens) sont hétérogènes et dispersées et permettent mal de mesurer les articulations des pratiques dans les champs sanitaire et médico-social.

Il s'agit d'enquêtes réalisées au sein des établissements (SAE, rapports annuels de secteurs, enquête établissements sociaux...), des données sur les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (à l'exclusion des psychologues libéraux), des données recueillies par l'Assurance Maladie pour le remboursement des prestations de soins.

Une expérimentation relative au PMSI a été conduite depuis l'année 2002, à laquelle les établissements de Lorraine ont participé. Les données recueillies vont permettre de finaliser le recueil d'information pour la construction de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP).

Le recueil de la valorisation de l'activité devrait permettre le chaînage des prises en charge et ainsi caractériser les patients suivis (pathologies, données socio-démographiques).

VII. Formation

L'amélioration de l'exercice des professionnels en santé mentale vise à adapter les formations initiale et continue des professionnels sanitaires et sociaux dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins des patients souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'une offre de soins diversifiée.

Cette démarche s'inscrit dans une logique visant à favoriser l'évolution des métiers afin de :

- Adapter les compétences et les métiers en santé mentale afin de remédier au cloisonnement actuel des circuits de prise en charge ;
- Développer une logique de formation permanente des professionnels spécialisés en psychiatrie en lien avec l'amélioration de la démarche qualité en psychiatrie et les recommandations de pratiques professionnelles.

Les formations initiales et continues ainsi que l'évolution des métiers concernent plusieurs professions:

- les travailleurs sociaux et les assistantes sociales
- les médecins généralistes:
 - améliorer la formation initiale en psychiatrie principalement sur les thérapeutiques et la prescription.
 - développer la formation continue et l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP)
- les psychiatres
- les psychologues: élaboration de projets de psychologie clinique dans les établissements de santé pouvant s'appuyer sur des «collèges» réunissant les psychologues s'intégrant pleinement dans le projet médical de l'établissement.
- les infirmiers :
 - ⇒ homogénéiser les enseignements théoriques en psychiatrie et santé mentale et les formations pratiques dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), en lien avec la mise en œuvre d'une procédure d'accréditation des IFSI
 - ⇒ favoriser l'attractivité de cette discipline médicale au moment du choix de l'orientation professionnelle
 - ⇒ organiser une formation complémentaire de mise en situation professionnelle adaptée à tous les infirmiers nouvellement affectés en service de psychiatrie : infirmiers DE sortant des IFSI et infirmiers issus d'un exercice professionnel en soins somatiques
 - ⇒ instaurer un tutorat de proximité des nouveaux personnels dans les services de psychiatrie et fondé sur le principe de la transmission des expériences.
- les autres catégories de professionnels de santé, notamment les psychomotriciens et ergothérapeutes : encourager la formation continue, pour adapter leurs compétences à l'évolution des techniques de prise en charge en santé mentale.

VOLET

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

I. Particularisme - Enjeux

Ce volet s'intéresse plus particulièrement à la population des patients âgés de 75 ans et plus atteints de poly-pathologies et/ou victimes de handicap en résultant. Ce thème transversal est concerné par plusieurs autres volets : médecine, soins de suite, accidents vasculaires, HAD...

Dans le domaine de la prise en charge des PA fragiles l'organisation hospitalière est très dépendante de l'offre de soins ambulatoire, sociale et médico-sociale. Or comme le remarque la Cour des Comptes 2005. « Il existe une grande dispersion des acteurs, des intervenants, des autorités de planification et de financement : d'où une grande difficulté de cohérence et de coordination et difficultés de continuité. » Les rapporteurs soulignent entre autres deux difficultés essentielles : il est souvent trop tard pour aménager le logement et les SSIAD font parfois défaut pour assurer la continuité des soins. Ils recommandent :

- de mieux formaliser les partenariats entre hôpitaux, CRAM et départements pour mieux organiser et préparer les sorties d'hôpital
- de développer les unités mobiles de gériatrie qui apportent à l'extérieur de l'hôpital une compétence médicale pour évaluer ou conseiller une personne sur l'orientation à choisir au sein de la filière gériatrique
- de favoriser toutes les initiatives d'intégration des services sanitaires et médico-sociaux intervenant à domicile et de désigner un interlocuteur unique.

De ce fait une mise en cohérence et une coordination avec les schémas médico-sociaux est nécessaire.

Il convient de privilégier chaque fois que possible le maintien à domicile qui s'inscrit dans une prise en charge de proximité. Dans ce cadre le médecin généraliste est le premier interlocuteur. Il joue un rôle essentiel, il doit pouvoir être soutenu par des services et structures hospitalières mettant à sa disposition une palette de services (consultations, évaluations, HJ, HAD) permettant une évaluation gériatrique et une prise en charge du patient sans entraîner des hospitalisations quelque peu délétères.

Les objectifs des hospitalisations doivent être bien finalisés, celles-ci doivent être limitées en nombre et en durée. Dès l'entrée la nature des troubles doivent être rapidement détectés en mobilisant les ressources cliniques et thérapeutiques adéquates.

L'information, l'accompagnement et le soutien des familles dans la confrontation au vieillissement pathologique de leur parent font aussi partie de la prise en charge.

La prise en charge hospitalière nécessite une réponse adaptée à des besoins multiples, l'établissement d'une hiérarchisation des problèmes, une exigence de continuité des soins dans un objectif de réinsertion dans le milieu antérieur.

I.A Enjeux

Adaptation des organisations de l'offre en intra et extra hospitalier

- à l'évolution de la démographie de la population de personnes âgées de 75 ans et plus : en hausse de 24% pour la région et de 92% pour la population de 85 ans et plus d'ici à 2015.
- à la poly pathologie, augmentation des besoins somatiques et psychiatriques (démences et troubles mentaux)
- à l'approche pluridisciplinaire et interdisciplinaire permettant des prises en charge globales, de continuité et de proximité amenuisant les pertes de chances.
- à la nécessaire cohérence et fluidité du parcours de soins en intra et extra hospitalier avec les autres intervenants et aidants
- à l'augmentation des besoins somatiques et psychiatriques

L'évolution des soins intégrera une réflexion sur le juste soins afin d'assurer une certaine qualité de vie.

- Participation au développement de la prévention pour le « Bien Vieillir »
- Maillage et efficacité des filières et travail en réseau : coordonner l'offre pour une meilleure efficacité avec une prise en compte de la dimension territoriale

- Prise en compte du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) Investissement dans la prévention, l'enseignement et formation spécifique et recherche

I.B État des lieux en Lorraine

Épidémiologie

Urgences : le recours aux urgences est dû à des accidents dans 50% des cas, à des douleurs dans 35%, et à des malaises dans 20% des cas. Ce mode d'accès est considéré comme un, préalable à une prise en charge hospitalière dans un autre service.

Démences : elles ont sous diagnostiquées et sous médicalisées
Selon l'étude Paquid, l'incidence des démences est de 15,9/1000 personnes-années. Elle augmente fortement après 75 ans pour atteindre 60/1000 personnes-années.

La prévalence chez les 75 ans et plus est de 17,8 %

75-79 ans	→	6,5 %
85-89 ans	→	27,6 %
≥ 90 ans	→	47 %

Soit environ 800.000 personnes démentes de 75 ans et plus en France et environ 32 000 en Lorraine, dont 25 500 Alzheimer.

Intoxication : 10 à 15 % des effets indésirables des médicaments chez les personnes de plus de 65 ans les conduisent à l'hospitalisation. Les causes en sont la poly médication, les erreurs de prescription et d'administration.

Insuffisance cardiaque : sa prévalence est en augmentation

AVC : il existe un accès insuffisant à la neurologie et à des services de rééducation fonctionnelle.

Dénutrition : elle est sous diagnostiquée

Troubles mentaux : les dépressions sont sous diagnostiquées. L'incidence des suicides est importante en particulier dans les départements de Meuse et Vosges.

Cancers : l'incidence des cancers après 65 ans est globalement supérieur à celle de la France entière : + 16% chez les hommes et 9,2 % chez les femmes 1^{ère} cause de mortalité devant les maladies cardio-vasculaires chez les hommes âgés et 2^{ème} cause chez les femmes. Il existe une sous médicalisation de la ,prise en charge.

Incontinence : elle est très insuffisamment prise en charge

Cataracte : sous accès à la chirurgie avec des risques de cécité

Ostéoporose : à peine 20% des femmes atteintes sont diagnostiquées. Les risques de pathologies traumatiques sont très importants

IRC : 30,5 % des dialysés ont plus de 75 ans, 67% sont pris en charge en centre lourd, 77% en hémodialyse et 21% en dialyse péritonéale

Maltraitance : ce risque est important et doit être dépisté

Évolution démographique de la population des personnes âgées

- En Lorraine, l'INSEE prévoit un nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2010 de 203 228 soit une progression de 15% et en 2015, 218 113 soit une progression de 23% en 10 ans.
- L'augmentation est encore plus marquée avec les personnes âgées de 85 ans et plus : + 49% en 2010 et 92% en 2015.

I.C Offre de soins en 2005

Bilan SROS 2

Les objectifs étaient au nombre de 5 :

- Améliorer l'accessibilité aux différents types de structures à compétence gériatrique
- Adapter les soins hospitaliers aux spécificités du patient âgé

- Prévention des dépendances physiques et psychiques
- Formation gérontologique des personnels
- Egal accès et éthique de l'accueil des personnes âgées ;

Forces :

- De 1999 à 2005 la structuration des filières gériatriques s'est engagée en liaison avec les conseils généraux et les responsables de structures médico-sociales dans les bassins de santé surtout en Meuse, Meurthe et Moselle et Vosges.
- Le développement des prises en charge en ambulatoire et alternatives à l'hospitalisation : consultations d'expertise gériatrique, hôpitaux de jour, unités d'appui gérontologique, équipes mobiles extra hospitalière,
- Les réseaux gérontologiques connaissent un développement important. Ils sont au nombre de 8.
- Identification de lits de courts séjours gériatriques : (St Dié, CHU Nancy, CHR),
- Maillage progressif de la région en CLIC
- Développement des HJ, des consultations, d'équipes mobiles (CHU, Epinal)
- Existence d'une dynamique de mise en place de filières gériatriques intra et extrahospitalières intéressante sur le Lunévillois, le Barrois
- Elaboration de protocoles pour la prise en charge des urgences en liaison avec l'HAD sur Metz

Faiblesses :

Structuration insuffisante : mauvaise répartition de l'offre de soins, insuffisante coordination des ETS d'un même territoire, manque de lisibilité

- Le contenu des filières reste insuffisant (peu d'équipes mobiles)
- Evaluations gériatriques précoces insuffisantes
- Soins de suite insuffisamment qualifiés pour accueillir des PA polyopathologiques
- Evaluations insuffisantes du fonctionnement de ces services par défaut de cahier des charges définis
- Manque de formalisation des filières d'entrées et de sortie hospitalières
- Culture gériatrique des acteurs hospitaliers insuffisante
- Réorganisation intra hospitalière pour une prise en charge globale et efficace des PA à renforcer
- Filières engorgées
 - o Difficultés de créer des lits de court séjour gériatrique et des hôpitaux de jour d'expertise de rééducation gériatrique
 - o par l'amont avec des hospitalisations indues correspondant à des crises médico-sociales pour lesquelles l'hospitalisation reste la seule solution,
 - o par l'aval avec l'insuffisance des structures de SSR ou plutôt de structures médico-sociales
 - o Recours aux urgences inappropriées,
 - o Usage inadéquat des SSR (salle d'attente, dégagement)
- Impréparation des sorties hospitalières
- Recours au long séjour abusifs, faute de maison de retraite
- Manque de structures psychiatriques pour les personnes âgées à temps partiel
- Consultations et hospitalisation de jour presque exclusivement développées dans le domaine des démences et mémoire.
- Absence de coordination régionale des réseaux

Point particulier

Les USLD n'ont pas connu de développement du fait de l'absence de la définition de leurs missions et de l'incertitude pesant sur leur évolution réglementaire et financière, alors que les demandes sont fortes. Dans les Vosges et en Moselle des enquêtes PATHOS ont été menées et ont montré qu'une majorité de patients âgés hospitalisés en USLD relevaient de structures médico-sociales. Dans les Vosges une partie des lits d'USLD a été transformée en places médico-sociales à la faveur de l'élaboration des conventions tripartites.

Équipement des établissements de santé

Catégorie	Raison Sociale	SERVICE DE COURT SEJOUR GERIATRIQUE				COMPETENCE GERIATRIQUE *						Consultations mémoire		Séances 2004	HJ	
		Lits et places		Personnel		Existence d'un Service d'urgence	Equipe mobile			Autres		File active 2004	Consultations 2004			ETP médecins
		nombre de lits	nombre de places d'hospitalisation de jour	ETP médicaux	ETP non-médicaux	OUI / NON	OUI / NON ?	ETP médicaux	ETP non-médicaux	ETP médicaux	ETP non-médicaux					
PSPH	Association hospitalière de Joef	16	2	1	19,33	non	non					277	374	0,81	2,88	
PSPH	Association hospitalière Bassin de Longwy	14				oui	non							1***	1,2***	
PU	CHU Nancy	59	5			oui	oui	1				988*****	1776	1	3,6	
PSPH	Maison Hospitalière St Charles Nancy=	20	5	1,5		non	non						80	0,1	1	
PU	CH Pont à Mousson=	8	0	0,5		oui	oui		0,5			38	56			
PU	CH Toul					oui						221		0,2	0,4	
PU	CH Lunéville					oui						69	139	0,6***	1,9***	
PU	CHS St Nicolas de port					non						213	366	0,2	0,6	
PU	CH Verdun					oui						191	350	0,5	0,75	
PH	CH Bar le Duc					oui	oui	1	3,2			251*	377	0,35	1,15	
PSPH	Alpha Santé	26				non	oui					273	481	0,3	0,3	89

	Thionville																		
PSPH	Alpha Santé Algrange											148	302	0,2	0,2				
PSPH	Hôpital de Moyeuve											54		0,2	0,2				
PSPH	Hôpital de Marange											83	83	0,5	1				
PU	CHR Metz	40	10		oui	non								1,1***	4***				
PU	CHR Thionville	10			oui							443	657	0,2	0				
PSPH	Cl Ste Elisabeth thionville														1	0,5			
PU	CH St Avold											225		0,6					
PSPH	Hôpital de Creutzwald											335		1***	4,1				
PSPH	Hospitalor Forbach											50							
PU	CH de Sarrebourg													0,3	1				
pu	HL de Dieuze													0,2	1,1				
PU	CH St Dié****				oui	oui	1							**	0,1				
PU	CH Epinal****				oui	oui	0,5	1				343	389	0,9	2,2				
PU	Ch Golbey****				non	oui	0,5												
PU	CH Neufchâteau													30*****	64	0,1	0,1		

* avec des consultations avancées à Commercy

** ouverture fin d'année 2004

*** Hj essentiellement

**** coopération inter-établissements (Epinal, Golbey, St Dié, Golbey, , Val du Madon,

***** activités sur 1/10/2004 à 30/09/2005

***** CMRR et consultations mémoire

Personnes âgées et hôpital (Médecine et chirurgie)

Evolution des séjours PMSI sur 4 ans des personnes âgées de 75 ans et plus

Sur 4 années 2001, 2002, 2003, 2004 : il y a eu 130 752 hospitalisations qui se décomposent ainsi :

	Nombre de journées
Chirurgie HC	20 658
Chirurgie CM 24	6 713
Médecine HC	48 836
Médecine temps partiel	18 630
Séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie)	35 915

Court séjour gériatrique

La circulaire du 18 mars 2002 propose que chaque établissement disposant d'un service d'accueil des urgences dispose de lits de médecine gériatrique aiguë : 50 % en sont pourvus (Nancy, Metz, Thionville)

Peu de lits de médecine sont spécifiquement dédiés à la prise en charge gériatrique : 193 lits sont installés.

SSR

Une majorité des journées d'hospitalisation des services de soins de suite sont réalisées par des personnes de plus de 75 ans mais les lits en Soins de Suite et Réadaptation ne sont pas spécifiquement gériatriques. Peu d'unités déclarent une activité spécifiquement gériatrique (notion de filière gériatrique).

Soins de Longue Durée

L'offre de soins pour ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes est très inégale sur le territoire lorrain.

Consultations gériatriques et Consultations mémoire

La très grande majorité des consultations gériatriques existantes est orientée vers le diagnostic et la prise en charge des troubles de la mémoire et de la démence; Peu de structures proposent d'autres consultations (évaluation gériatrique globale, consultation de médecine interne gériatrique, consultation à orientation spécifique telle que les troubles de l'équilibre, la continence,)

Le CMRR (Centre Mémoire de Ressources et de Recherche)

En 2003 un Centre mémoire de ressources et de recherches a été labellisé par l'ARH au CHRU de Nancy.

En 2004 l'activité a été de :

	Nombre de consultations	1 ^{ère} fois
CMRR neurologie	640	156
CMRR gériatrie	1136	337
CMRR Lorraine	1776	493

Le profil des patients

Age moyen	gériatrie	neurologie
Homme	78	73,5
Femme	80	76,15

Répartition par sexe :

- Homme : 40%
- Femme : 60%

Répartition géographique

	Gériatrie	Neurologie
< 50 KM	87%	76%
> 50 KM	13%	24%

Les diagnostics : à revoir ensemble neurologie et gériatrie

- Maladies Alzheimer < 65 ans : 2%
- Maladies Alzheimer >65 ans : 43%
- Démence mixte : 15,4%
- Syndrome dépressif : 11%
- Démence vasculaire : 7%

Les consultations mémoire de proximité

De nombreuses consultations mémoire fonctionnent en Lorraine. Un tableau en annexe 1 résume les activités et les moyens spécifiques en 2004 : 4232 patients ont bénéficié au moins d'une consultation mémoire et 5494 consultations ont été déclarées par les établissements.

La labellisation de ces consultations est en cours ;

Les localisations actuelles sont les suivantes :

Territoire	Localisation des consultations mémoire
Verdun	Consultation au CH de Verdun
St Mihiel	Consultation avancée du CH de Verdun, de Saint Mihiel
Briey	La consultation mémoire fonctionnant à l'Hôpital de Joeuf répond aux critères de labellisation
Longwy	Une consultation existe qui reste à développer, des consultations avancées sont organisées en EHPAD
Thionville	Consultations au CHR Thionville Consultation au Kem à Thionville et à Algrange (Alpha Santé) Consultations à la clinique Ste Elisabeth
Metz	Consultations au CHR de Metz Consultations à l'Hôpital de Marange
Bassin houiller	Consultations : - CH de Boulay - CH Lemire à St Avold - Hospitalor Forbach - Hôpital de Creutzwald
Sarreguemines	
Saulnois	Consultations avancées de Sarrebourg
Sarrebourg	Consultations débutantes
Barrois	Une consultation au CH de bar le Duc avec

	échanges de compétence avec le CH de St Dizier
Haut Val de Meuse	Au CH de Commercy : Consultations avancées du CH de Bar le Duc
Ouest vosgien	Consultation au CH de Neufchâteau
Sud ouest Meurthe et Mosellan	Consultations au CH de Toul
Val de Lorraine	Consultation récente à Pont à Mousson qui va s'adosser sur le CMRR de Nancy
Nancy	Consultations au CHS de St Nicolas de Port La consultation de la maison hospitalière st Charles va se rapprocher du CMRR de Nancy
Lunévillois	Consultations récente depuis 2004
Vosges centrales	Pôle spinalien : consultations depuis 2003 en lien avec les CH de St Dié, Neufchâteau et Vittel
Déodatie	Consultations au CH de saint Dié
Remiremont	Consultations au CH de Remiremont

Réseaux

Plusieurs réseaux se sont développés qui ne couvrent pas totalement le territoire lorrain :

Territoire de santé	Territoire de proximité	Réseaux	Dotations des réseaux
Nord	Thionville	Gérontonord	oui
	Metz	Pays messins	non
	Bassin houiller	REGEME	oui
Sud	Barrois	Age et santé	oui
	Sel et Vermois		oui
	Val de Lorraine		non
	Nancy	Réseau Cuny	oui
	Lunévillois	Réseaulu	oui

Offre et Organisation médico-sociale

Les schémas médico-sociaux de Meuse, Meurthe et Moselle et Vosges sont arrêtés
La situation de la Lorraine se situe en équipement en Maisons de retraite : par rapport au national, régional, EHPAD : places accueil de jour séjour temporaire :

La région Lorraine au 31/12/2005 avec un nombre de places en SSIAD de 2876 et un nombre de places en maisons de retraite et Foyers Logements et USLD de 26 160 se situe au-dessus de la moyenne française en taux d'équipement : 15,8 % de places pour 100 habitants de plus de 75 ans.

Ce taux d'équipement régional qui peut paraître satisfaisant recouvre des situations très au sein de la région :

- Pour les Maisons de retraite :

Taux régional : 95,12 % de places pour 1000 habitants de plus de 75 ans

Taux le plus faible : 30,76 % - Territoire n°4 : Longwy

Taux le plus élevé : 185,69 % - Territoire n°9 : Saunoy

- Pour les USLD :

Taux régional : 17,37 % de places pour 1000 habitants de plus de 75 ans

Taux le plus faible : 4,62 % de places - Territoire n°19 : Déodatie

Taux le plus élevé : 39,82 % de places - Territoire n°14 : Sud Ouest Meurthe-et-Mosellan

Mais pour cette catégorie il faut intégrer le fait que certains USLD ait déjà été transformé en EHPAD médico-sociales.

MAISONS DE RETRAITE DE LA REGION LORRAINE TAUX D'EQUIPEMENT EN 2005

TERRITOIRES DE PROXIMITE	Autorisé	Installé	population 60ans et+	TE installé pour 1000	population 75ans et+	TE installé pour 1000	population 85ans et+	TE installé pour 1000
1: Pays de Verdun	792	790	16990	46,50	6795	116,26	1331	593,54
2 : Pays Cœur de Lorraine	160	160	5110	31,31	2115	75,65	385	415,58
3 : Pays de Briey	428	368	18038	20,40	6999	52,58	1137	323,66
4 : "Longwy"	222	222	19266	11,52	7218	30,76	1139	194,91
5 : "Thionville"	1003	968	46492	20,82	15763	61,41	2561	377,98
6 : "Metz"	2390	2288	69077	33,12	24092	94,97	4657	491,30
7 : "Bassin Houiller"	1054	985	49530	19,89	17339	56,81	2905	339,07
8 : Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	659	596	20729	28,75	7088	84,09	1230	484,55
9 Pays du saulnois	440	462	6381	72,40	2488	185,69	537	860,34
10 : Pays de Sarrebourg	499	499	13417	37,19	4792	104,13	982	508,15
11 : Pays barrois	470	470	14728	31,91	5780	81,31	1200	391,67
12: Pays du Haut Val de Meuse	253	250	5226	47,84	2192	114,05	482	518,67
13 Pays de l'Ouest Vosgien	874	859	13749	62,48	5355	160,41	1207	711,68
14 : Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	455	466	16763	27,80	6078	76,67	1216	383,22
15 Pays du Val de Lorraine	927	866	18931	45,75	6732	128,64	1345	643,87
16 : "Nancy"	2400	2008	53035	37,86	20512	97,89	4724	425,06
17 : Pays Lunévillois	732	740	17250	42,90	6818	108,54	1450	510,34
18 : Pays des vosges centrales	1744	1674	32371	51,71	12930	129,47	2813	595,09
19: Pays de la Déodatie	824	817	19038	42,91	7568	107,95	1641	497,87
20 : Pays de Remiremont	1308	1322	20662	63,98	8073	163,76	1878	703,94
TOTAL	17 634	16 810	476 783	35,26	176 727	95,12	34 820	482,77

DRASS Lorraine nov 2005

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LA REGION LORRAINE TAUX D'EQUIPEMENT EN 2005

TERRITOIRES DE PROXIMITE	Autorisé	Installé	population 60ans et+	TE installé pour 1000	population 75ans et+	TE installé pour 1000	population 85ans et+	TE installé pour 1000
1: Pays de Verdun	120	120	16990	7,06	6795	17,66	1331	90,16
2 : Pays Cœur de Lorraine	70	70	5110	13,70	2115	33,10	385	181,82
3 : Pays de Briey	41	41	18038	2,27	6999	5,86	1137	36,06
4 : "Longwy"	182	176	19266	9,14	7218	24,38	1139	154,52
5 : "Thionville"	274	274	46492	5,89	15763	17,38	2561	106,99
6 : "Metz"	475	443	69077	6,41	24092	18,39	4657	95,13
7 : "Bassin Houiller"	304	199	49530	4,02	17339	11,48	2905	68,50
8 : Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	124	124	20729	5,98	7088	17,49	1230	100,81
9 Pays du saulnois	75	65	6381	10,19	2488	26,13	537	121,04
10 : Pays de Sarrebourg	117	117	13417	8,72	4792	24,42	982	119,14
11 : Pays barrois	120	120	14728	8,15	5780	20,76	1200	100,00
12: Pays du Haut Val de Meuse	65	65	5226	12,44	2192	29,65	482	134,85
13 Pays de l'Ouest Vosgien	75	75	13749	5,45	5355	14,01	1207	62,14
14 : Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	242	242	16763	14,44	6078	39,82	1216	199,01
15 Pays du Val de Lorraine	51	51	18931	2,69	6732	7,58	1345	37,92
16 : "Nancy"	388	388	53035	7,32	20512	18,92	4724	82,13
17 : Pays Lunévillois	207	207	17250	12,00	6818	30,36	1450	142,76
18 : Pays des vosges centrales	140	75	32371	2,32	12930	5,80	2813	26,66
19: Pays de la Déodatie	51	35	19038	1,84	7568	4,62	1641	21,33
20 : Pays de Remiremont	123	123	20662	5,95	8073	15,24	1878	65,50
TOTAL	3 244	3 010	476 783	6,31	176 727	17,03	34 820	86,44

DRASS Lorraine nov 2005

STRUCTURES PERSONNES AGEES DE LA REGION LORRAINE (Maisons de retraite+USLD+Foyers logements)TAUX D'EQUIPEMENT EN 2005

TERRITOIRES DE SANTE	Autorisé	Installé	population 60ans et+	TE installé pour 1000	population 75ans et+	TE installé pour 1000	population 85ans et+	TE installé pour 1000
1: Pays de Verdun	1090	1088	16990	64,04	6795	160,12	1331	817,43
2 : Pays Cœur de Lorraine	350	350	5110	68,49	2115	165,48	385	909,09
3 : Pays de Briey	830	770	18038	42,69	6999	110,02	1137	677,22
4 : "Longwy"	733	727	19266	37,73	7218	100,72	1139	638,28
5 : "Thionville"	1880	1845	46492	39,68	15763	117,05	2561	720,42
6 : "Metz"	3880	3745	69077	54,21	24092	155,45	4657	804,17
7 : "Bassin Houiller"	1970	1793	49530	36,20	17339	103,41	2905	617,21
8 : Pays de Sarreguemines, Bitche, Sarralbe	911	848	20729	40,91	7088	119,64	1230	689,43
9 Pays du saulnois	578	590	6381	92,46	2488	237,14	537	1098,70
10 : Pays de Sarrebourg	786	786	13417	58,58	4792	164,02	982	800,41
11 : Pays barrois	691	691	14728	46,92	5780	119,55	1200	575,83
12: Pays du Haut Val de Meuse	352	349	5226	66,78	2192	159,22	482	724,07
13 Pays de l'Ouest Vosgien	1031	1007	13749	73,24	5355	188,05	1207	834,30
14 : Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	918	929	16763	55,42	6078	152,85	1216	763,98
15 Pays du Val de Lorraine	1283	1222	18931	64,55	6732	181,52	1345	908,55
16 : "Nancy"	3811	3419	53035	64,47	20512	166,68	4724	723,75
17 : Pays Lunévillois	1275	1287	17250	74,61	6818	188,77	1450	887,59
18 : Pays des vosges centrales	2188	2053	32371	63,42	12930	158,78	2813	729,83
19: Pays de la Déodatie	1064	1045	19038	54,89	7568	138,08	1641	636,81
20 : Pays de Remiremont	1598	1613	20662	78,07	8073	199,80	1878	858,89
TOTAL	27219	26 157	476 783	54,86	176 727	148,01	34 820	751,21

DRASS Lorraine nov 2005

APA :

	2002	2003
54	7712	7724
55	1858	2398
57	8116	8809
88	4858	4796
Lorraine	24 546	23 727

En Lorraine sur les 23 727 personnes percevant l'APA la moitié est encore à son domicile tandis que l'autre se trouve en établissement ;

Structures de prise en charge à domicile

Le vieillissement de la population, avec une part de plus en plus importante de personnes très âgées, conditionne une demande accrue de soins de santé non spécifiques liés à la polymorbidité (soins médico-techniques), de soins ou d'aides plus spécifiques pour le handicap corporel et mental (soins de base) et pour le handicap domestique et social.

Cependant, à un moment donné, une personne âgée peut présenter une perte d'autonomie sans pathologie aiguë ou sans poussée évolutive d'une pathologie chronique. De même, elle peut souffrir d'une ou plusieurs affections aiguës ou en poussée évolutive sans perte d'autonomie.

Il est donc habituel de distinguer les soins médicaux et techniques en lien avec les pathologies, les soins d'hygiène et l'aide aux actes essentiels de la vie ou « soins de base et relationnel » qu'impose le handicap corporel et mental et les aides sociales pour les activités de la vie quotidienne liées à la perte d'autonomie domestique et sociale.

La prise en charge à domicile relève des services de soins infirmiers à domicile et des infirmiers libéraux. Mais, quelle que soit l'intervention des professionnels, l'entourage reste le pivot du maintien à domicile.

La majorité de nos aînés souhaitent vieillir et terminer leur existence chez eux. **Une politique de maintien à domicile**, préconisée dès les années 70 à la suite du rapport LAROCHE, reste au centre des préoccupations des pouvoirs publics dès lors qu'ils s'intéressent à l'organisation gériatrique

II Objectifs généraux et opérationnels

II.A Objectifs généraux

Accessibilité

Améliorer l'accessibilité aux différents types de structures hospitalières à compétence gériatrique :

Hôpitaux de jour

Consultations

Court séjour gériatrique

HAD

Sécurité-qualité définition de son contenu

« L'objectif des gériatres n'est pas la prolongation de la vie coûte que coûte mais bien la prévention ou la guérison de telle ou telle maladie parfaitement curable pour assurer au sujet une vie la plus indépendante possible, le plus longtemps possible et enfin l'accompagnement la plus respectueux le moment venu avec le meilleur confort, sans acharnement mais également sans

abandon , ni perte de chance » Dr Vetel, président du syndicat national de gériatrie clinique

- Adapter l'organisation et les soins hospitaliers à la prise en charge spécifique des personnes âgées en demande de soins
- Améliorer la qualité et la satisfaction des usagers
- Eviter les hospitalisations inutiles
- Respecter les recommandations de bonnes pratiques (sur les mesures de contention, la prévention des escarres, la prescription médicamenteuse, assurer des services sûrs et des aménagements adaptés)
- Eviter les hospitalisations prolongées (pathologies en cascade, pathologies nosocomiales, attente de solution sociale)

Continuité

La coordination des soins doit permettre la continuité des soins d'un patient âgé quel que soit le lieu de sa prise en charge. Il est indispensable qu'un partenariat s'instaure entre les différents acteurs autour de la personne âgée quel que soit leur statut ou leurs missions. La filière hospitalière, le réseau gériatrique sont des réponses à cette nécessaire continuité.

Filières gériatriques hospitalières et réseaux

- Intégration formalisée et progressive des filières dans les réseaux gériatriques de proximité orienté vers les EHPAD, les services à domicile, les professionnels libéraux et les CLIC
- Améliorer l'articulation avec les autres intervenants
- Promouvoir les complémentarités avec les acteurs du champ médico-social : les filières gériatriques doivent s'organiser pour répondre au mieux aux besoins des médecins coordonnateurs des EHPAD pour permettre une meilleure formation , prévention pour éviter des hospitalisations , favoriser les conventions , les outils communs pour mise à disposition de compétences

Globalité : évaluation gériatrique

Permettre dans chacun des territoires de disposer de compétences d'équipes pluridisciplinaires (pôles d'évaluation) pour assurer la prévention, des diagnostics et des évaluations médico-psycho-sociales permettant d'établir des projets de vie et de soins pour les PA en liaison avec les médecins généralistes traitants et les services d'aide à domicile.

II.B Objectifs opérationnels

1 - Dynamiser la construction des filières gériatriques et le maillage des territoires

- Construire les filières dans chacun des 17 territoires de proximité les plus peuplés par les ETS du territoire. Les 3 territoires : du Saulnois, du Haut Val de Meuse et du Cœur de Lorraine seront complètement associés aux filières des territoires adjacents.

Tous les ETS du territoire doivent concourir en complémentarité à la constitution de cette filière en construisant un projet médical commun en articulation forte avec les autres acteurs du réseau de santé. Ce projet prévoira l'organisation globale et la répartition des activités et des ressources. Une prise de conscience des directeurs et présidents de CME est nécessaire au développement des courts séjours gériatriques en particulier .

Les établissements en charge de la psychiatrie seront complètement associés à cette élaboration.

- Création d'un pôle de compétence gériatrique sur les territoires de proximité : ce pôle pourra être constitué de professionnels et de structures d'un ou plusieurs établissements.

Organiser par territoire de proximité un pôle de compétence gérontologique assurant une filière gériatrique complète avec une équipe intra et extra hospitalière qui s'inscrit dans la continuité avec le milieu ambulatoire sanitaire et médico-social en constituant un réseau gérontologique

Organisation de pôles gériatriques avec une équipe de coordination et de régulation (médecin, IDE, assistante sociale) qui pourrait être l'interlocuteur des médecins traitants pour organiser des prises en charge adaptées et l'interlocuteur des médecins des ETS (urgences, chirurgie, spécialités...)

Ces pôles de compétence doivent être en mesure d'évaluer

- Les capacités cognitives
- Capacités à exercer les activités de la vie quotidienne
- Risque de dépression
- Troubles de l'équilibre et de la motricité
- Troubles visuels et auditifs
- Etat nutritionnel
- Risques d'escarres
- Troubles vésico-sphinctériens

- Création de courts séjours gériatriques
- Création d'hôpitaux de jour
- Création d'équipes de liaison intra et extra hospitalières
- Création de consultations gériatriques polyvalentes d'évaluation et de consultations spécifiques : mémoire, incontinence, nutrition, chutes, iatrogénie
- Médicaliser les SSR et mieux définir leurs missions, ajuster les moyens au regard des projets de soins de réadaptation
- Soins de longue durée : en attendant une nouvelle réglementation il y a nécessité de réserver ces unités à des PA dépendantes mais requérant aussi des soins médicaux et techniques importants (SMTI). Une évaluation systématique des besoins en soins médicaux et techniques s'impose pour toutes demandes en USLD.

2 - Optimiser la prise en charge des PA aux urgences

Il convient de différencier la prise en charge dans un contexte aigu, urgent, de la prise en charge différée non urgente.

Il faut souligner que, pour les personnes âgées, le passage aux urgences est souvent une expérience difficile, du fait des délais d'attente, souvent dans des conditions mal adaptées à leurs handicaps, y compris les soins de base.

Il faut donc réserver le passage par les urgences aux patients dont l'état de santé le justifie réellement et privilégier, pour les autres, un accueil programmé, rapide, directement en court séjour gériatrique.

DANS LE CONTEXTE URGENT

Le patient peut venir soit de son domicile, soit d'une structure gériatrique. Dans les deux cas, se pose le problème de la coordination entre la structure d'origine du patient et les urgences.

L'évaluation gériatrique du patient qu'il soit à domicile ou en structure est nécessaire et passe par un dossier gériatrique tenu à jour et actualisé. De ce dossier pourrait être extraite une fiche de liaison, sorte de **dossier minimum gériatrique de liaison ou dossier de transfert** comprenant l'essentiel des pathologies du patient, de ses thérapeutiques et de son environnement.

Cependant, différents problèmes se posent : mises à jour régulières de ce dossier, lieu commun de dépôt pour que les services d'urgences puissent le trouver facilement et son articulation avec le dossier médical personnel à venir.

Place des gériatres dans les services d'urgence

- Les gériatres ne peuvent pas répondre à toutes les demandes et **il est indispensable de former les urgentistes à la prise en charge des personnes âgées** : évaluation globale, dépendance... Il faut également **ajuster les protocoles et les conduites à tenir en urgence à la personne âgée**.
L'évaluation gériatrique globale doit également porter sur l'aspect social, d'où **l'importance de prévoir des temps d'assistante sociale dans les Services des Urgences. : Relation formalisée avec le service des urgences**

- Un certain nombre de patients ont besoin d'une évaluation gérontologique plus complète aux urgences. Il convient donc **d'organiser la possibilité de recourir à une consultation gériatrique rapide** en lien avec les services de gériatrie et de psychiatrie, les CLIC et réseaux et les équipes mobiles. Cette organisation dépend largement des possibilités offertes à chaque établissement de santé. L'intérêt des équipes mobiles appuyées sur un service référent est souligné. Il est proposé que chaque établissement **de santé site d'urgence dispose des compétences d'une équipe mobile gériatrique. Cette équipe mobile doit s'appuyer sur une structure référente** : au mieux, court séjour gériatrique, éventuellement médecine polyvalente ou médecine interne ou SSR.

Par convention avec les Services des Urgences, il faudrait préciser les modalités d'accès à la consultation gériatrique. Par exemple : « Toute personne âgée nécessitant une évaluation gériatrique doit pouvoir être vue en consultation d'évaluation gériatrique dans les x heures suivant son accueil dans l'établissement... ». Cette structuration nécessite que la structure d'urgence dispose de lits d'attente d'ultracourt séjour

- Dans certains cas, le recours aux unités de médecine polyvalente, qui reçoivent en particulier des patients en provenance des urgences et ne nécessitant pas de recours à un service spécialisé peut être utile.

Compte tenu de l'augmentation du nombre des personnes âgées aux urgences, la création de ces unités impose une collaboration avec la gériatrie. Elles nécessitent, comme le reste des urgences, d'augmenter le temps d'expertise gériatrique qui peut être apporté par les équipes mobiles gériatriques.

Elles doivent s'appuyer sur des indications précises pour éviter qu'elles ne deviennent des courts séjours, notamment pour les personnes âgées, et que le court séjour gériatrique devienne une sorte de SSR en relais de ces structures.

De façon générale, ces unités de médecine polyvalente peuvent permettre le passage d'accueils non programmés vers un accueil programmé dans les services de gériatrie et de réguler les flux de bilans très courts. Dans ce cadre, ces unités peuvent être intéressantes pour les services de court séjour gériatrique en leur permettant de retrouver une activité programmée importante.

Se pose enfin le problème de prise en charge en amont, au domicile. En l'absence de prise en charge adaptée, les patients sont systématiquement orientés vers les urgences, ce qui augmente le flux dans ces structures et « embolise » les lits d'hospitalisation. D'où la nécessité, là encore, de réfléchir à une prise en charge gériatrique de qualité en amont reposant sur le médecin généraliste, sur le développement d'hospitalisations à domicile et/ou selon les cas sur des équipes mobiles.

3 - Développer des structures alternatives à l'hospitalisation complète

La filière gériatrique dans les hôpitaux est fréquemment bloquée par la saturation des structures d'aval.

Il apparaît donc d'autant plus important de **développer des structures d'évaluation gériatrique** capables d'accueillir et de suivre les personnes âgées suffisamment tôt pour éviter, autant que faire se peut, les hospitalisations en urgence relative au vu de l'importance de la perte d'autonomie. Ces structures devraient pouvoir mettre en place de véritables actions de prévention pour optimiser le maintien à domicile de ces personnes âgées. Il devrait s'agir au mieux de consultations et **d'hospitalisations de jour gériatriques** regroupant un plateau de services permettant l'accès au minimum à :

- un gériatre
- un psychiatre
- une infirmière
- une psychologue
- une diététicienne
- du personnel de réadaptation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes)
- une assistante sociale
- une aide-soignante
- un secrétariat.

Développer des consultations spécifiques et les évaluations gériatriques

Ces bilans médico-psycho-sociaux permettent de repérer les incapacités potentielles à brève échéance, de proposer un ajustement des traitements en cours, d'anticiper les limites du maintien à domicile, de programmer si nécessaire une hospitalisation adaptée. Un tel plateau d'évaluation gériatrique devrait être disponible par territoire de proximité soit au moins 17 pour la région lorraine. Dans les territoires fortement peuplés, ils pourraient être découpés en plusieurs structures.

La répartition géographique de ces structures est un compromis entre un nombre de places pour 100 000 habitants et un rayon d'action car ces structures sont d'abord des structures de proximité et il paraît difficile d'envisager des déplacements au-delà de 20 ou 30 kilomètres. De façon générale, le chiffre de 5 places pour 100 000 habitants est avancé ou, pour considérer les personnes âgées de plus de 65 ans, 25 lits pour 100 000 personnes de plus de 65 ans. Ce chiffre est à pondérer en milieu rural par l'éloignement.

Création d'équipe mobile de liaison gériatrique

La mission fondamentale de l'équipe d'expertise gériatrique est liée aux besoins de compétence en Gériatrie dans le cadre du diagnostic, du traitement, de la prise en soins globale, de l'orientation en fonction des besoins spécifiques à chaque personne âgée. Elle a ainsi vocation à réaliser une expertise gériatrique et à remplir un rôle de conseil auprès des structures non gériatriques.

Elle permet une orientation vers le service le plus adapté à l'état du patient âgé et alerte par rapport aux problèmes spécifiquement gériatriques.

Elle propose un plan d'aide personnalisé adapté à chaque situation et aide à sa mise en place.

Elle assure le lien entre les différentes structures de prises en charge gériatrique, les services de soins des hôpitaux et les structures extérieures.

Objectifs de l'équipe mobile gériatrique :

- Améliorer l'efficacité des soins aux Personnes Agées et leur orientation au service porte de l'hôpital ou séjournant déjà dans un service hospitalier de court séjour
- Dépister les personnes âgées "fragiles", c'est à dire en risque de décompensation d'une poly-pathologie et/ou en risque de perte d'autonomie, permettant ainsi d'éviter les hospitalisations itératives.
- Assurer une prévention gériatrique secondaire en évitant le développement de pathologies existantes par des interventions efficaces, menées en temps utile.
- Assurer une prévention tertiaire visant à éviter les complications des maladies et tout particulièrement le basculement dans la dépendance.

- Diffuser des compétences gériatriques, en assurant des actions de formation et d'information gériatriques auprès des professionnels hospitaliers des services non gériatriques.
- Contribuer au soutien de l'entourage
- Contribuer, par le partenariat inter-institutionnel, à la promotion des alternatives sociales et médico-sociales à la prise en charge hospitalière

Intégrer l'Hospitalisation à domicile dans la filière gériatrique

L'hospitalisation à domicile doit pouvoir bénéficier d'un temps d'expertise gériatrique qui provient essentiellement de la structure gériatrique de proximité, équipe de liaison par exemple.

L'intervention de l'HAD en EHPAD peut également être intéressante pour renforcer temporairement l'équipe de ces structures et éviter une hospitalisation. Elle peut également dans certains cas apporter une technicité supplémentaire. Cet aspect peut également être apporté par l'équipe de liaison en fonction des organisations locales.

4 - Développer le court séjour gériatrique

La mission du service de Médecine Gériatrique est la prise en charge de pathologies aiguës survenant chez des sujets âgés, depuis la réalisation d'un bilan diagnostique et étiologique jusqu'à la mise en route de thérapeutiques adaptées.

La spécificité de la séméiologie gériatrique, la nécessité d'une prise en charge globale médico-psycho-sociale justifie l'existence d'une unité de court séjour "actif", à orientation gériatrique, accueillant directement ou après passage par le Service des Urgences, des patients âgés nécessitant une prise en charge spécifique et globale.

Les missions d'un service de gériatrie sont celles de tout service de médecine interne en direction d'une population spécifique : les personnes âgées :

- Accueil des patients âgés présentant une pathologie aiguë
- Etablissement d'un diagnostic gérontologique
- Proposition et mise en place d'une prise en charge médicale, psychologique et/ou sociale adaptée à la situation
- Prévention et prise en charge des périodes de crise du maintien à domicile

La mise en place de lits dédiés, parfaitement repérés dans l'établissement sous la forme d'unités de court séjour gériatrique spécifique ou de lits gériatriques au sein d'un service de médecine polyvalente notamment dans les hôpitaux disposant d'un service des urgences ;

Ils doivent bénéficier de l'intervention, à la demande, de toutes les spécialités d'organe en tant que consultants, diffuser l'esprit gérontologique dans les autres unités de soins. Ils doivent avoir une relation formalisée avec les urgences

Ils doivent bénéficier de moyens suffisants en personnel (personnel médical, paramédical, réadaptation, psychologues, assistantes sociales...), et en matériel (matelas anti-escarres...). Le personnel doit être sensibilisé et formé aux spécificités de la personne âgée. Ces services doivent être situés à proximité d'un plateau technique suffisant.

Il devrait exister un service de court séjour gériatrique par territoire de proximité de plus de 50 000 habitants pour qu'il puisse assurer son rôle de proximité. Ces services doivent être bien coordonnés avec les structures libérales (médecins généralistes, services de soins à domicile, réseaux, CLIC) et les institutions : ceci permettrait une évaluation rapide des patients et la préparation d'un retour à domicile la plus précoce possible et dans les meilleures conditions.

Ils devraient également comprendre des lits d'accueil temporaire à visée sanitaire pour accueillir les patients déments présentant des troubles psycho-comportementaux éventuellement accompagnés de décompensations somatiques.

En l'absence de service de court séjour gériatrique, ou en attendant leur création, le minimum est que les services de médecine interne – médecine polyvalente puissent recourir dans leur établissement aux compétences de l'équipe multidisciplinaire dont le gériatre mentionné précédemment.

5 - Promouvoir des Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique au sein des SSR polyvalents

L'objectif essentiel d'un service de Convalescence et de Réadaptation Gériatriques est de mettre en œuvre les soins médicaux, psychologiques et de rééducation permettant, chaque fois que possible, un **retour à domicile** dans les meilleures conditions.

Sa finalité ne doit pas être seulement le "dégagement" des services de court séjour le plus rapidement possible mais d'assurer la **continuité avec le court séjour**, dans le but de réinsertion, en intégrant le patient dans une filière de soins. Il permet ainsi un bon fonctionnement en amont (services hospitaliers de médecine et chirurgie) et en aval (retour à domicile).

Parfois la **préparation d'une entrée en institution** pour personnes âgées dépendantes peut y être réalisée en partenariat avec les services sociaux et la famille, lorsque le retour à domicile n'est plus possible.

Les structures de soins de suite spécifiquement gériatrique ont un grand intérêt du fait :

- des besoins en expertise gériatrique
- de la nécessité d'une prise en charge globale et spécifique
- de la durée de prise en charge longue (supérieure à celle d'un SSR polyvalent) nécessitant une adaptation des locaux et du projet de vie (animation...)
- des besoins en rééducation (personnel et matériel)
- de la prise en charge en soins palliatifs...

L'admission dans ces unités peut être directe sans passage systématique par un service de court séjour sous réserve d'une évaluation complète ait été préalablement effectuée.

Le SSR gériatrique impose un projet dans toutes ses composantes médicales, psychologiques et sociales. :

- Missions d'un SSR gériatrique :
- Evaluation gériatrique globale, médicale, psychologique, fonctionnelle et sociale
- Prévention des décompensations, prise en charge des patients présentant des décompensations médicales multiples
- Gestion des complications
- Rééducation et réadaptation des incapacités et dépendances
- Réinsertion sociale
- Accompagnement de la fin de vie

■ **Moyens en personnel**

La dotation en personnel doit être suffisante pour répondre à l'ensemble des missions de ces structures et des problèmes posés par les patients qu'elles accueillent. Les besoins sont estimés à :

- un médecin temps plein gériatre de formation pour 20 lits. Il peut être aidé par un médecin en cours de formation au minimum
- les ratios d'infirmières et d'aides-soignantes devraient être identiques à un service de court séjour, le minimum étant estimé à 0,85 ETP par lit pour l'équipe soignante
- Equipe de rééducation-réadaptation
- temps de diététicienne
- temps d'assistante sociale
- temps d'animation

L'évaluation des besoins en lits est difficile compte tenu du faible nombre de données disponibles. Elle dépend également beaucoup de la qualité de la filière gériatrique et des autres possibilités de prise en charge.

Les entrées directes sont possibles ou à partir des urgences lorsque la situation pathologique relève d'une réhabilitation principalement. Ces structures doivent se recentrer sur leur mission de soin et de réinsertion et ne pas être utilisées comme de lieux d'attente d'une place en EHPAD

6 - Intégrer les EHPAD et les SSIAD dans les filières

Le premier élément de réponse repose sur la **formation du personnel de ces établissements** pour éviter certaines hospitalisations ou prendre en charge dans de bonnes conditions les patients à leur retour d'hospitalisation.

Le deuxième point concerne les **moyens. Le niveau de réponse des EHPAD peut être gradué en fonction de leurs moyens de prise en charge.** La charge de soins peut être évaluée certes par la grille AGGIR mais aussi avec PATHOS.

- **Envisager une prise en charge graduée entre EHPAD et USLD et au sein même des EHPAD** en fonction de leurs projets de prise en charge, de leurs projets de formation, du nombre de personnel dont ils disposent et du projet de vie de l'établissement

- Ne pas laisser seuls les EHPAD. La fonction de médecin coordonnateur est difficile et le temps attribué est souvent insuffisant. Cependant, leur formation et leur présence sont de nature à rassurer le personnel. **Ces médecins coordonnateurs doivent eux-mêmes pouvoir se rassembler, échanger leurs pratiques et poursuivre leur formation.**

- Il faut **mettre l'accent sur les conventions avec l'établissement référent**, mais des conventions qui vivent réellement, permettant des visites réciproques, des échanges de formation aussi bien avec les structures psychiatriques qu'avec les établissements de santé à orientation somatique, notamment avec les plateaux gériatriques.

Réorientation des soins de longue durée

Un processus de redéfinition des unités de soins de longue durée est en cours. La redéfinition des USLD devra être achevée en janvier 2007. Ces unités assureront la prise en charge sur le long terme des patients qui nécessitent une surveillance médicale 24h/24.

Une partie des capacités d'USLD sera transformée en places médico-sociales d'accueil de personnes âgées.

Les établissements de santé et les EHPAD doivent se préparer à cette évolution

Il est important de souligner que les USLD doivent être situées dans un environnement sanitaire hospitalier à proximité d'un plateau technique suffisant pour prendre en charge tous les patients qui ne peuvent trouver leur compte dans l'environnement médico-social.

7 - Intégrer les Hôpitaux locaux et Hôpitaux de proximité dans la filière gériatrique

L'hôpital local lorsqu'il existe constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour des soins de courte durée, à l'occasion d'une affection aiguë qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organes ou pour de soins plus prolongés lorsque la phase de réadaptation est nécessaire

L'hôpital local peut être un bon relais intermédiaire entre la médecine de ville et les hôpitaux, soit en amont, soit en relais d'une hospitalisation. Il pourrait également servir à aider au maintien à domicile des patients ou à leur orientation grâce à des consultations avancées et à des consultations d'évaluation gériatrique. Il faudrait former ses équipes à l'évaluation gériatrique et à la prise en charge des personnes âgées.

Il existe cependant des différences de répartition importantes selon les territoires de proximité.

Ces hôpitaux locaux pourraient rendre des services même près de grandes structures, à condition de bien identifier les filières (ne pas hospitaliser dans les hôpitaux locaux uniquement les patients dont les autres hôpitaux ne veulent pas).

Ils peuvent développer des accueils de jour et des hébergements temporaires

8 - Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée

Les hôpitaux doivent se réorganiser afin de répondre aux exigences de la montée de la démographie des PA. Assurer une hospitalisation adaptée suppose du dispositif hospitalier qu'il définisse:

- les articulations internes entre les services des urgences, médecine et chirurgie et les compétences gériatriques intra voire extra hospitalières afin de faire bénéficier les PA poly pathologiques d'une évaluation gériatrique qui permettra d'affiner le projet et le parcours de soins
- les capacités nécessaires à la prise en charge de ces patients par: redéploiement de lits de médecine et structuration des SRR

9 - Diffusion de la culture gériatrique dans les services hospitaliers

La prise en soins d'une personne âgée malade nécessite des compétences, des savoirs, des savoir-faire spécifiques qui ne sont pas disponibles dans tous les services hospitaliers notamment de spécialité. Il revient au pôle d'expertise gériatrique de diffuser la formation et l'information nécessaires à une prise en charge globale et adaptée aux personnes âgées en sensibilisant les acteurs hospitaliers à la spécificité gériatrique. L'équipe mobile intra-hospitalière est l'un des vecteurs de la diffusion de cette sensibilité gériatrique.

D'autre part, l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique doit être formé à une culture gériatrique commune de prise en charge des personnes âgées (harmonisation du vocabulaire, des pratiques, des objectifs). Cette culture gériatrique commune est le meilleur vecteur de la spécificité et de compétence gériatriques.

10 - Mise en œuvre des réseaux gérontologiques

La construction de ces filières et de ses réseaux se fera au travers du projet de territoire mais encore plus au sein des territoires de proximité. Cette réflexion associera les filières gériatriques des établissements de santé sous forme de compétences multidisciplinaires (équipe mobile), les autres partenaires: Conseil Général, Communes, SSIAD, associations d'aide à domicile, les EHPAD, les usagers et les professionnels de santé libéraux. Une synergie étroite doit être recherchée avec les CLIC.

Compléter le dispositif existant sur les territoires non couverts dans le territoire Nord: Verdun, Sarreguemines, Sarrebourg et le Saulnois, Briey, Longwy et dans le Sud: Epinal, Remiremont, Toul, St Dié.

11 - Améliorer la prise en charge des démences

- Développer les structures de diagnostic pour permettre un diagnostic précoce, garant d'une meilleure prise en charge

- Par la labellisation des consultations mémoire

Une consultation mémoire est constituée d'une équipe pluridisciplinaire capable d'assurer le diagnostic des troubles cognitifs. Elle doit comprendre si possible:

- la possibilité de recourir à un neurologue, un psychiatre, un gériatre
- une ou plusieurs psychologues capables d'assurer à la fois l'évaluation psychométrique des patients mais aussi le soutien aux malades et à leurs familles.
- Une assistante sociale
- Une infirmière coordinatrice
- Une secrétaire
- Des possibilités de réadaptation: kinésithérapeute et orthophoniste.

Ces consultations doivent bénéficier d'un accès facile au plateau technique indispensable: biologie et imagerie (scanner et/ou IRM).

Les consultations mémoire doivent s'appuyer sur un hôpital de jour d'évaluation.

Il est essentiel de privilégier les contacts entre ces consultations mémoire et les médecins libéraux, généralistes mais surtout neurologues. Ceux-ci peuvent en effet assurer le diagnostic des troubles cognitifs mais ne disposent pas d'équipe permettant une prise en charge globale et doivent donc recourir aux services de la consultation pluridisciplinaire, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Répartition régionale des consultations mémoire :

Conformément à la circulaire du 30 mars 2005, l'objectif visé est d'une consultation mémoire pour 15 000 personnes âgées de 75 ans et plus et que chaque territoire de santé de proximité soit pourvu au moins d'une consultation mémoire (sauf éventuellement les trois petits territoires).

En Lorraine, il s'agit à la fois de conserver la richesse des consultations actuelles mais, compte tenu de la petite taille de certaines d'entre elles, de les coordonner au niveau local. Ainsi, les consultations pourraient être labellisées si leur taille et leur activité le permettent. Sinon, elles pourraient regrouper autour d'un centre plus important des consultations décentralisées. Certaines consultations pourraient ainsi être labellisées avec une ou plusieurs consultations avancées.

Par la reconnaissance des compétences qu'il s'agisse de la spécialité de neurologue ou pour les gériatres de l'obtention du DESC, de la capacité de gérontologie ou encore du DIU « Mémoire normale et pathologies de la mémoire » créé conjointement par les Facultés de Nancy et de Strasbourg.

➤ Améliorer la prise en charge médicale

○ Par la formation des médecins

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs. Il est important qu'ils soient formés à cette pathologie, y compris à l'annonce du diagnostic.

○ Par une meilleure prescription médicamenteuse

L'utilisation des médicaments disponibles est encore insuffisante ou inadéquate. Le rôle du pharmacien sur ce point est également important.

○ Par le développement des prises en charge non médicamenteuses

- ateliers de stimulation cognitive : ils pourraient rendre des services au stade de démence précoce. La validation de cette technique est cependant limitée. Une mise au point paraît nécessaire permettant d'en tirer un référentiel régional qui permettrait d'en préciser les indications et les professionnels en capacité d'assurer cette activité.

- soutien aux aidants : la nécessité de la prise en charge à domicile d'un patient dément est conditionnée par la qualité de l'environnement proche. Elle sera d'autant meilleure si celui-ci n'est pas en souffrance. Le soutien, à développer, peut être individuel ou en groupe (groupes de parole).

- prise en charge psycho-affective : la mise en place de travaux de recherche et d'évaluation de ces techniques est nécessaire.

➤ Améliorer la prise en charge sociale

* Par le partenariat avec les acteurs médico-sociaux

* Par le développement de structures d'accueil de jour et de structures de répit

L'accueil de jour assure les premiers contacts avec l'institution. Il permet d'assurer l'information et la formation des patients et de leur famille. Il faut impérativement renforcer compte tenu de leur place essentielle dans le dispositif d'accueil des patients déments. Il convient de faciliter l'accès à ces structures en terme de

proximité, de coût ... Leur projet est à préciser et à construire en lien étroit avec les consultations mémoire et les réseaux.

La gestion des situations de crise, toujours difficile, peut nécessiter un accueil temporaire des patients déments. La demande des soignants, des familles et des associations pour développer ce type de structure est forte. Il peut s'agir :

- *d'accueils temporaires sanitaires* en unités protégées permettant la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des patients déments. Ils sont situés dans des établissements de santé du fait de la nécessité de diagnostic et de prise en charge non seulement des troubles psycho-comportementaux, mais aussi des pathologies organiques éventuellement associées. Ces structures devraient au mieux être adossées à la structure gériatrique de référence de chaque territoire de santé de proximité. IL est également possible d'envisager ce type de structure en milieu psychiatrique

- *d'accueils médico-sociaux* : ces structures médico-sociales poursuivent trois objectifs :

- . proposer une vie sociale à la personne malade au travers d'activités et de rencontres
- . offrir à l'aidant un moment de répit indispensable à la poursuite de son accompagnement ou fournir au patient un environnement favorable pendant une hospitalisation de l'aidant
- . proposer un programme d'activités individualisées ayant pour but de maintenir, voire réadapter, l'autonomie de la personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne

Ces solutions de répit permettent aussi de préparer le patient et l'aidant à une future institutionnalisation.

La palette des prestations peut être multiple : accueil de jour, garde itinérante, accueil de nuit ...

Ces accueils sont situés dans les structures médico-sociales de type EHPAD.

L'idéal est que chaque EHPAD puisse bénéficier de lits de ce type.

De même, dans chaque unité Alzheimer, il serait utile de garder un ou deux lits pour ce type d'accueil.

* Par le développement d'unités Alzheimer au sein des EHPAD et/ou des USLD

Ces unités ont toute leur place au stade de démence modérée. Il faut insister sur le rôle du médecin coordonnateur référent pour l'admission dans ces unités, ainsi que sur l'intérêt du réseau local pour assurer une coordination. Les critères d'admission et de sortie de l'unité devaient être précisés par un référentiel. Une réflexion doit également être menée sur les besoins. Il est proposé une unité Alzheimer par EHPAD de taille suffisante, par exemple 50 à 60 lits au moins.

La connexion avec les structures psychiatriques, les réseaux et les hôpitaux de jour est soulignée.

* Par l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes démentes dans les EHPAD

La prise en charge de ces personnes nécessite, au sein de ces structures, un projet de soin et un projet de vie adaptés aux particularités de cette maladie.

➤ Améliorer le suivi en partenariat avec tous les acteurs médicaux et sociaux

- En partenariat avec tous les acteurs médicaux et sociaux
- En proposant des possibilités de suivi de proximité

Le suivi doit être un service de proximité. Il peut être assuré au mieux par le médecin généraliste en collaboration avec les réseaux gériatriques à condition qu'il soit sensibilisé et formé à cette pathologie.

Le suivi plus spécifiquement cognitif est assuré par les consultations et centres mémoire.

Une interaction permanente entre ces différents acteurs est indispensable en fonction de l'évolution de la maladie et des besoins de chaque patient de façon à apporter toutes les réponses nécessaires : somatiques, psychologiques, familiales, sociales... Ceci nécessite des possibilités de recours aux diverses structures déjà citées : hôpital de jour d'évaluation, accueil de jour, accueil temporaire... et à de la réadaptation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes). Le développement de liens avec les CLIC et les réseaux est indispensable.

➤ Coordonner la prise en charge des démences autour du CMRR

- Par l'utilisation d'outils communs : de façon à harmoniser les pratiques, il est important de définir des outils minimum communs utilisés par toutes les consultations mémoire de région
- Par la mise en place d'un dossier minimum commun
- Par l'élaboration d'une base de données régionales

➤ Améliorer l'information autour des démences

- * Vers les familles et les aidants
- * Vers les professionnels de soins
- * Vers les médecins généralistes et les pharmaciens

D'où l'importance de disposer d'annuaires rassemblant les différentes possibilités de prise en charge dans chaque territoire de santé de proximité (consultations mémoire, hospitalisations de jour, accueils de jour, accueils temporaires, institutions...).

- Développer des espaces de réflexion éthique pour la prise en charge de ces malades

12 - Structurer la psycho-gériatrie hospitalière et de liaison

- Apporter des compétences psychiatriques aux personnes âgées qui en ont besoin (Psychogériatrie)
 - mission d'intervention de la psychiatrie de secteur dans les institutions hébergeant des personnes âgées (EHPAD, hôpitaux locaux)
 - Interventions psychiatriques de liaison et en milieu hospitalier
 - Nécessité d'une formation à la prise en charge gériatrique des infirmiers en psychiatrie de liaison
- Permettre aux personnes présentant des pathologies psychiatriques qui vieillissent de disposer d'une prise en charge adaptée (Gérontopsychiatrie)
 - CMP et CATT pour personnes âgées (en sectoriel ou en intersectoriel)
 - Privilégier la mise en place de CATT pour les personnes âgées atteintes de troubles psychotiques
 - Développer un axe spécifique dans les CMP concernant le travail en Gérontopsychiatrie
 - Création d'hôpitaux de jour psychiatriques (dépression, début de démence, troubles du comportement) en cohérence et mutualisation avec les hôpitaux de jour gériatriques.

13 - Développer l'oncogériatrie

La pathologie cancéreuse est une pathologie fréquente chez la PA qui va aller en augmentant. Sa prise en charge diagnostique et thérapeutique présente des spécificités en particulier chez le grand vieillard.

Les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier de traitements anticancéreux. Mais pour cela une évaluation gérontologique standardisée doit être systématiquement effectuée en plus de la prise en charge clinique habituelle afin d'évaluer les bénéfices-risques de la mise en route de ces thérapeutiques. Cet outil a une valeur pronostique et un impact thérapeutique. La décision de traiter une personne âgée qui présente un cancer dépend du type et du stade évolutif du cancer qui correspond plus au domaine de compétences du cancérologue et à la capacité physique et psychologique à tolérer un traitement domaine de compétences du gériatre. Une prise en charge globale de ce type est probablement un facteur important du pronostic global. La Lorraine dispose de compétences d'un réseau régional d'oncologie ONCOLOR, de réseaux de proximité de gérontologie, ce qui doit permettre d'enclencher une véritable politique coordonnée de prises en charge des PA présentant un cancer.

Un projet dans ce sens vient d'être proposé à l'INCA ; visant à

- adapter les référentiels de cancérologie aux spécificités de la PA

- informer et sensibiliser les acteurs en cancérologie et gériatrie
 - mettre en œuvre des formations
 - intégrer la démarche gériatrique dans la prise en charge cancérologique

ONCOLOR réfléchit aux recommandations qui s'appliqueront sur la région, des consultations avancées d'oncologie pourraient être organisées

14 - Améliorer les prises en charge globale de certaines pathologies

- ostéoporose
- incontinence

15 - Améliorer les conditions de fin de vie

Renforcement des compétences avec l'appui entre autres des EMSP

16 - Place du CHRU de Nancy : référence : soins, recherche, enseignement, formation, prévention

Soins

Le CHRU de Nancy doit avoir une action à deux niveaux : un niveau de proximité, il est l'hôpital de proximité du territoire de santé de Nancy et une action de recours régionale.

Activités de proximité

Le CHRU se situe dans un territoire de proximité qui est l'agglomération de Nancy qui comprend actuellement une population de plus de 20.000 personnes âgées de plus de 75 ans. Il doit proposer une filière gériatrique complète et suffisante en intra-hospitalier et coordonner cette filière avec les autres structures extrahospitalières.

Le constat actuel est celui d'un blocage de la filière. Des lits de court séjour sont fermés faute de personnel infirmier. Le nombre de lits en SSR, EHPAD et USLD est insuffisant. De ce fait, la durée de séjour en amont est excessive. Les patients ne peuvent pas être accueillis dans de bonnes conditions qu'il s'agisse d'accueils programmés ou non programmés.

Le projet du CHU comprend, à terme, le regroupement de sa filière dans un hôpital gériatrique (hôpital Saint-Julien). Seront ainsi regroupés : les consultations gériatriques et mémoire, l'hôpital de jour, le court séjour, les soins de suite, les soins de longue durée et la liaison. Ce regroupement permettra de donner plus de lisibilité à cette filière et d'en optimiser le fonctionnement. Chaque structure de la filière devra être suffisamment performante pour ne pas constituer un frein ou un goulot d'étranglement pour l'ensemble du dispositif.

Connexion avec les autres structures partenaires

- la filière gériatrique du CHU devra se coordonner avec les autres structures du territoire de santé de Nancy pour proposer une offre de soins suffisante et coordonnée.
- la liaison : les objectifs de l'équipe de liaison sont non seulement d'assurer en intra-hospitalier la formation des équipes non gériatriques et la prise en charge des personnes âgées présentant les pathologies les plus lourdes dans ces services, mais aussi d'avoir une action extra-hospitalière : coordination avec le réseau G. Cuny, les SSIAD, l'HAD..., notamment pour assurer formation des intervenants en gériatrie et la continuité des soins à la sortie de l'hôpital. En EHPAD, elle assurera le suivi des conventions passées entre ces structures et là encore avec le CHU dans les domaines de la formation et de la coordination des soins (entrée et sortie de l'hôpital).
- Urgences : il apparaît essentiel de connecter la filière gériatrique au SU. L'objectif principal est de renforcer les liens avec le SU pour lui proposer :
 - . une expertise gériatrique sur place par l'équipe de liaison (SAU et UHCD),
 - . mais aussi des plages quotidiennes de consultation pour assurer l'évaluation gériatrique, l'orientation et la coordination des soins des patients dont l'hospitalisation ne s'impose pas immédiatement. Ceci nécessite le renforcement des moyens de cette équipe. Il apparaît également souhaitable de disposer de lits de court séjour gériatriques

de relais du SAU constituant un ensemble coordonné d'accueil non programmé des patients âgés.

- Centre Mémoire de Ressource et de Recherche : ce centre a une activité à la fois gériatrique et neurologique qui s'exerce actuellement sur deux sites différents d'où l'intérêt d'un regroupement dès que possible sur les hôpitaux de ville à proximité du plateau technique de ces hôpitaux, notamment de la neuroradiologie. Un renforcement des moyens est également indispensable compte tenu de la croissance prévisible des besoins.

Dans les années à venir, la filière gériatrique de CHU devra donc répondre à trois enjeux majeurs :

- Rendre la filière gériatrique plus fluide par le développement adéquat de ses différents maillons ;
- Assurer un accueil non programmé de qualité, ce qui nécessite une proximité géographique, notamment avec les urgences dès que possible, et éviter les hospitalisations inutiles ;
- Développer l'accueil programmé, en ambulatoire et en hospitalisation.

Activités de recours

- Au niveau des soins

Cette expertise doit se développer autour de consultations thématiques reposant sur une expertise particulière, notamment en ce qui concerne la mémoire, l'équilibre, la nutrition, les escarres, la iatrogénie, les troubles mentaux... Le CHU peut également être source de propositions et de réflexions autour des fréquents problèmes éthiques qui se posent autour des personnes âgées.

- Enseignement - Formation

Le CHU assure son rôle de formation initiale des médecins, mais intervient aussi dans de nombreuses écoles paramédicales. Il participe à la formation continue médicale et non médicale. Le CHU assure également l'organisation d'un certain nombre de réunions annuelles dans des domaines très divers de la gériatrie à destination des professionnels concernés.

Compte tenu des besoins à venir, il faut orienter les futurs généralistes et spécialistes vers la gériatrie : avec l'aide de l'ARH, essayer d'inciter et de fidéliser les internes et jeunes médecins à cette spécialité et promouvoir une répartition équitable sur la région.

- Recherche

Le CHU souhaite :

- Développer une recherche de haut niveau dans le domaine gériatrique, recherche encore insuffisamment axée sur les spécificités de la personne âgée en collaboration avec d'autres services ou structures de recherche au niveau régional, national ou international.

- Assurer la diffusion de ses travaux

- Développer et coordonner des travaux de recherche avec les partenaires locaux et régionaux

Des protocoles de recherche sont en cours de développement notamment dans le domaine de la mémoire, des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, de l'équilibre, des pathologies cardiovasculaires et de la thrombose.

- Prévention

Un des enjeux essentiels de la gérontologie moderne est non seulement d'augmenter l'espérance de vie, mais aussi d'augmenter l'espérance de vie sans handicap, c'est-à-dire de favoriser dans toute la mesure du possible un vieillissement réussi, d'où l'intérêt de créer avec les différents partenaires concernés, non seulement dans le territoire de proximité de Nancy mais également dans les autres territoires régionaux, des programmes de prévention : consultations thématiques, ateliers mémoire, ateliers équilibre... mais aussi création de plaquettes sur ce thème, participation à des séances d'information grand public...

4 - Coordination

Le CHU assure son rôle de coordinateur au niveau régional :

- Coordination des consultations mémoire sous l'égide du CMRR
- Coordination des réseaux de proximité créés dans les différents territoires de santé de proximité autour de formations, de la définition d'outils et de référentiels communs, d'échanges de données permettant la réalisation d'états des lieux...

Le CHU participe également à la coordination de la communauté gériatrique :

- Création en décembre 2004 du Collège des Gériatres Lorraine
- Participation au soutien des médecins coordonnateurs avec l'Association des Médecins Coordinateurs d'EHPAD en Lorraine.

17 - Evaluation des organisations et des structures

III. Recommandations d'organisation

III.A Objectifs généraux

Axe fédérateur du SROS III : l'ensemble des services hospitaliers, hormis les maternités, doit être adapté à l'accueil des PA. Ceci implique le développement du soin gériatrique partout où il est nécessaire et une coordination étroite entre les établissements de référence, les services d'urgence, les services médicaux et chirurgicaux hospitaliers, le secteur médico-social et la médecine de ville.

Les objectifs généraux du volet Personnes Agées se déclinent en 7 points :

Assurer le fonctionnement de filières gériatriques hospitalières complètes sur chacun des territoires de proximité.

La notion de filière gériatrique est complémentaire de celle de parcours de soins adapté. Afin d'assurer la meilleure prise en soins possible pour la population des personnes âgées, particulièrement fragile, les 17 territoires de proximité de plus de 50 000 habitants devront pouvoir disposer d'une filière gériatrique hospitalière complète. Pour les 3 autres territoires (Saulnois, Haut Val de Meuse et Cœur de Lorraine) l'organisation de la filière se fera en complémentarité avec respectivement les territoires de Sarrebourg, Verdun et Bar le Duc et Toul

- Promouvoir l'évaluation gériatrique précoce

La prévention fait partie intégrante de la prise en charge des Personnes Agées. Elle implique une évaluation spécifique, globale, incluant tous les aspects de la prise en charge qu'ils soient médicaux, psychologiques, sociaux, environnementaux. De la précocité de l'évaluation dépend l'efficacité de la prévention. Sur chacun des territoires de proximité devra pouvoir être disponibles les moyens d'une évaluation gériatrique globale.

- Recours à une expertise gériatrique adaptée

La spécificité de la Gériatrie nécessite des compétences particulières. Le recours à une expertise gériatrique doit permettre d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, d'améliorer l'orientation des patients, de proposer des alternatives graduées de prises en charge. Cette expertise doit être accessible au médecin traitant, aux services hospitaliers de spécialité ou service d'urgence. Elle peut s'appuyer sur une équipe mobile, un pôle ambulatoire, une unité ou un service de médecine aiguë gériatrique.

- Adapter l'offre de soins hospitalières aux caractéristiques des Personnes Agées, «fragiles» et poly-pathologiques.

Différentes études effectuées en France tendent toutes à montrer qu'il existe un manque de compétences gériatriques tout au long du parcours hospitalier des PA un manque de coordination dans les relations que l'hôpital entretient avec l'extérieur.

Tout patient âgé et très âgé a droit aux soins de spécialités si nécessaire. Les services de médecine, de chirurgie, ou des soins de suite privilégieront une prise en charge globale

Mise en adéquation des moyens avec les missions.

Des évaluations gériatriques standardisées : outil de diagnostic fonctionnel systématisé basé sur l'utilisation d'échelles validées afin de dépister des troubles de la mémoire, ou une altération ou du fonctionnement intellectuel, un syndrome dépressif, une dénutrition, des troubles de l'équilibre et de la marche, une perte d'autonomie. Une fois ces difficultés

repérées, un programme de prise en charge individualisé, adapté aux difficultés repérées peut alors être proposé afin d'améliorer ses capacités fonctionnelles et de la réautonomiser. Elle peut également repérer d'éventuels troubles du jugement et déterminer la capacité du patient à comprendre et participer à un protocole thérapeutique. L'EGS a une valeur pronostique.

- Mieux coordonner les actions de l'hôpital avec les intervenants extérieurs et les « aidants »
- Concorder avec les autorités territoriales en charge des schémas médico-sociaux aux fins de cohérence des politiques
- Contribuer à lutter contre l'épuisement des soignants et des aidants

III.B Par rapport aux principes d'organisation

Description des filières

Structurer la filière gériatrique hospitalière sur chaque territoire de proximité :

Par les ETS du territoire

Par un projet médical commun

Diagnostic de l'existant, besoins repérés, proposition d'organisation

Les préconisations :

- Renforcer l'organisation d'amont par
 - un repérage des personnes âgées isolées et fragiles
 - Une estimation du risque à l'appui d'une expertise médico-sociale (action combinée CLIC / réseau / équipe mobile de gérontologie)
 - La sensibilisation du médecin traitant à travers des actions de formation, la mise à disposition d'outils partagés
 - Une information accessible aux familles et professionnels en matières de conseils (n^oveille, annuaire des ressources et cont acts, centralisation des demandes en maison de retraite et USLD, ...)
 - L'organisation d'équipes de « relevage » à domicile, jour et nuit
- La prise en charge hospitalière
 - L'organisation d'entrées directes en court séjour gériatrique (hospitalisation complète ou partielle)
 - L'évaluation gériatrique pour préparer la sortie, dès le début de la prise en charge
 - Un accès aux plateaux techniques par l'imagerie qui ne doit pas conduire à des prolongations inappropriées de séjour
 - Des alternatives : hospitalisation dans des services concordant en cas de monopathologie, recours à une HAD pour un relais de soins avant le retour à domicile, recours à un SSIAD articulé avec le réseau pour éviter une hospitalisation ou raccourcir une hospitalisation
- L'aval
 - le recours à un pôle d'évaluation, par le médecin généraliste
 - une consultation par le médecin traitant de prévention des « rechutes » à la sortie d'hospitalisation de personnes particulièrement fragiles (protocoles à établir)
 - l'utilisation d'outils de liaison pour partager l'information entre la ville et l'hôpital

Adaptation de l'offre

Réorganisation des services de médecine : les séjours de PA très âgés sont en augmentation contrairement aux autres populations plus jeunes. Les hôpitaux généraux doivent reconverter des services de spécialité en médecine polyvalente de niveau 2

Coopération –réseaux

Il n'est de prise en charge des personnes âgées qu'au sein d'un réseau gériatrique constitué dont la surface est celle d'un territoire de proximité et dont le fondement est le projet médical gériatrique du territoire défini avec tous les acteurs nécessaires au plan médical, médico-social voire politique

Organiser les liens avec la médecine de ville
- Repérage des PA fragiles
numéro de téléphone unique
annuaire de ressources, lisibilité des organisations hospitalières
fiche de liaison pour assurer la continuité
Convention entre le réseau et le CLIC ou les CLIC présents sur le territoire de proximité

III.C Par rapport aux exigences d'articulation

Articulation avec les autres volets

Médecine

La médecine gériatrique s'inscrit à part entière comme une médecine de spécialité, proche de la médecine interne. La reconnaissance de la spécialité de Gériatrie doit conduire à proposer la responsabilité des services ou des unités de gériatrie à des médecins disposant des compétences spécifiques et du titre de médecin spécialiste en gériatrie.

Les unités de Gériatrie peuvent être partie d'un service de médecine polyvalente. Leur spécificité doit être reconnue.

Chirurgie

Le pôle d'expertise gériatrique, l'équipe mobile sont des interlocuteurs des services de chirurgie pour la prise en charge spécifique des personnes âgées. Tout plateau technique chirurgical doit pouvoir disposer de compétences ou de conseils gériatriques (convention avec le pôle gériatrique de référence).

Cela pourrait se concevoir au moins à partir d'une évaluation préopératoire, en ce qui concerne la chirurgie programmée afin de tenter d'anticiper les complications mais aussi de proposer véritablement à tout malade âgé justifiant d'un acte chirurgical, une prise en charge adaptée, rapide en service de gériatrie après un séjour aussi court que possible en service de chirurgie. C'est aussi mettre à disposition les moyens et le savoir faire gériatrique pour limiter les complications et notamment essayer de prévenir les états de dépendance. Cela nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire associant au moins les chirurgiens, les anesthésistes et les gériatres pour permettre d'affiner la prise en charge mais également d'évaluer les pratiques.

Psychiatrie :

Les compétences psychiatriques sont indispensables pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire.

Soins palliatifs et douleurs

Formation à la reconnaissance de la douleur chez les personnes âgées
Diffusion d'outils auto et d'hétéro évaluation.

AVC

Création d'UNV de niveau 1 et 2 au sein de la région : diagnostic rapide, PEC adaptée

Addictions

Alcoolisme : phénomène mal connu mais sous-estimé qui doit être repéré. Une étude du CHU de Nancy publiée en 1994 retrouvait 61 % de consommateurs d'alcool, dont 48 % de buveurs quotidiens. Une consommation excessive pour l'âge chez ces patients de 81 ans de moyenne d'âge était retrouvée dans 25 % de la population (47 % des hommes et 16 % des femmes).

Odontologie

De nombreux problèmes existent
Réfléchir la faisabilité d'un Bus des soins dentaires pour les seniors à l'instar de ce qui se fait à en région parisienne

IRC

Dialyse péritonéale : permettre aux PA dialysées de pouvoir accéder aux SSR, aux EHPAD et aux USLD

Avec les médecins généralistes

Le médecin généraliste reste le coordonnateur de tous les intervenants à domicile
Les médecins coordonnateurs d'EHPAD avec les médecins traitants doivent aussi coordonner les interventions. Il faut créer des outils afin d'assurer une continuité de l'information (fiche de liaison) .

Il faut aussi que les filières gériatriques soient lisibles et accessibles au médecin traitant

Avec le médico-social

Améliorer la cohérence et la complémentarité des politiques gériatriques entre l'ARH et les conseils généraux

Définir la place des CLIC par rapport aux filières et aux réseaux

IV. Prévention

La loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique fixe 3 objectifs en matière de personnes âgées :

- réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries d'ici 2008

- réduire de 25% le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici 2008

- réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées

Le programme national sur la nutrition avait 2 axes spécifiques qui concernaient les personnes âgées ;

- améliorer le statut en calcium et en vitamine D

Toute personne âgée hospitalisée quelque soit le motif doit bénéficier d'une appréciation sur son état nutritionnel : noté dans le dossier et transmise au médecin traitant ; campagne d'information et de formation des professionnels

Développer les consultations et bilans coordonnés suite à des chutes

Relayer les campagnes de prévention des accidents domestiques de l'Assurance maladie
Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse : formation (médecins, pharmaciens), diagnostic à chaque hospitalisation, information des usagers et des familles

Le PRSP n'est pas arrêté mais dorénavant et déjà il y aura nécessité pour les établissements hospitaliers de prévoir ces diagnostics lors des hospitalisations des patients en MCO

Prévention primaire

Prévention des troubles ostéo-articulaires: promouvoir les actions visant à entretenir une activité physique adaptée. Participation au programme « Bien vieillir » qui vise à s'appuyer sur le sport et la nutrition pour la prévention et la prise en charge des pathologies ostéo articulaires (ostéoporose et fracture surpoids (diabète de type 2 ,maladies cardio-vasculaires, col du fémur)

Prévention des troubles nutritionnels : promouvoir une nutrition adaptée et des relevés de pesée de résidents et des patients

Prévention des maladies cardio-vasculaires par un bon équilibre tensionnel, par la surveillance lipidique

Diffusion d'outils de prévention en lien avec les collectivités territoriales, les associations et le réseau des CRES-CODES de la région : des programmes et des outils ont été d'ores et déjà créés, leur diffusion doit être assurée : « Aînés acteurs de leur santé », « Boire, manger bouger » en EHPAD et FL

Prévention secondaire

Améliorer le diagnostic précoce :

des troubles de la mémoire: le centre expert régional et l'ensemble des consultations mémoire de la région doivent participer à des actions visant à un meilleur dépistage des troubles de la mémoire en faisant de l'information grand public, en participant à la formation médicale continue: des médecins généralistes, en diffusant des conseils aux EHPAD et associations d'aide à domicile, , en promouvant des actions de recherche

Dépistage des cancers

Incontinence

IRC

Dépressions
Iatrogénie
Chutes

Ostéoporose : information et dépistage pour les patient(e)s présentant un épisode de fractures afin qu'un bilan leur soit fait et qu'un traitement soit institué si nécessaire. Les services d'urgence et les services de chirurgie sont responsables de l'entrée dans la filière de prévention

Maltraitance

Prévention tertiaire

Améliorer la prise en charge des handicaps et de la dépendance des personnes âgées

V. Télémédecine et système d'information

Le recours à la télémédecine peut être un moyen de soutien aux équipes

Les réseaux gérontologiques ont besoin de système d'informations médicales et sociales sécurisées

VI. Formation et information

Les métiers de la gériatrie dans leur ensemble exigent l'acquisition de compétences spécifiques

Les recommandations de bonnes pratiques (HAS) doivent être largement diffusées auprès des acteurs gériatriques mais aussi de tous les intervenants potentiels autour des personnes âgées.

VI.A La formation des personnels en Gériatrie

Poursuivre la politique de formations des capacitaires et des spécialistes gériatres en favorisant un répartition équitable sur les territoires

En psycho-gériatrie :

Formation initiale : renforcement de la formation infirmière et médicale

Formation "au quotidien" : intensification du travail de liaison

Formation continue pour le personnel soignant des maisons de retraite

VI.B La formation et l'information des personnels hospitaliers

Assurer une formation et une information des médecins généralistes et urgentistes à la spécificité de la prise en charge de la PA et à sa bonne orientation (rôle du pôle de référence gériatrique et des équipes mobiles ?)

VI.C L'information gériatrique

Améliorer l'information auprès des familles, des aidants et du public

sur certaines pathologies spécifiquement gériatriques : démences, dépression, etc..

sur des modes de prise en charge possibles (APA, soutien)

lutter contre les discriminations liées à l'âge

VII. Évaluation

Les indicateurs : ils porteront sur l'adaptation de l'offre de soins et sur l'activité développée au sein de chaque filière gériatrique

- Structuration des filières par territoire

- Par territoire : activités et moyens des filières : à fournir annuellement par les établissements de chacun des territoires

Type d'activité	Spécification	Indicateurs	
		d'activité	de moyens
Consultations	Gériatriques Mémoire	Nombre de consultations Nombre de 1ères consultations File active	Médecins IDE Neuropsychologue

		Consultations totales Délai moyen d'attente	Ergothérapeutes
Equipe mobile	Intra-hospitalière Extra-hospitalière	Nombre d'interventions intra-hospitalières (urgences, médecine, chirurgie) Nombre d'interventions extrahospitalières	Médecins IDE Assistante sociale
Hôpital de jour		Nombre de places Nombre de patients pris en charge (file active) Venues Nombre de journées	Médecins IDE Ergothérapeutes
Médecine gériatrique		Nombre de séjours Mode d'entrée (programmée ou non) DMS Nombre de patients différents (file active) Activité PMSI	Nombre de lits Entrées
SSR		Nombre de patients de plus de 75 ans; nombre de journées pour les + 75 ans	
USLD		Séjours Score PATHOS	
Réseau de santé en gérontologie		Nombre et aire géographique couverte	

- Pourcentage d'EHPAD ayant une convention somatique et psychiatrique avec un ETS
 - Pourcentage de SU ayant des protocoles spécifiques PA et handicapés : avec HAD, EHPAD, SSIAD
 - Sites d'urgence bénéficiant de compétence gériatrique
 - % d'établissement disposant d'un gériatre référent
- % d'ETS ayant mis une formation spécifique pour les personnels.

VOLET

PERSONNES PRESENTANT UN HANDICAP

I. Particularisme

I.A Introduction et contexte

- La thématique Handicap est retenue comme l'une des 3 priorités nationales définies par le Président de la République avec le cancer et la sécurité routière.
- L'Année Européenne du Handicap est proclamée par le Conseil de l'Union européenne en 2003.
- L'Organisation Mondiale de la Santé retient la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) comme cadre conceptuel pour l'analyse et la prise en charge des problèmes de santé et de handicap.
- La loi du **11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** est une loi majeure en matière de Handicap qui modifie celle de 1975. Pour la première fois, une définition du handicap est inscrite dans la loi qui intègre les notions de la CIF. Elle donne les règles et fixe une organisation nouvelle centrée sur le projet de vie de la personne handicapée :
« *Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». (CIF-OMS, 2001)

I.B Spécificités et Handicap

- Nature du handicap :
 - Le handicap n'est pas uniforme, ses causes sont diverses et éventuellement associées (définition législative du handicap) et demande nécessairement une approche pluridisciplinaire.
 - Le handicap résulte d'une inadéquation entre des facteurs individuels (suite à des maladies congénitales ou acquises, accidents) et des facteurs environnementaux.
 - La dimension multiple du handicap ne permet ni une identification d'un parcours de soin spécifique, ni une estimation chiffrée précise du nombre de personnes handicapées usagers des établissements de santé (ETS).
 - Une même logique dans l'évaluation et dans les solutions thérapeutiques pour réduire le handicap prévaut quelque soit l'origine de l'affection.
- Image du handicap :
 - L'image de la personne handicapée et les représentations du handicap sont les mêmes dans les ETS que dans la société. Elles doivent être prises en compte dans la volonté de modification des comportements.
- Prise en charge médicale des personnes handicapées :
 - Spécificités humaines
 - La prise en charge d'une personne handicapée peut augmenter la charge de travail en raison de l'activité de soins spécifiques mais aussi de l'accompagnement fréquemment nécessaire (besoin de temps supplémentaire pour les professionnels qui interviennent et de compétences spécifiques).
 - La prise en charge d'une personne handicapée nécessite des compétences spécifiques (formation des professionnels)

- L'interface entre des lieux différents et des professionnels différents implique une coordination et parfois la nécessité d'un accompagnateur de la personne handicapée.
- Spécificités techniques et médicales
 - Une accessibilité compatible des locaux est requise.
 - Un plateau technique ou du matériel adapté spécifique peut s'avérer nécessaire

I.C Etat des lieux dans le cadre des ETS

Méthodologie et limites de l'état des lieux :

Les limites sont inhérentes à la problématique générale du handicap d'une part et à l'apparition récente de la loi du 11/02/05 d'autre part : il n'est aujourd'hui pas possible d'obtenir des données quantitatives concernant l'accès des personnes handicapées à l'hôpital.

L'état des lieux a été réalisé au travers de réunions avec la volonté de croiser les regards des professionnels du champ sanitaire, des professionnels des établissements médico-sociaux et des représentants de personnes handicapées. Il fait état de dispositions générales mais surtout d'expériences spécifiques dans différents champs. Cette étude ne peut être exhaustive ; elle laisse, cependant, apparaître certains éléments de force et de faiblesse.

1. Forces

1.1 Fonction identifiée de coordination et d'accompagnement au sein des ETS :

Les assistantes sociales remplissent cette fonction ; elles travaillent en coordination avec les médecins et équipes soignantes des services et interviennent pour des questions relatives à l'hospitalisation et font également le lien avec l'extérieur (structure, domicile)

1.2 Expériences spécifiques au sein des ETS

- Expériences relevées concernant les personnes âgées.
 - Fiche de liaison (fiche navette)
 - IDE de liaison
- Expériences relevées concernant des pathologies spécifiques
Sensibilisation des professionnels de l'ETS grâce à un coordonnateur identifié au sein de l'ETS (Ex : coordonnateur AFM).
- Sites identifiés ou expérimentation dans la prise en charge : quelques exemples
 - Pôle d'accueil et de soins pour personnes sourdes et malentendantes (CHU).
 - Coordinateur paramédical multidisciplinaire dans la prise en charge des maladies neuromusculaires (CHU).
 - Sites pour soins dentaires et personnes handicapées (Thionville et CHU).
 - Centres ressources qui s'appuient sur des ETS (centre de ressources sur la mucoviscidose, sur les troubles du langage, sur l'autisme et sur la sclérose en plaque)
- Organisations spécifiques vis à vis de la prise en charge des personnes handicapées mises en œuvre par certains ETS de proximité :
 - Conventions signées avec des structures d'accueil de personnes handicapées pour une prise en charge rapide de la personne handicapée aux urgences dans les services.
 - Hospitalisation préférentielle de la personne handicapée dans un service référent et organisation de la prise en charge médicale à partir de ce service.
 - Formation sur la base du volontariat de personnels référents : concerne les déficiences sensitives : déficit auditif, déficit visuel. Profil des professionnels concernés par la formation : IDE, Aide-soignante.
 - Accueil personnalisé et prise en compte des besoins spécifiques avec mise en œuvre de solutions concrètes informelles (Exemple : ardoise).

2. Faiblesses

2.1 Accessibilité aux soins :

➤ Accès à des soins spécifiques

- Soins dentaires et polyhandicap (exemple : prise en charge spécifique nécessitant une anesthésie).
- Soins gynécologiques et handicap moteur.

➤ Accès à des locaux

- Locaux et services pas forcément adaptés
- Problèmes d'accessibilité aux plateaux techniques

2.2 Urgences et handicaps :

Le rythme d'accueil des urgences est imposé aux patients qu'ils présentent ou non un handicap. La charge de travail n'est pas modulée en fonction du patient. Il existe notamment une rigidité dans la filière de prise en charge pour certaines personnes handicapées : le passage obligatoire aux urgences peut poser problème à certains types de handicap. Il engendre des dysfonctionnements des services d'urgences et des inefficacités pour la prise en charge adaptée de la personne handicapée.

2.3 Méconnaissance réciproque des environnements sanitaires et médico-sociaux :

- Manque de connaissance des personnels des ETS en matière de Handicap : gestes techniques, communication avec des personnes handicapées, niveau d'encadrement infirmier en structure médico-sociale, définition du handicap...).
- Manque de connaissance des ETS concernant les établissements médico-sociaux : sur-estimation des possibilités de prise en charge en structures médico-sociales.
- Manque de coordination médicale au sein d'un même ETS : notamment pour les multihandicaps ou polyhandicaps, peut poser des problèmes d'orientation et de suivi médical.

2.4 Manque de coordination et d'accompagnement :

- Manque de coordination médicale au sein d'un même ETS notamment pour les polyhandicaps et multi handicaps
- Déficit d'accompagnement spécifique pour les démarches administratives d'entrée en hôpital, déficit d'explication adaptée permettant une meilleure compréhension des soins fournis. Ces déficits d'accompagnements sont plus prégnants pour certains handicaps : déficiences sensorielles, handicap mental, handicap psychique.

2.5 Manque de liaison avec les structures d'aval

Problématique des sorties des établissements de santé le week-end, la nuit. Nécessité de préparer les sorties.

2.6 Manque de moyens pour des soins adaptés aux personnes handicapées

Les personnes handicapées sont parfois contraintes d'amener leur matériel (Ex : chaises percées, matelas anti-escarres, fauteuil roulant)

2.7 Manque d'ouverture des ETS vers l'extérieur.

Un sentiment d'isolement de la personne handicapée hospitalisée.

II. Recommandations concernant les objectifs généraux du SROS

➤ Accessibilité :

- Les ETS de proximité doivent être en capacité :
 - d'évaluer les besoins en soins des personnes handicapées
 - d'assurer les prises en charge coordonnées qui peuvent relever de soins polyvalents ou spécialisés de leur compétence
 - à défaut d'orienter les patients vers les structures sanitaires les mieux adaptées (ETS de recours) :
 - technicité propre aux handicaps
 - technicité propre à la pathologie : soins hyper spécialisés (non liés directement au handicap)
- Deux ETS de recours (un par territoire) devront avoir des prises en charge spécifiques avec une offre de plateau technique adapté (soit liées au handicap de la personne ou liées à la nécessité d'avoir un équipement hautement spécifique).
- La mise en place d'un annuaire de sites ou services des ETS doit permettre de renseigner le public et les professionnels sur l'accessibilité et les possibilités de prise en charge des personnes handicapées.
- Il est recommandé de favoriser l'accessibilité à des soins spécifiques pour certains types de handicap comme les polyhandicaps en permettant l'accès au service de soins sans passer par les SAU, par le biais d'une convention.
- Les ETS mettront à disposition du public handicapé et de leur famille, les coordonnées des personnes ressources intégrées au sein de l'établissement.
- Les ETS doivent s'organiser pour permettre un accompagnement des personnes handicapées lors de leur hospitalisation. Cet accompagnement a pour objectif d'informer et d'aider la personne handicapée durant son séjour et au cours de son parcours hospitalier (sortie). Les ETS auront recours à des personnes ressources (notamment bénévoles, aidants-naturels ou professionnels de l'ETS) pour permettre cet accompagnement pour une meilleure application de la charte du patient hospitalisé.
- Les hôpitaux devront développer un partenariat avec des associations d'interprète (par exemple en langue des signes, accompagnement des déficients intellectuels) et faire intervenir ces dernières au sein de l'hôpital pour traduire un diagnostic médical lorsque le patient est dans l'incapacité de le comprendre en raison de son handicap.

➤ Continuité :

- Continuité dans l'accompagnement social : la couverture des services par les **assistantes sociales est à renforcer**, une communication sur le rôle de l'assistante sociale (leurs coordonnées) dans les ETS vis à vis des patients est recommandée.
- Continuité des soins : les ETS doivent déterminer un **réfèrent médical ou paramédical** lorsque la prise en charge de la personne handicapée fait appel à plusieurs services dans un même établissement. Il facilitera la coordination des soins et l'établissement du projet du patient. Il fera une synthèse et établira un compte rendu médical pour les professionnels de santé en aval. Un profil type de réfèrent pourrait être les médecins de rééducation des services de Médecine Physique et de Réadaptation (CHRU, CHR, la plupart des CHG). Ils sont à même d'assurer les missions de coordination, d'orientation et de synthèse dès l'admission et lors de l'hospitalisation des personnes handicapées. Si l'établissement possède un MPR, ce dernier doit être, en priorité, le réfèrent médical des personnes handicapées. Pour les établissements qui ne disposent pas de service de MPR, un autre réfèrent médical ou paramédical devra être nommé.

- Il est recommandé de travailler sur de la mise en place d'outils dans le cadre de cette continuité afin de prendre en compte l'environnement de la personne handicapée. **Une fiche de liaison régionale** sera proposée (groupe de travail). Elle concernera l'environnement de la personne handicapée. Le groupe de travail déterminera l'opportunité d'introduire certaines données médicales. Néanmoins, cette fiche n'a pas vocation à se substituer au dossier médical personnel du patient.
 - **Un poste de coordonnateur** handicap au sein de chaque ETS de recours est recommandé, il a pour objectif d'organiser la prise en charge globale des personnes handicapées : il sera polyvalent dans le champ du handicap, responsable de la politique « handicap » de l'établissement, il pourra faire un travail de référent des services notamment des urgences. Il s'agit d'une coordination stratégique à la différence du référent médical décrit plus haut qui se situe à un niveau opérationnel (au niveau de la personne handicapée données médicales et environnementales). Une évaluation de ses missions et de ses activités devra être envisagée ultérieurement.
 - Les sorties d'hospitalisation devront prendre en compte l'environnement de la personne handicapée à son domicile ou dans un établissement d'hébergement collectif.
 - Les ETS d'un même secteur doivent s'organiser pour permettre la continuité des soins sur des sites identifiés (voir supra annuaire des sites ou services dans la partie accessibilité).
- **Globalité :**
- Tout ETS de Lorraine doit avoir un volet handicap inscrit dans son projet d'établissement. Ce volet ayant une dimension globale posera les principes de l'établissement pour la prise en charge des personnes handicapées (accessibilité, formation des personnels, organisation spécifique : convention, principes de personnes ressources et d'information des usagers,...).
 - Pour les ETS de recours, le coordonnateur handicap sera la personne responsable de ce volet.

II.A Recommandations concernant les principes d'organisation

➤ **Description des filières**

On recommande que l'organisation des ETS s'appuie sur 2 niveaux :

- un niveau de proximité assuré par l'ensemble des ETS
- un niveau de recours spécifique : un par territoire

➤ **Articulation avec les autres volets**

Par rapport au handicap, des volets transversaux nécessitent une attention particulière pour une meilleure prise en charge : Odontologie, Enfance et adolescence, personnes âgées, SSR et Santé Mentale

➤ **Alternatives à l'hospitalisation en court séjour des personnes handicapées**

- Deux objectifs sont définis :
 - éviter des hospitalisations en court séjour autant que faire se peut :
 - utiliser de la façon la plus rationnelle possible les ressources des établissements dans le champ du handicap, c'est-à-dire, les services de MPR et les Soins de suite indifférenciés. Cet élément doit se travailler avec le volet SSR.
- Diverses solutions sont proposées pour répondre avec proximité et efficacité :
 - **des consultations avancées dans le milieu de vie** (déplacement d'équipes de MPR) **ou dans des centres-ressources de MPR** (déplacements de médecins spécialistes et chirurgiens, comme cela se fait déjà)
 - **des prises en charge ambulatoires** (lisibilité des cabinets médicaux et paramédicaux adaptés, cf HandiAccess...)

- **des hospitalisations à domicile** qu'il s'agisse de HAD existantes pour pathologies aiguës ou chroniques ou dans certains cas d'une HAD spécifique de Soins de Suite et de Réadaptation. Ces HAD impliquent le secteur libéral (médecin traitant et professionnels paramédicaux) et une équipe médicale de coordination.
- Deux conditions apparaissent essentielles :
 - un travail en réseau pour apporter une réponse graduée (« patient au bon endroit »)
 - une coordination médicale pour ajuster la réponse au besoin de chaque patient

Le médecin traitant, en relation directe avec la personne handicapée et sa famille, aurait à choisir la solution la plus adaptée entre une hospitalisation en ETS court séjour et l'une de ces solutions.

Enfin, l'idée de la possibilité d'une admission directe en service de MPR et SSR polyvalents est évoquée. Il ne remet pas en cause le schéma général d'admission en moyen séjour après passage en court séjour. Il conviendrait que les conditions de ces admissions directes soient parfaitement définies (type de pathologies, types d'indications, patients connus des structures... rôle éventuel du médecin MPR de coordination HAD MPR)

➤ **Coopération / réseaux :**

Illustrer les **coopérations entre ETS et Champ médico-social et social**. Constitution d'un groupe de travail pour identifier les coopérations et définir celles qui pourront être reproductibles (Ex : SAMSAH et ETS ; SSIAD PH et ETS, établissements sociaux et médico-sociaux et ETS).

Ces coopérations pourront être intégrées dans les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux.

II.B Recommandations concernant les exigences d'articulation

➤ **Politique de Santé publique**

- Etablir une cohérence entre les recommandations du SROS et le plan régional de santé publique (PRSP).

➤ **Avec le secteur médico-social**

- Le SROS doit s'articuler avec les schémas départementaux médico-sociaux et le PRIAC
- Le SROS doit s'articuler avec les structures créées par la loi du 11 février 2005 (Maison Départementales des personnes Handicapées)

➤ **Avec la médecine de ville**

- L'articulation des ETS avec la médecine de ville doit prendre en compte des outils en matière de handicap utilisés par et pour les professionnels de santé de ville (Exemple : Handi-Accès).

➤ **Prévention :**

- Actions d'éducation à la santé

Les ETS devront développer des actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique concernant les maladies chroniques afin de prévenir l'émergence des handicaps.

- Prévention des situations de maltraitance

L'environnement médico-social multiple des personnes handicapées peut être source de fragilisation et nécessite une attention particulière des professionnels de santé, notamment ceux des ETS, dans le dépistage de situations de maltraitance.

Formation :

- Un module de formation continue sur le handicap

Dans le volet programmation pluriannuel de formation, les ETS devront identifier un module de formation continue en matière de handicap à destination des professionnels médicaux et paramédicaux. Ces formations seraient enrichies par le partenariat avec les représentants associatifs.

- Des sites identifiés pour une formation obligatoire du personnel en matière de handicap

Tous les sites d'accueil d'urgence devront mettre en place des formations de leur personnel en matière de handicap. Certaines expériences devront être encouragées. Exemple : échange des pratiques professionnelles entre les urgences et les établissements médico-sociaux.

- Des personnes ressources pour communiquer avec les personnes handicapées et leur entourage proche

Dans la mesure du possible, pour faciliter la communication avec certaines personnes handicapées (notamment déficiences sensorielles, handicap mental, psychique), les ETS devront s'appuyer sur des équipes existantes ou identifier des personnes ressources en matière de communication (Ex : association spécialisée en traduction de la langue des signes, familles, tuteur).

III. Evaluation (critères et indicateurs)

Ces critères sont définis à titre indicatif et mériteraient d'être affinés ultérieurement.

1. Evaluation des outils

- Evaluation du nombre d'ETS qui utilisent des fiches de liaison
- Evaluation des fiches de liaison

2. Evaluation de l'accompagnement proposé par l'ETS

- Nombre d'ETS qui utilisent ou proposent des personnes ressources
- Nombre de services par ETS non couverts par une assistante sociale

3. Evaluation de la politique de l'ETS en matière de handicap

- Nombre d'ETS qui ont mis en place un module handicap dans le suivi de leur formation
- Evaluation du coordonnateur handicap

4. Evaluation de la coopération de ETS avec le secteur médico-social

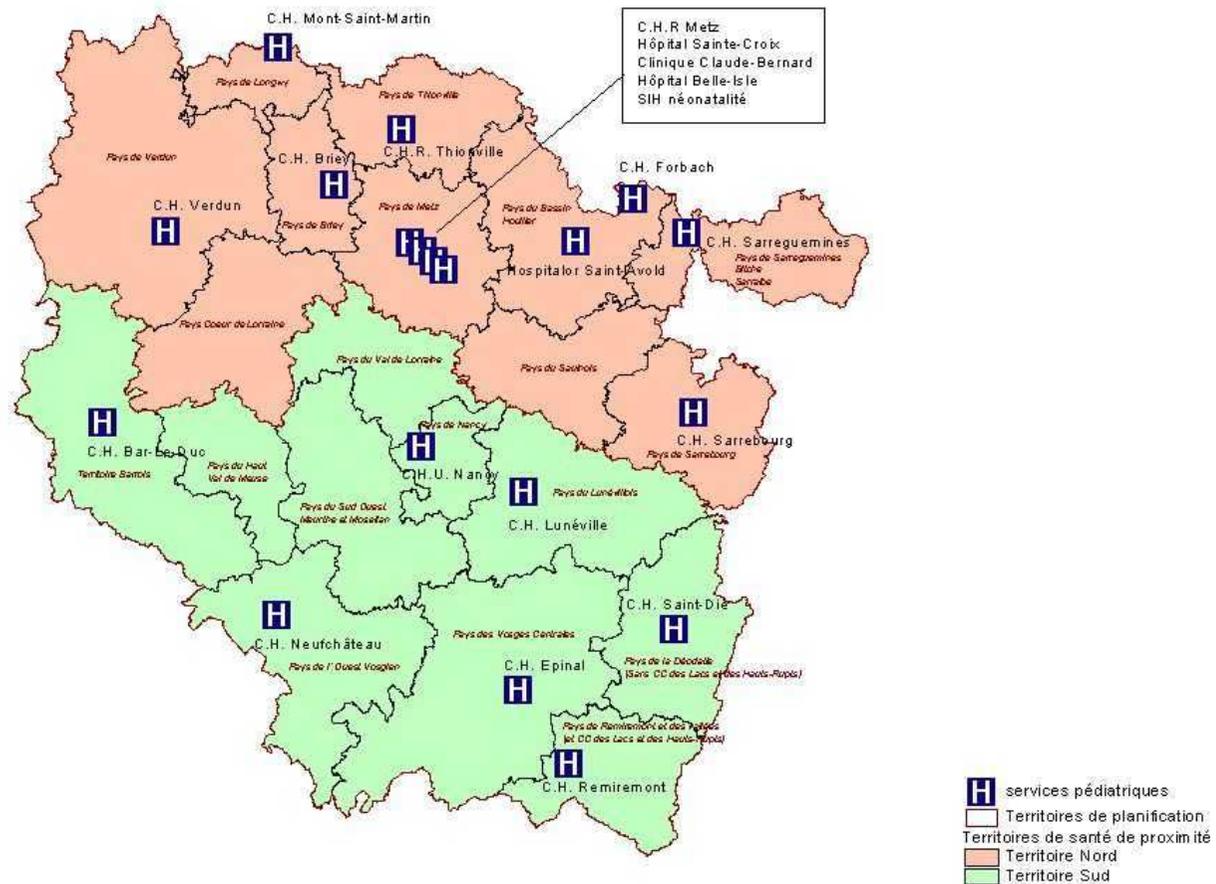
Nombre d'ETS qui travaillent une coopération autour des soins avec les services médico-sociaux de personnes handicapées

5. Evaluation du parcours de soins dans l'ETS , de la personne handicapée en fonction de la faisabilité

PMSI : pathologie traceuse en matière de handicap : à définir ?

VOLET PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Services pédiatriques en Lorraine



DDASS de la Moselle (le 6 septembre 2005)

I. PARTICULARISME

I.A État des lieux

La pédiatrie assure la prise en charge sanitaire des enfants et des adolescents, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans. Il s'agit d'une discipline médicale transversale qui s'est progressivement enrichie de spécialités d'organes ou d'âge, permettant la constitution de filières de soins. Un des principaux objectifs du volet pédiatrique du SROS est d'assurer aux enfants et aux adolescents hospitalisés un environnement matériel et humain adapté. Il importe de prendre en compte les prises en charges médicales qui sont par ailleurs réalisées dans des structures pédiatriques hors service de pédiatrie, notamment dans le cadre du suivi des adolescents porteurs de handicaps.

Basée sur une approche globale et sur une technicité de pointe, la pratique pédiatrique ne relève d'autorisations spécifiques que pour la néonatalogie et la réanimation néonatale qui ont bénéficié de moyens spécifiques dans le cadre de plans nationaux. En dehors de ces deux sur-spécialités, l'activité pédiatrique facilement traçable à partir de la date de naissance des patients⁹, est intégrée aux activités de médecine et de chirurgie pour ce qui concerne les objectifs quantifiés de l'offre de soins¹⁰.

Bien que certaines activités pédiatriques aient fait l'objet d'une planification spécifique, aucune réflexion d'ensemble dans le cadre des SROS précédents n'a à ce jour été effectuée.

I.A.1. Démographie médicale

La Lorraine compte en 2005, 242 pédiatres¹¹ (sex-ratio = 1). Cent deux ont une activité libérale exclusive ou principale¹² (**tableau IV**), dont trente trois (28%) de plus de 55 ans.

La répartition des pédiatres salariés et libéraux n'est pas homogène. Les pédiatres sont principalement installés en zones très urbanisées. On en dénombre 119 en Meurthe et Moselle, 88 en Moselle, 27 dans les Vosges et seulement 8 dans la Meuse. Au total, 49% des pédiatres (55% salariés exclusifs) sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins de Meurthe et Moselle, département qui ne représente que 31% des moins de 2 ans, et 35 % des moins de 18 ans

La situation de la Meuse, du sud-ouest des Vosges, et de la zone reliant Château-Salins à Sarrebourg est préoccupante du point de vue de la démographie des pédiatres. Pour les années à venir une réduction du nombre d'installations est probable compte tenu de l'âge des pédiatres installés, et d'un taux de fuite des jeunes pédiatres diplômés formés dans la région supérieur à 50%. Actuellement on dénombre 35 internes en formation pour l'ensemble de la pédiatrie, y compris la néonatalogie

Le nombre réduit de pédiatres actuellement en poste (inférieur ou égal à deux) et les départs en retraite devant intervenir dans les 10 ans à venir, peuvent mettre en difficulté l'activité pédiatrique de plusieurs établissements dont : le CH de Neufchâteau, l'AHBL de Mont St Martin, et le CH de Saint Dié (88).

En Lorraine, plus de 50% des consultations d'enfants de moins de 2 ans et plus de 3/4 des consultations de patients de moins de 18 ans sont assurées par des médecins généralistes. Le rôle des généralistes est d'autant plus important que la densité des pédiatres est faible. Au-delà de 2 ans 80% des enfants sont suivis par des médecins généralistes (**Tableau I**)

Dans la Meuse, le nombre d'actes par pédiatre est le double que celui effectué en Meurthe et Moselle. Les transports sanitaires entre 0 et 18 ans y sont près de 3 fois plus élevés que dans le reste de la région.

⁹ La date de naissance du patient figure sur les RSA pour l'hospitalisation, et sur les feuilles de soins pour l'activité libérale

¹⁰ Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins

¹¹ Sources : conseils départementaux de l'ordre des médecins, fichier du conseil national de l'ordre des médecins, mars 2005, fichier ADELI

¹² Certains libéraux ont une activité hospitalière exclusive au sein d'établissements privés à but lucratif.

Tableau I : répartition des pédiatres et des médecins qualifiés pour une activité pédiatrique au sein des départements lorrains.

Département/région	54	55	57	88	Lorraine
Population générale ¹	713 555	192 261	1 023 199	381 008	2 310 023
Enfants de moins de 2 ans ¹	16 712	4 710	24 046	9 011	54 479
Enfants et adolescents de moins de 18 ans ¹	184 514	43 586	215 982	84 827	528 909
Naissances/an ¹	8497	2344	11835	4527	27203
Spécialistes discipline pédiatrie ²	44 H ⁵ 75 F	4H 4 F	58H 30 F	15H 12 F	121H 121 F
Total H+F	119	8	88	27	242
Pédiatres salariés exclusifs ³	61	5	31	13	110
Spécialistes discipline qualifiante ou discipline complémentaire d'exercice psychiatrie option enfant et adolescent ²	27	5	29	6	67
Spécialistes compétents en psychiatrie option enfant et adolescent ²	17	4	9	6	36
Spécialistes discipline qualifiante chirurgie infantile ²	10	-	3	-	13
Généralistes ⁴	1248	248	1467	530	3494

¹ : source : recensement 1999, source INSEE

² : source : fichier du conseil national de l'ordre des médecins, mars 2005

³ : source : ADELI, DRASS Lorraine

⁴ : source : Document de travail : les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003. D.SICART. Série Statistiques n°57, septembre 2003. DREES, Ministère de la santé et de la protection sociale.

⁵ : F = femme, H = homme

I.A.2. Territoires

La répartition de l'offre de soins pédiatriques de proximité n'est pas homogène. Il existe une disparité dans l'accessibilité aux soins pédiatriques spécialisés.

Le territoire Nord, où les enfants sont les plus nombreux, a une activité pédiatrique moindre que le territoire Sud où est implanté le CHU qui assure un rôle de proximité pour une partie importante de ce territoire. L'asymétrie de répartition des moyens entre territoire est liée à la triple fonction du CHU (soins, enseignement et recherche) implanté dans le territoire sud : proximité, recours et référence.

Tableau II : Répartition de la population et de l'activité pédiatrique hospitalière (séjours hospitaliers, consultations externes non comprises) au sein des territoires de santé Lorrains.

Territoire	Nord	Sud	Région Lorraine
Population de moins de 20 ans ¹³	313432	264301	577733
Proportion de la population du territoire par rapport à la population de la région de moins de 20 ans	55%	45%	100%
Lits/population de moins de 20 ans	7,1. 10-4	11,0. 10-4	8,9. 10-4
Établissements	12	7	19
Lits installés	234 (45%)	290 ¹⁴ (55%)	524
Proportion de RSA 2002	47%	53%	100%
Proportion de RSA chirurgicaux 2002	46%	54%	100%

I.A.3. Établissements

En Lorraine 19 établissements de santé disposent d'une ou plusieurs unités de pédiatrie ou de chirurgie infantile, hors structures dévolues à la néonatalogie (14 publics 4 PSPH, 1 privé à but lucratif), regroupant 524 lits. Tous les établissements autorisés pour l'accueil des urgences sont dotés d'un service de pédiatrie, hormis : les CH de Toul, de Pont-à-Mousson, ainsi que la clinique de Gentilly. Il existe une réanimation pédiatrique médico-chirurgicale de 20 lits, sur le site de l'hôpital d'enfants, CHU Nancy.

Hormis le CHU, les services de pédiatrie des CH lorrains sont tous associés à une maternité ; les pédiatres assurent la continuité et la permanence des soins tant en pédiatrie qu'en maternité.

¹³ Source : recensement de la population, INSEE 1999

¹⁴ dont 202 pour le CHU

La plupart des activités pédiatriques du CHU de Nancy sont regroupées à l'hôpital d'enfants ; plusieurs autres activités sont assurées à l'hôpital central : allergologie, neurochirurgie, ORL (partiellement), ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale, et explorations neurologiques. Par ailleurs, le CHU est distant de la maternité régionale où se situe le service de réanimation néonatale de niveau III de la région. L'éclatement des activités pédiatriques ne favorise pas l'organisation optimale des filières de pointe, et s'oppose à une réelle mutualisation des moyens.

Certaines activités de pointe justifient une approche interrégionale structurante dans le cadre des SIOS ou des SNOS¹⁵ (neurochirurgie et chirurgie cardiaque pédiatrique, greffes, maladies rares). Ces activités assurées hors environnement pédiatrique sont de fait fragilisées compte tenu des recommandations concernant les prises en charge des enfants et des adolescents.

Le CHU joue un rôle d'établissement de proximité pour une partie importante du territoire sanitaire Sud. Cela est lié au faible nombre de services de pédiatrie dans ce territoire et peut nuire au positionnement d'établissement de référence du CHU.

Les transports médicalisés secondaires pédiatriques sont assurés au sein de la région Lorraine par le SMUR pédiatrique qui est rattaché au service de réanimation de l'hôpital d'enfants, en lien avec le SAMU 54. Le SMUR pédiatrique est interconnecté avec le SMUR néonatal et avec le réseau des SAMU de Lorraine.

I.A.4. Activités

Pédiatrie

Les besoins d'hospitalisation en pédiatrie se caractérisent par une forte fluctuation saisonnière. Entre 0 et 18 ans¹⁶, les hospitalisations représentent 11,0% des séjours de chirurgie et 14,2% des séjours de médecine dans les établissements de santé lorrains. Les séjours ambulatoires¹⁷ atteignent 7,6%.

Les nouveaux cas de pathologies chroniques survenant en Lorraine chez des enfants et adolescents (entre 0 et 18 ans) qui ont bénéficié d'une reconnaissance d'affection de longue durée¹⁸ s'élevaient en 2003 à : 250 troubles psychiatriques (psychoses graves et arriération incluses), 159 scoliozes, 157 affections neuromusculaires et épilepsies, 91 tumeurs malignes (source URCAM) 66 diabètes, 52 insuffisances cardiaques, et 48 insuffisances respiratoires. Selon le registre Lorrain des cancers de l'enfant on dénombre 56 tumeurs malignes entre 0 et 14 ans. A partir d'une étude d'estimation nationale, le nombre de cancers entre 15 et 18 ans est de l'ordre de 22 par an soit au total pour la région lorraine de 78 cas annuels.

Plus de 50% des séjours hors CMD 15¹⁹ sont regroupés au sein d'un nombre limité de filières (**tableau III**). Cependant l'utilisation des CMD²⁰, centrées sur les pathologies d'organe, ne convient pas à la description aux sur-spécialités transversales telle que l'oncologie ou la génétique.

Tableau III : Nombre des séjours hospitaliers (RSA) pour la tranche d'âge 0 à 18 ans en fonction des CMD et de la discipline (chirurgie, médecine, autre). Source base régionale PMSI 2002, DRASS Lorraine 2005.

CMD	Chirurgie	Médecine	Autre	Total
Tube digestif	2349	7274	0	9623
ORL	3925	4854	0	8779
Affections et traumatismes musculo-squelettiques	2609	2510	0	5119
Appareil respiratoire	41	4507	0	4548
Système nerveux	152	4052	0	4204
Peau	557	2286	0	2843
Autres	63	2440	0	2503
Rein et voies urinaires	202	1213	0	1415

¹⁵ SIOS : schéma interrégional d'organisation sanitaire ; SNOS : schéma national d'organisation sanitaire.

¹⁶ Source : base régionale PMSI 2002, DRASS Lorraine ; CMD 24 comprise (séances et séjours de moins de 48h), et CMD 15 exclue (nouveaux-nés et affections périnatales)

¹⁷ Assimilée aux séjours classés en CMD 24 d'après la définition utilisée en 2002 : séjours de moins de 48 heures.

¹⁸ La reconnaissance en affection de longue durée est accordée par l'Assurance maladie

¹⁹ CMD 15 : catégorie majeure de diagnostic concernant la prise en charge des nouveaux-nés

²⁰ CMD : catégorie majeure de diagnostic, donnée générée lors du codage des RSS à partir des différents RUM correspondant à un séjour hospitalier

Appareil génital masculin	1187	173	0	1360
Traumatismes, allergies et empoisonnements	108	1067	0	1175
Total de l'ensemble des CMD pour la région	20355	53120	28991 (dont 27722 en CMD 15 ²¹)	102466

Chirurgie Infantile

En Lorraine 3 sites de chirurgie infantile sont identifiés: le CHU (un service de chirurgie viscérale et un service de chirurgie orthopédique et traumatologique), le CHR de Thionville (une unité de chirurgie infantile à orientation viscérale), l'hôpital Belle Isle (une unité à double orientation viscérale et orthopédique) qui ne comporte pas d'unité de pédiatrie, ni de service d'urgence.

Pour la population des 0-18 ans, les séjours chirurgicaux (ORL et activité ambulatoire compris), représentent en Lorraine 19,8% de l'ensemble des séjours hospitaliers chirurgicaux²² ; 54% des séjours chirurgicaux pédiatriques sont assurés hors établissements publics. Les séjours ORL représentent 19,2% des séjours chirurgicaux des 0-18 ans et sont assurés hors établissement public dans 64% des cas.

L'activité chirurgicale est peu importante pour la classe d'âge des 0-1 an²³, classe pour laquelle les risques péri-opératoires sont les plus importants et représentent 4,2% du nombre des séjours chirurgicaux des moins de 18 ans: La prise en compte de la sécurité anesthésique est structurante et a pour conséquence de limiter les sites où sont réalisées les anesthésies pour les moins de 1 an, ORL exclue.

Un nombre important d'interventions chirurgicales réalisées entre 1 et 18 ans sont pratiqués par des chirurgiens non spécialisés en chirurgie infantile, dans des établissements sans service de pédiatrie. La sur-spécialité en anesthésie infantile n'est pas individualisée.

Psychiatrie infanto-juvénile

En Lorraine, la prise en charge des enfants par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile est surtout assurée en ambulatoire. A l'adolescence, lorsqu'une intervention de pédopsychiatrie et une hospitalisation sont nécessaires, les prises en charge sont fréquemment réalisées dans les services de pédiatrie, le suivi psychiatrique reposant alors sur une activité de liaison. Les installations permettant une hospitalisation complète de pédopsychiatrie en Lorraine sont indiquées au **tableau IV**.

Tableau IV : capacités installées de psychiatrie infanto-juvénile pour la région Lorraine

	Indice partiel	ALTERNATIVES							Indice global lits et places
	Lits H.C.	H. de Jour	H. de Nuit	Accueil Familial thérapeut.	Appart. Thérapeut.	Post cure	Centre de crise	Total alternatives	Total HC + alternatives
CPN Laxou	26	82	2	8	0	0	0	92	118
CHS Fains Veel	3	21	2	2	0	0	0	25	28
CH Verdun	0	30	0	4	0	0	0	34	34
CHS Jury	0	27	0	0	0	0	0	27	27
CHR Thionville	0	12	0	0	0	0	0	12	12
CH Briey	0	4	0	3	0	0	0	7	7
CHS Lorquin	0	42	0	0	0	0	0	42	42
CHS Sarreguemines	0	33	0	22	0	0	0	55	55
CHS de Ravenel	7	42	0	0	0	0	0	42	49
	36	293	4	39	0	0	0	336	372

Source : DRASS Lorraine octobre 2005.

II. Objectifs généraux

²¹

²² mesurée en nombre de RSA en 2002, source DRASS Lorraine 2005

²³

- 1) **Défendre le respect des principes concernant l'hospitalisation des enfants**
 - Affirmer que le lieu d'hospitalisation des enfants et des adolescents est bien la pédiatrie, limiter les hospitalisations en dehors des structures adaptées à la pédiatrie à la chirurgie infantile, et améliorer l'accueil des enfants et de leurs familles. Veiller à apporter un environnement parfaitement adapté aux exigences de la pédiatrie.
 - Prendre en compte la filière pédiatrique dans le cadre du projet d'établissement
 - Faciliter le décroisement du milieu médico-social et du milieu hospitalier afin de mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés
- 2) **Organiser l'accès aux soins, notamment dans le cadre de l'urgence**
 - Organiser la permanence pédiatrique dans les territoires de proximité
 - Organiser les prises en charge anesthésiques, chirurgicales et ORL, et les recours aux plateaux techniques
 - Organiser la prise en charge des transports pédiatriques
 - Développer les capacités de prise en charge hospitalières de proximité concernant les adolescents
- 3) **Organiser les filières et la coordination des soins**
 - Améliorer les dépistages et les prises en charge précoces, y compris dans le domaine du handicap et de la santé mentale
 - Organiser les filières de sur spécialité et la prise en charge globale des maladies chroniques. Faciliter les liaisons entre service public et médecins libéraux.
 - Contribuer à la réponse coordonnée aux problèmes posés par la prise en charge des enfants et des adolescents porteurs de signes de souffrance et de troubles psychiques et renforcer les coopérations entre les services de pédiatrie et les équipes de psychiatrie
 - Contribuer à la reconnaissance et favoriser la prise en charge des enfants et des adolescents victimes de violences.
- 4) **Optimiser les moyens humains et la formation des acteurs de soins**
 - Prendre en compte la démographie des professions de santé et élaborer des réponses
 - Améliorer la formation des intervenants.
 - Renforcer la collaboration entre centres de proximité, centres de recours et centres de référence
 - Favoriser les aides apportées par les associations (AFM, AFLM etc....)

III. Objectifs opérationnels et recommandations

III.A. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

III.A.1. Accessibilité

Permanence pédiatrique

La possibilité de recours à un pédiatre doit être garantie au sein de chaque territoire de proximité les plus peuplés. Ce recours peut relever de la consultation dispensée par un pédiatre libéral ou hospitalier ou selon l'urgence par une structure d'accueil des urgences qui doit pouvoir répondre (présence d'un pédiatre sur place ou mobilisable, convention entre SU et SU pédiatrique)

Hébergement

Il y a lieu d'affirmer que les enfants et les adolescents doivent être prioritairement hospitalisés en services ou unités de pédiatrie ou de chirurgie infantile, et de limiter les hospitalisations en services spécialisés d'adultes aux seuls cas où il n'y a pas d'alternative pédiatrique.

Dans tous les cas, l'accueil et les soins doivent être dispensés par du personnel formé, dans des locaux spécifiques et adaptés.

La place des parents doit être reconnue, et modulée selon l'âge. L'accompagnement de l'enfant par un parent lors de l'hospitalisation doit être favorisé, y compris dans sa dimension financière.

Prise en charge des adolescents

L'accueil et le soin des adolescents font partie de l'activité pédiatrique. Les capacités de prise en charge hospitalières des adolescents en pédiatrie sont à développer en adaptant les conditions d'hébergement. La création d'unités fonctionnelles spécifiques destinées à la prise en charge des adolescents jugés agités ou

perturbateurs et dont les troubles du comportement sont le premier motif de demande de soins n'est pas recommandée.

Dans le cadre de l'hospitalisation au sein des services de pédiatrie, il est souhaitable qu'une séparation puisse être matérialisée entre les nourrissons et les adolescents. Le regroupement des adolescents dans un secteur individualisé doit être laissé à l'appréciation des équipes. Il conviendra que les établissements puissent s'organiser en terme architectural et fonctionnel.

La prise en charge des adolescents doit pouvoir intégrer des problématiques non sanitaires dans le cadre d'organisations de proximité auxquelles les maisons des adolescents seront associées.

Protection de l'enfance - accueil des mineurs victimes

L'hébergement des mineurs victimes doit être assuré systématiquement en service de pédiatrie.

Le suivi des grossesses chez les adolescentes doit comporter une consultation auprès d'un pédiatre.

Les établissements de recours (niveau 2) ont la charge d'organiser des prises en charge médico-judiciaires opérationnelles pour ce qui concerne les enfants et les adolescents. Les pédiatres et les urgentistes doivent être formés au repérage des différentes formes de maltraitance. Le pôle régional d'accueil des victimes d'agressions sexuelles et maltraitance à enfant doit concourir à l'amélioration des réponses.

III.A.2. Sécurité/qualité

Soins non programmés et urgences

La prise en charge initiale implique les pédiatres libéraux et les médecins généralistes y compris avant 2 ans. L'organisation hospitalière des urgences pédiatriques est structurée en 4 niveaux.

- Niveau 1 : établissements en capacité d'évaluer les situations, d'assurer des prises en charges relevant de la pédiatrie générale et de la pédiatrie spécialisée dans des situations classiques et d'orienter les patients vers les structures les mieux adaptées
- Niveau 2 : établissements de recours pour leur territoire sanitaire.
- Niveau 3 : niveau de référence, assuré par le CHU de Nancy (Maladies rares, maladies chroniques, recherche, formation)
- niveau 4 : prise en charge hyper spécialisée des pathologies nécessitant un recours interrégional (malformations complexes, transplantations hépatiques, certaines maladies rares)

L'individualisation d'une filière urgences pédiatriques au sein des établissements et l'élaboration de procédures communes aux services de pédiatrie et aux services d'urgence sont recommandés.

L'organisation des transports pédiatriques et néonataux a fait l'objet d'une réflexion concertée réunissant les SAMU de la région, le SMUR néonatal et le SMUR pédiatrique

Soins continus pédiatriques

Des unités de soins continus pédiatriques seront mises en place au sein des établissements de niveau 2 et 3 conformément aux décrets concernant la réanimation pédiatrique²⁴. Ces unités pourront éventuellement être en lien avec les unités de soins intensifs néonataux existantes.

Chirurgie, ORL, anesthésie et organisation des plateaux techniques

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des filières chirurgicales et ORL, ainsi que de l'utilisation des plateaux techniques pour la pratique pédiatrique implique :

1. Le respect des conditions de base de l'exercice de la chirurgie infantile, de l'ORL et des actes techniques. La pratique de la chirurgie infantile au sein d'un établissement de santé nécessite que 4 conditions soient satisfaites :
 - Un accord entre chirurgiens, ORL, anesthésistes, pédiatres et autres professionnels

²⁴ [Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique](#) et [Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique \(dispositions réglementaires\)](#)

(radiologues, endoscopistes) concernant les prises en charge qu'il est possible d'assumer dans des conditions de sécurité et de qualité adaptées, en fonction du contexte local. Cet accord donne lieu à une procédure concertée de prise en charge des enfants et adolescents au niveau des plateaux techniques validés par les instances de l'établissement et portées à la connaissance de la coordination de chirurgie infantile, d'ORL et d'anesthésie pédiatrique (cf partie I, chapitre III.B.5)

- Un niveau de formation médicale suffisant (cf **tableau VIII**, troisième partie)
 - Des protocoles validés concernant les prises en charge pédiatriques
 - Des conditions d'hébergement adaptées aux enfants et aux adolescents, et un niveau de formation à la pédiatrie suffisant des équipes soignantes (cf **tableau IX**, troisième partie)
2. Respect d'un cahier des charges portant sur les conditions d'hébergement, la continuité de la prise en charge médicale, les équipements, les coopérations (cf **tableau X**, troisième partie)
 3. Structuration en niveaux de soins (cf **tableau VII**, deuxième partie et **tableau XI**, troisième partie)
 4. Astreintes régionales de chirurgie infantile et d'ORL pédiatrique qui permettent de donner un avis sur-spécialisé à tout moment aux médecins régulateurs SAMU, aux urgentistes, pédiatres, chirurgiens et anesthésistes réanimateurs

Traitement des brûlés

Il est recommandé que les enfants de moins de 3 ans présentant des brûlures graves soient hospitalisés au sein du CHU de Nancy, hôpital d'enfants.

III.A.3. Continuité

La continuité des prises en charge repose sur :

- L'articulation des niveaux de soins dans le domaine de l'urgence et des filières y compris néonatale pour le suivi des nouveau-nés à risque. Des dispositions seront prises pour garantir le suivi pédiatrique des nouveau-nés reconnus à risque dès la période néonatale. La coordination entre les équipes de néonatalogie et les pédiatres qui suivront les enfants est à ce titre essentielle.
- L'organisation d'astreintes régionales dans certains domaines spécifiques (maladies rares, maladies chroniques, techniques spéciales, chirurgie, ORL)
- La qualité des relais avec les filières d'aval. (SSR/ MECS/ structure médico-sociale) et les professionnels qui assurent les prises en charge à domicile
- La qualité des relais avec les structures adultes dans le cadre des pathologies chroniques.

III.A.4. Globalité

Un volet pédiatrie doit figurer dans le projet de tous les établissements de santé accueillant des enfants et des adolescents, même s'ils ne disposent pas de lits de pédiatrie. Le projet de chaque établissement accueillant des enfants doit rappeler l'importance de son rôle social et définir les limites de ses missions. Dans un cadre institutionnel, les collaborations avec les établissements SSR, les secteurs de psychiatrie infanto juvénile et les établissements médico-sociaux devront déboucher sur la signature de conventions.

L'activité pédiatrique de chaque établissement de santé doit faire l'objet d'une évaluation. Un rapport annuel concernant l'ensemble des prises en charge au sein de l'établissement des enfants de 0 à 18 ans, urgences comprises contribuera à l'évaluation de la réalisation du projet pédiatrique.

Ce volet pédiatrique du projet d'établissement comportera un chapitre consacré spécifiquement aux prises en charge des adolescents.

III.B. Par rapport aux principes d'organisation

III.B.1. Filières

Les 4 niveaux définis dans le cadre des soins non programmés et de la prise en charge des urgences (cf Partie I, chapitre III.A.1.a) permettent de structurer également les filières de sur-spécialité. L'organisation des filières de chirurgie infantile et d'ORL n'est pas superposable et est abordée au chapitre III.A.2.b Chirurgie, ORL, anesthésie et organisation des plateaux techniques. La qualité des filières de sur spécialités pédiatriques au niveau des services recours sera facilitée par la collaboration avec les services adultes et l'accès, à défaut de moyens propres, à leurs plateaux techniques. La notion d'un hôpital mère – enfant devra aussi tenir compte de cette donnée importante.

III.B.2. Niveaux

Les établissements de niveau 2, disposent d'un plateau technique adapté à la pédiatrie et sont en capacité

d'assurer les prises en charge spécialisées des pathologies relativement fréquentes (asthme, diabète, obésité, épilepsie). Des compétences très spécialisées (cardiologie, hématologie, oncologie, pneumologie) existent ou sont à développer dans certains de ces établissements au besoin avec l'appui de consultations avancées.

III.B.3. Articulation avec les autres volets

Périnatalité

Les recommandations élaborées dans le volet « enfants et adolescents » seront, pour ce qui concerne le nouveau-né coordonnées avec celles du volet périnatalité. Les pédiatres sont impliqués dans ces 2 volets et la démographie actuelle justifie impérativement de ne pas disperser les structures. La coordination du suivi des enfants reconnus à risque dès la période néonatale devra faire l'objet d'une organisation spécifique.

Psychiatrie

Les situations relevant d'une prise en charge conjointe, en particulier chez les 12-18 ans, nécessitent de renforcer les coopérations entre les services de pédiatrie et les secteurs de pédopsychiatrie, en favorisant notamment le développement du travail de liaison. Dans ce but il est préconisé :

- la signature de conventions comportant en annexe
 1. Une délimitation concertée des possibilités d'accueil en service de pédiatrie en cas de troubles psychiques des enfants et adolescents
 2. Un protocole de transfert avec une structure adaptée en situation de crise avérée ou de manifestation de violence ne relevant pas du cadre de soins disponible dans le service de pédiatrie
 3. Une procédure permettant de hiérarchiser des demandes de consultation médicale spécialisée par le pédiatre qui assure la coordination des soins de l'adolescent
 4. Une procédure concernant les modalités de réponse apportées par le secteur de pédopsychiatrie dans le cadre de l'activité de liaison aux demandes exprimées par les pédiatres
- la recherche d'une organisation permettant d'assurer la mise en œuvre des recommandations concernant la prise en charge des suicides des adolescents.
- l'organisation de formations au sein des services de pédiatrie portant sur le développement des capacités de repérage des besoins de prise en charge thérapeutique et d'accompagnement vers une démarche de soins en santé mentale, y compris en maternité.

Dans les situations dépassant les possibilités d'accueil en service de pédiatrie de niveau 1, mais ne traduisant pas d'emblée un trouble psychique ou un trouble du comportement nécessitant une prise en charge spécialisée en pédopsychiatrie, les unités dédiées à la prise en charge des adolescents dont l'implantation est prévue au sein ou à proximité des services de pédiatrie des établissements de niveau 2 pédiatrique pourraient assurer une fonction de recours en hospitalisation complète. Des personnels faisant partie des équipes de pédopsychiatrie (IDE, psychologues, éducateurs) pourraient être détachés à temps partiel ou complet au sein de ces unités dans le cadre de conventions inter établissement, afin d'assurer une activité de liaison adaptée aux besoins des adolescents pris en charge, en complément des soins dispensés par l'équipe pédiatrique.

Lorsque l'intensité des troubles psychiques ou leur nature nécessitent une prise en charge en milieu spécialisée, celle-ci sera assurée complètement par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, au besoin dans le cadre d'hospitalisations.

Les conventions signées permettront de délimiter les modalités d'échange et les domaines de compétences de chacun des intervenants mobilisés.

Soins de suite et de réadaptation

L'articulation entre services de pédiatrie, SSR et structures médico-sociales doit être améliorée. Une connaissance réciproque des modes de fonctionnement et des contraintes de chaque secteur est indispensable et nécessite des réunions régulières à l'échelle des territoires de santé. Les modalités de collaboration entre structures seront précisées dans des conventions de coopération.

Odontologie

L'organisation de la réponse hospitalière à la demande de soins odontologiques destinée aux enfants et adolescents handicapés fait l'objet d'un chapitre volet spécifique du SROS.

III.B.4. Adaptation de l'offre/alternatives

L'activité ambulatoire pédiatrique doit être favorisée et doit privilégier soit des places d'hospitalisation de jour en pédiatrie, soit l'adaptation d'unités d'hébergements²⁵ en lien ou plutôt au sein des services de pédiatrie, notamment pour la chirurgie et l'ORL.

Le besoin d'une prise en charge extra hospitalière de proximité existe, mais semble correspondre en l'état actuel aux prestations offertes par les SSIAD. Le développement de structures d'HAD pédiatriques n'est pas à exclure bien que les prises en charges pédiatriques à forte intensité de soins soient réalisées actuellement dans le cadre d'hospitalisations complètes ou de jour. Certaines maladies chroniques nécessitent le recours à des techniques contraignantes pouvant relever de l'HAD tel que la ventilation à domicile par exemple pour les enfants porteur de maladies neuromusculaires. Cette évolution sera accompagnée par le développement d'une formation adaptée des personnels intervenants à domicile.

Les sorties précoces de maternité pourraient aussi inciter à développer une forme particulière d'accompagnement à domicile pour des nouveaux-nés. (cf volet périnatalité).

III.B.5. Coopération/réseaux

Une commission régionale de l'organisation des soins des enfants et des adolescents²⁶ (CROSEA) va être constituée.

La CROSEA veillera à ce que toutes les activités relevant de la pédiatrie au sein de la région puissent être structurées de façon concertée et coordonnée afin que les moyens dévolus puissent être optimisés.

La CROSEA pourra mettre en place des dispositifs interdépartementaux répondant aux besoins spécifiques :

- formation des professionnels du champ sanitaire.
- réunions de coordination,
- annuaire de l'offre de soins et de services
- validation des dispositifs nécessaires à la collaboration des acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, et scolaire dans le domaine de la prévention et des dépistages au niveau des territoires de proximité.

Deux coordinations régionales, issues de la CROSEA, auront une action de pilotage opérationnel.

La coordination pédiatrique et la coordination de chirurgie infantile, d'ORL et d'anesthésie pédiatrique partageront les missions suivantes :

- Organisation des astreintes régionales
- Mise à jour régulière d'un annuaire régional permettant d'identifier les structures et les personnes ressources
- Elaboration, des propositions de référentiels régionaux concernant les modalités de prise en charge concertée
- Evaluation des procédures mises en place au sein des établissements (accueil, traitement, suivi)
- Programmation des actions et des parcours de formation continue théorique et pratique
- Organisation de concertations régionales régulières afin de garantir le maintien d'un niveau de compétence et l'homogénéité des pratiques.

Elles établiront un rapport annuel qui prendra en compte les éléments des rapports d'activité pédiatrique des établissements et les éventuelles difficultés rencontrées dans l'application du SROS.

La coordination pédiatrique aura pour missions spécifiques :

- D'établir un cahier des charges concernant :
 - o Les équipements et les organisations de plateaux techniques
 - o Les formations médicales requises par sur-spécialité pour garantir un niveau de qualité

²⁵ Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants

Circulaire DGS/DH n°98-132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents

Circulaire n°DH 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

²⁶ Conformément à la circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004- 517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent une commission régionale de l'organisation des soins des enfants et des adolescents

acceptable

- D'identifier les sur-spécialités pratiquées par les établissements

Des filiales régionales spécialisées avec un centre ressource identifié pourront être constitués dans le cadre de pathologies plus rares (mucoviscidose, maladies neurologiques (notamment les maladies neuromusculaires, les troubles du langage et des apprentissages), les maladies métaboliques, les cardiopathies congénitales, le diabète et l'obésité, l'hémophilie et hémoglobinopathies, les déficits immunitaires primitifs, cancer (intégré dans le réseau régional de santé de cancéro-oncologie²⁷).

III.C. Par rapport aux exigences d'articulation

III.C.1. Avec les objectifs de santé publique

Certains objectifs nationaux²⁸ touchant plus particulièrement les enfants et les adolescents (cf **tableau V**) doivent être pris en compte par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Tableau V : Objectifs de santé publique définis par la loi n°2 004-806 du 9 août 2004 intéressant plus particulièrement les enfants et les adolescents.

Déterminant ou problème de santé	N° de l'objectif	Objectif de santé publique
Tabac	3	Abaisser la prévalence du tabagisme en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence
Nutrition et activité physique	7	Diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants de 6 mois à 4 ans
	8	Disparition du rachitisme carenciel
	12	Interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants
Santé et environnement	18	Habitat : réduire la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l
Douleur	31	Prévenir la douleur d'intensité modérée à sévère, notamment en post-opératoire au décours de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants
Santé maternelle et périnatale	47	Réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Assurer le dépistage et le suivi des enfants à risque de séquelles
Pathologies endocriniennes	54	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique
Maladies des organes et des sens	67	Assurer un dépistage et une prise en charge précoce de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant
Affections d'origine anténatale	89	Améliorer l'accès à un dépistage et à un dépistage anténatal respectueux des personnes
Maladies rares	90	Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge
Traumatismes non intentionnels de l'enfance	93	Réduire la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans
Traumatismes intentionnels dans l'enfance	95	Définition d'actions de santé publique efficaces
Troubles du langage oral ou écrit	96	Amélioration du dépistage des troubles du langage oral ou écrit

En Lorraine, les priorités de santé publique souhaitent promouvoir la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, et ciblent les actions au bénéfice des populations en situation de précarité. Certaines actions sur les déterminants de santé contribuant à la mortalité prématurée évitable peuvent être menées dès l'enfance ou l'adolescence (nutrition, tabac). Les professionnels de santé intervenant en pédiatrie peuvent participer activement non seulement aux actions de prévention auxquelles ils adhèrent de longue date (politique vaccinale, maladies contagieuses) mais aussi à des actions d'éducation et de promotion de la santé. Une action régionale PNNS obésité a été développée.

III.C.2. Avec les structures médico-sociales

La prise en charge des enfants et adolescents handicapés ou à risque de handicap peut être améliorée par :

- le repérage et la prise en charge précoces (dépistages, suivi post néonatal), qui doit être favorisée et nécessite une coopération de l'ensemble des acteurs du secteur (pédiatres hospitaliers,

²⁷ Cf circulaire n°DHOS/O/2004/161 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique

- médecins libéraux, PMI, CAMPS, CMP, CMPP, SESSAD, centres ressources, services de santé scolaire). Les structures sanitaires collaboreront avec les structures médico-sociales impliqués dans le dépistage précoce. Les CAMSP devront agir de façon coordonnée avec les consultations de suites néonatales et les consultations hospitalières spécialisée et pluridisciplinaires de pédiatrie
- l'implication des personnels hospitaliers dans une démarche de suivi personnalisé et coordonné
 - l'adaptation des conditions d'hospitalisation aux besoins particuliers des enfants et adolescents handicapés.
 - L'accueil et la prise en compte des familles

Les motifs de recours des enfants handicapés aux établissements de santé sont représentés surtout par les soins dentaires, les passages aux urgences, les difficultés neurologiques, les problèmes respiratoires et les difficultés d'ordre orthopédique. L'amélioration de l'accueil des enfants handicapés à l'hôpital peut nécessiter de renforcer les moyens sanitaires afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

L'accès aux plateaux techniques (imagerie, chirurgie) doit être favorisé : implication des équipes et facilitation des consultations d'anesthésie préalables, conditions de transport et accompagnement adaptées, respect des horaires.

Une fiche de liaison personnelle, la prise en charge préférentielle par un pédiatre hospitalier et un cadre de santé référents lors de l'accès au plateau technique sans hospitalisation, et l'organisation de consultations pluridisciplinaires peuvent contribuer à l'amélioration des prises en charge. Le passage à la vie adulte doit être préparé dans sa dimension sanitaire et humaine avec l'aide des établissements hospitaliers.

La possibilité d'accueil en milieu sanitaire pour séjours de répit de durée limitée est à développer.

III.C.3. Avec la médecine de ville

Les pédiatres et les médecins généralistes libéraux assurent les premiers recours (non programmés et au cours du suivi), y compris avant 2 ans. Le rôle des généralistes est prépondérant dans les zones rurales. Une attention particulière doit être portée à leur formation en particulier pour les situations d'urgence et les dépistages précoces (développement normal, reconnaissances de pathologies diverses). L'intégration de pédiatres libéraux dans les équipes des établissements de niveau 2, peut compléter l'offre de soins. La création de maisons médicales pédiatriques est actuellement en cours de réflexion dans le cadre de la mission ministérielle confiée à Mme le Professeur Sommelet. Ces structures pourront apporter une réponse en terme d'offre de soins pédiatriques notamment pour les zones les plus dépourvues.

III.C.4. Aspects Inter-régionaux et transfrontaliers

L'organisation des soins et la prise en charge des urgences pourront être organisées en tenant compte de structures extra régionales proches :

- Mont St Martin – Arlon (Belgique)
- Bar le Duc – St Dizier (Champagne Ardenne)
- Sarrebourg – Saverne (Alsace)
- Forbach – Sarrebrück (Allemagne).

Dans le cadre de conventions conclus sous l'égide de textes en vigueur notamment les traités inter-gouvernementaux relatifs aux coopérations transfrontalières

IV. Prévention

Certaines maladies font l'objet d'un dépistage systématique en période néonatale. Au-delà, il convient d'assurer les autres dépistages, sans retard, par un repérage précoce des troubles du développement, des apprentissages, et du comportement, ainsi que par un diagnostic rapide des maladies chroniques.

En dehors du diagnostic néonatal, la qualité du dépistage dépend de la coordination des professionnels de la petite enfance au niveau du territoire de proximité et des outils et dispositifs locaux doivent être mis en place dans ce but (annuaires, procédures, réunions). Il appartient aux pédiatres hospitaliers de s'assurer de l'existence et du bon fonctionnement de cette coordination, et, le cas échéant, d'en être les promoteurs. Le rôle des établissements de santé est clairement celui d'établir et d'annoncer le diagnostic ainsi que d'organiser le suivi de l'enfant.

En ce qui concerne la prise en charge des jeunes enfants, les CAMSP doivent renforcer leur action dans le respect des missions qui leurs sont imparties notamment pour la resocialisation des familles. L'importance des SESSAD doit être réaffirmée et, dans le cadre de conventions territoriales, le lien avec la PMI doit être développé. La collaboration entre les services de santé scolaire et les services de pédiatrie doit être maintenue.

Les services de pédiatrie devront développer des actions d'éducation à la santé (niveau 1), et d'éducation thérapeutique (niveau 2) concernant les pathologies chroniques.

V. Télé médecine et systèmes d'information

Un réseau pédiatrique régional de télé médecine permettra des échanges sécurisés d'informations (dossiers médicaux) et d'images entre services de pédiatrie, notamment dans le cadre de l'urgence (astreinte régionale de chirurgie infantile) et dans celui de l'exercice de certaines sur-spécialités (cancérologie, chirurgie).

Les coordinations régionales de pédiatrie et de chirurgie infantile, d'ORL et d'anesthésie pédiatrique pourront utiliser ce réseau dans le cadre de leurs missions.

VI. Formation

L'implication des médecins généralistes impose une réflexion sur leur formation en pédiatrie. Il convient de renforcer la formation initiale en pédiatrie afin de leur permettre de répondre aux situations les plus courantes et de participer aux dépistages précoces et au suivi. Cet objectif peut s'intégrer dans la formation continue.

La formation des pédiatres et des urgentistes au repérage des diverses formes de maltraitance ainsi qu'aux aspects juridiques, sociaux, et médico-légaux de leur pratique dans ce domaine doit être organisée dans un cadre régional, le cas échéant en s'appuyant sur une formation universitaire spécifique à développer. Une attention sera portée à la formation des médecins (pédiatres et généralistes) à l'éducation thérapeutique et au handicap.

Des postes d'assistants spécialistes régionaux, dont le temps médical serait partagé entre établissements de différents niveaux, pourraient être envisagés. L'affectation et le partage du temps pourront être définis selon les différentes modalités de coopération entre établissements de santé (mise à disposition, convention, GCS). Ces postes, affectés à une structure donnée pour une durée limitée et un objectif précis, feront l'objet d'une évaluation par la commission régionale de l'enfance et de l'adolescence. Ils permettront à des pédiatres en fin de formation d'acquérir des compétences particulières tout en contribuant à l'activité des équipes de niveaux 1 et 2 devant être renforcées.

VII. Évaluation de la mise en œuvre du SROS

Établissements

- Nombre de pédiatres et compétences présentes des services de recours
- Accréditation
- Conventions entre établissements et coopération
- Postes partagés (activités multisites)
- Enquêtes de satisfaction

Territoire : cf tableau VII

- Filières
- Conventions
- Activités partagées
- Permanence des soins/ transports
- Activités : consultations, hospitalisations, venues

Région

- Hospitalisations hors région
- Hospitalisations de patients provenant d'autres régions
- Répartition des pédiatres, démographie médicale, personnel paramédical
- Registres régionaux (handicap, maladies chroniques)
- COTRIM : chaînage : étude des parcours de soins, et de l'interaction entre niveaux de soins ; flux de patients d'âge pédiatrique dans le cadre des prises en charge du diabète, de l'asthme et de l'épilepsie, ainsi que des urgences et des transports pédiatriques.
- Coordination régionale de chirurgie infantile, d'ORL et d'anesthésie pédiatrique : organisation des astreintes régionales et des procédures concertées mises en place au sein des établissements (accueil, traitement, suivi).
- Efficacité des dépistages et délai du diagnostic notamment pour ce qui concerne les cancers de l'enfant et les situations de handicap
- Activité : évaluation de l'activité pédiatrique des établissements de santé
 - o à partir des bases PMSI MCO et pour l'avenir des bases PMSI SSR et psychiatrie
 - o à partir de l'activité des services d'urgence et des SMUR
 - o à partir de l'activité de consultations externes.

VOLET CANCEROLOGIE

I.Particularisme

1. Introduction

La prise en charge du cancer représente un enjeu de santé publique en France et sur la région lorraine en particulier

Au regard de l'épidémiologie, le constat lorrain est très défavorable.

La région est classée au 4^è rang national en ce qui concerne la surmortalité. La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne nationale et les tumeurs représentent la 2^{ème} cause de décès dans la région avec des différences importantes par territoires.

Un effort particulier doit être fourni en matière de prévention et de dépistage au niveau de la région.

Les différences épidémiologiques reconnues au niveau des territoires se retrouvent dans la prise en charge inhomogène des soins.

On note des inégalités d'accès aux soins de qualité.

Il est constaté des délais d'attente au niveau des différentes étapes de la prise en charge

Le schéma de cancérologie s'attachera à proposer une organisation régionale assurant la prise en charge pluridisciplinaire, l'égalité d'accès aux soins de qualité standard et de recours tant en matière de soins spécifiques et de soins de support.

Il s'efforcera de favoriser une prise en charge continue et graduée grâce à la mise en place de moyens de coordination centrés sur le malade.

La prise en charge pluridisciplinaire tant en matière de diagnostic que de traitement doit être accentuée.

Elle nécessite l'implication des différents praticiens : médecin traitant, radiologue, chirurgien, anatomo-pathologiste, oncologue, radiothérapeute, spécialiste d'organe, et médecin spécialiste de la douleur et des soins palliatifs.

Les progrès en matière de cancérologie ont permis de faire rentrer cette pathologie dans le domaine des maladies chroniques.

Cette prise en charge prolongée nécessite une coordination de l'ensemble des professionnels de santé institutionnels et libéraux.

Pour ce faire une organisation régionale adossée au réseau régional Oncolor doit être soutenue.

Par ailleurs il est indispensable d'encourager la recherche et l'innovation thérapeutique de cette pathologie.

Le plan cancer, l'Institut National du Cancer favorisent la dynamique de l'organisation des soins. Les textes réglementaires accompagnent sa planification.

2. Cadre réglementaire

Le traitement du cancer a fait l'objet d'un plan de santé publique et d'une mobilisation générale depuis 2002. La prise en charge de cette pathologie dans sa diversité et sa transversalité est encadrée par des textes importants, textes particuliers au cancer mais également textes généraux sur l'organisation des soins.

Ce thème est inscrit dans les programmes de santé publique.

- **Plan cancer 2003 - 2007**

70 mesures autour de six axes : renforcement de la prévention, amélioration du dépistage, développement de la qualité des soins, accompagnement social, formation des professionnels, recherche.

- Circulaire DHOS/SDO n°2002/299 du 3 mai 2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet de cancérologie du SROS Elle définit les principes généraux d'organisation d'un centre de radiothérapie
- Circulaire n°161/DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

- Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 de code de la santé publique fixant les matières obligatoires devant figurer dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cet arrêté précise les 16 volets devant figurer obligatoirement dans le SROS, 7 grandes activités, 5 priorités de santé dont le cancer, 3 priorités populationnelles, 1 mode de prise en charge spécifique : l'hospitalisation à domicile
- **Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique**
- Circulaire n°DHOD/SDO/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie Une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels validés et régulièrement actualisés
- Ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Circulaire DHOS/SDO n°2002/299 du 3 mai 2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet de cancérologie du SROS Elle définit les principes généraux d'organisation d'un centre de radiothérapie
- Décret n° 2005-434 du 06 mai 2005 relatif l'organisation et à l'équipement sanitaire et modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles
L'article R.712-28 fixe les activités de soins soumis à autorisation prévue à l'article L. 6122-1 y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation dont « traitement du cancer »

3. Méthodologie Lorraine

3.1 Un comité de pilotage

Un comité de pilotage a été installé et regroupe tous les acteurs de la cancérologie Lorraine. Il reprend la composition du bureau Oncolor auquel ont été associés les représentants de l'administration soit URCAM, CRAM, ERSM, DRASS et les différents acteurs concernés par une prise en charge globale : HAD, associations de dépistage, usagers, anatomopathologistes, SSR. Ce comité de pilotage s'est réuni plusieurs fois à partir de décembre 2004. Un sous- groupe sur la radiothérapie a fonctionné jusqu'au début 2004 et a rejoint le groupe.

3.2. Une procédure d'audit

Une procédure d'audit se met en place pour permettre de définir la graduation des soins en cancérologie sur la base de l'organisation antérieure mise en place par le réseau régional Oncolor. Cette enquête permettra de définir :

- les établissements autorisés pour le traitement du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, soins de support)
- Les établissements de recours en vue de constituer le pôle régional (techniques innovantes, recherche, enseignement)
- Les établissements et structures associées (chimiothérapie et soins de support)

Cette organisation sera déclinée à partir d'un questionnaire d'autoévaluation renseigné par les établissements et structures concernées

4. Constat en Lorraine

4.1. Données démographiques

Elles sont communes aux différents volets du SROS dans le diagnostic partagé (ORSAS). L'ensemble de la Lorraine verra sa population totale stagner au cours des 20 prochaines années. L'évolution démographique sera plus fortement marquée par une augmentation du nombre de personnes âgées. Cette augmentation sera moindre dans le territoire Sud que dans le territoire Nord. Le vieillissement de la population marquera fortement le taux d'incidence du cancer.

4.2. Données épidémiologiques

L'état de santé de la population lorraine est nettement moins bon que celui de l'ensemble des Français métropolitains. La mortalité prématurée avant 65 ans pour 100.000 habitants est de 232 versus 222 pour la France métropolitaine

Tous âges confondus les maladies cardio-vasculaires sont la 1^{ère} cause de décès en lorraine, dans le territoire Nord le cancer du poumon constitue la première cause de décès.

La Lorraine présente une surmortalité par cancer, c'est la 4^e région après le Nord- Pas de Calais, la Haute Normandie et la Picardie

L'augmentation des décès par cancer entre 1980 et 2000 est de 20% liée pour partie au vieillissement de la population

L'incidence après 65 ans est supérieure à celle de la France entière soit, + 16,3 chez les hommes et + 9,2 chez les femmes. Tous cancers confondus le rapport Lorraine /France correspond à 3460/ 2974 et 1285/ 1177

4.2.1. Estimations nationales

tendances de l'incidence entre 1978 et 2000 (BEH Octobre 2003- Francim)

La situation épidémiologique des cancers montre une divergence entre les tendances de l'incidence et de la mortalité.

Le nombre de nouveaux cas est respectivement de 170.000 et de 278.000 en 1980 et 2000.

Le nombre de décès par cancer est passé de 125.000 à 150.000.

Tous cancers confondus, le nombre de nouveaux cas a augmenté de

- 63% entre 1980 et 2000 :
 - o 66% pour les hommes
 - o 60% pour les femmes
- le nombre de décès n'a augmenté que de 20%
 - o 22% pour les hommes
 - o 16 % pour les femmes.

4.2.2. La santé observée en Lorraine

(ORSAS 2004 - Brigitte Lacour 2004-incidence et mortalité des cancers en Lorraine 1978-200)

Les deux premières causes de décès par tumeur sont

- chez l'homme : le cancer du poumon et le cancer de la prostate
- chez la femme : le cancer du sein et le cancer colo rectal

4.2.2.1 Evolution chez l'homme -

- cancers de la prostate : + 5,3% par an ; mortalité stable
- cancers du poumon : + 0,6% par an ; mortalité + 0,7 % par an
- cancers des VADS :- 0,8 % par an ; mortalité stable

4.2.2.2. Evolution chez la femme

- cancers du sein : + 2,4% par an, 100% en 20 ans ; mortalité stable
- cancers du poumon : + 4,4% par an ; mortalité + 2,9 par an
- cancers de la thyroïde : + 4,8% par an ; effet Tchernobyl ?
- cancers du col utérin : - 2,9% par an

4.2.2.3. Evolution pour les 2 sexes

- mélanomes : + 4,5% par an
- cancers colorectaux : + 1,1% par an ; mortalité stable
- lymphomes malins non hodgkiniens : + 3,6
- SNC : + 3% par an
- Cancers de l'estomac : - 2, 5% par an

4.2.3. Analyse de l'activité de cancérologie

4.2.3.1. Activité de chirurgie (PMSI- OQR)

La chirurgie est pratiquée en lorraine dans 42 établissements de santé.

Sachant qu'il faut répondre aux besoins de la population par territoire, que l'activité de chirurgie est organisée et planifiée au travers d'un SROS chirurgie et qu'il est nécessaire de garantir un bon niveau de qualité correspondant aux critères INCa ;

Il est actuellement difficile de préciser l'offre de soins en chirurgie du cancer.

Le SROS de chirurgie définit 3 niveaux en tenant compte

de l'activité,
du plateau technique,
des effectifs en praticiens,
de la taille du bassin.

La chirurgie oncologique concerne les niveaux 2 et 3 à savoir une chirurgie à risque de morbidité contrôlé et une chirurgie réalisée en centre de recours. (annexe 1)

Les actes de chirurgie pratiqués pour le traitement du cancer, codés « oncologie » en diagnostic principal ou diagnostic relié dans les séjours de chirurgie de Niv. 2 et 3 à partir des RSA 2001-2004, se répartissent comme suit :

Niv. 2 Territoire Nord : 4103
Territoire Sud : 4776 soit pour la Lorraine 8879 RSA en moyenne annuelle

Niv. 3 Territoire Nord : 1369
Territoire Sud : 1452 soit pour la Lorraine 2821 RSA en moyenne annuelle

Ces chiffres rapportés à l'activité globale de chirurgie représentent un pourcentage de
8% (7,58) de l'activité de niveau 2
25% (24,60) de l'activité de niveau 3 soit ¼ de l'activité de niveau 3 pratiquée dans les centres de recours

Ultérieurement, à partir des critères INCa, les décrets et arrêtés préciseront, les seuils d'activité, l'application des référentiels et le mode de prise en charge pluridisciplinaire.

4.2.3.2 Activité de radiothérapie en Lorraine.

SAE 2003 -2004

Au niveau national, la radiothérapie concerne 150 000 nouveaux patients par an (Bulletin du cancer 2003)

En Lorraine, il est recensé un total de passages machine (accélérateur et appareil de cobalthérapie –annexe 2)

En 2003 : 138 828 passages machine ce qui correspond à environ 5500 patients, soit

- 68 483 passages machine dans le territoire Nord (2737 patients)
- 70 345 passages machine dans le territoire Sud (2814 patients)

En 2004 : 141 185 passages machine ce qui correspond à environ 5600 patients, soit

- 70 433 passages machine dans le territoire Nord (2817 patients) +80
- 70 752 passages machine dans le territoire Sud (2830 patients) +16

Le territoire sud marque une activité légèrement supérieure malgré une augmentation plus importante du nombre de patients dans le territoire Nord (+3%)

On relève une attraction du Saulnois, du Pays cœur de lorraine et de Longwy vers les établissements de santé de Lorraine Sud et par ailleurs une attraction des territoires de Sarreguemines et de Sarrebourg vers les établissements alsaciens.

4.2.3 .3 . Activité de chimiothérapie

SAE 2003 -2004

La consultation des questionnaires SAE a mis en évidence la difficulté d'interprétation des données recensées.

Dans les 28 établissements déclarant une activité de chimiothérapie ont été relevées :
en 2003 :

- 41070 venues en hospitalisation de jour
- 98657 préparations délivrées (consultation de l'ensemble du fichier SAE)

2004 :

- 43807 venues en hospitalisation de jour
- 121 689 préparations délivrées

Le recensement des patients cancéreux hospitalisés dans l'année (HC et HP) n'a pas été retenu comme critère d'activité de chimiothérapie car trop hétérogène.

5. Offre de soins : par territoire de planification

5.1. Établissement de santé et autres structures de soins

Les 53 établissements de santé du réseau Oncolor assurent la prise en charge graduée des patients cancéreux.

Les structures d'hospitalisation sont actuellement regroupées en sites hautement spécialisés (18 établissements), sites spécialisés (15 établissements) et membres associés (20 établissements).

Territoire Nord : 8 SHS
9 SSP
9 Membres Associés
Territoire SUD : 10 SHS
6 SSP
11 Membres Associés

Cette prise en charge spécifique est complétée par les structures de soins de suite, les hôpitaux locaux, (12 établissements) et les structures de soins à domicile HAD, SSIAD, médecins de ville.

En dehors du cadre de l'HAD, des SSIAD, l'activité de chimiothérapie, de prise en charge de la douleur, de soins palliatifs est recensée dans les disciplines de médecine, dans les établissements de soins de suite et plus exceptionnellement en soins de longue durée ce qui ne permet pas d'individualiser ces traitements et les soins de support.

5. 2. Les équipements

Ils se distinguent en plateau technique de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie

5.2.1. Chirurgie

Le SROS de chirurgie propose une segmentation en 3 niveaux.

Les critères de la circulaire du 22 février 2005 complétée par les décrets et arrêtés à paraître préciseront les niveaux de qualité requis pour le traitement du cancer.

5.2.2. Radiothérapie

Les plateaux actuellement en place :

CAV : 3 accélérateurs – 1 cobalt
Polyclinique Gentilly : 2 accélérateurs
CHR Metz Bonsecours : 3 accélérateurs
CHR Metz-Thionville Bel Air : 2 accélérateurs
Cl. Claude Bernard - AIMO : 2 accélérateurs
CH Epinal J. Monnet : 2 accélérateurs

Le bilan fait apparaître 15 appareils installés soit :

Territoire Nord : 7 accélérateurs
Territoire SUD : 7 accélérateurs et 1 cobalt

Ces équipements seront complétés par l'installation autorisée de 2 accélérateurs.

5.2.3. Chimiothérapie

La réalisation des préparations et des reconstitutions des anticancéreux dans les établissements de santé pour les patients hospitalisés et traités à domicile est assurée par 23 Pharmacies à Usage Interne (PUI) disposant d'une Unité de Préparation Centralisée - 2 établissements PUI ne disposent pas d'UPC.

5.3. Les ressources humaines

Il n'existe pas de recensement spécifique en matière de cancérologie hormis les oncologues médicaux et les radiothérapeutes.

5.3.1. Chirurgiens

Les contraintes et les critères de fragilité sont identiques à ceux décrits dans le SROS chirurgie.
On recense (ADELI au 1/11/2005)

En territoire Nord 237 chirurgiens salariés et libéraux

En territoire Sud 261 chirurgiens salariés et libéraux

Ces données ne distinguent pas les chirurgiens ayant une activité cancérologique.

5.3.2. Anatomopathologistes

On compte 49 anatomopathologistes (ADELI au 1/11/2005)

En territoire Nord 17

En territoire Sud 32

5.3.3. Radiothérapie

On dénombre en Lorraine

22 radiothérapeutes

10 radios physiciens

Le nombre de manipulateurs affectés à la RTE ne peut être précisé, de plus les manipulateurs dosimétristes ne sont pas distingués.

(SROS radiothérapie 2002- 2004 – Service statistiques DRASS)

5.3.4. Chimiothérapie

Une enquête DHOS 2004 et un relevé des effectifs au niveau régional (2003) montrent des différences marquées entre les effectifs ETP de pharmaciens et de préparateurs chargés des préparations et de la dispensation des chimiothérapies.

De ce fait, les données ne permettent pas de présenter un état des lieux qui rende compte de la réalité des moyens dédiés à cette activité. Ex : effectif pharmacien territoire Sud : enquête DHOS 2004 1,79 ETP pharmacien, 5,5 versus enquête régionale 2003) (Annexe 3)

6. Points forts et points faibles

6. 1. Les points forts

6.1.1. Le réseau régional de cancérologie « Oncolor »

La région lorraine a travaillé dès 1994 sur la qualité des soins en cancérologie pour aboutir à la reconnaissance en 1998 du réseau « Oncolor ». Il regroupe la majorité des établissements impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux du diagnostic à la fin de vie. Il a fait émerger une véritable culture de travail en commun construite sur une organisation graduée.

Un cahier des charges en cours d'élaboration (Groupe de travail INCa) précisera les missions des réseaux régionaux.

6.1.2. L'organisation de la graduation des soins

La reconnaissance de 5 sites hautement spécialisés et de 15 sites spécialisés a nécessité la mise en place de complémentarités reconnues par la création de fédérations ou par la signature de conventions dans un souci d'amélioration de l'ensemble des prises en charge.

La participation en tant que membres associés a permis à des établissements de soins de suite et de réadaptation de participer à la prise en charge de ces patients (douleur, soins palliatifs, accompagnement)

6.1.3. La création d'unités centralisées de préparation des cytostatiques -UCPC

Grâce à un financement spécifique, la Lorraine a créé des UCPC dans tous les établissements de Santé qui assurent des traitements chimiothérapiques, à l'exception de deux d'entre eux. (23 PUI disposent d'une UCPC).

Sur ce point la Lorraine montre une mise en conformité avancée par rapport à d'autres régions.

6.1.4. La mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire - RCP,

Il est recensé un cinquantaines de RCP organisées à partir des SHS. Ce qui correspond a une réelle volonté de progrès dans le diagnostic et le traitement de la maladie cancéreuse. L'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire est différente d'un établissement à l'autre avec des implications de professionnels disparates.

6.1.5. Le développement des alternatives. –HAD – SSIAD – réseaux de proximité

Une volonté forte de la région a permis de développer ces alternatives en particulier au titre de l'HAD sur les deux grandes agglomérations et au niveau d'établissements de soins de suite et de longue durée rendant accessible aux patients cancéreux la majorité des lits.

Les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur ont été des axes forts du SROS 2. Ils font l'objet d'un volet spécifique du SROS III

6.2. Les points faibles

6.2.1. L'évaluation de l'organisation des soins

L'évaluation de l'organisation des soins, insuffisamment développée en cancérologie, est à renforcer à partir d'un état des lieux qui fera l'objet d'un travail commun ARH-ONCOLOR

6.2.2. Le diagnostic

La porte d'entrée dans le diagnostic et dans le système de santé est multiple. Elle fait appel à différents modes d'exercice et à de nombreuses spécialités en exercice libéral ou institutionnel. Ceci entraîne un délai d'attente qu'il faut chercher à réduire.

6.2.3 L'organisation de la chirurgie cancérologique

L'exercice de la chirurgie cancérologique est mal connu en Lorraine.

Une enquête CNEH-2004 et les OQR – 2005 ont relevé l'activité de chirurgie cancérologique sur l'ensemble des établissements de Santé Lorrains et sa projection jusqu'en 2015.

Ces constats montrent des plateaux techniques incomplets pour ce type de traitement sachant que la chirurgie cancérologique devra répondre à des critères de qualité qui seront précisés ultérieurement. (critères INCa- textes à paraître)

Cet état des lieux laisse penser à une nécessaire recherche de complémentarité. des plateaux médico-techniques.

6.2.4. La radiothérapie

L'installation de deux appareils de radiothérapie supplémentaire prévue dans le secteur sanitaire de Moselle Est, approuvée en 2002, n'est à ce jour pas mise en œuvre. Cette absence de plateau technique ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins des patients du Nord-Est de la Lorraine, d'éviter des trajets nombreux et longs vers les régions voisines (Alsace et régions transfrontalières) et de réduire les délais de prise en charge.

L'absence d'un plateau technique de radiothérapie est à corréliser à la pénurie des personnels médicaux, para médicaux, et radiophysiciens, mais également à l'impossibilité de mettre en œuvre une prise en charge globale sur ce secteur.

6.2.5. Les soins de recours

A ce jour, l'absence d'identification des établissements ou sites disposant des compétences et des ressources régionales de recours ne permet pas aux patients une égalité d'accès aux techniques et traitements innovants dispensés par les établissements de recours. (Annexe 6 de la circ. 22 février 2005)

6.2.6. Les soins de support

Une étude sur les soins de support réalisée en 2003 sur les SHS a montré la nécessité d'organiser la coordination des soins tant en établissement de santé qu'au domicile du patient. (Evaluation des structures et de l'organisation des soins oncologiques de support en Lorraine- Revue Oncologie 2005)

La définition des soins de support a été élaborée au sein de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer à partir de celle de la MASCC – (Multinational Association for Supportive Care in Cancer, en 1990 (« The total medical, nursing and psychosocial help which the patients need besides the specific treatment »). Cette définition est : « l'ensemble des soins et du soutien nécessaire aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a tout au long des maladies graves

Ces soins de support concernent principalement la prise en compte de : la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie des patients ainsi que de leur entourage.

6.2.7. La prévention

La prévention est à améliorer et à organiser en lien avec les grands plans de santé publique (tabac, alcool, nutrition..) et en lien avec le plan régional de santé publique.

6.2.8. L'articulation ville-hôpital

L'articulation ville-hôpital est insuffisamment développer. Il convient d'approcher les attentes des différents partenaires afin de créer des liens et permettre une prise en charge continue et harmoniser.

II. Objectifs et grandes orientations

Un avenant précisera l'organisation régionale en cancérologie au regard de la réglementation à paraître (3C, pôle régional, rôle du réseau ONCOLOR, chirurgie carcinologique et l'oncologie médicale)

A. Graduation des soins

Le réseau régional a favorisé la mise en place d'une organisation graduée des soins en cancérologie.

L'évolution des méthodes diagnostiques et thérapeutiques conduit à requalifier les plateaux techniques en distinguant

- des établissements ou sites de recours qui constitueront le pôle régional
- des établissements ou sites autorisés,
- des établissements et structures associés.

Le pôle régional de cancérologie au travers de missions régionales de soins hautement spécialisés, de soins de recours, d'expertise, de recherche clinique, d'innovation et d'enseignement sera constitué par des établissements de santé ou des sites qui, en plus de leur activité de soins standards, exercent ces missions. (Circ. Du 22 février 2005 annexe 6 ; Plan cancer mesure 30)

Toute prise en charge d'un patient atteint de cancer impose une appartenance au réseau régional.

A partir de l'organisation lorraine d'une coopération inter établissement la graduation en 2 niveaux modifie peu les coopérations des SHS, elle oblige le regroupement ou le partage de plateaux médico-techniques pour les sites autorisés(SSP) et l'organisation de la continuité des soins pour les établissements et structures associés. Pour assurer la continuité des soins une coopération entre les établissements de soins et les structures spécifiques telles que l'HAD et les SSIAD doit être mise en place, elle favorisera la relation ville hôpital - cellule d'aide à l'organisation des soins de proximité. (CAOSP voir 7.3.6)

B. Organisation par territoire

Les soins cancérologiques relèvent d'une prise en charge spécifique qui nécessite un plateau médico-technique pluridisciplinaire ce qui oblige à une concentration des moyens sur plusieurs territoires de proximité. Aussi, les propositions d'organisation seront décrites par territoire de planification.

B.1. La chirurgie

Les critères de la circulaire du 22 février 2005 complétée par les décrets et arrêtés à paraître préciseront les niveaux de qualité requis pour le traitement du cancer.

B.2. La radiothérapie

Les recommandations du Plan Cancer ont conduit à une modernisation du parc par la mise en place d'accélérateurs en remplacement des appareils de cobalthérapie. Sur deux télécobalts, 1 seul reste à remplacer.

Malgré une projection d'activité prenant en compte une augmentation du nombre de traitement de 2% par an, l'installation de deux accélérateurs autorisés dans le cadre de la carte sanitaire sur le territoire de Lorraine Est n'est, à ce jour, pas réalisée ce qui augmente les délais d'attente et ne répond pas au directives du plan cancer.

Les freins à cette installation sont de différents ordres :

- l'inscription des soins dans une filière de qualité, préalable à l'installation des accélérateurs dans le territoire de Moselle Est. Aucun des établissements de santé du territoire 7 ne peut répondre seul à ces obligations de qualité de traitement.
- la démographie des médecins radiothérapeutes, des radio manipulateurs et des radiophysiciens.

La réponse à cette problématique doit tenir compte des critères de qualité énoncés dans le SROS 2, les Plans cancer puis repris par l'INCa (textes à paraître)

- a) installation minimum de deux appareils par centre
- b) traitement par deux appareils de 600 patients par an
- c) 1 radiothérapeute pour 300 à 400 traitements annuels, 1 radiophysicien pour un maximum de 500, présence de 2 radiomanipulateurs par appareil et pendant les heures d'ouverture.

L'installation de deux accélérateurs de particules sur le territoire de proximité n° 7 est envisagée sous réserves des conclusions d'une expertise de faisabilité à demander à l'INCA en liaison avec la société française de radiothérapie.

L'organisation de la réponse aux besoins fera l'objet d'un avenant prenant en compte les conclusions de l'expertise.

De plus, à partir d'une réflexion nationale sur l'organisation des soins en radiothérapie, il est conseillé de réfléchir à une organisation prenant en compte l'élargissement des plages horaires (SFRO-2005), de penser le « transfert de compétences » en radiothérapie externe, (P.Bey – SFRO-2005)

La curiethérapie est à regrouper sur les deux sites publics de Metz et de Nancy.

B.3. Chimiothérapie

Elle est liée aux bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration et aux critères de qualité INCa (textes à paraître)

La prescription des molécules anticancéreuses doit s'appuyer sur les référentiels actualisés, de plus la proposition d'une chimiothérapie est faite en RCP

Le médecin prescripteur exerce dans établissement de santé « autorisé » il possède une qualification en oncologie ou une compétence en cancérologie.

La préparation des anticancéreux est centralisée ou réalisée dans des locaux dédiés. Tous les établissements de Santé applique la réglementation à l'exception de deux – Bar Le Duc – Epinal devront se mettre aux normes dans un court délai.

L'administration est réalisée en hospitalisation complète, en hospitalisation partielle, de jour ou dans des structures alternatives HAD, SSIAD ou à domicile par des professionnels de santé libéraux (arrêté du 20 décembre 2004).

Le nombre minimal de patients traités dans un établissement « autorisés » sera précisé dans un texte à paraître

C. Prise en charge et Coordination pluridisciplinaire

Pour améliorer la qualité de la prise en charge de la cancérologie, la région, à partir d'un réseau structuré organise l'offre de soins en favorisant la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire. En utilisant les supports adaptés à la communication et à la transmission d'informations elle assure la continuité des soins.

La circulaire du 22 février 2005 présente l'ensemble des moyens et structures à mettre en place.

C.1. Les Réunions de Concertation pluridisciplinaire - RCP

Cette mission initialement organisée par le réseau se décline au niveau des 5 SHS. Cette organisation garantit au patient la qualité de sa prise en charge grâce à une effective pluridisciplinarité. En Lorraine, la composition des RCP comprend au minimum 5 spécialistes permettant une prise en charge globale du patient. (oncologue, chirurgien, radiothérapeute, anatomopathologiste, 1 membre désigné de soins de support) et tout autre consultant nécessaire pour orienter la prise en charge.

Cette composition, garante de la qualité du déroulement de la prise en charge, est le plus souvent réalisée au niveau d'un site offrant les différents types de traitement ce qui correspond aux sites anciennement dénommés SHS, tous composés de plusieurs établissements

Le centre de coordination en cancérologie -3C a pour mission, aujourd'hui, de fédérer les RCP.

C.2. Le centre de coordination en cancérologie - 3 C

Le 3C peut-être organisé par établissement ou par site de cancérologie dans une logique d'assurance qualité.

Il est préférentiellement organisé à partir d'un site autour du fonctionnement des RCP ce qui constitue sa principale mission.

Quant à l'organisation interne de la cancérologie (fédérations) elle est définie soit dans l'établissement, soit au niveau du site.

C.3. Le dispositif d'annonce – Programme personnalisé de soins - PPS

Suite à l'expérimentation réalisée au plan national dont CHU et CAV le dispositif d'annonce est généralisé et fera l'objet d'un cahier des charges national.

Cette expérimentation a démontré pour le patient, l'intérêt d'un entretien avec une infirmière après l'annonce de sa maladie par le médecin référent.

Tous les établissements de santé accueillant des patients atteints de cancer doivent mettre en place une organisation formalisée d'annonce

Fin 2005 des postes ont été financés en région.

La mise en place du dispositif d'annonce, la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins, la mise en place des ERI ou IRCA et la production sur l'activité cancérologique sont du domaine de l'établissement de santé.

Le programme personnalisé de soins – PPS

Est remis au patient après la RCP, il contient au minimum la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante référents. Un contenu type sera proposé par l'INCa)

C.4. Le dossier communiquant en cancérologie – DCC

Cette plate forme informatique permet l'accès aux données relatives à la prise en charge du patient quelque soit le lieu ou celui-ci poursuit son traitement. Il présentera de façon intégrée l'historique de la maladie et son statut actuel, les actes diagnostiques ou thérapeutiques prévus ou en cours, les traitements déjà réalisés et leur conséquences, l'accès aux soins de support, les informations données au patient sur sa maladie en toute sécurité, fiabilité et confidentialité.

La généralisation du DCC est planifiée pour l'année 2007 les réseaux régionaux de cancérologie ont été invités à présenter leur projet en 2005 pour une mise en place dès le début de 2006

Le projet DCC du réseau lorrain ONCOLOR bénéficiera d'une aide à son financement en réponse à l'appel à projets national (DHOS-Inca).

C.5. Développement de la visioconférence dans le cadre des RCP

Il existe déjà un réseau de visioconférence installé dans le cadre de la périnatalité. Cet outil de communication est à utiliser en complémentarité des futures installations.

Suite à un appel à projets en 2005, un jury INCa-DHOS a retenu une part du financement de 5 projets présentés par les hôpitaux Lorrains. D'autres établissements de santé seront appelés à s'inscrire dans ce projet de développement afin de couvrir l'ensemble de la région de ce type.

C.6. La cellule d'aide à l'organisation des soins de proximité - CAOSP

Cette cellule est en voie de constitution.

C'est un projet lorrain qui a pour mission l'organisation de l'interface ville-hôpital. Elle participe au maintien ou à l'amélioration de la qualité des prises en charge à domicile. Dans cet objectif, à partir de la création d'un annuaire elle assurera la rédaction et la diffusion de référentiels, des guides de bonnes pratiques et de fiches conseils adaptées à la pratique des soins au domicile du patient, la formation des intervenants au domicile..

Ce projet participe à la sécurité et la continuité des soins dispensés à domicile

III. Prise en charge des populations spécifiques

III.A. Oncopédiatrie

A partir des recommandations de la circ. du 29 février 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique, il a été reconnu en Lorraine deux types de structures :

- Un centre de cancérologie pédiatrique situé au CHU – hôpital d'enfants –Brabois
- Des établissements associés constitués en réseau autour du centre de référence. Il s'agit des services de pédiatrie qui assurent soit des suivis de traitement, soit la prise en charge des soins de support. - C.H.R.

Metz, C.H. de Lunéville, Mont Saint Martin, Toul, Verdun, Forbach, Saint Avold, Sarrebourg, Epinal, Neufchâteau, Remiremont.

III.B. Oncogériatrie

La prise en charge des cancers de la personne âgée est insuffisante. En effet, il existe un retard au diagnostic du fait de la présentation atypique de la symptomatologie.

En Lorraine l'incidence des cancers après 65 ans, est supérieure à celle de la France.

Un projet de prise en charge Oncogériatrique est présenté par la Lorraine en réponse à un appel à projets national dans le cadre de « l'émergence d'unités pilotes de coordination en Oncogériatrie » (UPCOG) Il a pour objectif :

- d'adapter les référentiels ONCOLOR aux spécificités de la personne âgée
- d'intégrer la démarche gériatrique dans la prise en charge en cancérologie
- Il s'appuiera sur les réseaux gérontologiques en place et en cours de développement

IV. Recherche - Enseignement

IV.A. La recherche

La recherche porte sur 3 axes prioritaires.

La recherche épidémiologique et la recherche en sciences sociales, la biologie et la génomique fonctionnelle, et la recherche clinique.

Ces activités sont principalement réalisées au niveau des sites du pôle régional.

En Lorraine la composition multisite du pôle régional devrait permettre de graduer la recherche en fonction des activités de chaque site le composant.

De plus, en ce qui concerne la recherche clinique, l'objectif de la circulaire est d'augmenter significativement l'inclusion de tous les malades quelque soit leur lieu de soins dans les essais cliniques coordonnés par le pôle.

IV.B. L'enseignement

L'approche de l'enseignement peut se faire à deux niveaux :

un enseignement universitaire dans le cadre des UFR de médecine,

un enseignement de réactualisation des connaissances, type FMC et/ ou une formation initiale ou continue des personnels paramédicaux.

V. Prévention

V.A. La prévention primaire

Les stratégies spécifiques de mise en place d'actions de prévention à partir de programmes nationaux n'ont pas connu de réels succès.

La prévention s'exerce à différents niveaux :

- Comportemental individuel : tabac –alcool- alimentation
- Environnemental : exposition professionnel
- Génétique : suivi des populations à risque

La région lorraine a une surmortalité en matière de décès par cancer. Cette surmortalité est différente en fonction du type de cancer et des territoires. Le territoire nord montre une prévalence plus élevée du cancer du poumon et une incidence des cancers liée aux addictions à des produits, tel le tabac.

En dehors des campagnes nationales de prévention, il est conviendrait de renforcer la collaboration entre les soins de ville et les soins hospitaliers en coordination avec une prise en charge médico-sociale.

Chaque établissement de santé devra produire, en fonction des données épidémiologiques concernant le territoire sur lequel il est situé, une fiche de synthèse relatif aux actions menées dans le cadre de la prévention.

V.B. La prévention secondaire – Dépistage

Le dépistage des cancers bénéficie depuis plusieurs années de la mise en place de programmes qui viennent récemment d'être intégrés dans un programme national permettant une prise en charge par l'assurance maladie.

L'organisation du dépistage systématique du cancer du sein et du cancer colo rectal est réalisée par les structures de gestion sur les quatre départements Lorrains ; Les établissements de santé participent à la promotion de ce dépistage.

VI. Coopération interrégionale et transfrontalière

La proximité des établissements alsaciens des villes de Sarreguemines et Sarrebourg, la pratique d'un dialecte commun conduit les patients à privilégier une prise en charge en Alsace.

La proximité de trois villes frontières telles Arlon, Esch sur Alzette, Sarrebruck permet à la population lorraine frontalière d'avoir accès aux plateaux médico-techniques de ces villes. Le Décret n°2005 – 3 86 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et sa circulaire donnent la possibilité aux patients de bénéficier dans l'Union Européenne des traitements nécessaires à la prise en charge de leur pathologie, en temps opportun, dans les établissements dotés d'équipements lourds. Cette alternative peut permettre de répondre aux délais d'attente en termes de diagnostic parfois et de traitement et il réduit les temps de déplacements.

De façon plus générale les recours à des prises en charge transfrontalières devront être prévus par des conventions conclues sous l'égide des textes en vigueur et notamment les traités inter-gouvernementaux organisant des relations de coopération.

Le canceropole Grand-Est conduit à des collaborations entre les hôpitaux de référence et les unités de recherche. - Strasbourg, Nancy, Reims, Besançon.

VII. Evaluation

Le réseau a pour mission l'évaluation de ses membres à partir de mesures du plan cancer, des textes réglementaires et des objectifs régionaux attachés au SROS

L'évaluation de l'organisation des pratiques professionnelles relève également du réseau de même que l'évaluation de l'utilisation des référentiels.

L'évaluation épidémiologique permettra de mesurer l'efficacité des prises en charge.

En conclusion, l'organisation des soins spécialisés par territoire de santé doit tendre à des regroupements des plateaux techniques.

La pluridisciplinarité, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'utilisation de critères tels les seuils d'activité permettront d'assurer une progression de la qualité des prises en charge.

VOLET SOINS PALLIATIFS

Préambule

Dans le cadre de ce volet obligatoire du SROS, il est important d'affirmer la volonté de coordination entre les 3 thèmes suivants : soins palliatifs – douleur – soins de support , de même qu'au sein de la Coordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs Accompagnement (COLORDSPA).

Il est rappelé que les domaines de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs présentent des spécificités qui les différencient, surtout hors oncologie, même s'il existe entre eux de réelles interfaces. Dans la pratique quotidienne, ces interfaces doivent être favorisées d'autant plus que l'on constate parfois un cloisonnement préjudiciable au malade. La collaboration, la coordination, la mise en commun de certaines compétences, notamment en raison de la pénurie de professionnels, s'avèrent indispensables. Cette démarche volontariste de santé publique ne doit pas conduire à une confusion des rôles par souci de simplification et d'économie. Par ailleurs, émerge depuis les années 90, la nécessité d'une organisation de ce qui est dénommé « **les soins de support** » (cf. infra) et qui concernent d'autres approches transversales que la lutte contre la douleur et les soins palliatifs : nutrition, accompagnement social, rééducation-réadaptation, soutien psychologique, etc.... Les définitions de ces 3 domaines sont rappelées ci-dessous :

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), « **la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion** ». 1975.

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), « **Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle ; prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, sociale et spirituelle devient alors primordial** ». 1992. La Charte des Soins Palliatifs cadre ces actions. 1993. Il existe d'autres définitions proches de celle-ci (OMS 2002, Mission PMSI et Plan soins palliatifs 2002).

La définition des **soins de support** a été élaborée au sein de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer à partir de celle de la MASCC - Multinational Association for Supportive Care in Cancer, en 1990 (« The total medical, nursing and psychosocial help which the patients need besides the specific treatment »). Cette définition est : « **l'ensemble des soins et du soutien nécessaire aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a tout au long des maladies graves** ». Cette définition a été publiée et reprise dans la Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie. Les soins de support, qui correspondent à une organisation et non à une nouvelle spécialité, prennent en compte une problématique qui n'est en fait pas l'apanage de la oncologie. Concrètement, cette volonté de mieux assurer la continuité et la globalité des soins a été à l'origine de la mise en place officielle le 18 mai 2004 de la première Fédération inter hospitalière de Soins de Support pour maladie grave entre CHU et CRLCC lorrains. En oncologie, la nécessité d'organiser ces soins est rappelée dans le Plan cancer et a conduit à la mise en place d'un groupe de travail au sein de l'Institut National du Cancer en octobre 2005.

L'organisation des soins de support des soins palliatifs s'applique également quels que soient les âges de la vie. La spécificité et la particularité de l'organisation des soins pour la population pédiatrique (enfants et adolescents)

I. Présentation du thème soins palliatifs

Définition

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectifs, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes d'anticiper les risques de

complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la personne soignée.

Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à pratiquer intentionnellement la mort.

Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves, évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ». (ANAES 12/2002)

Principaux textes

Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Loi n°2005-370 du 27 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Plan national de développement des soins palliatifs. 2002-2005

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/n°2002/98 du 19 janvier 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

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

Description des niveaux de soins

La prise en charge des soins palliatifs est structurée en 4 niveaux :

- au domicile ou substitut de domicile : professionnels libéraux ou services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou hospitalisation à domicile (HAD) ou réseaux de soins

- à l'hôpital :

Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), en service de court séjour ou en soins de suite et réadaptation, reconnus par l'ARH sur des critères définis tels que la démarche de soins palliatifs mise en œuvre dans l'établissement, la présence de personnel formé spécifiquement ou d'une convention avec une structure de soins palliatifs reconnue, la présence d'un référent en soins palliatifs dans le service, une activité conséquente en soins palliatifs, une équipe pluridisciplinaire.

Les LISP permettent des soins à la personne en évitant le changement de service hospitalier au cours de l'évolution de la maladie, par la même équipe soignante, au besoin soutenue, conseillée ou renforcée par une équipe mobile de soins palliatifs

(EMSP) de l'établissement ou d'un établissement voisin. Ces LISP peuvent être dispersés dans plusieurs secteurs de l'établissement et cela participe à la diffusion de la démarche palliative dans l'ensemble des équipes soignantes

Ces LISP sont parfois regroupés en petites unités distinctes au sein d'un service.

- Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

Ce sont des équipes hospitalières, multidisciplinaires et pluri-professionnelles composées de médecin infirmiers, pouvant bénéficier de l'intervention de psychologue, diététicien, kinésithérapeute etc...qui interviennent au lit du patient, dans un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes de l'établissement hospitalier ou d'autres établissements, par convention.

Elles assurent, autant que possible, le relais lors du retour à domicile avec les intervenants libéraux ou organisés en SSIAD, HAD ou réseaux de soins de proximité, quand ils existent, en poursuivant leur rôle de conseil, soutien et formation si nécessaire. Sauf exception, elles n'ont pas pour mission de se substituer à la prise en charge des soins palliatifs par les professionnels du service hospitalier ou en ambulatoire.

- Les unités de soins palliatifs

Ce sont des unités d'hospitalisations de court séjour, dont l'activité est exclusivement orientée vers les soins palliatifs, assurant une triple mission de soins, d'enseignement-formation et de recherche.

En matière de soins, elles assurent des soins palliatifs de proximité mais aussi de recours dans les situations complexes sur le plan médical ou psycho-social.

Ces unités sont recommandées dans les centres hospitaliers régionaux et universitaires.

Etat des lieux

- en ambulatoire :

- 2 réseaux de soins palliatifs sont en activité :

"Trait d'union" sur la grande agglomération de Nancy

"Pallidum" dans la zone de l'établissement de Gorze

Un 3^{ème} réseau a été reconnu récemment : "Autrement" sur le sud de la Meurthe et Moselle et le territoire des Vosges centrales.

- 3 HAD fonctionnent :
 - au CHR de Metz-Thionville, hôpitaux de Thionville : 5 places d'HAD soins palliatifs
 - à l'Hôpital Ste Blandine à Metz : accueil de personnes en soins palliatifs sur un service de 20 places d'HAD polyvalente.
 - A l'Hôpital de Joeuf : 2 places
- LISP : 144 LISP sont actuellement reconnus en Lorraine en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation, soit 69 pour le territoire nord et 75 pour le sud.
Des procédures sont en cours ou des dossiers en cours de constitution pour la reconnaissance de nouveaux LISP.
- EMSP : 11 EMSP sont opérationnelles :
6 au sud : 2 à Nancy au CHU et au CAV, 1 à Toul, Bar le Duc, Epinal-Golbey et Neufchâteau.
5 au nord : au CHR de Metz-Thionville , Hôpital Belle-Isle(Metz), Pôle hospitalier de Creutzwald, AHBL Mont-Saint Martin, CH de Verdun. L'EMSP de Sarralbe est financée mais non encore constituée.
- Unités de soins palliatifs : Il n'existe pas d'unité de soins palliatifs reconnue actuellement en Lorraine
- COLORDSPA : COordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs Accompagnement . Il s'agit d'une association de professionnels impliqués dans ce domaine d'activité, en cours de constitution en réseau régional.
- A noter qu'il n'y a pas d'EMSP, ni HAD, ni de LISP spécifiques pour la pédiatrie, il n'y a pas de convention d'organisation entre les structures adultes actuellement en fonctionnement et les établissements de soins pédiatriques.

II Objectifs

Objectifs généraux

- Assurer sur tout le territoire l'accès à une prise en charge en soins palliatifs de proximité c'est à dire soit à domicile , en institution ou à l'hôpital.
- Assurer la continuité de cette prise en charge entre tous les intervenants, toutes les équipes. Eviter les ruptures, les changements de service, favoriser le passage de relais.
- Assurer la qualité de la prise en charge : équipes pluridisciplinaires dédiées aux soins palliatifs formées spécifiquement et supervisées. Assurer la globalité de la prise en charge: des besoins physiques, psychologiques sociaux et spirituels de la personne et de ses proches.
- diffuser le concept de démarche palliative dans l'ensemble du système de soin hospitalier, médico-social et ambulatoire.

Objectifs opérationnels

- **contractualisation ARH**

En matière de soins palliatifs, l'ARH a contractualisé avec la DHOS pour la création d'une Unité de soins palliatifs au CHU de Nancy (Hôpital St Julien) et la création de 2 nouveaux réseaux de soins palliatifs dont un en Moselle-Est. (Le 2^{ème} réseau, "Autrement" est actuellement reconnu et en activité.)

- **poursuivre la reconnaissance des LISP.**

Une estimation des besoins au niveau national évalue ceux-ci à 5 LISP pour 100 000 habitants, soit 115 pour la Lorraine. Cette estimation ne correspond pas aux besoins ressentis par les professionnels compte tenu de la forte prévalence des pathologies cancéreuses dans la région. Le chiffre de 10 LISP pour 100 000 habitants ne paraît pas déraisonnable. Ces lits seront à répartir dans chaque territoire de proximité ou par convention en cas d'absence sur un territoire. L'estimation des besoins en LISP « enfant » et leurs répartitions seront envisagées.

- **renforcer et créer des EMSP.**

Avant de créer de nouvelles EMSP, il convient de renforcer celles qui existent pour atteindre les "standards nationaux" en personnel, soit pour une file active de 200 patients par an :

- 1 ETP de praticien hospitalier,
- 1,5 IDE,

0,5 psychologue,
0,25 assistante sociale,
1 secrétaire.

Elles devront être dotées de moyens de fonctionnement et logistiques, notamment de véhicule pour intervenir extra-muros en institution type EHPAD ou à domicile.

Les objectifs nationaux indiquent 1 EMSP pour 200 000 habitants. 11 EMSP fonctionnent déjà en Lorraine, plusieurs sont en projet : Déodat, Sarrebourg... Une EMSP par territoire de proximité ou par convention, pour 2 territoires, permettrait une couverture appréciable des besoins.

- **créer une unité de soins palliatifs par territoire de planification**

Du fait des compétences et de l'expérience réunies, de la densité des structures spécifiques, il est proposé de créer une unité de soins palliatifs par territoire de planification : pour le nord, au CHR de Thionville, pour le sud au CHU de Nancy, dans le cadre de la fédération des soins de support pour maladie grave (CHU CRLCC). Ces 2 unités auront mission de collaborer en matière de recherche et d'enseignement, elles collaborent avec les établissements de soins pédiatriques.

III Recommandations d'organisation

Accessibilité

-Elle sera assurée par la répartition sur les territoires des LISP et EMSP ainsi que par la formation et la diffusion auprès des soignants, en ambulatoire, des compétences en soins palliatifs et le travail en collaboration entre dispositifs présents : EMSP, SSIAD, HAD, réseau.

Sécurité, qualité

-Il est proposé d'organiser les différentes interventions auprès du patient pris en charge en soins palliatifs, en ambulatoire, au sein d'une cellule d'aide à l'organisation des soins de proximité.(CAOSP . voir volet Oncologie du SROS)

-Organiser l'interface ambulatoire / hôpital et éviter le plus possible le passage par le service d'urgence et les trop longues attentes.

-Les médecins des EMSP ou coordonnateur de réseau doivent posséder un diplôme universitaire ou inter universitaire spécifique (à terme, le DESC "douleur et médecine palliative) et garder des liens professionnels étroits avec l'établissement de santé siège de l'EMSP ou participant au réseau

-Au sein d'un même établissement, une coordination interne doit être organisée entre les différents intervenants en soins palliatifs (EMSP, USP).

Continuité

La continuité dans la prise en charge est un facteur majeur de qualité pour les patients et leur entourage. Elle doit être en permanence recherchée par les intervenants qui doivent s'efforcer de faciliter les relais.

Il est proposé de mettre en place une organisation spécifique en pédiatrie

IV Formation des soignants et des bénévoles.

Les équipes soignantes sont incitées à participer à dispenser la formation et à continuer à se former. Cette formation peut s'acquérir à tous les niveaux d'intervention: sous forme de conseil et soutien "au lit du malade" ou sous forme de diplôme universitaire ou inter universitaire enseignés en faculté de médecine.

Les établissements sont fortement incités à inscrire les formations en soins palliatifs dans leur plan de formation.

COLORDSPA propose un Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, d'Accompagnement et de Douleur : CISPAD ouvert aux professionnels de la santé ou du social libéraux ou institutionnels, enseignement de proximité assuré par les référents du secteur géographique.

Pour les médecins ou cadres référents des soins palliatifs en établissement de santé, un diplôme universitaire est requis.

Les établissements pédiatriques doivent aussi s'inscrire dans la démarche de formation de leurs soignants.

V Evaluation - Suivi

- Un groupe de travail permanent constitué par l'ARH et COLORDSPA est chargé d'une mission de conseil et d'avis sur les demandes de reconnaissance de LISP et EMSP et d'assurer le suivi des équipes en place : changement de personnel, départs... La représentativité des personnels médicaux et paramédicaux pédiatriques est assurée au sein de ce groupe.

Les indicateurs de suivi du volet du SROS consistent en l'effectivité de la création ou reconnaissance des LISP, EMSP, Unités et le suivi des dotations en personnel et moyens de fonctionnement.

VOLET

DOULEUR ET SOINS DE SUPPORT

I. Présentation du thème

Définitions

La douleur est une expérience sensorielle est émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion et susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient.

Selon le profil évolutif de la douleur, on distingue :

- La douleur aiguë :

Habituellement contrôlable, d'origine souvent lésionnelle (symptôme d'une pathologie) ou provoquée par les actes diagnostiques, thérapeutiques et de soins,

Elle constitue un signal d'alarme avec une finalité protectrice,

Elle engendre des réactions psychologiques, émotionnelles temporaires, dont le traitement symptomatique associé au traitement étiologique conduit le plus souvent à la guérison et prévient la transformation en douleur chronique.

- La douleur chronique :

est souvent rebelle et a, alors, perdu son sens d'alerte utile, est devenue une maladie à part entière aux retentissements multiples durables : physiques, psychologiques, comportementaux, familiaux, professionnels, sociaux, réalisant un handicap douloureux,

Elle résiste aux traitements antalgiques habituels ou répond mal à un seul traitement médicamenteux et requiert un traitement global et complexe à la fois symptomatique et de réhabilitation de l'individu.

Principaux textes

Circulaire DGS/DH N° 94.3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

Circulaire DGS/SQ2/DH/EO4/98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Circulaire DHOS/E2 N°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

Fréquence du problème

La douleur aiguë est présente à tous les niveaux du parcours de soins des patients : au diagnostic, au passage aux services d'urgence, dans les secteurs d'hospitalisation médicale et chirurgicale. Elle est parfois liée aux gestes diagnostiques et thérapeutiques. Cette extrême fréquence et la possibilité de traitements codifiés « simples » font que sa prise en charge repose sur l'ensemble des professionnels de santé, dont il faudra veiller à la sensibilisation et à la formation, notamment par les CLUD-S (Comité de Lutte contre la Douleur et pour les Soins de Support) et les équipes « douleur ».

La douleur chronique comporte bon nombre de pathologies qui constituent un enjeu de santé publique : la migraine touche 12 à 15% de la population, 15% des lombalgiques consomment 85% des ressources de santé de cette affection.

Description des niveaux de soins

4a. Douleur aiguë

La prise en charge de la douleur aiguë peut concerner tout patient, enfant ou adulte, hospitalisé à un moment de son séjour, et tout particulièrement dans les services chirurgicaux. La gestion de la douleur postopératoire doit être une des priorités de l'équipe anesthésique et chirurgicale.

4b. Douleur chronique

La prise en charge de la douleur chronique rebelle peut s'effectuer dans 3 niveaux de structures spécifiques reconnues par l'ARH. Il est rappelé que dans le cadre des plans quadriennaux « douleur », les objectifs sont d'au moins une structure pluridisciplinaire par département conforme aux textes et d'un centre par région.

- consultation pluridisciplinaire de la douleur chronique rebelle au sein des établissements de santé publics ou privés.

Approche globale : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du patient dans son milieu familial, social et professionnel

Actions de sensibilisation et de formation, aussi bien en formation initiale qu'en formation continue, auprès de l'ensemble des professions de santé.

- unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique rebelle : dispose en plus de la consultation pluridisciplinaire, de lits ou places d'hospitalisation et peut bénéficier de l'utilisation d'un plateau technique.
- centre pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique rebelle dans un C.H.U., satisfait aux exigences d'une unité et assume l'enseignement de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur et une mission de recherche sur des thématiques douleur.

Etat des lieux : structures de la douleur officiellement identifiées par l'ARH :

Territoire Nord

- consultations au CHR Metz -Thionville, Hôpital de Verdun, Hôpital de Sarreguemines.
- unités pluridisciplinaires (consultations et hospitalisation) à l'hôpital ABL de Mont St Martin, hôpital Belle Isle (Metz) et hôpital sainte Blandine (Metz)

Territoire Sud

- consultation à l'hôpital d'Epinal
- unités pluridisciplinaires (consultations et hospitalisation) au CHRU de Nancy : pour adultes à l'hôpital central et une unité pédiatrique à l'hôpital d'enfants à Brabois et au CAV : 1 unité
- Ces structures ne peuvent actuellement assurer correctement leurs missions de soins (délais de rendez-vous souvent très longs (2 à 3 mois), elles ont des difficultés à réunir les différents professionnels pour une prise en charge véritablement coordonnée, ainsi que pour assurer leur missions de recherche. Les activités d'enseignement sont en revanche assumées comme étant des priorités. Ces faiblesses proviennent en grande partie de leur insuffisance d'effectif médical : cf. tableau fourni à la DGS par Ivan Krakowski dans le cadre de la mise en place du DESC (au total en Lorraine 9.6 ETP médecin, dont 8 ETP titulaires d'une formation universitaire).

Réseau COLORDSPA : Coordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs Accompagnement. Il s'agit d'une association de professionnels impliqués dans ce domaine d'activité, en cours de constitution en réseau régional.

II. Objectifs

1) Objectifs généraux

- poursuivre et généraliser la prévention et la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé (enfants –adultes)
- faciliter l'accès aux soins de qualité de la douleur chronique rebelle

2) Objectifs opérationnels

Pour la douleur aiguë :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé. Ces comités peuvent étendre leurs prérogatives aux soins palliatifs et aux soins de support (CLUD-S) comme prévu par la circulaire d'avril 2002

Pour la douleur chronique :

- généraliser les comités de lutte contre la douleur dans tous les établissements de santé. Ces comités doivent étendre leurs prérogatives aux soins palliatifs et aux soins de support (CLUD-S) comme prévu par la circulaire d'avril 2002.
- Renforcer les structures existantes de consultation de la douleur ou les unités. Chez les enfants les consultations ou les unités seront dotés de personnel spécifiquement formés.
- Créer un centre pluridisciplinaire de la prise en charge de la douleur chronique rebelle
- Mettre en place un Centre de la migraine de l'adulte et de l'enfant. Cette action prolonge les recommandations du 2eme plan douleur qui n'ont pas pu être appliquées en Lorraine.

III. Recommandations d'organisation

Chaque établissement doit s'engager à prendre en charge la douleur.

Ce thème fera l'objet d'un chapitre spécifique dans les CPOM

a) Pour la douleur aiguë

- Chaque établissement de santé doit constituer un CLUD-S selon la circulaire d'avril 2002 et disposer d'un médecin et d'un infirmier spécifiquement formé à la prise en charge de la douleur. La représentativité suffisante des personnels de soins pédiatriques au sein des CLUDS et la mise en œuvre des procédures est vérifiée

Ce CLUD-S doit, selon la circulaire, disposer du soutien de la direction de l'établissement.

La prise en charge de la douleur aiguë ne relève pas des structures douleur chroniques ni de leurs intervenants. Au quotidien, elle incombe à tous les soignants.

Par secteur de soins ou par service, une infirmière et/ou un médecin, correspondant(e) du CLUD-S, est chargée de faciliter la prise en compte de la douleur aiguë et la mise en œuvre des procédures et protocoles élaborés par le CLUD-S. Il est recommandé que ces correspondants soient en lien avec une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Dans les services chirurgicaux, la gestion de la douleur postopératoire s'intègre dans le suivi médical.

b) Pour la douleur chronique

- Les consultations, unités ou centre doivent effectivement mettre en œuvre la pluridisciplinarité et être dotés, au minimum, comme le prévoient les textes, de 2 médecins somaticiens, 0,2 ETP de psychiatre et 1 ETP de psychologue.

La spécialité des somaticiens est autant que possible adaptée à l'orientation de la structure douleur définie dans le projet d'établissement. La spécificité douleur – pédiatrie est développée au sein des unités ou centres de la région.

- De façon à se consacrer uniquement à leurs missions propres, ces structures doivent bénéficier d'une large autonomie administrative par rapport à leur service d'origine. Des conventions formaliseront la mise à disposition des intervenants médicaux ou non médicaux provenant d'autres services et les modalités pratiques d'hospitalisation

Au sein d'un même établissement, une coordination interne doit être organisée entre les différents intervenants en soins palliatifs et en douleur dans l'esprit du développement des soins de support (exemple de la mise en place d'une fédération inter hospitalière de soins de support pour maladie grave CHU-CAV).

IV. Formation

Les équipes soignantes sont incitées à participer, à la formation et à continuer à se former. Cette formation peut s'acquérir à tous les niveaux d'intervention: sous forme de conseil et soutien "au lit du malade" ou sous forme de diplôme inter-universitaire ou de la Capacité enseignés en faculté de médecine, auxquelles viendra s'ajouter le DESC douleur-médecine palliative. Dans les différentes formations une place suffisante est réservée à l'enseignement de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.

Les établissements sont fortement incités à inscrire les formations en douleur dans leur plan de formation.

V. Évaluation - Suivi

- Un groupe de travail permanent constitué par l'ARH et COLORDSPA est chargé d'une mission de conseil et d'avis sur les demandes de reconnaissance de structures de prise en charge de la douleur chronique et d'assurer le suivi des équipes en place : changement de personnel, départs...La représentativité des personnels médicaux et paramédicaux pédiatriques est assurée au sein de ce groupe.

Les indicateurs de suivi du volet du SROS sont :

- pour la douleur aiguë :

le nombre d'établissements dotés d'un CLUDS opérationnel, le nombre de correspondants du CLUDS effectifs dans les services, l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles de prise en charge de la douleur

et l'utilisation des techniques analgésiques (pompes à morphine, péridurales, cathéters péri nerveux...et l'application de protocoles sur la prévention des douleurs liées aux soins...),

- pour la douleur chronique :

la dotation en personnel soignant minimal des structures,

la création du centre pluridisciplinaire de la douleur à Nancy et du centre de la migraine,

les délais d'obtention de rendez-vous, qui ne devraient pas excéder trois semaines , la réalisation effective du suivi pluridisciplinaire et les activités d'enseignement ou de recherche.

VOLET RESEAUX DE SANTE

I. Particularisme de la thématique, état des lieux, forces et faiblesses

Thématique qui porte sur

- l'organisation des professionnels de santé entre eux
- l'ergonomie de leur pratique
 - Transdisciplinarité
 - Nouveau modèle organisationnel
 - Emergence de nouvelles compétences en santé
- l'état d'esprit de cette pratique, surtout les liens entre les acteurs et la place du patient

Histoire lorraine des réseaux

Trois périodes /

1. Avant 1996

- Des Réseaux dont l'objectif est l'information, la communication entre les professionnels de santé et le partage des expériences de pratique
- Les thématiques concernées par ces Réseaux sont :
 - Les pathologies émergentes : VIH, VHB, VHC
 - Les problèmes « sanitaires » populationnels : précarité, gérontologie
 - Les pathologies à composante médicale et sociale : toxicomanie, alcool

2. Période 1996 – 2003

- La bipolarité du cadrage juridique : Code Sécurité Sociale et Code Santé Publique
- L'agrément par le Directeur de l'ARH de Lorraine de 4 Réseaux, et le quasi agrément de 3 autres

3. Depuis mai 2003 Loi 03/2002 Décret 12/2003

- Nouveau cadre réglementaire (fusion des dispositifs antérieurs et déconcentration des décisions et de la gestion...)
- DNDR et déclinaison régionale.

Une dynamique de financement intercurrente : le FAQSV depuis 2000

- Dispositif complémentaire des agréments ARH, pour les libéraux
- Dispositif starter de nombreux nouveaux réseaux.

Etat des lieux

Des réseaux de première génération :

TOX 54, TOX 57,
AGORA, VIH 57...

Des réseaux agréés ARH ou quasi agréés

ONCOLOR,
RPL, RIR LOR, Lorraine Urgences
Nephrolor, Allergolor, Loralco

Des réseaux financés DRDR / FAQSV

Permanence » des soins Médecins + 1 PDS kiné

3 Soins Palliatifs Accompagnement Douleur
5 Gériatrie
6 Diabète + 1 nutrition
1 Handicap neurologique (LORSEP)

ANTIBIOLOR en lien avec Santé Publique, l'économie de santé, l'hygiène et l'écologie bactérienne, et structure d'expertise de la commission régionale des antibiotiques qui participe aux travaux de l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT)

- 1 Système d'information
- 1 Evaluation
- 2 Consolidations de réseaux agréés ARH en cancérologie, en néphrologie
- 1 Prise en charge de l'insuffisance cardiaque
- 2 Addictions : tabac, alcool

Des réseaux dont le financement est à l'étude

En gérontologie, diabétologie, psychiatrie, périnatalité, addictions

Des forces

- Des initiatives et innovations présentes
- Des promoteurs dynamiques, une ingénierie « sanitaire » en devenir avec un impact sur l'organisation des soins et les pratiques
- Des thématiques en lien avec le SROS

La Santé Publique

Les plans nationaux

La maîtrise médicalisée

- Un maillage territorial pour les domaines de l'offre de proximité (personnes âgées, Soins Palliatifs Accompagnement Douleur, diabétologie, addictions...)
- Un objectif organisationnel pour les réseaux régionaux
- Une inter-professionnalisation en développement favorisant les liens entre les acteurs
- L'ouverture de certaines compétences au monde ambulatoire et l'amélioration de leur accessibilité : diététique, psychologie, éducation physique adaptée, ergothérapie, ...
- Le lien avec le monde médico-social et social, voire les collectivités territoriales dans 4 domaines : personnes âgées, addictions, urgences, psychiatrie et périnatalité.
- Une tendance à la fédération et la mutualisation voire la coordination pour quelques points : système d'information (HERMES), évaluation (EVALOR), la diabétologie (FREDIAL), la gériatrie et les soins palliatifs douleur (COLORDSPA)

Des faiblesses

- La capacité d'ingénierie consommatrice de temps et d'énergie, et nécessitant une professionnalisation
- Une culture coopérative insuffisante
- Le cloisonnement encore important entre les domaines
- La difficulté des montages financiers : leur instabilité liée aux caractères dérogatoires voire ponctuels, les montages complexes, l'obligation de cofinancement.

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.A Objectifs généraux

Les réseaux se développent opportunément pour tous les acteurs tant pour les opérateurs que pour les usagers dans le contexte suivant :

Les besoins concernant

Certaines populations : mère-enfant, personnes âgées, précaires
Les pathologies chroniques
Les pathologies émergentes
Les soins de supports

Les demandes portant sur

L'alliance proximité (maintien à domicile) et technicité
La globalité et la qualité
Les droits de la personne, la responsabilité, la participation

L'information et l'éducation

Les moyens se résumant ainsi :

- Complémentarité
- Coopération
- Optimisation de l'organisation
- Emulation

L'échelle géographique de développement des réseaux doit privilégier la proximité, les réseaux doivent se fédérer pour mutualiser au maximum leur moyens. Les réseaux régionaux sont à réserver aux thématiques nécessitant une haute technicité et la graduation des soins en plusieurs niveaux.

La complémentarité, la coopération, l'optimisation et l'émulation relèvent des acteurs du monde de la santé et doivent s'imposer à eux sinon leur être imposées car relevant de leurs obligations générales de service aux usagers (qualité, continuité, globalité, accessibilité, ...) donc de leur responsabilité (sécurité...).

Cette approche réseau, qui met en exergue le lien, doit éviter l'apparition d'un cloisonnement supplémentaire dans le système de santé donc il faut dynamiser la « transversalité » en faisant converger les objectifs de chacun, notamment en matière de maintien à domicile (PA et SPAD), d'éducation thérapeutique (toutes les maladies chroniques), de prévention voire de formation et de concertation (même à distance)...

L'émergence d'une Coordination Régionale des Réseaux serait grandement « facilitatrice »...

En attendant, les fédérations des réseaux de proximité travaillant sur les mêmes thématiques s'imposent (ex. FREDIAL, COLORDSPA, Gériatrie...) ainsi que le rapprochement des nombreuses actions en faveur du maintien à domicile, voire de l'approche proximale qui doit être favorisé et stimulé...

Un des apports des réseaux étant le développement dans le secteur ambulatoire d'activités non mises en œuvre à ce jour (diététique, neuropsychologie, psychologie, éducation physique adaptée...); il faudra faciliter le développement de certains métiers en commençant par la labellisation de leur formation... et le financement de leurs interventions...

Le Comité Régional des Réseaux doit être réactivé et contribuer à l'intégration de tous ces enjeux en partenariat avec des acteurs de la vie sociale :

- Un maillage territorial pour les thématiques de proximité, des Réseaux Régionaux organisationnels pour les grands plans : cancers, urgences, santé mentale, périnatalité...
- une transversalisation mutualiste des axes communs : maintien à domicile, information, formation, évaluation...

II.B Objectifs opérationnels

II.B.1. La valeur ajoutée efficiente d'une vision ergonomique de l'offre de soins

- Chaque processus de soins nécessite complémentarité et coopération entre les intervenants (transversalité) ;
- Chaque intervenant agit dans le cadre de son champ de compétence (validation des acquis et seuil d'activité), avec engagement de responsabilité ;
- La délégation de tâches doit être organisée ;
- Les intervenants doivent pratiquer la coordination, la concertation et optimiser leur organisation ;
- La formation doit contribuer à la diffusion des NORMES, REFERENTIELS et Conférences de consensus et à leur déclinaison sous forme de recommandations territoriales ;
- Les systèmes d'information doivent être coopérants, facilitant les échanges, la continuité et la communication même à distance et doivent contribuer à l'épidémiologie ;
- La prévention, l'éducation du patient, la responsabilisation des usagers et leur participation doivent être intégrées à la logique de soins ;
- La culture de l'évaluation doit être diffusée afin d'améliorer l'efficience des pratiques.

II.B.2. Faciliter l'émergence d'une coordination régionale des réseaux

Un tel espace régional de ressources et de compétences pourra servir de recours en ingénierie sanitaire et sociale, en montage financier et facilitera le décloisonnement, le travail coopératif, le lien entre les soins et la santé publique...

II.B.3. Encadrer cette politique des réseaux par un Comité Régional des Réseaux ouvert

La politique de développement des réseaux sera ainsi partagée avec tous les partenaires : le Groupement Régional de Santé Publique, le Pôle de cohésion sociale du Conseil Régional, les Directions des Affaires Sociales des Conseils Généraux, les fédérations des établissements, les groupements de professionnels de santé libéraux dont l'URMLL... et la Mission Régionale de Santé.

III. Recommandations d'organisation

Une approche ergonomique des soins au service des usagers, ergonomie au sens de l'ANACT incluant le management et la psychodynamique du travail

IV. Aspects transfrontaliers

Les difficultés de développement des dossiers InterReg III font apparaître la nécessité de former les acteurs à cette approche (cf. InterReg III : Diabète et pôle de prévention cardio-vasculaire). La coordination régionale des réseaux peut occuper une place dans cette dynamique.

V. Prévention

Tous les réseaux doivent développer cet axe et coopérer avec les acteurs de ce domaine comme le CRES, les CODES et les Associations de patients voire la santé scolaire, les Services de Santé au Travail, la PMI et les autres acteurs des collectivités territoriales : Prévention des MST, tuberculose, tabac, cancer... Le positionnement du GRSP au sein du Comité Régional des Réseaux renforcera la pratique préventive. De même un lien privilégié entre le GRSP et la coordination facilitera l'intégration de la prévention dans les pratiques et le développement de la notion de service collectif sanitaire.

VI. Télémédecine et système d'information

Les réseaux ont permis de développer concrètement ces deux axes avec en particulier les visioconférences (RPL) et la télésurveillance à domicile de malades chroniques (Diatelic et Transplantelic dans Nephrolor).

Hermes reste le coordonnateur de cette thématique. Sa consolidation en GCS est à construire. Le partenariat avec l'Etat et le Conseil Régional permettra d'asseoir cet axe. La coopération CHR - CHU dans ce domaine est à dynamiser.

VII. Formation

La spécificité porte sur l'aspect transprofessionnel de la formation. Il faut apprendre aux professionnels à travailler ensemble, à coopérer avec des objectifs communs.

D'autre part, il faut labelliser, modéliser certaines formations pour pouvoir les développer dans le monde ambulatoire (diététique, psychologie, éducation physique adaptée...)

VIII. Evaluation

Chacun des réseaux doit professionnaliser son auto-évaluation, selon les recommandations de l'ANAES de juillet 2004.

L'évaluation externe doit être également encadrée selon ces mêmes recommandations (attention à la nécessaire expertise des évaluateurs externes).

Enfin, les fédérations de réseaux, les réseaux régionaux, voire la coordination régionale doivent aider à l'adaptation évolutive des réseaux construite sur le socle d'une évaluation collective intégrant le contexte et son évolution...

L'évaluation médico-économique est obligatoire pour chaque réseau ; ce qui manque, c'est l'évaluation du coût des dépenses en droit commun en l'absence de réseaux...

Il faut conforter en Lorraine EVALOR en tant que pôle de ressources et de compétences en évaluation, pôle regroupant les acteurs principaux de ce domaine : le réseau des correspondants HAS, le Groupement Lorrain d'Audit Médical, l'Ecole de Santé Publique, le service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du CHU, le pôle qualité de l'Institut National Polytechnique Lorrain... La mission de ce pôle est la diffusion de la culture de l'évaluation, la formation des partenaires, et la conduite d'expertises.

IX. Efficience

Les financements DRDR et FAQSV doivent être réservés et limités à la valeur ajoutée « Réseau » : l'innovation, la formation trans-professionnelle, le lien ville-hôpital... et donc être la partie minoritaire du budget.

Les financements du Droit Commun doivent constituer le noyau dur, dont la mission de santé publique de l'hôpital public (Prévention II, éducation thérapeutique, équipe mobile...).

VOLET TELEMEDECINE

L'organisation des établissements en réseau, qui est une réponse tant aux problèmes de démographie médicale qu'à la spécialisation croissante des médecins si elle conduit à une qualité et une nécessité accrues des soins, a pour inconvénient de segmenter la prise en charge des patients.

Il est donc indispensable de doter cette organisation d'un outil capable de rassembler en tout point des systèmes d'offre de soins (établissements mais aussi médecins libéraux) l'information médicale relative à un patient quel que soit le lieu où elle a été générée, pour assurer la globalité de sa prise en charge.

Cette démarche doit conduire à terme à la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP).

La télémédecine est le moyen de la circulation de cette information médicale. Elle apparaît comme consubstantielle au réseau.

Dès lors, elle apparaît également comme un moyen puissant de développer ce réseau, en lui permettant de se prolonger au cœur du territoire, en rompant l'isolement qui menace les espaces les plus à l'écart des flux socio-économiques : l'enjeu est la création de l'environnement médico-hospitalier nécessaire aux professionnels de santé locaux, tout autant que celui de l'accès à l'expertise la plus qualifiée et l'assistance aux patients.

Le volet Télémédecine du SROS a pour rôle de proposer une organisation régionale fondée sur le développement des outils issus des NTIC.

La culture de partage des informations entre professionnels de santé doit contribuer à améliorer la prise en charge de la population compte tenu des contraintes de démographie médicale et paramédicale attendues.

Ces outils devraient permettre un nouvel aménagement sanitaire de la Lorraine.

Le volet Télémédecine devra par ailleurs tenir compte des préconisations des autres volets thématiques en la matière.

Il reviendra à HERMES d'adapter son projet en fonction de ces orientations.

I. Contexte et état des lieux en Lorraine

Les NTIC sont d'apparition récente dans la santé et leur assimilation n'est pas encore intégrée à l'ensemble des professionnels de santé.

Cependant, face à l'hyperspécialisation de la médecine et aux enjeux démographiques de la profession médicale, les NTIC peuvent proposer des solutions pour :

- Garantir technicité et proximité dans les prises en charges médicales.
- Améliorer la continuité des soins.
- Améliorer l'aide à la décision.
- Développer la formation continue.
- Favoriser le dialogue entre le système de soins et le patient.

I.1.Contexte général

1.1.1.Les particularités démographiques

La diminution du nombre de médecins et l'hyperspécialisation dans certaines disciplines dans les années à venir posent le problème de la disponibilité potentielle d'experts sur l'ensemble du territoire régional. La poursuite d'un lien entre l'expert, le soignant de proximité et chaque patient peut passer par des solutions de nouvelles technologies. La connexion de l'ensemble des établissements de santé à des pôles de références participe également à une meilleure prise en charge des patients.

1.1.2.Les prises en charge multidisciplinaires

Les patients sont bien souvent pris en charge par plusieurs praticiens qui interviennent conjointement ou successivement, aussi bien dans le cadre d'un réseau de santé formel ou informel. La coordination de leur intervention passe par des outils de travail collaboratif.

1.1.3.La recherche d'une qualité des prises en charge

La qualité des prises en charge est bien souvent le reflet d'une bonne coordination entre acteurs de santé. Ce gain de coordination peut être apporté par les NTIC. A titre d'exemple, les professionnels des urgences sont demandeurs d'un partage de leur information afin de mieux coordonner leur action en accédant à une information sur les patients qu'ils prennent en charge

1.1.4.La démocratisation des nouvelles technologies

Les patients sont de plus en plus familiarisés avec les NTIC. Ils les utilisent à des fins personnelles et également dans certains échanges avec les organismes administratifs. La création de l'ADAE en est un exemple.

Les annonces faites autour de la mise en place du futur DMP ont fait prendre conscience de l'intérêt d'un accès à distance à l'information médicale tant du point de vue du professionnel de santé que du patient. L'adhésion du grand public à ce projet est plutôt bonne à ce jour. On peut donc imaginer que le patient sera demandeur d'accès à des services liés aux données concernant sa santé.

1.1.5.Augmentation de la production et du recueil des informations

Le volume d'information en médecine est de plus en plus important, ce qui implique de nouvelles nécessités. Il faut pouvoir retrouver rapidement la bonne information en assurant une « fluidité du trafic ». Il faut également pouvoir analyser l'ensemble des informations dans un but statistique. Afin d'atteindre ces objectifs, une cohérence des systèmes d'information mis en œuvre est nécessaire.

I.2.Référentiels

1.2.1.Le patient et son identification

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients stipule que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé. La dématérialisation des données de santé par l'informatisation rend ceci possible mais pose dans le même temps des difficultés juridiques, organisationnelles et techniques.

D'autre part, pour échanger de l'information médicale sur un patient, il est nécessaire que chaque correspondant n'ait aucun doute quant à l'identité de son correspondant. Le décret sur l'identifiant du patient est en cours de réalisation et devrait aboutir à la création du NIS (Numéro d'Identifiant de Santé). Quelle que soit la solution adoptée, il restera nécessaire de gérer le rapprochement des identifiants et d'assurer la qualité de cette identification.

1.2.2.L'authentification des professionnels

Les politiques de sécurité à mettre en place au sein des établissements de santé sont abordées dans la documentation du GMSIH. En médecine de ville, l'authentification des professionnels est basée essentiellement sur l'utilisation des cartes CPS. Au sein des établissements, la politique d'authentification des professionnels est souvent limitée au secteur administratif et rarement liée à la carte CPS. Le cahier des charges du DMP précise également dans son annexe 2 les possibilités d'authentification dans les établissements.

1.2.3.La Sécurité

La notion de sécurité lors des transactions est essentielle à prendre en compte. Elle repose sur plusieurs concepts. L'*authentification* forte du professionnel, associée au chiffrement (cryptage) des documents, contribue à la *confidentialité* des échanges. De même il faut assurer l'*intégrité* du message transmis en le préservant de toute modification illicite. Le concept de *non-répudiation* doit aussi être mis en œuvre pour que les correspondants d'un échange (en particulier par messageries) ne puissent pas nier une transaction. On rapprochera également de la sécurité la *disponibilité* du système mis en place et la *traçabilité* des échanges. Cette sécurité est à prendre en compte dans les systèmes d'information existants en particulier au sein des établissements de santé par la mise en œuvre d'une politique de sécurité cohérente.

1.2.4.Le DMP et les hébergeurs de données de santé

L'article L 161-36-1 du code de la sécurité sociale définit la mise en place du Dossier Médical Personnel qui sera hébergé par les futurs hébergeurs de données de santé, en application de l'article L 1118-8 du CSP. L'objectif premier du DMP est d'être le concentrateur d'un nombre défini de documents concernant le parcours de soins du patient. Il ne répond pas à l'ensemble de la problématique posée dans ce document, en particulier sur l'interconnexion des soignants, l'utilisation d'outils de travail collaboratif, ou encore la mise à disposition de documents adaptés à la spécificité des différents métiers. En revanche, la dimension structurante liée au DMP ainsi que la cohérence des outils utilisés en Lorraine et au niveau du DMP sont capitales. Les spécifications contenues dans le décret sur les hébergeurs de données de santé et le décret sur la confidentialité doivent être largement intégrés. Leurs publications coïncideront avec la mise en place des objectifs du SROS Télémedecine.

1.2.5.L'Interopérabilité et les standards

Le Rapport Fieschi note l'adaptation nécessaire des systèmes d'information de santé en vue d'une meilleure communication. Les travaux du GMSIH sur l'identification des patients en particulier sur les modèles de rapprochement d'identité sont à considérer. La construction d'annuaires de professionnels de santé ainsi que l'utilisation de normes et de standards sont également bien décrites et doivent être prise en compte. Les travaux autour de la mise en place du DMP et du Dossier Communiquant en Cancérologie préconisent également l'utilisation de standards d'échanges. Ces standards font partie des normes européennes reprises au niveau national telles que HL7, DICOM, CDAR2, etc.

1.3. Etat des lieux en lorraine

1.3.1.Réseaux

La lorraine participe largement à l'expérimentation des réseaux de santé dans différentes thématiques telles que la cancérologie, la gérontologie, la dépendance, la nutrition, la permanence des soins, la prise en charge de pathologies précises (insuffisance rénale, sclérose en plaque), les soins palliatifs, etc. Ces réseaux sont avant tout des réseaux humains de professionnels ayant la volonté d'une meilleure coordination de travail. A ce titre, certains réseaux se sont appuyés sur des outils de communication informatique. Un système de visioconférences a été mis en place autour du réseau de périnatalité. Les premiers transferts d'images ont pu être effectués dans le cadre des urgences neuroradiologiques. Il existe également des expérimentations de télémedecine pour la surveillance des patients en dialyse péritonéale à domicile relevant de l'ALTIR et en coordination avec le réseau NEPHROLOR. Le système DIATELIC HEMO a permis d'étendre la surveillance au patient hémodialysé en unité d'autodialyse. Le réseau ONCOLOR, en lien avec HERMES, a pu développer un système d'information basé sur l'organisation et le transfert de données patients dans le cadre des Réunions Concertations Pluridisciplinaires qui doit évoluer vers le projet national de Dossier Communiquant en Cancérologie. HERMES a également participé à l'élaboration de transfert par messageries sécurisées de formulaires électroniques pour le réseau de périnatalité et les réseaux de diabétologie (FREDIAL). La mise en ligne d'un certain nombre de référentiels thématiques est également effectuée grâce au développement des sites Internet des réseaux. A ce jour, La collaboration entre certains réseaux (ONCODENT, ONCOLOR), certains établissements (Centre Alexis Vautrin) et HE.R.M.E.S a permis d'initier les premiers échanges de données « patient » (données d'identité) entre 2 systèmes d'information distincts et hétérogènes grâce à l'utilisation de standards d'échanges.

La demande des réseaux de s'équiper d'outils de communication et d'outils collaboratifs est forte. Elle nécessite de ne pas cloisonner chaque réseau et de trouver des solutions communicantes.

1.3.2.Etablissements

Les établissements de santé de la région sont à des niveaux d'informatisation différents.

Ils sont cependant peu à pouvoir organiser des échanges vers l'extérieur et de façon sécurisée. Les Systèmes d'information Hospitaliers sont encore largement centrés sur la gestion administrative du patient et sur les contraintes de facturation. Néanmoins, la mise en place de la tarification à l'activité et du projet de Dossier Médical Personnel obligent les établissements à optimiser leur SIH. La gestion de l'identité patient est un aspect important dans le développement des échanges des données médicales. Les travaux réalisés en Lorraine sur l'« étiquette Patient standardisée » ont permis de définir un recueil standard des traits d'identification. Certains établissements mettent en place également des cellules d'identito-vigilance pour gérer les fusions ou les collisions d'identité.

L'émergence de systèmes comme le partage des archives iconographiques (PACS) dans certains établissements nécessite une gestion des identités patient et une gestion de l'authentification des professionnels au sein même de l'établissement. Il s'agit d'une démarche structurante qui permettra l'interopérabilité des systèmes d'information.

L'ensemble du processus d'urbanisation des systèmes d'information doit prendre en compte l'aspect sécurité. Une véritable politique de sécurité permettant la gestion des droits d'accès aux applications internes et au contenu médical reste encore à mettre en place dans beaucoup d'établissements.

1.3.3. Professionnels de santé libéraux

Le niveau d'informatisation des professionnels libéraux est croissant mais reste encore incomplet et les logiciels métiers utilisés sont hétérogènes selon les utilisateurs. Les échanges informatisés actuels en terme de données patient se limitent à la FSE, et aux données de biologie avec les laboratoires.

Il existe toutefois quelques flux circulant par messagerie électronique concernant les comptes-rendus de sortie d'hôpital, mais ils sont peu nombreux, parfois non sécurisés et souvent unidirectionnels.

Une évolution des pratiques vers des échanges formalisés entre l'hôpital et la ville doit être confortée par l'utilisation de messageries sécurisées.

Les logiciels de cabinet médicaux se baseront de plus en plus sur les standards d'échanges pour permettre le lien avec le DMP. Ils intègrent parfois des solutions de messageries sécurisées.

II. Objectifs généraux et opérationnels

II.1. Objectifs généraux

Objectif 1 : Développer les échanges entre professionnels de santé grâce aux messageries sécurisées.

Cet objectif doit répondre à une première exigence d'échanges entre professionnels sans nécessiter une modification importante des systèmes d'information existants. Cet objectif permet d'initier des flux importants d'échanges d'information de l'hôpital vers la Ville. Des expérimentations doivent être menées pour permettre de choisir des solutions adaptées à chaque pratique professionnelle. Le développement des messageries sécurisées sous-entend la création et la gestion d'annuaires de professionnels de santé.

Objectif 2 : Développement d'une plate-forme de services

- Pour le partage de documents de santé structurés
L'organisation des échanges de données de santé nécessite la mise en place d'outils mutualisés permettant à chaque utilisateur ou à chaque système d'information de s'intégrer un espace d'échange de données cohérent au niveau régional. L'accès à des données réparties entre systèmes d'information devient alors possible. Il s'appuie sur l'authentification des professionnels et sur l'identification fiable des patients dans les différents systèmes d'information impliqués. L'échange de documents doit également permettre d'alimenter le futur DMP en respectant les normes et standards utilisés dans ce domaine.
- Pour le travail collaboratif
La plate-forme de service répond également aux besoins de mise en place des nouveaux services décrits ci-dessus (messagerie sécurisée, visioconférence IP, e-learning...). Elle regroupe l'ensemble des services disponibles par le biais d'un portail d'accès sécurisé.

Objectif 3 : Doter la région d'un réseau haut débit pour la Santé

La mise en œuvre d'un réseau haut débit en santé a deux impacts majeurs :

- Améliorer la cohérence de l'ensemble du dispositif et de tous les acteurs, en particulier les établissements de soins, partageant alors une infrastructure commune et dédiée.
- Proposer à travers ce réseau de nouveaux services nécessitant un haut débit pour leur bon fonctionnement (échange d'images, demande d'avis, visioconférences, téléphonie, e-learning...)

II.2. Objectifs opérationnels

2.2.1. Doter chaque professionnel de santé d'un outil de messagerie sécurisée.

2.2.1.1. Les besoins

La démarche proposée est de procéder par étapes sans attendre la mise en place de systèmes complexes. L'idée est de pouvoir répondre rapidement aux besoins urgents des professionnels de santé par la mise en place d'outils simples qui pourront petit à petit se complexifier pour évoluer vers les outils de demain; tout cela dans le respect des modèles et normes pressenties pour le futur.

Le choix d'une messagerie sécurisée repose sur les critères suivants :

- améliorer la sécurité des échanges (par rapport au fax ou au mail non sécurisé) par les mécanismes de cryptage et de signature notamment,
- habituer les professionnels de santé à utiliser l'outil informatique pour échanger de l'information médicale,
- réduire les coûts (par rapport au courrier par exemple),
- réduire les délais de transmission d'informations
- augmenter la rapidité des échanges,
- avoir une traçabilité des échanges (trace écrite par rapport au téléphone),
- augmenter le nombre de certificats type GIP-CPS dans la région (ce type de certificat étant pressenti comme étant le futur système d'authentification des professionnels de santé en France),
- permettre des échanges sécurisés asynchrones,
- les échanges d'information de personne à personne doivent être le plus facile possible pour l'utilisateur.

Aujourd'hui aucun système ne satisfait complètement aux contraintes d'organisation liées aux messageries sécurisées. Néanmoins des solutions semblent plus adaptées :

- Le Web mail sécurisé pour son interopérabilité couplée à sa facilité
 - d'utilisation.
 - d'accessibilité
 - etc...
- Apicrypt pour sa bonne implantation dans notre région et compte tenu de son évolution en cours vers une authentification par certificat

2.2.1.2. Plan d'action

- **Sensibiliser les acteurs de santé à l'usage de la messagerie sécurisée**

Il convient de mener auprès des professionnels de santé des formations et des actions de communication. Celles-ci seront orientées sur :

- La sécurité
- La confidentialité
- L'utilisation des outils
- L'intégration à leurs outils « métier » et à leur pratique

- **Mise en œuvre d'une expérimentation régionale**

Une étude de la faisabilité est à envisager avant un déploiement régional. Elle peut se faire dans le cadre d'une expérimentation sur les solutions proposées ou sur d'autres solutions potentiellement disponibles. Une mise en place conjointe des solutions telles que Apicrypt, Webmail sécurisé, permettra dans le cadre d'une expérimentation, de valider le besoin d'un tel outil. Il s'agit également d'accompagner les utilisateurs au changement (téléphone, fax, courrier postal, mail non sécurisé vers l'utilisation de la messagerie sécurisée). Une utilisation dans un premier temps du Login/Password, puis une migration lente et selon les moyens de chacun vers l'authentification par certificats type GIP-CPS, en est la clé.

Un panel d'utilisateurs volontaires sera sélectionné parmi les professionnels individuels ou au sein de structures médicales. La participation de l'URMLL, la FEHAP, la FHF, et la FHP au choix des expérimentateurs garantira l'équité des participations. L'expérimentation devra s'effectuer sur un territoire de santé représentatif d'un bassin de population. Il sera en outre nécessaire de ne pas tester les deux produits autour d'une même pathologie ou d'une même prise en charge, compte tenu de leur non interopérabilité. Un contrat d'engagement entre les participants et les initiateurs de l'expérimentation précisera les objectifs, les moyens financiers et humains pour l'accompagnement, et les modalités de l'évaluation. L'évaluation repose sur la pertinence des indicateurs qui seront définis préalablement par les initiateurs de l'expérimentation.

- **Calendrier**

1er semestre 2006 : Récolte des contrats d'engagement des participants

2ème semestre 2006 : Expérimentation sur une période de 6 mois

1er semestre 2007 : Evaluation

2ème semestre 2007 : Déploiement en fonction des résultats obtenus

2.2.2.Mise en place d'une plate-forme régionale de services

Une plate-forme santé mutualisée permet d'établir une cohérence autour des échanges d'information médicale sur la région pour la gestion des contenus et donne une valeur ajoutée aux structures qui implémentent les protocoles métiers régionaux. Le dispositif est basé sur :

- **L'authentification du professionnel** de santé consiste à assurer l'identité d'un utilisateur, c'est-à-dire à garantir à chacun des correspondants que son partenaire est bien celui qu'il croit être.
- **L'identification du patient** en adoptant des règles de recueil des identités au sein des systèmes d'information. Le format adopté dans la région doit s'appuyer sur les recommandations issues du projet « Etiquette Patient Standardisé » sur la mise en place d'un serveur de rapprochement d'identité permettant la correspondance entre des patients identifiés de façon différente au sein des systèmes d'information.
- La **gestion des droits d'accès aux services** de la plate-forme, qui permet à chaque utilisateur d'obtenir un « bouquet » de services particuliers selon son profil et sa pratique. Elle implique la création d'un portail d'accès sécurisé.
- La **gestion des droits d'accès au contenu** gérés par les systèmes d'information communicants avec la plate-forme (établissements, réseaux...) qui définissent le contenu des informations disponibles pour chaque correspondant.
- La **structuration des documents échangés** dans un format normalisé. Elle s'appuie sur les normes et standards déployés dans des échanges de données en santé (HL7, Hprim, DICOM, XML). Elle permet de garantir l'interopérabilité avec les systèmes mis en place au niveau national (DMP, DCC).
- La **traçabilité des échanges** et des accès aux services et aux contenus, permettant au besoin de retrouver l'historique des accès à une donnée médicale ou un dossier.

La fédération des établissements, des réseaux, et des libéraux, autour des problématiques d'échanges et de partage de données médicales informatisées est un élément structurant essentiel pour définir l'architecture générale du paysage sanitaire électronique.

2.2.2.1. Identification des patients

- Serveur de rapprochement d'identité régional

La cohérence des échanges passe par une gestion de l'identité au niveau régional qui gère les correspondances entre les identités des patients au sein des systèmes d'information. Des solutions informatiques existent et doivent être analysées.

- Cellule d'identito-vigilance

En cas de non correspondance ou d'incertitude observées sur les rapprochements automatiques d'identités, la cellule d'identito-vigilance prend le relais et une analyse manuelle humaine doit être faite. Plus les contraintes sont fortes sur le rapprochement d'identités automatique plus l'analyse manuelle est importante. De même au sein des établissements, une politique d'identification cohérente (EPS, CIN, instance d'identito-vigilance) doit être mise en place afin de réduire les risques de doublons d'identité et les « Collision » d'identité. Des collaborations doivent être établies entre la cellule régionale et les instances d'identito-vigilance créées au sein des établissements.

2.2.2.2. Authentification des professionnels

- Annuaire des professionnels

L'annuaire recense l'ensemble des professionnels de santé de la région et associe à chacun d'entre eux des informations pertinentes qui leurs sont propres. Cet annuaire est structuré en groupes. Un professionnel peut appartenir à plusieurs groupes selon qu'il exerce dans le cadre de plusieurs structures (Etablissements, Réseaux de santé, Cabinets libéraux).

- Autorité de certification

Il s'agit d'un organisme tiers chargé d'émettre et de gérer des certificats numériques. Le GIP-CPS est la structure actuelle de référence pour ces certificats. L'autorité de certification est responsable de l'ensemble du processus de certification et de la validité des certificats émis. Lorsqu'elle s'est assurée de l'identité et des droits du demandeur, l'Autorité de Certification prend la décision d'émettre et de signer un certificat adapté. Elle est responsable non seulement de l'émission des certificats, mais encore de leur gestion durant tout leur cycle de vie, et en particulier s'il en est besoin, de la révocation.

- Moyen d'authentification fort

Il peut être délivré à l'aide de plusieurs supports :

- Certificat logiciel embarqué dans le poste de l'utilisateur.

- Clef USB.
- Cartes à puces (carte à contact, sans contact, mixte).
- Serveur de certificats.

Une solution d'authentification unique doit être mise également en place pour éviter les ré-authentifications systématiques pour chaque application consultée. Une fois authentifié dans une application, l'utilisateur est intégré dans un espace sécurisé ou il retrouve chaque application pour laquelle il a des droits d'accès.

2.2.2.3. Gestion des droits d'accès aux services

Il est nécessaire de se doter d'un outil permettant d'affecter, de modifier les autorisations d'accès des usagers aux applications régionales. Cet outil doit rendre possible une administration répartie (chaque promoteur d'application gère ses autorisations et fait remonter l'information).

2.2.2.4. Gestion de droits d'accès au contenu

La gestion des droits d'accès au contenu est complexe à gérer du fait du nombre élevé de correspondants sur un dossier médical. Les modalités d'accès devront être en accord avec les solutions retenues dans le futur DMP.

2.2.2.5. Outils collaboratifs

La plate-forme peut offrir des services communs aux professionnels pour favoriser le travail collaboratif :

- Serveur de visioconférences IP
- Annuaire des professionnels
- Base de connaissances et outils d'aide à la décision
- Mise à disposition de nomenclatures médicales mises à jour
- Mise à disposition d'outils statistiques et d'évaluation
- Messagerie instantanée
- Webmail sécurisé
- Outils de e-learning
 - La plate-forme peut faciliter la formation en ligne au niveau régional par la mise à disposition de contenu pédagogique en ligne et d'outils de e-learning

2.2.2.6. Charte d'intégration pour un nouveau service

L'intégration d'un nouveau service sur la plate-forme nécessite le respect de spécifications régionales pour que ce service s'intègre de façon cohérente à l'ensemble des outils.

Concernant le cas particulier de la visioconférence, chaque établissement devra se donner les moyens de disposer d'outils standard assurant l'interopérabilité. La qualité du dispositif repose sur la mise en place d'une infrastructure spécifique.

2.2.3. Mettre en place un réseau Haut débit en santé

La mise en place d'un réseau haut débit est également à entreprendre si l'on veut que les applications déployées au niveau de la plate-forme de service soient utilisées dans les meilleures conditions et que les échanges entre professionnels soient fluides.

2.2.3.1. Organisation technique

Le « haut débit » est un terme employé pour désigner toute connexion internet à un débit théorique de transfert de données supérieur ou égal à 10Mbit/s. Concernant les organismes de santé, il est fondamental de gérer la bande passante allouée à chaque site de façon optimale.

On distinguera trois niveaux :

- Une artère centrale inter établissements (backbone hospitalier)
- Une agrégation des établissements connexes
- Une collecte pour le raccordement des points isolés

La qualité de service, et la haute disponibilité sont indispensables à l'usage d'un réseau à haut débit. Le cahier des charges devra intégrer une réactivité ajustée face aux pannes (par exemple, doublement de la liaison Nancy-Metz et priorisation des transmissions d'information). Il devra également exiger une garantie de non coupure, de délai rapide d'intervention et de remise en état.

2.2.3.2. De l'existant vers l'ouverture à la santé

En dehors des services mis en place pour les utilisateurs, un réseau haut débit nécessite une infrastructure avec sa gestion associée. Des points de présence de haut débit sont nécessaires au niveau régional et les réseaux des communautés concernés doivent être reliés à ces points de présence haut débit.

Au sein d'une région il faut définir les structures chargées de l'architecture du réseau haut débit, les moyens nécessaires à mettre en place sur les grandes artères. De plus, il faut envisager la création ou le maintien d'une équipe à compétence forte pour maintenir et exploiter un tel réseau.

2.2.3.3. Un réseau dédié à la santé

La mise en place d'un réseau dédié à la santé est une alternative au réseau Lothaire. Il impose de définir le pilotage de l'ensemble du dispositif (conception de l'architecture et maintenance de l'infrastructure) et du service rendu par des opérateurs externes. Ici, compte tenu de l'absence de mutualisation des équipements et de la maintenance, les coûts ne peuvent pas être partagés entre communautés d'utilisateurs.

III. Recommandations d'organisation

3.1. Définir une maîtrise d'ouvrage

Il s'agit de définir les membres de la **maîtrise d'ouvrage** et son rôle de pilotage. Elle sera organisée sous la forme d'une structure intégrative permettant la représentation de l'ensemble des professionnels de santé.

Les acteurs de santé de la structure seront :

- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
- Les réseaux de santé
- Les établissements
- Les professionnels libéraux
- L'association HERMES

Sa constitution se fera en respectant le cadre juridique correspondant. Elle s'appuiera sur le SROS Télémédecine et le chapitre « Télémédecine et système d'information » des autres volets thématiques du SROS III. Elle met en place l'organisation nécessaire à la réalisation des objectifs opérationnels définis. Elle définit la stratégie à mettre en place en vue de la réalisation des objectifs.

La maîtrise d'ouvrage met en place une cellule opérationnelle (délégation de la maîtrise d'ouvrage) chargée de superviser les développements des solutions adoptées. La cellule opérationnelle a un rôle de conseil auprès de la maîtrise d'ouvrage.

La cellule opérationnelle participe à la réalisation des cahiers des charges pour l'élaboration des outils nécessaires à la mise en œuvre de la plate-forme. Elle coordonne avec les partenaires institutionnels et industriels, la réalisation des éléments constituant de la plate-forme.

3.2. Définir une maîtrise d'œuvre

Les premières briques indispensables à l'échange d'informations que sont l'identification du patient et l'authentification des professionnels doivent être réalisées autour de projets porteurs et déjà identifiés. Les demandes identifiées dans ce sens sont :

- Les échanges et le partage de documents d'imagerie inter établissements.

L'exigence d'une expertise radiologique sur l'ensemble de la région nécessite le partage et la transmission d'imagerie médicale.

Plusieurs niveaux sont identifiés :

- permettre l'échange entre les systèmes PACS déjà installés dans certains établissements
- organiser la télé-expertise d'images médicales entre un site généraliste et un site expert
- aboutir à la notion de « PACS régional » permettant de rassembler l'ensemble des images pertinentes d'un patient quelque soit le lieu de réalisation des examens.

L'échange et le partage de documents d'imagerie radiologique entre le PACS, au niveau régional conduiront au développement de l'expertise radiologique à distance et permettront également, à plus long terme, de disposer d'un historique radiologique pour chaque patient concerné.

- Le Dossier Communicant en Cancérologie

Le projet de Dossier Communicant en Cancérologie est engagé en Lorraine grâce au réseau ONCOLOR. Ce futur DCC s'appuie sur une expérience acquise en Lorraine avec un outil qui gère actuellement les réunions du comité pluridisciplinaire. La convergence de cet outil vers l'ensemble des spécifications du cahier des charges national est la base du projet. Le DCC s'appuie sur une plate-forme de services pour la gestion de l'identité et de l'authentification des professionnels. Ce projet reçoit le soutien de l'ARH et de l'URCAM pour sa mise en œuvre.

- Le partage d'information entre systèmes d'information hospitaliers et systèmes d'information des réseaux de santé.
- Les échanges de données en périnatalité : Maternité Régionale, Hôpital d'Enfants, Clinique Majorelle, réseau Périnat.
- La structuration d'un dossier commun d'urgence.

IV. Formation

La mise en place d'outils de télémédecine à l'échelon de la région nécessite un accompagnement à leur utilisation. Cet accompagnement devra s'envisager sur la base d'actions de communication et de formation.

V. Evaluation

5.1. L'évaluation de la réalisation des objectifs sont en premier lieu d'ordre quantitatif sur :

- Les outils mis en place, les documents disponibles
- Les utilisateurs : nombre, profil
- Techniques : flux observés, taux d'occupation des disques, % d'occupation CPU...
- Mise en place d'un calendrier d'évaluation
- Evaluation du réseau Haut débit mis en place (% couvert d'utilisateurs, débit maximum identifié, suivi des incidents, disponibilité)

5.2. De mesure d'impact de satisfaction des besoins

- Enquête de satisfaction, évaluation des actions.

VI. Efficience

Tenter de dégager des éléments permettant d'appréhender l'impact financier des recommandations. Les éléments demandés sont à définir autour des coûts liés à la mise en place des structures de pilotage (maîtrise d'ouvrage, Cellule opérationnelle).

Ils sont définis également par les participants à la maîtrise d'œuvre, en particulier par les industriels participant aux projets.

VOLET ODONTOLOGIE

Thèmes sans interface avec les matières qui font l'objet du SROS Lorraine

- L'odontologie hospitalière
- La démographie
- La prévention

Thèmes en interface avec les matières qui font l'objet obligatoirement du SROS

- La prise en charge des personnes atteintes de cancer
- La prise en charge des urgences et permanence des soins
- La psychiatrie et la santé mentale
- La prise en charge des personnes âgées

Thèmes en interface avec les matières qui font l'objet du SROS Lorraine

- La prise en charge des détenus
- La prise en charge des enfants, adolescents, adultes handicapés
- La prise en charge des patients en situation de précarité ou démunies

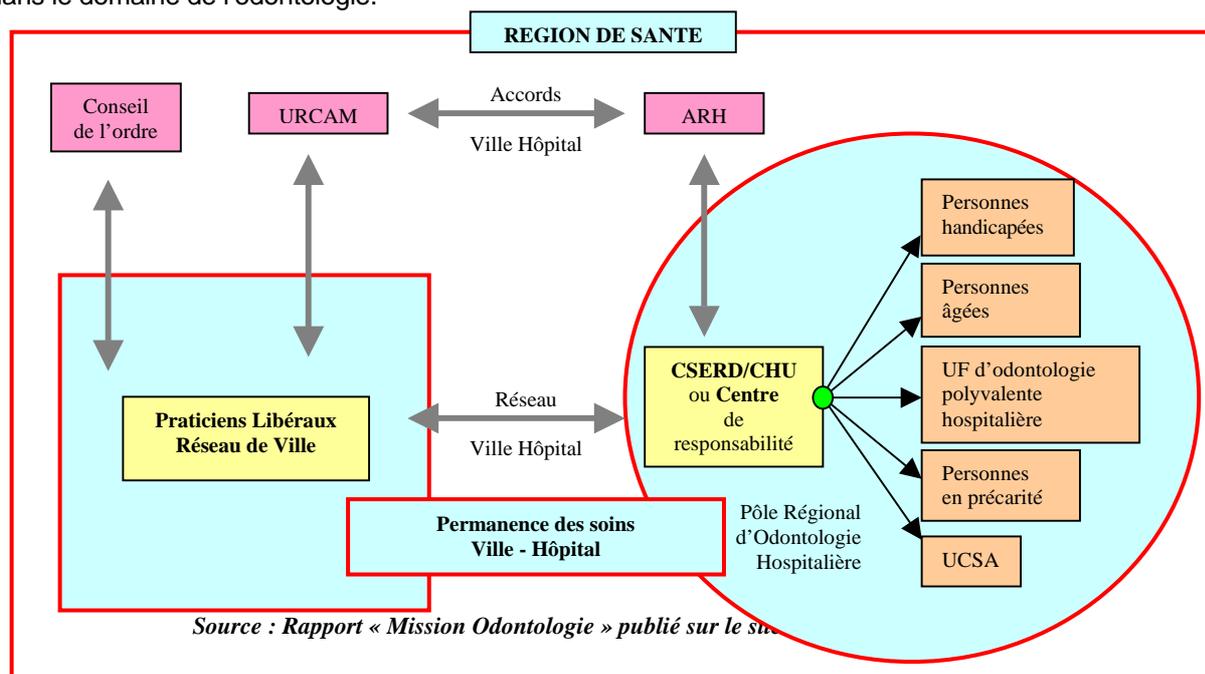
Odontologie hospitalière

Il conviendrait de constituer et de mettre en place un **comité régional lorrain d'odontologie**, pour bâtir un plan régional de santé bucco-dentaire, accompagner et coordonner la mise en œuvre des propositions faites dans le volet odontologie du SROS. Cette structure aurait également pour mission de proposer des filières de soins, et de susciter des conventions entre établissements pour des prises en charge hospitalières lorsque les offres de soins de ville sont impossibles.

Ce comité pourrait être constitué de membres ayant été missionnés pour ce SROS, associés aux personnes qui ont collaboré à ce travail, et enrichi par des praticiens ayant une expertise utile ou impliqués dans le domaine syndical professionnel ou ordinal.

L'odontologie est une discipline hospitalière à part entière au même titre que la médecine, la chirurgie, la biologie, la psychiatrie et la pharmacie.

Les experts du rapport « Mission odontologie », travail remis en novembre 2003 à monsieur le professeur Jean-François MATTEI, alors ministre de la Santé, ont recommandé de développer des maillages régionaux dans le domaine de l'odontologie.



Ce maillage est concevable si la discipline odontologique est individualisée dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Il est préconisé la mise en place de deux pôles :

Sur le territoire Lorraine nord

Avec l'identification d'un pôle d'odontologie sur le CHR Metz-Thionville

Sur le territoire Lorraine sud

Avec l'identification d'un pôle d'odontologie sur le CHU de Nancy.

Une politique de coordination des deux pôles serait initiée par la mise en place d'une **fédération médicale inter hospitalière CHU/CHR** appelé « pôles régionaux lorrains d'odontologie » associant les deux structures hospitalières et l'université Henri-Poincaré, représentée par le doyen de la faculté d'odontologie de Nancy.

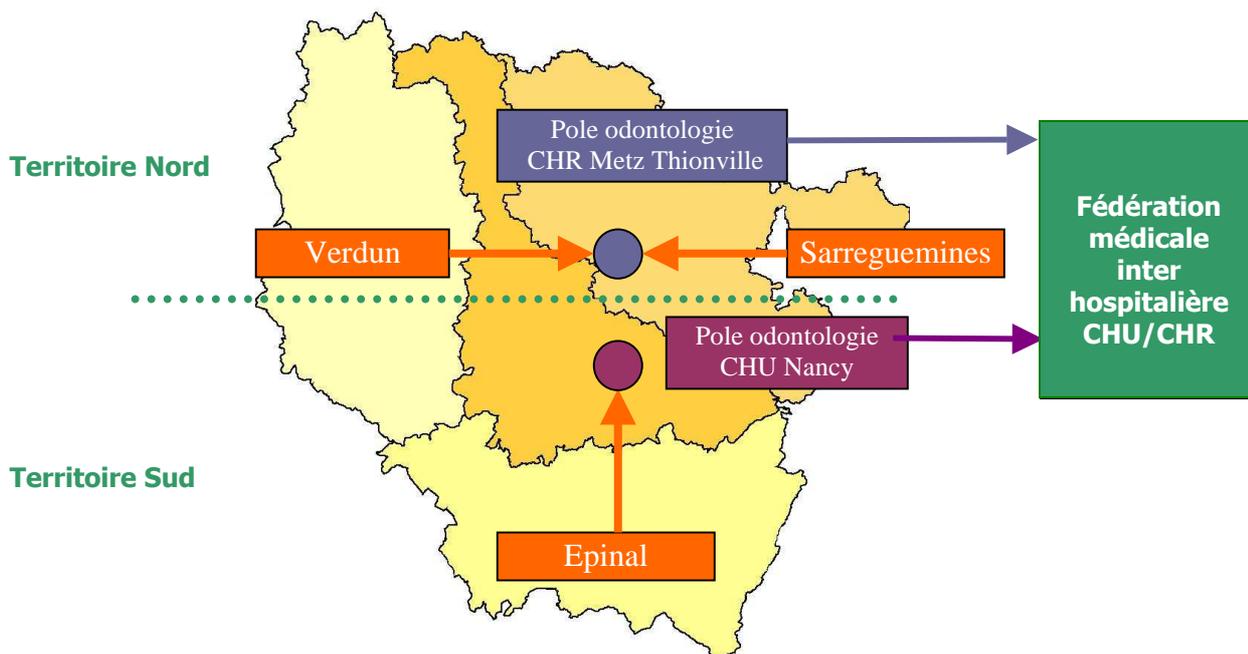
Pour mettre en place une politique de maillage et assurer l'essor de la discipline sur le territoire lorrain, les coopérations réclament des rattachements administratifs.

Sur le territoire Lorraine nord

Rapprochement sur le pôle d'odontologie du CHR Metz –Thionville de l'activité d'odontologie du CH de Verdun (UF d'odontologie, UCSA de Saint-Mihiel, USCA de Montmédy), et par le rapprochement de l'activité du CHS de Sarreguemines, (CHG le Parc, UCSA d'Oermingen, UCSA de Sarreguemines).

Sur le territoire Lorraine sud

Rapprochement, sur le pôle d'odontologie du CHU de Nancy, de l'activité d'odontologie du CHG d'Épinal dans le cadre d'une convention inter établissements..



Sur le territoire Lorraine nord

Le département d'odontologie du CHR Metz-Thionville remplit des missions d'enseignement et assure une activité clinique soutenue dans le domaine de l'activité de recours, développée dans le cadre de convention des consultations avancées au CHS de Jury et au service d'ORL de l'hôpital Sainte-Blandine.

Sur Sarreguemines

L'activité d'odontologie est à restructurer. Elle passe par un renforcement et une mutualisation des praticiens, pour couvrir une activité sur quatre sites : CHS de Sarreguemines, CHG Le Parc, UCSA de Sarreguemines, UCSA d'Oermingen.

Sur le territoire Lorraine sud

Sur Épinal

Création d'une unité fonctionnelle d'odontologie pour répondre aux besoins du CHG et de l'UCSA.

Relocalisation complète du service d'odontologie du CHU de Nancy, qui ne répond plus à des conditions suffisantes pour un exercice normal (état vétuste et non fonctionnalité du service)

L'odontologie est une discipline médicale qui comporte un versant chirurgical réalisé dans le domaine de la chirurgie buccale. Il convient d'intégrer cette activité dans le volet SROS chirurgie avec la même équité que les autres disciplines qui la composent.

L'accès au bloc opératoire doit être effectif pour tous les chirurgiens-dentistes de la région lorraine, en particulier sur les hôpitaux et cliniques privés, avec possibilité d'accueillir leur patients sur des lits d'hospitalisation traditionnelle ou des lits de chirurgie ambulatoire.

La démographie

Pallier la pénurie prévisible de chirurgiens-dentistes en Lorraine

La situation démographique lorraine est tout à fait comparable à la situation nationale. La densité de praticiens, qui est de 1/1488 habitants, est très proche de la moyenne nationale (de 1/1525). La féminisation de la profession, qui est elle de 31,8%, est là aussi équivalente à la moyenne nationale de 32,1%. Dans la Meuse, et dans une moindre mesure, dans les Vosges, la densité de praticiens est faible, concentrée dans les rares agglomérations, au point que, dans certains cantons, il n'existe pas de chirurgien-dentiste. Cette situation sera aggravée par le vieillissement de la profession. Les courbes d'âge montrent que dans les 5 à 10 prochaines années, de nombreux praticiens auront cessé leur activité.

Afin de pallier la pénurie prévisible de chirurgiens-dentistes dans les régions rurales en Meuse et dans certaines parties des Vosges, il faudra prendre des mesures d'aide à l'installation dans des maisons médicales regroupant médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes... et prévoir des **cabinets de consultation pour un chirurgien-dentiste lors de la construction de maisons médicales.**

La prévention bucco-dentaire collective

Dans l'ensemble de ces ressources, on recense des savoir-faire, mais les diverses initiatives sont mal coordonnées. Il manque une vision et une organisation structurée des efforts de prévention actuels. Il nous apparaît que certaines **compétences** restent sous-utilisées par **manque de moyens ou de reconnaissance.**

La mise en œuvre d'une politique globale de prévention exige des objectifs précis et une **coordination des initiatives** des acteurs disponibles. Une évaluation de la politique de prévention bucco-dentaire est essentielle comme elle l'est pour les actions susceptibles d'être mises en œuvre dans le cadre de cette politique. Il nous apparaît essentiel de bien définir les objectifs de prévention souhaités ainsi que le rôle assuré par chacun des acteurs (chirurgiens-dentistes, infirmières, services sociaux, médecins scolaires, enseignants, épidémiologistes en santé bucco-dentaire) pour y parvenir.

La responsabilité de la prévention communautaire doit rester partagée sous la tutelle de la collectivité des professionnels et des financeurs.

La prise en charge des personnes atteintes de cancer

La mesure 42 du plan cancer propose d'accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support.

La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 précise que « les soins de support répondent à des besoins pendant la maladie et lors de la suite des soins, et concernent entre autres la prise en compte des problèmes odontologiques ».

Des établissements hospitaliers disposent d'un service d'odontologie associé aux établissements de soins oncologiques.

- Pour la Lorraine nord : le CHR Metz-Thionville
- Pour la Lorraine sud : le centre Alexis-Vautrin et le CHU de Nancy.

Le CHG d'Épinal et la Moselle Est ne disposent pas de structure dentaire ou de plateau technique adapté. À Verdun cette activité est à conforter. Des dispositifs sont à créer et ont fait l'objet de recommandations dans la partie « soutien de l'activité d'odontologie hospitalière en Lorraine » de ce document.

- Le réseau de santé ONCODENT assure le transfert de données médicales, une coordination de ville et un maillage régional hospitalier pour une prise en charge spécifique des patients.

- Un odontologiste doit être invité à toutes **les réunions de concertation pluridisciplinaire** maxillo et cervico-faciale ; les équipes de médecins oncologues doivent être sensibilisés à cette présence.
- **La coopération dans le réseau Oncodent des médecins oncologues** est recommandée.
- La prévention des tumeurs de la cavité buccale passe par **l'organisation d'une journée régionale de dépistage et de prévention**

Prise en charge des urgences et permanence des soins

Sur les quatre départements, des astreintes sont assurées par des chirurgiens-dentistes de ville. Elles sont gérées et organisées par les conseils de l'Ordre pour des permanences les jours fériés.

Une permanence hospitalière est assurée actuellement:

- Sur le territoire Lorraine nord, 24 heures sur 24, en astreinte de sécurité sur l'unité fonctionnelle d'odontologie de Metz et sur l'unité fonctionnelle d'odontologie de Thionville.
- Sur le territoire Lorraine sud, les urgences sont assurées par le CHU Nancy pendant les heures ouvrables de la consultation externe du service d'odontologie et les samedi et dimanche matin. La mise en place d'une astreinte de sécurité, 24 heures sur 24, est en négociation.

Un renforcement de la permanence serait souhaitable à hauteur de 2 astreintes pour la Lorraine nord, organisées sur Metz et sur Thionville et une astreinte pour la Lorraine sud, organisée sur Nancy.

La psychiatrie et la santé mentale

Toute personne handicapée mentale hospitalisée dans un centre spécialisé doit pouvoir trouver une réponse de proximité à ses besoins en soins bucco-dentaires, soit chez des praticiens de ville pour les petites structures, soit en service hospitalier intégré dans les établissements ou conventionné avec des structures hospitalières disposant d'un service d'odontologie.

Pour les établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie qui assurent la prise en charge des soins bucco-dentaires sur l'établissement, les conditions de travail pour ces praticiens attachés devraient être améliorées, compte tenu de la vétusté de certains équipements dentaires.

La création d'un réseau de soins « santé bucco-dentaire et handicap » est une réponse, la coordination de l'offre de soins par la mise en place d'un comité régional lorrain d'odontologie semble plus facile à court terme à installer.

La prise en charge des personnes âgées

Les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence un état bucco-dentaire préoccupant chez les personnes âgées vivant en institution. Or, le mauvais état de santé bucco-dentaire d'une personne âgée, dépendante ou non, retentit sur son état général.

La **création d'un plateau technique mobile régional est une réponse**. Il pourrait s'agir d'un camion ou d'un bus aménagé respectant les normes de sécurité sanitaire. Ainsi, il n'y aurait plus besoin de déplacer des personnes âgées à mobilité réduite. Cette unité pourrait desservir des EPAD qui sont actuellement les grandes démunies de notre système de santé bucco-dentaire.

Prise en charge des détenus

En milieu carcéral, les recommandations sont d'un équivalent temps plein de chirurgien-dentiste pour 750 détenus. Cette proposition doit être considérée comme un minimum requis, surtout en prenant en compte les besoins en soins prothétiques.

Le personnel médical qui travaille dans les UCSA est très hétéroclite : praticiens hospitaliers, praticiens attachés, praticiens associés. Le nombre de vacations entre les sites est très fluctuant. Parfois les traitements sont uniquement dispensés pour les urgences, sans continuité de soins, et les situations sanitaires peuvent être préoccupantes.

Des statuts précaires, des conditions de travail médiocres, des plateaux techniques dépassés, l'absence d'auxiliaire et d'aide opératoire, un milieu de travail difficile et éprouvant ne suscitent guère les motivations et le recrutement de chirurgiens-dentistes.

Ces constats conduisent à recommander :

- Un renforcement des statuts des praticiens intervenant dans ces prises en charge
- Une mise à niveau des dotations en matériel par les établissements qui ont la responsabilité de ces unités
- La mise en place de plateaux techniques conformes aux données acquises de la médecine

- Pour des raisons de sécurité et d'hygiène, l'affectation et la mise à disposition de personnel paramédical formé. Le travail d'un chirurgien-dentiste seul ne peut être admis

La prise en charge des enfants, adolescents, adultes handicapés

Le problème d'accessibilité aux soins et la prise en charge des soins dentaires en pratique libérale de ces populations peuvent poser des difficultés. L'absence de mesures compensatoires intégrant l'acte technique et les moyens supplémentaires mis en œuvre pour traiter le patient constitue une entrave. Les soins dentaires ont généralement lieu en milieu hospitalier et des délais d'attente peuvent être longs.

Il convient d'assurer le recensement des praticiens prenant en charge ces patients et **d'identifier des unités fonctionnelles pour soins spécifiques** permettant la prise en charge de patients présentant des déficiences ou dépendances lourdes.

Nous recommandons la mise en place dans chaque établissement lorrain accueillant des patients déficients ou dépendants lourds, une visite lors de l'admission des nouveaux patients, ainsi qu'un examen annuel de dépistage des pathologies bucco-dentaires.

La prise en charge des patients en situation de précarité ou démunis

La création de la couverture maladie universelle complémentaire, le 31 décembre 1999, répond à la nécessité d'accès aux soins de toute la population en situation de précarité.

Toutefois persistent des difficultés d'accès aux soins dentaires coûteux en relation avec l'avance des frais et des différentiels de coûts pour les soins prothétiques.

Une des réponses pourrait être la création d'un réseau social dentaire

Son objectif est la mise en œuvre d'actions coordonnées associant des structures sociales et des structures d'offre de soins (hospitalière, centre de santé ou libérale), dans le but de favoriser l'entrée dans une démarche de soins bucco-dentaires des personnes qui y ont renoncé.

VOLET

HOPITAUX DE PROXIMITE ET HOPITAUX LOCAUX

Recommandations d'organisation

A. Par rapport aux objectifs généraux du SROS

1. Accessibilité

L'accessibilité est acquise pour partie par les implantations géographiques au sein de bourgs ruraux, eux-mêmes centres de "pays".

Cependant la notion d'accessibilité intègre la notion de réseaux et filières de soins afin de mettre en place une offre de soins graduée : ceux-ci, quand ils existent sont informels, sans structuration et objectifs bien définis, d'autant qu'on s'adresse essentiellement à des personnes âgées.

2. Continuité

Ces 3 notions regroupent plusieurs éléments :

- conventions de fonctionnement avec les C.H. et C.H.U. avec évaluations périodiques
- reconnaissance par les C.H. et C.H.U. du fonctionnement des hôpitaux de proximité et hôpitaux locaux et de leurs contraintes dans un souci de complémentarité et d'hôpitaux de référence
- couverture infirmière 24H/24
- favoriser une organisation médicale permettant une présence médicale effective et/ou d'astreinte par le biais de rémunérations spécifiques non liées aux actes cliniques
- assurer un personnel en nombre et qualité suffisants, sans omettre certains professionnels qui s'avèrent utiles à la prise en charge des personnes âgées (ergothérapeute, psychologue, diététicienne, assistante sociale, etc...)
- favoriser la mise en place d'une informatique reliant les différents services d'un même hôpital, voire de faire bénéficier les hôpitaux locaux de la télémédecine dans certaines conditions, facilitant et sécurisant ainsi les échanges d'informations et transmissions de données
- améliorer et sécuriser le circuit du médicament
 - avec une pharmacie à usage intérieur dans chaque établissement
 - des postes de préparateur dans chaque pharmacie
 - une informatique en réseau avec des logiciels adaptés à la spécificité du médicament.

3. Globalité

La notion de globalité des soins, concernant les hôpitaux locaux et de proximité et leur population de personnes âgées prend en compte le fait qu'ils travaillent avec

- la médecine de ville : les médecins libéraux sont les principaux acteurs de soins de l'hôpital local
- les structures médico-sociales et sociales : la plupart gérant des maisons de retraite, des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et quelques-uns des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Ces deux composantes imposent à ces hôpitaux de trouver leur place dans une pluridisciplinarité nécessaire d'intervenants et répondre ainsi à une globalité des soins pour un parcours de soins connu et reconnu de tous.

B. Par rapport aux principes d'organisation

1. Description des filières

Les hôpitaux de proximité et hôpitaux locaux constituent un maillon indispensable entre les soins de proximité et les centres hospitaliers disposant de plateaux techniques et de services de spécialité.

Les filières sont nécessaires afin de répondre aux besoins de soins des personnes âgées et de mettre en place une offre de soins graduée.

Chaque intervenant doit y trouver sa place, dans un souci de complémentarité.

Elles doivent permettre pour les personnes âgées, d'établir des diagnostics médico-psycho-sociaux, de mettre en place des consultations mémoire, des consultations de spécialistes avancées, etc...

Elles auront une ouverture vers les structures médico-sociales et le maintien à domicile par le biais de conventions de fonctionnement et de coopérations avec les organismes correspondants.

Ces filières doivent être précisées dans le cadre de projet de territoire et projet gériatrique : elles doivent être clairement définies et opérationnelles.

2. Articulation avec les autres volets

Ce volet est transversal par rapport à d'autres volets,

- celui des personnes âgées : la population des hôpitaux de proximité et hôpitaux locaux est essentiellement composée de personnes âgées
- celui des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : les hôpitaux locaux et de proximité ont des lits de soins de suite polyvalents.

Quelques-uns ont des spécificités :

- unité de coma végétatif
- unité de soins palliatifs

D'autres ont une orientation de rééducation avec présence de kinésithérapeutes : cet aspect pourrait être développé car la rééducation chez la personne âgée ne relève pas systématiquement d'un service de Médecine Physique et de Rééducation (MPR).

- celui de médecine et plus particulièrement avec la médecine polyvalente : chacun étant un maillon des filières de soins.

Le volet "hôpital local et de proximité" s'inscrit lui-même en transversalité pour

la télémédecine : ils ne doivent pas en être exclus

le traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) en phase terminale : possible en hôpital local

les soins palliatifs et douleur : certains ayant déjà développé cette activité.

3. Adaptation de l'offre /alternatives

Les hôpitaux de proximité et locaux peuvent proposer des :

- hospitalisations de jour dans le cadre plus particulier des bilans gérontologiques et de réhabilitation médico-sociale
- consultations de spécialités avancées, par mutualisation des compétences à partir de la médecine hospitalière, voire de la médecine de ville
- ils peuvent également gérer une Hospitalisation A Domicile (HAD) polyvalente.

4. Coopération / réseaux

Tout au long des différents aspects abordés, il est évident que des coopérations s'avèrent nécessaires, avec l'amont sanitaire et l'aval médico-social.

Elles apporteront

- une fluidité dans les filières de soins
- une mutualisation des connaissances et des décisions.

Elles permettent à chacun des partenaires de se connaître l'un l'autre.

Ces coopérations doivent être formalisées par des conventions actives et régulièrement évaluées.

Les réseaux de soins gériatriques sont à encourager : ils assureront un maillage en lien avec les structures sanitaires et médico-sociales. Les hôpitaux locaux et de proximité peuvent être des "animateurs" de réseaux gérontologiques où la dimension sociale est à prendre en compte. Le cahier des charges de chaque partenaire doit être clairement exprimé et reconnu de tous.

C. Par rapport aux exigences d'articulation

1. Avec les objectifs de santé publique

L'hôpital de proximité ou local doit pouvoir optimiser les réponses attendues pour les prises en charge des personnes âgées entre le tout sanitaire et le tout social.

Quant à d'autres aspects de santé publique, les hôpitaux de proximité ou locaux doivent être encourager à se positionner pour des actions de prévention et d'éducation sanitaire (nutrition, tabac, etc...).

2. Avec le médico-social

Si l'articulation avec le médico-social existe déjà, elle doit être améliorée avec des interfaces actives et régulières type Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)

- avec les structures d'hébergement : la plupart ayant leur propre maison de retraite mais l'articulation nécessaire doit prendre en compte les autres maisons de retraite
- avec les Services de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D.)
- avec les organisations de maintien à domicile

3. Avec la médecine de ville

Compte tenu que les soins médicaux dans les hôpitaux locaux sont assurés par les médecins libéraux, cette articulation existe. Elle doit être encouragée afin que ceux-ci deviennent de vrais acteurs de l'hôpital local

- en favorisant leur participation à des consultations multidisciplinaires
- en leur assurant des formations adaptées à leur rôle au sein des hôpitaux locaux (organisation des soins, travail en réseau, formation en gériatrie ...)
- en faisant évoluer leur statut au sein de l'hôpital local
- en incitant l'installation de maisons médicales (exercices pluri-disciplinaires ou non) qui serait une réponse partielle à la nécessité de la permanence des soins, et à la pénurie de médecins libéraux.

Cette possibilité n'est pas l'exclusive des hôpitaux locaux mais peut s'adresser à des hôpitaux de proximité isolés.

Globalement l'étude menée sur les hôpitaux locaux et de proximité a permis de démontrer des diversités de situation.

- Les hôpitaux de proximité ont davantage une vocation de soins de 1^{er} recours, mais s'inscrivant peu dans une organisation en filière. Il faut les encourager à s'ouvrir et à travailler avec les autres structures sanitaires et médico-sociales.

Les hôpitaux locaux ont plus naturellement leur place au sein des prises en charge de la personne âgée. Il leur faut préciser leur positionnement et fonctionnement dans le cadre de projet de territoire et projet gériatrique, où les mutualisations et complémentarités seront indispensables.

**ANNEXES
TERRITOIRE NORD ET
TERRITOIRE SUD**

NOTE EXPLICATIVE SUR LE CONTENU DE L'ANNEXE DU SROS III

L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que les procédures de créations des établissements services sociaux ou médico-sociaux rénove profondément le cadre de l'organisation sanitaire.

Elle prévoit notamment la suppression de la carte sanitaire ainsi que des indices en lits et places à compter de la parution du SROS.

Le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le niveau de l'organisation des soins. Les objectifs quantifiés encadrent dans l'annexe du SROS l'offre des soins sur chaque territoire et sont déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les établissements de santé.

L'annexe précise

- les objectifs quantifiés de l'offre de soins dans chaque territoire de santé par activité de soins y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation et équipements matériels lourds
- les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Textes applicables :

- *Décret du 31 janvier 2005 n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatifs aux objectifs quantifiés*
- *Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés*
- *Circulaire N° DHOS/O/2005/25/ du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins.*
- *Lettre circulaire du 24 octobre 2005*

I - Les objectifs quantifiés

Ils sont conçus en trois dimensions complémentaires :

1. Implantations : caractère opposable

Le SROS, dans son annexe, doit indiquer, entre autres, le nombre des implantations attendues d'ici 2011 pour les activités de soins et les équipements matériels lourds.

Le décret du 31 janvier 2005 précise que les objectifs quantifiés doivent être exprimés de la manière suivante :

« par territoire de santé : nombre d'implantations assurant une activité de soins déterminée et en nombre d'implantations des équipements et services assurant une activité de psychiatrie... »

La lettre circulaire du 24 octobre 2005 précise à propos des implantations que cette dénomination fonctionnelle ne vise pas les établissements ou les entités juridiques, elle exige du SROS qu'il prévienne un ou plusieurs lieux, dans le territoire, où l'activité de soins ou l'appareil en cause sont accessibles et disponibles pour rendre à la population le service attendu.

Le degré de précision de la localisation peut être variable : ville, zone pour les grandes agglomérations...

Le nombre d'implantations donne tout son sens au SROS et assied juridiquement les opérations de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins qui sont envisagés dans ce cadre. Lorsque les formes ou des modalités d'exercice d'une activité de soins sont prévues, ou lorsque des filières de soins sont identifiées, il est possible d'en préciser également les sites géographiques dans le territoire de santé.

En pratique, l'entité juridique dépositaire de l'autorité morale - un établissement ou d'un groupement d'établissement – est celle qui reçoit les autorisations, soit d'exercer une activité, soit d'accueillir un équipement.

S'agissant de l'exercice d'une activité, l'organisation de celle-ci est laissée à la responsabilité de son détenteur : il lui revient en particulier le ou les lieux d'implantations. Ainsi les structures hospitalières les plus complexes (type Centre Hospitalier Universitaire ou Centre Hospitalier Régional) peuvent être amenées à gérer une activité, relevant de la même autorisation, sur plusieurs sites distincts.

Le dénombrement des implantations s'est donc effectué de la façon suivante :

- **pour les équipements matériels lourds**

1 implantation = 1 plateau technique disposant d'au moins un équipement matériel lourd soumis à autorisation

- **pour les activités de soins : médecine, chirurgie, SSR, USLD**

1 implantation = ensemble des activités de la discipline au titre d'une seule autorisation réalisées géographiquement par un établissement ou par un groupe d'établissements sur un même site

- Exemples

Etablissement mono site ayant une autorisation de chirurgie = 1 implantation de chirurgie
 Association gérant 2 établissements ayant chacun une activité de médecine = 2 implantations
 2 établissements ayant chacun une autorisation de chirurgie avec un plateau technique commun : 2 implantations avec un plateau commun

- Cas particulier du CHU de Nancy, CHR Metz-Thionville et du SINCAL à Nancy

Implantations des activités de soins : médecine, chirurgie, SSR, Rééducation Fonctionnelle et USLD pour ces établissements multisites avec prise en compte des restructurations internes déjà programmées à échéance 2011

CHRU de Nancy :

Site géographique	Chirurgie	Médecine	SSR	RF	USLD
Hôpitaux de Brabois (Hôpital Brabois Enfants et Adultes, Tour Drouet) Vandoeuvre	1	1		1	
Hôpitaux urbains (Hôpital Central, Hôpital Maringer, Villemin, Fournier, Hôpital St Julien, USLD St Stanislas) Nancy	1	1	1		1
Site de Lay St Christophe			Fermeture 2006 après transfert sur Hôpital St Julien		
Hôpital de Dommartin les Toul		Fermeture 2010 après transfert sur CUGN		Fermeture 2010 après transfert sur la CUGN	

CHR Metz-Thionville

Site géographique	Chirurgie	Médecine	SSR	RF	USLD
Site de Mercy	1	1		1	
Centre Félix Maréchal		1	1	1	1
Hôpital bel Air Thionville	1	1	1	1	1

Hôpital Thionville	Dim Saillet		Fermeture 2006 après transfert sur Bel Air	Fermeture 2006 après transfert sur Bel Air		Fermeture 2006 après transfert sur Bel Air
Hôpital Thionville	Beauregard		1			

SINCAL

Site géographique	Chirurgie	RF
Dommartin les Toul	Fermeture 2010 après transfert sur la CTO	Fermeture 2006 après transfert à l'IRR
Clinique de traumatologie (CTO)	1	

- **Pour les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue**
 - o 1 implantation = 1 unité d'hospitalisation
 - Gradation des soins repose sur l'identification des différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau inter régional, quelque soit le statut juridique de l'établissement pour identifier les filières de soins.
 - Pour les équipements et matériels lourds, l'implantation doit préciser le nombre d'appareils par lieu géographique.

2. L'accessibilité aux activités de soins : caractère non opposable

Les objectifs d'organisation peuvent être déclinés en termes de couverture horaire et de temps d'accès.

L'organisation de l'accès aux urgences hospitalières publiques et privées tient compte du dispositif de la permanence des soins de chaque département.

Il convient de tenir compte de l'accessibilité financière des soins à l'échelle du territoire dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

3. Détermination des volumes d'activités de soins à réaliser par territoire de santé : caractère opposable

Cette quantification ne concerne qu'une liste limitée d'activités : médecine, psychiatrie, chirurgie, activités interventionnelles sous imagerie en cardiologie et neuro-radiologie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée, insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale, équipements matériels lourds (caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positions en coïncidence, tomographe à émissions, caméras à positons, appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, scanographe à utilisation médicale, caisson hyperbare, cyclotron à utilisation médicale).

Pour le traitement du cancer, la quantification en volume de séjours ne concerne pas la chimiothérapie ni la radiothérapie.

Les volumes s'expriment en termes de séjours, venues ou nombre d'actes. Les volets du SROS qui précisent des modes de prise en charge ne sont pas quantifiés en volume car ils le sont au travers d'activité dont ils relèvent (ex soins palliatifs dans l'activité de médecine). Pour la chirurgie, seuls sont quantifiés les recours au plateau technique.

Les volumes d'activités sont encadrés par des valeurs maximales ou minimales, en fourchettes.

La détermination d'un volume minimum d'activité de soins a pour but de garantir le maintien de cette activité sur le territoire à un niveau compatible avec l'accès aux soins.

La détermination d'un volume maximum est le niveau duquel l'offre serait excédentaire par rapport aux besoins.

Il convient de veiller aux masses critiques nécessaires à un exercice de qualité.

II - Recompositions et coopérations : caractère opposable

L'annexe du SROS décrit les opérations de regroupements, transformations et coopérations, nécessaires à la réalisation des objectifs quantifiés.

Un dispositif de suivi et de révision des objectifs quantifiés sera mis en place.

L'annexe est présentée par territoire et à l'intérieur du territoire par volet, selon le plan suivant

- Objectifs quantifiés :
 - Nombre d'implantations
 - Délais d'accès, le cas échéant (critère non opposable)
 - Volumes : séjours, venues, séances, journées, actes, places , nombre d'appareils
- Recompositions de l'offre de soins : créations, suppressions d'activités de soins et d'équipement matériel lourd, transformations, regroupements, et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation des objectifs

Cartographie le cas échéant

L'ensemble des travaux relatifs à l'élaboration des objectifs quantifiés est contenu dans un répertoire du CdROM et accessible sur le site parhage www.parhage@sante.fr.

ANNEXE TERRITOIRE NORD

VOLET MEDECINE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Pays de Verdun	1 implantation à Verdun
Territoire de Longwy	1 implantation à Longwy
Pays de Briey	2 implantations à Briey sur le même site géographique
Territoire de Thionville-Hayange	au plus 6 implantations dont 1 à Algrange, 1 à Hayange, 4 à Thionville
Territoire de Metz	au plus 9 implantations dont 1 à Marange Silvange, 1 à Moyeuvre, 7 dans la Communauté Urbaine de Metz
Bassin Houiller	au plus 7 implantations dont 1 à Boulay, 1 à Creutzwald, 1 à Freyming, 2 à Forbach, 2 à Saint Avold
Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	au plus 3 implantations dont 1 à Sarreguemines, 1 à Sarralbe et 1 à Bitche
Pays de Sarrebourg	1 implantation à Sarrebourg
Pays du Cœur de Lorraine	1 implantation à Saint Mihiel
Pays du Saulnois	2 implantations dont 1 à Dieuze et 1 à Château Salins

2 – Volumes :

- **225 000 à 260 000 Séjours de médecine en hospitalisation complète et à temps partiel**

II – Recompositions – coopérations

Médecine interne / polyvalente

En fonction des territoires de proximité et selon les 3 niveaux :

- niveau 3 : médecine interne de recours
- niveau 2 : service de médecine interne/médecine polyvalente (MI/MP) ou de médecine polyvalente (MP) adossé à un plateau technique en aval des sites d'urgences
- niveau 1 : service de médecine de proximité (hôpitaux locaux, hôpitaux de **proximité**)

Niveau 1 et 2 : Pays de Verdun , Longwy, Pays de Briey, Thionville-Hayange, Metz, Bassin Houiller , Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe , Pays de Sarrebourg

Niveau 1 : Pays du Cœur de Lorraine, Pays du Saulnois,

Pneumologie et hépato-gastro-entérologie

Concernant ces 2 spécialités, la Lorraine dispose d'une bonne couverture des besoins avec répartition efficace des implantations de niveau des 2 territoires Nord et Sud.

- Propositions : évoluer vers une réflexion, un rapprochement, une mutualisation des moyens induisant une optimisation de la prise en charge des patients présentant ces pathologies spécifiques (coordination et/ou restructuration de certaines activités) notamment :
 - Pour la pneumologie, sur le secteur du territoire Nord :
 - Bassin houiller : coopération et rapprochement des implantations
 - Secteur de Metz : coopération entre le C.H.R, l'hôpital Belle Isle et la clinique Claude Bernard
 - Secteur de Thionville-Hayange : coopération des 2 implantations.
 - Pour l'hépatogastro-entérologie, sur le secteur du territoire Nord
 - Bassin houiller : regroupement sur 2 implantations (5 actuels)
 - Secteur de Metz : coopération entre le C.H.R, l'hôpital St André et la Clinique Claude Bernard
 - Secteur Thionville-Hayange : coopération entre les 4 implantations

Le service de médecine de l'hôpital des Armées Legouest de Metz concourt au service public hospitalier.

VOLET CARDIOLOGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Unité de soins intensifs

- Verdun : : 1
- Thionville : : 1
- Communauté messine : 2
- Bassin Houiller : : 1

Sites habilités à poser des défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) :

- Communauté messine : 1

Sites habilités à poser des stimulateurs triple chambre (STC) :

- Communauté messine : 2

II – Recompositions – coopérations

Des mutualisations des compétences sont à mettre en œuvre pour assurer le fonctionnement desUSIC

VOLET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Metz : 2

2 - Volumes :

4500 à 6750 actes de cardiologie interventionnelle

II – Recompositions – coopérations

Des mutualisations des compétences sont à mettre en œuvre pour assurer le fonctionnement de ces plateaux techniques

VOLET ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

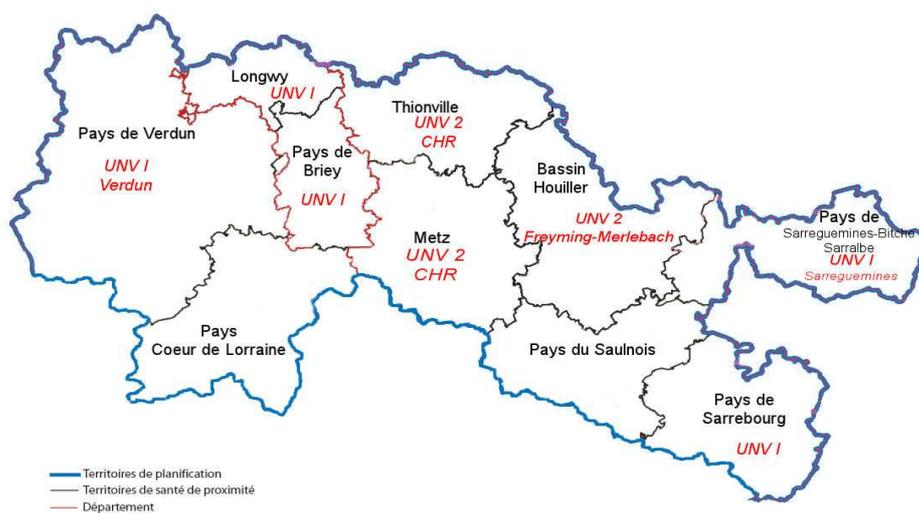
I Objectifs quantifiés : Unités neurovasculaires (UNV)

1 - Implantations

➤ Pour le territoire Nord :

3 UNV de niveau 2 et 1 : FREYMING MERLEBACH
METZ
THONVILLE

5 UNV de niveau 1 : BRIEY
LONGWY
SARREBOURG
SARREGUEMINES
VERDUN



II – Recompositions - coopérations

Concernant les services de soins de suite et de réadaptation, la coordination de la prise en charge des AVC est organisée à partir d'un centre ou service de MPR (médecine physique et réadaptation) en lien avec les UNV et l'ensemble des services de SSR du territoire.

Des coopérations seront à mettre en place dans la mesure où cette organisation peut selon les cas, concerner un ou plusieurs territoires de proximité compte tenu des caractéristiques propres des territoires et de l'implantation des structures assurant les soins de suite et de réadaptation.

VOLET CHIRURGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Nombre d' implantations :

Pays de Verdun	au plus 2 implantations avec 1 plateau technique commun à Verdun
Territoire de Longwy	1 implantation avec 1 plateau technique à Mont St Martin
Pays de Briey	1 implantation avec 1 plateau technique à Briey
Territoire de Thionville-Hayange	au plus 4 implantations avec au plus 4 plateaux techniques
Territoire de Metz	au plus 6 implantations avec au plus 6 plateaux techniques sur la Communauté Urbaine de Metz
Bassin Houiller	de 1 à au plus 4 implantations avec de 1 à au plus 3 plateaux techniques
Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	1 implantation avec 1 plateau technique à Sarreguemines
Pays de Sarrebourg	1 implantation avec 1 plateau technique à Sarrebourg

Ces sites devront assurer individuellement la continuité des soins (niveau 1).

La permanence des soins (niveau 2) devra être organisée en coopération chaque fois que nécessaire sur les sites suivants : Metz, Thionville, Verdun, Bassin Houiller

2 – Volumes :

106 000 à 113 000 séjours en chirurgie complète et chirurgie ambulatoire

II – Reconstitutions - coopérations

Des rapprochements, des mises en commun de plateaux techniques s'imposent du fait des problèmes de démographie des chirurgiens et anesthésistes, de normes minimales d'activités. Ces opérations sont à mettre en œuvre en particulier dans le territoire du Bassin Houiller.

Le service de chirurgie de l'Hôpital des Armées Legouest de Metz concourt au service public hospitalier.

VOLET PERINATALITE

I Objectifs quantifiés : Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

1 - Implantations

Activité	Territoire Nord
Centre périnatal de proximité	1 à Bitche
Obstétrique N1 / N1+	1 à Briey 1 à Mont Saint Martin * 1 à Saint Avold 1 à Sarreguemines 1 à Sarrebourg *
Obstétrique + néonatalogie N2 A	1 à Verdun
Obstétrique + néonatalogie + soins intensifs N2 B	1 à Thionville 2 sur la Communauté messine 1 à Forbach
Obstétrique + néonatalogie + soins intensifs + réanimation néonatale N 3	Le niveau III sera organisé sur la base de 2 unités dans le cadre d' une autorisation régionale unique mise en œuvre sur 2 sites Sud et Nord, prenant appui sur une coopérations publique/privée (cf Implantation dans le Territoire Sud)

2 - Accessibilité

Conformément au plan national Périnatalité 2005 - 2007, la sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que l'obstétrique soit exercée dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie-obstétrique, chirurgie, anesthésie-réanimation et pédiatrie.

II – Reconstitutions - coopérations

- regroupement de la maternité du CHR - Metz et de la maternité Sainte Croix sur un seul site
- regroupement des 2 maternités de Saint Avold sur un seul site

* Etablissements vulnérables:

- Mont Saint Martin: problème lié à la démographie médicale, à soutenir en priorité
- Sarrebourg: problème lié au seuil et à la diminution de l'activité, réflexion à mener avec Saverne

Une coopération inter-établissement est possible en matière de chirurgie (circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS).

VOLET PERINATALITE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION - DIAGNOSTIC PRENATAL

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

- Assistance médicale à la procréation

Propositions provisoires dans l'attente de la parution du décret d'application relatif à l'AMP

Activité		Total
Activités cliniques		
Recueil par ponction d'ovocytes	Metz	1
Recueil par ponction de spermatozoïdes	Metz	1
Transfert des embryons	Metz	1
Mise en œuvre de la procédure d'accueil d'embryons *	Metz (ou Nancy)	
Activités biologiques		
Recueil et traitement du sperme en vue d'une IAC *	Metz Sarreguemines	2
Activités relatives à la FIV sans micromanipulation *	Metz	1
Activités relatives à la FIV avec micromanipulation *	Metz	1
Recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue d'un don *		
Traitement, conservation et cession d'ovocytes en vue d'un don *		
Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux *	Metz	1
Conservation des embryons non destinés à l'accueil *	Metz	1
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de la procédure d'accueil *	Metz (ou Nancy)	

* intitulé provisoire

- Diagnostic prénatal

Propositions provisoires dans l'attente de la parution du décret d'application relatif au DPN

Activité		Total
Cytogénétique incluant la cytogénétique moléculaire	Metz	1
Génétique moléculaire		
Biologie embryonnaire et foetale		
Biochimie sur embryons et foetus		
Biochimie (marqueurs sériques)	Metz	1

VOLET SOINS DE SUITE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Territoires		S.S.R. POLYVALENT	MPR POLYVALENTE
Territoire 1	Verdun	1	1
Territoire 2	St Mihiel	1	au moins 1 HAD
Territoire 3	Briey	2	1
Territoire 4	Longwy	2 au plus	au moins 1 HAD
Territoire 5	Thionville	6 sites	2
Territoire 6	Communauté messine	7 au plus	2
Territoire 7	Bassin houiller	6 au plus	1
Territoire 8	Sarreguemines	3 au plus	1
Territoire 9	Saulnois	2	au moins 1 HAD
Territoire 10	Sarrebourog	1	1
		SSR spécialisés	MPR spécialisées
Territoire 6	Communauté messine	2 (1 en nutrition, 1 en alcoologie)	1 en cardiovasculaire (en Hospitalisation complète et ambulatoire)
Territoire 10	Abreschviller		1 en cardiovasculaire (en Hospitalisation complète et ambulatoire)
		Rééducation cardiovasculaire ambulatoire	
Territoire1	Verdun		1
Territoire 5	Thionville		1
Territoire 6	Communauté messine		1
Territoire 7	Bassin Houiller		1

2 – Volumes : journées attendues d'ici 2011

- **Soins de suite :**
 - 280 000 à 310 000 journées (277 814 journées produites par les établissements du territoire Nord en 2004)
 - 9000 à 15 000 venues (9055 venues en 2004 produites par les établissements du territoire Nord en 2004)
- **Rééducation fonctionnelle :**
 - 95 000 à 120 000 journées (115 716 journées produites par les établissements du territoire Nord en 2004)
 - 45 000 à 60 000 venues : (46 886 venues en 2004 produites par les établissements du territoire Nord en 2004)

II - Recompositions –coopérations

L'hôpital des Armées Legouest de Metz concourt au service public hospitalier

I Objectifs quantifiés : Unités pour patients en états végétatifs persistants

Implantations

Territoire n°2 : Pays Cœur de Lorraine : 1 implanta tion

Territoire n°6 : 2 implantations

Territoire n°7 : 1 implantation

VOLET HOSPITALISATION A DOMICILE

I Objectifs quantifiés

Implantations

En HAD le nombre d'implantations correspond au nombre d'entités juridiques susceptibles de disposer d'autorisation. Chaque territoire pour la planification doit disposer d'un certain nombre d'implantations permettant une couverture géographique optimale soit : **8 à 10 implantations** dans le territoire de planification Nord : Pays de Verdun, Pays de Briey, Pays de Longwy, Pays de Thionville, Pays de Metz, Pays du Bassin Houiller, Pays de Sarreguemines, Pays de Sarrebourg.

Pour les territoires du Cœur de Lorraine et du Saulnois extension possible d'une HAD polyvalente d'un territoire contigu sous forme d'antennes.

II – Recompositions - coopérations

A terme, le territoire de Thionville, pour lequel deux autorisations ont été données au CHR de Metz-Thionville, ne devrait plus avoir qu'une structure polyvalente ayant des autorisations sur diverses activités.

Dans le Pays de Sarreguemines - Bitche – Sarralbe, sans remettre en cause l'activité d'obstétrique réalisée, il faut substituer à l'HAD spécialisée existante une HAD polyvalente ayant vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire.

VOLET PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

I Objectifs quantifiés : Accueil et traitement des urgences

1 - Implantations

SAMU	Metz Verdun
SMUR et antennes SMUR	
Critères de répartition : Bassin de proximité Adossement à un SU	Au moins 1 SMUR par territoire de proximité sauf Pays Cœur de Lorraine et Pays du Saulnois
Offre et activité	10 SMUR et antennes
Répartition des SMUR	Briey (1) Forbach (1) avec antenne à Saint Avold Longwy (1) Metz (1) Sarrebouurg (1) Sarreguemines (1) avec antenne à Bitche Thionville (1) Verdun (1)
Services des urgences (SU)	
Critères de répartition	Au moins 1 SU par territoire de proximité sauf Pays Cœur de Lorraine et Pays du Saulnois
Offre et activité	10 SU intégrant une filière de prise en charge de l'urgence pédiatrique
Répartition	Briey (1) Longwy (1) Forbach (1) Metz (2) Saint Avold (1) Sarrebouurg (1) Sarreguemines (1) Thionville (1) Verdun (1)

2 - Délais d'accès : non opposable

SMUR et antennes SMUR	
Délai d'intervention	Tendre vers 20 minutes
Services des urgences (SU)	
Délai d'accès	Moins de 45 minutes sur la quasi totalité du territoire

II Objectifs quantifiés : Caisson hyperbare

Implantation : Le caisson hyperbare de l'Hôpital des Instructions des armées de Legouest concourt au service public hospitalier.

III – Recompositions - coopérations

SAMU	Mutualisation entre : <ul style="list-style-type: none">- le centre 15 et la régulation libérale au sein de chaque site- des sites de régulation des appels de Metz et de Verdun, ainsi mutualisés, entre eux
SMUR et antennes SMUR et Services des urgences	Forbach/Saint Avold : complémentarité et mutualisation à construire dans le cadre de la mise en place du projet médical commun du bassin houiller Coopération entre les sites pour venir en appui à ceux qui n'ont qu'un médecin urgentiste pour assurer la couverture du SU et du SMUR Sur tous les sites, mettre en place une organisation territoriale de « l'urgence » pour répondre aux besoins d'urgence, de soins non programmés et de la permanence des soins

Le service des urgences de l'hôpital militaire de Legouest à Metz concourt au service public hospitalier.

VOLET REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

I.A. Réanimation, soins intensifs et soins continus pour adultes

Les implantations relatives aux trois activités de soins sont indiquées dans le tableau suivant.

Territoires de santé de proximité	Réanimation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale	Soins intensifs (horsUSIC)	Soins continus
Pays de Verdun	1 à Verdun		1 à Verdun
Pays de Briey			1 à Briey
n°4 (Longwy)			1 à Mont St Martin
n°5 (Thionville)	1 à Thionville	1 USIN à Thionville	Au plus 3 à Thionville
n°6 (Metz)	1 ou 2 à Metz	1 USIN à Metz 1 USIR à Metz	Au plus 6 sur la communauté de Metz
n°7 (Bassin houiller)	1 autorisation mise en œuvre sur 2 sites sous réserve de validation par enquête	1 USIN 1 USIR	Au plus 4
Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe			1 à Sarreguemines
Pays de Sarrebourg			1 à Sarrebourg
Nombre implantations	4 à 5 implantations	4 implantations	Au plus 17 implantations

Ces objectifs quantifiés seront révisés en fonction des orientations du SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, grands brûlés)

I.B. Réanimation pédiatrique médico-chirurgicale

Clause de révision n°1 : mesure transitoire dans l'attente de la réflexion régionale qui doit intervenir suite à la parution du décret. Site d'implantation pouvant formuler une demande d'autorisation à poursuivre l'activité au regard de la réglementation au jour de publication du présent schéma, mais susceptible d'être révisée :

Objectifs quantifiés du territoire de planification NORD

Nombre d'implantations	0	0	voir volet enfance adolescence
-------------------------------	----------	----------	---------------------------------------

I.C. Clause de révision n°2 relative à l'autorisation transitoire de poursuivre les activités de réanimation spécialisée ou de soins intensifs spécialisés dédiées exclusivement à la chirurgie cardiaque, aux greffes, à la neurochirurgie et au traitement des grands brûlés et dans l'attente de la parution du SIOS.

I.D. Clause de révision n°3

Si à l'issue de la première fenêtre d'autorisation de l'activité de réanimation pour adultes (polyvalente médico-chirurgicale, médicale ou chirurgicale), l'une des autorisations relevant d'une implantation d'un des deux territoires Nord et Sud n'était pas attribuée, le schéma serait révisé.

2 - Délais d'accès :

Accessibilité aux services de réanimation assuré par une organisation en réseau

II – Recompositions – coopérations

II.A. Restructurations internes aux établissements de santé

Tout établissement de santé autorisé à pratiquer la réanimation devra s'organiser pour créer une entité "réanimation - surveillance continue" soit par création de novo de ladite unité de surveillance continue en cas d'inexistence en son sein, soit par un regroupement de lits ou de petites unités dans le cadre d'une réorganisation actée comme prioritaire dans le projet d'établissement.

II.B. Territoire de planification Nord

Considérant les besoins de la population et l'état de l'existant, le projet médical de territoire devra aboutir, par une recomposition de l'offre de soins de réanimation médico-chirurgicale pour adulte, à l'autorisation d'une seule unité de réanimation commune aux deux territoires de santé de proximité Bassin houiller et Pays de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe.

VOLET IMAGERIE MEDICALE

I Objectifs quantifiés : Scanographe à utilisation médicale – appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique – caméra à scintillation munie ou non de détecteurs d'émissions de positons en coïncidence - TEP

1 – Implantations et volumes

Scanners

- Territoire Nord : entre 14 scanners en 2005 et 16 scanners en 2009

IRM

Les besoins en IRM correspondent à un objectif de réduction des délais d'attente d'un examen. En fonction des indications actuelles les besoins en IRM peuvent être évalués à 1 IRM pour 120 000 habitants (1/140 000 habitants actuellement). Dans cette hypothèse et en fonction des implantations de plateaux techniques existantes, ainsi que des besoins particuliers des UNV et des activités d'enseignement et de recherche, les objectifs quantifiés en nombre d'IRM sont les suivants :

- Territoire Nord : entre 8 IRM en 2005 et 11 IRM en 2009 :

	Nombre Scanners	Nombres d'IRM
Pays de Verdun	1	1
Pays de Briey	1	0 à 1 à partager avec un autre territoire de proximité
Mont Saint Martin	1	0 à 1 à partager avec un autre territoire de proximité
Thionville	2 à 3	2 à 3 (3 ^{ème} à partager avec un autre territoire de proximité)
Metz	4 à 5	3 à 4 (4 ^{ème} à partager avec un autre territoire de proximité)
Bassin Houiller	3	1 à 2
Pays de Sarreguemines	1	1
Pays de Sarrebourg	1	1
Total	14 à 16	8 à 11

La réalisation des objectifs sera soumise à évaluation en 2009, en prenant en compte la réalité des substitutions.

Caméras à scintillation - TEP

- Territoire Nord : 8 gamma caméras

Nombre de caméras à scintillation munies de détecteurs de positons en coïncidence

Le nombre actuel de TEP sera probablement insuffisant à l'échéance de ce schéma, mais la démographie des médecins isotopistes ne permet pas d'envisager le fonctionnement d'équipements supplémentaires.

- Territoire Nord : 1 TEP

2 –Délais d'accès

Permanence des soins pour l'exploitation d'un des équipements matériels lourds définis à l'article R. 712-37-1

- Services des urgences et accès à un scanner fonctionnant 24h sur 24h : en moins de 60 minutes
- Unités Neuro-Vasculaires de niveau 2 et accès à une IRM 24h sur 24h : en moins de 30 minutes.

II - Recompositions - coopérations

Du fait de la pénurie des radiologues et des MER des mutualisations de compétences, partages des plateaux et participations à la permanence de soins, à l'intérieur et entre territoires de proximité, sont à mettre en œuvre pour ne pas multiplier les plateaux techniques.

VOLET PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

I Objectifs quantifiés : Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

1 - Implantations

Quantification de l'offre par territoire

L'évolution de l'offre tient compte des recommandations exposées pour l'adaptation de l'offre et du contexte de démographie réduite qui ne permet pas d'envisager l'augmentation du nombre des autorisations pour les centres d'hémodialyse tout en confirmant le principe d'accessibilité à tous les modalités de traitement au sein de chaque territoire de santé.

Centres d'hémodialyse

Les centres assurent également l'entraînement et le suivi des patients.

- Territoire Nord : 6 implantations
 - Territoire n°1 : Verdun : 1
 - Territoire n°4 : Mont St Martin : 1
 - Territoire n°5 : Thionville : 1
 - Territoire n°6 : Metz : 2
 - Territoire n°7 : Bassin houiller : 1

Unités de dialyse médicalisée

Cette modalité doit être accessible sur toutes les agglomérations disposant d'un ou plusieurs centres d'hémodialyse avec localisation des unités à proximité d'un centre pour permettre si besoin l'intervention d'un néphrologue en cours de séance.

- Territoire Nord : 6 implantations
 - Territoire n°1 : Verdun : 1
 - Territoire n°4 : Mont St Martin : 1
 - Territoire n° 5 : Thionville : 1
 - Territoire n°6 : Metz : 2
 - Territoire n°7 : Bassin houiller : 1

Unités d'autodialyse

- Territoire Nord : 9 à 10 implantations
 - Territoire n°1 : Verdun : 1
 - Territoire n°4 : Mont St Martin : 1
 - Territoire n° 5 : Thionville : 1
 - Territoire n°6 : Metz : 3 à 4
 - Territoire n°7 : Bassin houiller : 1
 - Territoire n°8 : Sarreguemines : 1
 - Territoire n°10 : Sarrebourg : 1

2 – Volumes

Les volumes sont exprimés en nombre de patients à prendre en charge d'ici 2011 : 707 à 864 patients

II – Recompositions – coopérations

La mise en œuvre des autorisations doit permettre de préciser les coopérations faisant l'objet de conventions entre les établissements et les associations gestionnaires d'autorisation d'activités alternatives à l'hémodialyse

VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

I Objectifs quantifiés : Psychiatrie

1 – Implantations

Psychiatrie générale

Territoire	Structures
Verdun	HC, HJ, HN, PFT, AppT, centre de crise , post cure
Cœur de Lorraine	HJ,
Pays de Briey	HC, HJ, HN, PFT, AppT,
Longwy	HC, HJ, HN, PFT, AppT
Thionville	HC, HJ, HN, PFT, AppT, centre de crise
Metz	HC, HJ, HN, PFT, AppT, centre de crise , post cure
Bassin Houiller	HC, HJ, PFT, AppT
Sarreguemines	HC, HJ, HN, PFT, AppT, post cure
Saulnois	HJ,
Sarrebourog	HC, HJ, HN, PFT, AppT, post cure

Psychiatrie infanto-juvénile

Territoire	Structures
Verdun	HC, HJ, PFT
Cœur de Lorraine	HJ,
Pays de Briey	HJ
Longwy	HJ
Thionville	HJ, PFT
Metz	HC, HJ, PFT, AppT, post-cure
Bassin Houiller	HJ, PFT, AppT
Sarreguemines	HC, HJ, PFT,
Saulnois	HJ
Sarrebourog	HC, HJ, PFT, AppT

Prise en charge des détenus :

Création d'une UHSA en liaison avec le SMPR qui sera créé dans l'un des deux territoires Nord et Sud.

2 - Volumes :

Psychiatrie générale

- Hospitalisation complète (HC): 400 000 à 500 000 journées
- Hôpital de jour(HJ) : 200 à 300 places
- Hôpital de nuit (HN) : 40 à 60 places
- Service de placement familial thérapeutique (PFT) : 11 à 100 places
- Appartements thérapeutiques ; 14 à 40 places
- Post cure : 18 à 50 places
- Centre de crise : 10 à 25 places

Psychiatrie infanto-juvénile

- Hospitalisation complète (HC) : 15 000 à 20 000 journées
- Hôpital de jour(HJ): 150 à 200 places
- Hôpital de nuit (HN) : 10 places
- Service de placement familial thérapeutique (PFT) : 30 à 60 places
- Appartements thérapeutiques ; 5 à 10 places
- Post cure : 10 places
- Centre de crise : 0

II – Recompositions – coopérations

La prise en compte des adolescents fera l'objet d'une filière comportant des réponses diversifiées

L'Hôpital des Armées Legouest concourt au service public hospitalier

VOLET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

I Objectifs quantifiés

Implantations

Territoire	Equipement
Verdun	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultations, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau gérontologique
St Mihiel	Extension de le filière de Verdun : consultation avancées, médecine polyvalente, SSR
Briey	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau gérontologique
Longwy	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Thionville	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Metz	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Bassin houiller	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Sarreguemines	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Sarrebourog	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Saulnois	Médecine polyvalente, HJ, SSR, consultations avancées

II – Reconstitutions – coopérations

Territoire	
Verdun	Extension sur le territoire de St Mihiel
St Mihiel	Coopération avec le territoire de Verdun
Briey	Coopération CH Briey et hôpital de Joeuf avec rapprochement sur le site de Briey pour l'activité de court séjour
Thionville	Coopération entre CHR, Alpha Santé, CI Ste Elisabeth
Metz	Coopération entre les hôpitaux : CHR, Ste Blandine, Marange Silvanget Moyeuve
Bassin houiller	Coopération entre les ETS de St Avoild, de Boulay, Freyming, de Forbach et de Creutzwald
Sarreguemines	Coopération entre les CHG Sarreguemines, Sarralbe et Bitche
Sarrebourog	Coopération entre le CH de Sarrebourog et le CRF d'Abreschviller
Saulnois	Extension de la filière de Sarrebourog et du réseau

Sur chacun des 8 territoires les plus importants, les filières doivent se structurer en concertation avec tous les établissements concernés. Les territoires Cœur de Lorraine et du Saulnois doivent bénéficier par convention de prestations des territoires contigus (consultations avancées, équipe mobile...)

VOLET PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Médecine

La répartition de l'offre pédiatrique est actuellement équilibrée au sein des territoires de la région lorraine, les services de pédiatrie se trouvant le plus souvent à proximité immédiate des maternités. Les organisations des soins périnataux et de la pédiatrie doivent être envisagées conjointement. Il apparaît en effet nécessaire de garantir la cohérence de la prise en charge de la vie utérine jusqu'à l'adolescence. Dans ce contexte, le maintien de l'offre pédiatrique hospitalière de proximité existante est un enjeu important du SROS, qui correspond à la structuration du niveau 1 pédiatrique.

Le second enjeu est de garantir un niveau de prestation suffisant au sein de chacun des deux territoires pour répondre aux exigences de qualité/sécurité (niveau 2 pédiatrique) en respectant les notions d'accessibilité/proximité (niveau 1).

Le troisième enjeu concerne le pôle de référence dans ses capacités à assurer le lien entre pratique clinique, recherche et innovation, à maintenir et à développer les plateaux techniques et les laboratoires (niveau 3), et à organiser son positionnement pour les activités de pointe dans un contexte interrégional et national (niveau 4).

L'organisation de la pédiatrie comporte donc les 4 niveaux suivants :

Niveau 1 : établissements dotés d'un service ou d'une unité de pédiatrie et disposant d'un Service des urgences, en capacité d'évaluer les situations, d'assurer des prises en charges relevant de la pédiatrie générale et de la pédiatrie spécialisée dans des situations classiques et d'orienter les patients vers les structures les mieux adaptées.

L'organisation des astreintes qui doit intégrer l'activité néonatale en maternité rend souhaitable la présence d'au moins trois pédiatres. La participation des pédiatres libéraux au fonctionnement hospitalier pourra être recherchée. Un statut adapté doit pouvoir leur être proposé dans ce cadre par les établissements (notamment celui du praticien contractuel).

Un secteur de surveillance continue pédiatrique pourra être organisé au niveau d'établissements de niveau 1 situés dans des territoires de proximité éloignés des structures recours de niveau 2.

Les établissements de niveau 1 doivent pouvoir transmettre des images numérisées (scanner, IRM, mais aussi clichés conventionnels pour la traumatologie) par voie télématique aux centres de niveaux 2 et 3.

Niveau 2 : correspond aux établissements en capacité d'assurer un recours au sein du territoire à la fois pour la prise en charge des urgences et pour celle des filières de sur-spécialité.

Les établissements de niveau 2, devront répondre au cahier des charges suivant :

1. En dehors des présences médicales prévues au titre de l'activité néonatale de l'établissement, le service de pédiatrie est en capacité d'assurer la présence sur place 24h/24 d'un interne affecté en service de pédiatrie et la disponibilité en astreinte ou par garde sur place d'un pédiatre senior. L'organisation des gardes pédiatriques et néonatales est faite de manière concertée. Un pédiatre senior est présent sur place 24h/24.
2. Mise en place d'une unité de surveillance continue pédiatrique
3. Identifier des modalités d'accueil, d'hébergement et d'organisation permettant la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie. Des personnels faisant partie des équipes de pédopsychiatrie (IDE, psychologues, éducateurs) pourront être détachés à temps partiel ou complet dans le cadre de conventions afin d'assurer une activité de liaison adaptée aux besoins des adolescents pris en charge, en complément des soins

dispensés par l'équipe pédiatrique.

4. Garantir l'accès au plateau technique (chirurgie, ORL, imagerie) pour les enfants âgés de plus d'un an

Les territoires de proximité dans lesquels des niveaux 2 peuvent être reconnus :

- Bassin houiller
- Thionville
- Metz

Répartition des niveaux

Territoire	Niveau 1 ou 2
Verdun	1
Pays de Briey	1
Longwy	1
Thionville	2
Metz	2
Bassin Houiller	2
Sarreguemines	1
Sarrebourg	1

Anesthésie, chirurgie, ORL

Les niveaux de soins sont indiqués au **tableau VII**.

Tableau VII : Niveaux de soins concernant la chirurgie infantile, l'ORL et l'anesthésie pédiatrique

	Anesthésie	Chirurgie infantile	ORL
Niveau 1 de proximité	Pas d'acte au dessous de 1 an, Actes simples de 1 à 3 ans	Etablissement de santé où sont réalisés des actes chirurgicaux chez les enfants de plus de 1 an	Etablissement de santé où sont réalisés des actes ORL courants pour les enfants de plus de 1 an
Niveau 2 de recours	Pas de multidisciplinarité	1 site au niveau de l'agglomération messine	1 site au niveau de l'agglomération messine

SSR pédiatrique

SSR/MPR conventionnel

La réponse aux besoins en MPR pédiatrique est assurée par une organisation en 3 niveaux :

Niveau 1, de proximité assuré au sein :

- de plateaux techniques adultes adaptés à l'enfant au plan des locaux, du matériel, et de l'organisation
- ou d'établissements sanitaires ou médicaux sociaux bénéficiant de l'appui de personnel médical compétent en MPR et en pédiatrie.

Dans cette optique, il est souhaitable que des médecins et des soignants des équipes MPR adulte puissent se former aux particularités des prises en charge pédiatriques en lien avec le centre de référence de niveau 3 afin d'assurer des prises en charge ambulatoires ou en hospitalisation de jour de proximité.

Niveau 2, de recours pour le territoire, assuré au sein de plateaux techniques MPR spécialisés dans les prises en charge pédiatriques et appartenant à un établissement de santé (imagerie, pharmacie, anesthésie). Ce niveau est en capacité d'établir des diagnostics spécialisés.

Des consultations pluridisciplinaires sont organisées par la structure MPR de niveau 2.

Une continuité des prises en charge doit être garantie. Le temps de travail des médecins intervenant dans la structure peut être partagé quelque soit le statut juridique de l'établissement.

Il est souhaitable qu'il existe une structure de niveau 2 au sein de chacun des 2 territoires de santé.

Niveau 3, de référence pour la région, chargé des diagnostics et des prises en charge les plus complexes, d'actions de formation et de recherche, et doté le cas échéant d'une équipe mobile.

Le niveau 3 peut être assuré conjointement par plusieurs établissements sanitaires liés par convention, on dans le cadre de coopérations

Unités assurant des soins de haute technicité et les soins prolongés

Il est souhaitable qu'existe au moins une unité de recours assurant des soins de haute technicité et les soins prolongés pédiatriques au sein de chaque territoire de santé. Ces unités sont reliées aux établissements hospitaliers dotés d'un service de pédiatrie voisins dans le cadre de conventions.

II – Recompositions - coopérations

- Sur Metz : par souci d'efficacité et afin de répondre au mieux aux besoins des enfants le regroupement du service des urgences, du service de pédiatrie, d'une maternité, du SIH de néonatalogie et du service de chirurgie infantile doit être envisagé sur le site Mercy à Metz. Cette réunion ne s'oppose pas au maintien des entités juridiques actuelles sur un site unique.

Sur le bassin houiller : organisation de la filière mère/enfant et de la pédiatrie dans le bassin houiller : il est recommandé que quelle que soit la solution retenue concernant la restructuration hospitalière du bassin houiller, la réunion des 2 services de pédiatrie de Forbach et de Saint-Avold puisse intervenir sur le site comprenant également la maternité et le service des urgences.

VOLET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

MEDECINE ET CHIRURGIE : en attente de texte (avenant au SROS)

I Objectifs quantifiés : Traitement du cancer : RADIOTHERAPIE - COBALTOTHERAPIE

1 - Implantations

Nombre d'implantations d'accélérateurs:

Bassin Houiller

L'implantation de deux accélérateurs de particules sur le territoire de proximité n° 7 est envisagée sous réserves des conclusions d'une expertise de faisabilité à demander à l'INCA en liaison avec la société française de radiothérapie.

L'organisation de la réponse aux besoins fera l'objet d'un avenant prenant en compte les conclusions de l'expertise.

Communauté Urbaine de Metz :

2 implantations correspondant à 5 accélérateurs dont 1 accélérateur partagé

Commune de Thionville

1 implantation correspondant à 2 accélérateurs

VOLET SOINS PALLIATIFS

I - Objectifs quantifiés

Implantations

Reconnaissance des lits identifiés soins palliatifs :

10 lits pour 100 000 habitants à répartir sur chacun des territoires de proximité

Convention à prévoir entre territoires pour l'accès à des lits identifiés pour ceux n'en disposant pas

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Elles sont à renforcer :

1 EMSP pour 200 000 habitants et si possible 1 sur les territoire de proximité du pays de Verdun, Pays de Briey, de Longwy, de Thionville, de Metz, Bassin Houiller, Pays de Sarreguemines –Bitche – Sarralbe, Pays de Sarrebourg.

Unité de soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs par territoire de santé : Thionville

II – Recompositions – coopérations :

Tous les établissements de santé doivent pouvoir avoir accès aux EMSP par convention

Pour les territoires du Pays Cœur de Lorraine et Pays du Saulnois des coopérations seront à mettre en œuvre avec les territoires contigus

VOLET DOULEUR

Objectifs quantifiés

Implantations

Consultations pluridisciplinaires

- Metz : 1
- Thionville : 1
- Verdun : 1
- Sarreguemines : 1
- Bassin Houiller : 1

Unité pluridisciplinaire (consultations et hospitalisations) de lutte contre la douleur

- Mont Saint Martin : 1
- Metz : 2

ANNEXE TERRITOIRE SUD

VOLET MEDECINE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Pays Barrois	au plus 2 implantations à Bar le Duc
Pays du Haut Val de Meuse	1 implantation à Commercy
Pays de l'Ouest Vosgien	au plus 4 implantations dont 1 à Neufchâteau, 1 à Vittel, 1 à Mirecourt et 1 à Lamarche
Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	1 implantation à Toul
Pays du Val de Lorraine	2 implantations dont 1 à Pont-à-Mousson et 1 à Pompey
Territoire de Nancy	au plus 9 implantations dans la communauté urbaine du Grand Nancy
Pays Lunévillois	au plus 3 implantations dont 1 à Blâmont, 1 à Baccarat et 1 à Lunéville
Pays des Vosges Centrales	au plus 5 implantations dont 2 à Épinal, 1 à Rambervillers, 1 à Bruyères, 1 à Darney
Pays de la Déodatie	au plus 5 implantations dont 2 à Saint Dié, 1 à Senones, 1 à Raon l'Etape et 1 à Fraize
Pays de Remiremont	2 implantations dont 1 à Remiremont et 1 à Gérardmer

Médecine interne / polyvalente

En fonction des territoires de proximité et selon les 3 niveaux :

- niveau 3 : médecine interne de recours
- niveau 2 : service de médecine interne/médecine polyvalente (MI/MP) ou de médecine polyvalente (MP) adossé à un plateau technique en aval des sites d'urgences
- niveau 1 : service de médecine de proximité (hôpitaux locaux, hôpitaux de proximité)

Niveau 3 : au plus 2 implantations sur la CUGN

Niveau 1 et 2 : Pays du Barrois, CUGN, Pays lunévillois, Pays du Val de Lorraine, Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan, Pays de l'Ouest vosgien, Pays des Vosges Centrales et Pays de la Déodatie, Pays de Remiremont

Niveau 1 : Pays du haut Val de Meuse

2 – Volumes

167 000 à 187 000 Séjours de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel

II - Recompositions – coopérations

Pays du Barrois : coopération et mutualisation avec les autres établissements du « Triangle » (Bar le Duc, Saint Dizier et Vitry le François)

Coopération à renforcer entre les hôpitaux locaux et les implantations de niveau 2

VOLET CARDIOLOGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Unité de soins intensifs

Nancy : au plus 3

Epinal : 1

Saint Dié : au plus 1

Sites habilités à poser des défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) :

- CUGN : 1

Sites habilités à poser des stimulateurs triple chambre (STC) :

- CUGN : 2

II - Recompositions – coopérations

Pays de la Déodatie : rapprochement des 2 établissements public et privé autour d'une seule unité de soins intensifs en cardiologie

Pays du Barrois ; filière cardiologique à organiser : USIC dans le cadre du Triangle et cardiologie interventionnelle avec les établissements de la CUGN

VOLET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Nancy : au plus 3

2 – volumes : **4 000 à 6 250 actes en cardiologie interventionnelle**

II – Recompositions – coopérations

Des mutualisations des compétences sont à mettre en œuvre pour assurer le fonctionnement de ces plateaux technique

VOLET ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

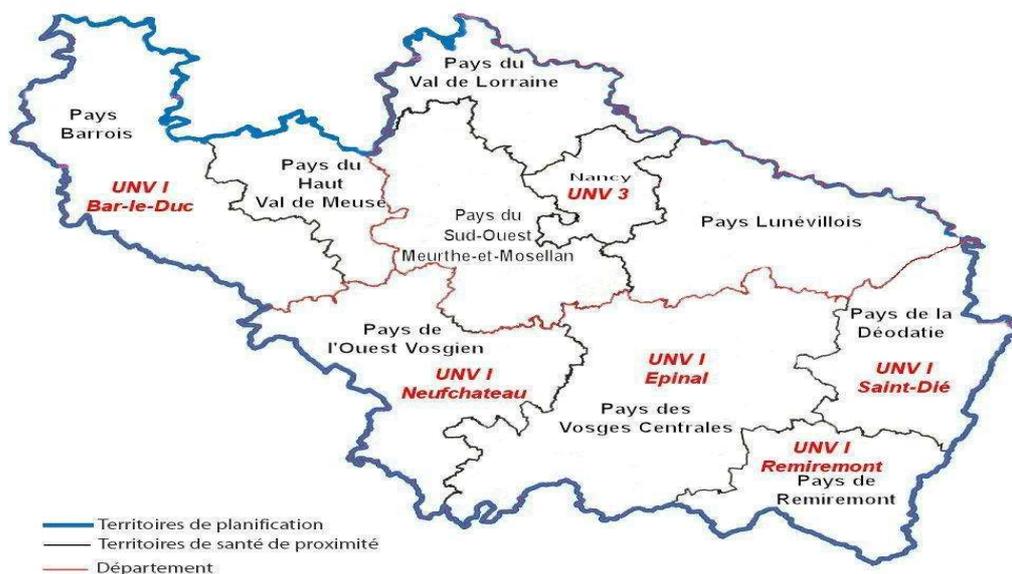
I Objectifs quantifiés : Unités neuro-vasculaires

Implantations

1 Unité Neuro-Vasculaire (UNV) de niveau 3 et 2 : Communauté urbaine du Grand Nancy

5 UNV de niveau 1 : BAR LE DUC
NEUFCHATEAU
LUNEVILLE
REMIREMONT
SAINT DIE

1 UNV de niveau 2 : Epinal sous réserve d'étudier sa faisabilité en terme de démographie médicale



II - Recompositions - coopérations

Concernant les services de soins de suite et de réadaptation, la coordination de la prise en charge des AVC est organisée à partir d'un centre ou service de MPR (médecine physique et réadaptation) en lien avec les UNV et l'ensemble des services de SSR du territoire.

Cette organisation peut selon les cas, concerner un ou plusieurs territoires de proximité compte tenu des caractéristiques propres des territoires et de l'implantation des structures assurant les soins de suite et de réadaptation.

VOLET CHIRURGIE

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Pays Barrois	2 implantations avec 1 plateau technique commun à Bar le Duc
Pays de l'Ouest Vosgien	1 implantation avec 1 plateau technique à Neufchâteau
Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan	1 implantation avec 1 plateau technique Toul
Pays du Val de Lorraine	Appui du CHU pendant 3 ans pour étudier les modalités de reconversion de cette activité à prendre en compte dans le projet d'établissement
Territoire de Nancy	au plus 10 implantations dans la communauté du Grand Nancy avec au plus 10 plateaux techniques
Pays Lunévillois	2 implantations avec 1 plateau technique commun à Lunéville
Pays des Vosges Centrales	2 implantations avec 2 plateaux techniques à Epinal
Pays de la Déodatie	1 implantation avec 1 plateau technique à Saint Dié
Pays de Remiremont	1 implantation avec 1 plateau technique Remiremont

Ces sites devront assurer individuellement la continuité des soins (niveau 1).

La permanence des soins (niveau 2) devra être organisée en coopération chaque fois que nécessaire sur les sites suivants : Nancy, Epinal et Bar le Duc en coopération dans le cadre du Triangle (Bar le Duc/Saint Dizier/Vitry le François)

Le niveau 3 est assuré par Nancy

2 – Volumes :

- 90 000 à 98 000 séjours de chirurgie en Hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire

II - Recompositions – coopérations

Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan : le maintien de l'implantation sur Toul nécessite un appui d'établissement(s) du territoire n°16

Pays de l'Ouest Vosgien : le maintien de l'implantation sur Neufchâteau nécessite un appui d'établissement(s) situé(s) dans un ou des territoires contigus

Pays du Lunévillois : rapprochement des 2 implantations et partage d'un plateau technique commun

Pays du Barrois : rapprochement des 2 implantations et partage d'un plateau technique commun

Pays des Vosges centrales : partage et mutualisation des compétences exerçant sur les 2 plateaux techniques public et privé pour assurer un niveau 2.

Pays de Remiremont : fermeture de la chirurgie de Gérardmer à programmer avec reconversions d'activités. Des consultations avancées seront mises en œuvre avec l'appui des établissements des territoires 18, 19 et 20.

VOLET PERINATALITE

I - Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Activité	Territoire Sud
Centre périnatal de proximité	1 à Pt à Mousson 1 à Gérardmer 1 à Commercy
Obstétrique N1 / N1+	1 à Toul 1 à Lunéville 1 à Bar le Duc 1 à Neufchâteau * 1 à Saint Dié
Obstétrique + néonatalogie N2 A	1 à Remiremont
Obstétrique + néonatalogie + soins intensifs N2 B	1 à Nancy 1 à Epinal
Obstétrique + néonatalogie + soins intensifs + réanimation néonatale N3	1 à Nancy Le niveau III sera organisé sur la base de 2 unités dans le cadre d' une autorisation régionale unique mise en œuvre sur 2 sites Sud et Nord, prenant appui sur une coopérations publique/privée

2 - Délai d'accès

Conformément au plan national Périnatalité 2005 – 2007, la sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que l'obstétrique soit exercée dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie obstétrique, chirurgie, anesthésie réanimation et pédiatrie.

II - Recompositions – coopérations

- Etablissements vulnérables : Neufchâteau : problème lié à la démographie médicale, à soutenir en priorité

- Regroupement des 2 maternités d'Epinal sur un seul site

Une coopération inter établissement est possible en matière de chirurgie (circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS).

VOLET PERINATALITE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION – DIAGNOSTIC PRENATAL

I - Objectifs quantifiés

1 – Implantations

Assistance médicale à la procréation

Propositions provisoires dans l'attente de la parution du décret d'application relatif à l'AMP

Activité		Total
Activités cliniques		
Recueil par ponction d'ovocytes	Nancy (2) Epinal	3
Recueil par ponction de spermatozoïdes	Nancy Epinal	2
Transfert des embryons	Nancy (2) Epinal	3
Mise en œuvre de la procédure d'accueil d'embryons *	Nancy (ou Metz)	
Activités biologiques		
Recueil et traitement du sperme en vue d'une IAC *	Nancy (3) Bar le Duc Epinal	5
Activités relatives à la FIV sans micromanipulation *	Nancy (2) Epinal	3
Activités relatives à la FIV avec micromanipulation *	Nancy (2) Epinal	3
Recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue d'un don *	Nancy	1
Traitement, conservation et cession d'ovocytes en vue d'un don *	Nancy	1
Conservation à usage auto logue de gamètes et tissus germinaux *	Nancy (2) Epinal	3
Conservation des embryons non destinés à l'accueil *	Nancy (2) Epinal	3
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de la procédure d'accueil *	Nancy (ou Metz)	

* intitulé provisoire

Diagnostic prénatal

Propositions provisoires dans l'attente de la parution du décret d'application relatif au DPN

Activité		Total
Cytogénétique incluant la cytogénétique moléculaire	Nancy (3) Epinal	4
Génétique moléculaire	Nancy	1
Biologie embryonnaire et fœtale	Nancy (2: virologie + parasitologie)	2
Biochimie sur embryons et fœtus	Nancy	1
Biochimie (marqueurs sériques)	Nancy Epinal	2

VOLET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

I - Objectifs quantifiés

1 - Implantations

Territoires		S.S.R. POLYVALENT	MPR POLYVALENTE
Territoire 11	Pays du Barrois	1 site	1 site
Territoire 12	Pays du Haut Val de Meuse	1 site	au moins HAD
Territoire 13	Pays de l'Ouest Vosgien	3 sites	1 site
Territoire 14	Pays du sud ouest Meurthe e Mosellan	3 sites	1 site
Territoire 15	Pays du Val de Lorraine	2 ou 3 sites	au moins 1 HAD
Territoire 16	CUGN	au moins 7 sites	au moins 2 sites
Territoire 17	Pays du Lunévillois	3 sites	au moins 1 HAD
Territoire 18	Pays des Vosges centrales	5 sites au plus	2 sites au plus
Territoire 19	Pays de la Déodatie	5 sites	1 ou HAD
Territoire 20	Pays de Remiremont	3 sites	1 ou HAD
		SSR spécialisés	MPR spécialisées
Territoire 16	CUGN	1 (pour enfants épileptiques)	3 (1 pour enfants, 1 pour pathologie neurologique lourde, 1 pour cardiovasculaire en hospitalisation complète et ambulatoire)
Territoire 17	Lunévillois	1 (pour enfants)	
Territoire 19	Déodatie	1 (pour enfants)	
		Rééducation cardiovasculaire ambulatoire	
Territoire 11	Barrois		1
Territoire 13	Ouest vosgien		1
Territoire 16	CUGN		1
Territoire 17	Lunévillois		1
Territoire 18	Vosges centrales		1
Territoire 19	Déodatie		1
Territoire 20	Remiremont		1

2 – Volumes :

- Soins de suite

- 328 000 à 414 700 journées (370 676 en 2004)
- 1000 à 2000 venues (660 venues en 2004)

- Rééducation fonctionnelle :

- 99 000 à 136 000 journées (123 207 journées en 2004)
- 40 000 à 48 000 venues (40 096 venues en 2004)

II - Recompositions – coopérations

Le CH de Bar le Duc est le chef de file de la filière réadaptation fonctionnelle pour le Triangle.

VOLET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CEREBRO LESES ET TRAUMATISES MEDULLAIRES

Objectifs quantifiés : Unités pour patients en états végétatifs persistants

Implantations

Territoire n°15 ou 16 : 1 implantation

Territoire n°17 : 1 implantation

Territoire n°18 : 1 implantation

Territoire n°20 : 1 implantation

Objectifs quantifiés : centre de référence pour patients traumatisés graves et médullaires

Territoire n°16 : Adultes : 1 implantation

Enfants : 1 implantation

VOLET HOSPITALISATION A DOMICILE

I - Objectifs quantifiés

Implantations

En HAD le nombre d'implantations correspond au nombre d'entités juridiques susceptibles de disposer d'autorisation. Chaque territoire pour la planification doit disposer d'un certain nombre d'implantations permettant une couverture géographique optimale soit : 1 implantation dans les territoires de proximité suivant Pays du Barrois, Pays de l'Ouest Vosgien, Pays Lunévillois, Pays des Vosges Centrales, Pays de la Déodatie, Pays de Remiremont et 2 implantations pour l'ensemble des 3 territoires de proximité : CUGN, Pays de l'Ouest Meurthe-et-Mosellan, Pays du Val de Lorraine

II - Recompositions - coopérations

L'HAD de Bainville sur Madon, implantée dans le Pays sud ouest Meurthe et Mosellan devrait évoluer vers une HAD polyvalente et assurer ses interventions sur une aire géographique en complémentarité avec l'HAD implantée dans le territoire de Nancy

Dans le Pays de Remiremont et de ses vallées, sans remettre en cause l'activité d'obstétrique réalisée, il faut substituer à l'HAD spécialisée existante une HAD polyvalente ayant vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire.

VOLET MEDECINE D'URGENCE ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

I Objectifs quantifiés : Accueil et traitement des urgences

1 - Implantations

SAMU	Nancy Epinal
SMUR et antennes SMUR	
Critères de répartition : Bassin de proximité Adossement à un SU	Au moins 1 SMUR par territoire de proximité sauf Pays du Haut Val de Meuse
Offre et activité	11 SMUR et antennes
Répartition des SMUR	Bar le Duc (1) Epinal (1) Lunéville (1) Nancy (1) Neufchâteau (1) avec antenne à Vittel Pont-à-Mousson (1) Remiremont (1) Saint Dié (1) Toul (1) } avec une antenne à Gérardmer, gérée par le SMUR de Remiremont ou de St Dié, et maintien sur le site d'une activité de soins non programmés ne nécessitant pas un plateau technique chirurgical
Moyens régionaux	1 SMUR néonatal régional 1 SMUR pédiatrique régional 1 Hélicoptère régional sanitaire
Services des urgences (SU)	
Critères de répartition	Au moins 1 SU par territoire de proximité sauf Pays du Haut Val de Meuse
Offre et activité	10 SU intégrant une filière de prise en charge de l'urgence pédiatrique sauf le site qui dispose du SU pédiatrique de recours régional 1 SU pédiatrique de recours régional adossé à la réanimation pédiatrique 1 SU pédiatrique spécialisé néonatal de recours régional
Répartition	Bar le Duc (1) Epinal (1) Lunéville (1) Nancy (2 + 2) Neufchâteau (1) Pont-à-Mousson (1) Remiremont (1) Saint Dié (1) Toul (1)

2 - Délai d'accès : Non opposable au titre du décret

SMUR et antennes SMUR	
Délai d'intervention	Tendre vers 20 minutes
Services des urgences (SU)	
Délai d'accès	Moins de 45 minutes sur la quasi totalité du territoire

II Objectifs quantifiés : Caisson hyperbare

Implantation : 1 sur la CUGN

II – Recompositions - coopérations

SAMU	<p>Mutualisation entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le centre 15 et la régulation libérale au sein de chaque site - des sites de régulation des appels de Nancy et d'Epinal, ainsi mutualisés, entre eux
SMUR et antennes SMUR et Services des urgences	<p>Le SMUR néonatal régional, adossé au SU pédiatrique spécialisé néonatal de recours, et le SMUR pédiatrique régional, adossé au SU pédiatrique de recours, organiseront en lien avec les SAMU et notamment le SAMU 54, des procédures d'appel et de prise en charge au niveau régional de façon coordonnée</p> <p>CHU de Nancy/CH Pont-à-Mousson : mutualisation à construire</p> <p>Coopération entre les sites pour venir en appui à ceux qui n'ont qu'un seul médecin urgentiste pour assurer la couverture du SU et SMUR</p> <p>Sur tous les sites, mettre en place une organisation territoriale de « l'urgence » pour répondre aux besoins d'urgence, de soins non programmés et de la permanence des soins</p>

VOLET REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SOINS CONTINUS

I Objectifs quantifiés

1 - Implantations

I.A. Réanimation, soins intensifs et surveillance continue pour adultes

Les implantations relatives aux trois activités de soins sont indiquées dans le tableau suivant.

Territoires de santé de proximité	Réanimation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale	Soins intensifs (horsUSIC)	Surveillance continue
Barrois			Au plus 2 à Bar-Le-Duc *
Pays de l'ouest Vosgien			1 à Neufchâteau
Pays du Sud Ouest Meurthe et Mosellan Toul			1 à Toul
n°16 (Nancy)	4 à 5 sur la CUGN	1 USIR sur la CUGN 1 USIN sur la CUGN	Au plus 13 sur la CUGN
Pays Lunévillois			Au plus 2 à Lunéville*
Pays des Vosges Centrales (Epinal)	1 sur Epinal		2 sur Epinal
Pays de la Déodatie			1 à Saint-Dié
Pays de Remiremont et de Vallées			1 à Remiremont
Nombre d'implantations	5 ou 6 implantations	2 implantations	21 implantations au plus

* au plus 2 dans l'attente du regroupement des activités sur un site

Ces objectifs quantifiés seront révisés en fonction des orientations du SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, grands brûlés)

I.B. Réanimation pédiatrique médico-chirurgicale

Clause de révision n°1 : mesure transitoire dans l'attente de textes réglementaires spécifiques. Site d'implantation pouvant formuler une demande d'autorisation à poursuivre l'activité au regard de la réglementation au jour de publication du présent schéma, mais susceptible d'être révisée :

Territoires de santé de proximité	Réanimation pédiatrique médico-chirurgicale	Surveillance continue
n°16 (Nancy)	1 sur la CUGN	voir volet enfance adolescence
Nombre d'implantations	1 implantation	voir volet enfance adolescence

I.C. Clause de révision n°2 relative à l'autorisation transitoire de poursuivre les activités de réanimation spécialisée ou de soins intensifs spécialisés dédiées exclusivement à la chirurgie cardiaque, aux greffes, à la neurochirurgie et au traitement des grands brûlés et dans l'attente de l'élaboration du SIOS.

I.D. Clause de révision n°3

Si à l'issue de la première fenêtre d'autorisation de l'activité de réanimation pour adultes (polyvalente médico-chirurgicale, médicale ou chirurgicale), l'une des autorisations relevant d'une implantation d'un des deux territoires Nord et Sud n'était pas attribuée, le schéma serait révisé pour permettre à l'autre territoire la possibilité de déposer une demande d'autorisation supplémentaire de telle sorte que le nombre d'implantations soit maintenu à 10 pour l'ensemble de la région.

2 - Délai d'accès : accessibilité aux services de réanimation assurée par une organisation en réseau

II - Recompositions - coopérations

II.A. Restructurations internes aux établissements de santé

Tout établissement de santé autorisé à pratiquer la réanimation devra s'organiser pour créer une entité "réanimation - surveillance continue" soit par création de novo de ladite unité de surveillance continue en cas d'inexistence en son sein, soit par un regroupement de lits ou de petites unités dans le cadre d'une réorganisation actée comme prioritaire dans le projet d'établissement.

II.B. Territoire de planification Sud

Une coopération étroite des établissements de santé d'Epinal et de Remiremont devra aboutir, par une recomposition de l'offre de soins de réanimation médico-chirurgicale pour adulte, à l'autorisation d'une seule unité de réanimation commune aux deux territoires de santé de proximité.

La coopération entre les deux établissements de santé lunévillois devra avoir pour conséquence la reconnaissance d'une seule unité de surveillance continue médico-chirurgicale.

La coopération entre les deux établissements de santé du Barrois devra avoir pour conséquence la reconnaissance d'une seule unité de surveillance continue médico-chirurgicale.

VOLET IMAGERIE MEDICALE

I Objectifs quantifiés : Scanographe à utilisation médicale – appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique – caméra à scintillation munie ou non de détecteurs d'émissions de positons en coïncidence

1 - Implantations

Nombre de scanners

- Territoire Sud : entre 14 et 17 scanners en 2009

Nombre d'IRM

Les besoins en IRM correspondent à un objectif de réduction des délais d'attente d'un examen. En fonction des indications actuelles les besoins en IRM peuvent être évalués à 1 IRM pour 120.000 habitants. (1/140.000 habitants actuellement). Dans cette hypothèse et en fonction des implantations de plateaux techniques existantes, ainsi que des besoins particuliers des UNV et des activités d'enseignement et de recherche, les objectifs quantifiés en nombre d'IRM sont les suivants :

- Territoire Sud : entre 9 IRM en 2005 et 12 IRM en 2001

	Nombre Scanners	Nombre d'IRM
Pays Barrois	1	Mobile à partager*
Pays de l'Ouest Vosgien	1	Mobile à partager*
Pays du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	1	
Pays de « Nancy »	7 à 9	7
Pays Lunévillois	1	
Pays des Vosges Centrales	1 à 2	1 + 1 à partager
Pays de la Déodatie	1	1
Pays de Remiremont	1	1
Total	14 à 17	10 à 12

L'installation prochaine de l'IRM de Remiremont et la possibilité de 2 IRM supplémentaires (Epinal et St Dié) doivent dégager des plages horaires de l'IRM mobile pour au plus 3 sites dont ceux de Neufchâteau et Bar Le Duc antérieurement desservis.

La réalisation des objectifs sera soumise à évaluation en 2009, en prenant en compte la réalité des substitutions.

Nombre de caméras à scintillation

- Territoire Sud : 10 gamma caméras

Nombre de caméras à scintillation munies de détecteurs de positons en coïncidence

Le nombre actuel de TEP est probablement insuffisant à l'échéance de ce schéma, mais la démographie des médecins isotopistes ne permet pas d'envisager le fonctionnement d'équipements supplémentaires. Néanmoins, dans la mesure où le site hospitalier universitaire dispose d'un TEP à vocation de recherche il semble intéressant de permettre en partie son utilisation pour les soins.

- Territoire Sud : 3 TEP dont 1 à vocation principalement de recherche

2 - Délai d'accès

Permanence des soins pour l'exploitation d'un des équipements matériels lourds définis à l'article R. 712-37-1

- Services des urgences et accès à un scanner fonctionnant 24h sur 24h : en moins de 60 minutes
- Unités Neuro-Vasculaires de niveau 2 et accès à une IRM 24h sur 24h : en moins de 30 minutes.

II - Recompositions - coopérations

Du fait de la pénurie des radiologues et des MER des mutualisations de compétences, partage de plateaux et participation à la permanence de soins, à l'intérieur et entre territoire de proximité, sont à mettre en œuvre pour ne pas multiplier les plateaux techniques.

L'appareil supplémentaire sur Epinal doit être partagé entre territoire de proximité pour répondre aux besoins.

Pour Bar le Duc la couverture des besoins est également assurée par l'offre dévolue au Triangle.

VOLET PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

I - Objectifs quantifiés : traitement de l'insuffisance chronique par épuration extrarénale

1 - Implantations

L'évolution de l'offre tient compte des recommandations exposées pour l'adaptation de l'offre et du contexte de démographie réduite qui ne permet pas d'envisager l'augmentation du nombre des autorisations pour les centres d'hémodialyse tout en confirmant le principe d'accessibilité à tous les modalités de traitement au sein de chaque territoire de santé.

Centres d'hémodialyse

Les centres assurent également l'entraînement et le suivi des patients.

- Territoire Sud : 4 et 1 centre de dialyse pédiatrique à vocation régionale.
 - Territoire n°16 : CUGN : 3 implantations et 1 centre pédiatrique
 - Territoire n°18: Vosges centrales : 1

Unités de dialyse médicalisée

Cette modalité doit être accessible sur toutes les agglomérations disposant d'un ou plusieurs centres d'hémodialyse avec localisation des unités à proximité d'un centre pour permettre si besoin l'intervention d'un néphrologue en cours de séance.

- Territoire Sud : 3 à 4
 - Territoire n° 16 : CUGN : 2 à 3 implantations
 - Territoire n°18 : Vosges centrales : 1

Unités d'auto-dialyse

- Territoire Sud : 7
 - Territoire n°11 : Barrois : 1
 - Territoire n°13 : Ouest Vosgien : 1
 - Territoire n°16 : CUGN : 2
 - Territoire n°18 : Vosges centrales : 1
 - Territoire n°19 : St Dié : 1
 - Territoire n°20 : Gérardmer : 1

2 – Volumes :

**Les volumes sont exprimés en nombre de patients
à prendre en charge d'ici 2011 : 572 à 699 patients**

II - Recomposition - coopérations

Dans le territoire Sud, il est nécessaire de prévoir transfert du centre d'hémodialyse du Sud lorrain actuellement situé à Vittel sur l'agglomération spinalienne afin de garantir une meilleure accessibilité et la sécurité de la prise en charge s'appuyant sur un plateau technique.

VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

I - Objectifs quantifiés

1 – Implantations

Psychiatrie générale

Territoire Sud	Structures
Barrois	HC, HJ, HN, PFT, AppT, post cure
Haut Val de Meuse	HJ, PFT, AppT,
Ouest vosgien	HJ, PFT, AppT, centre de crise , post cure
Sud ouest meurthe et Mosellan	HJ, , PFT, AppT,
Val de Lorraine	HC, HJ, HN, PFT, AppT,
CUGN Nancy	HC, HJ, HN, PFT, AppT, centre de crise , post cure
Lunévillois	HC, HJ, HN, PFT, AppT
Vosges centrales	HC, HJ, HN, PFT, AppT
Déodatie	HJ, PFT, AppT
Remiremont	HJ, PFT, AppT

Psychiatrie infanto-juvénile

Territoire Sud	Structures
Barrois	HC, HJ, PFT, AppT, AFT
Haut Val de Meuse	HJ
Ouest vosgien	HC, HJ, PFT, AppT, AFT
Sud ouest Meurthe et Mosellan	HC, HJ, PFT
Val de Lorraine	HJ, PFT
CUGN Nancy	HC, HN, HJ, PFT, AppT, post cure
Lunévillois	HJ, PFT
Vosges centrales	HC, HJ, PFT, AppT, AFT
Déodatie	HJ, PFT, AppT
Remiremont	HJ, PFT, AppT

Prise en charge des détenus :

Création d'une UHSA en liaison avec le SMPR qui sera créé dans l'un des deux territoires Nord et Sud.

2 – Volumes :

Psychiatrie générale

- Hospitalisation complète (HC) : 300 000 à 370 000 journées
- Hôpital de jour (HJ) : 204 à 250 places
- Hôpital de nuit (HN) : 25 à 40 places
- Service de placement familial thérapeutique (PFT): 106 à 140 places
- Appartements thérapeutiques ; 18 à 60 places
- Post cure : 18 à 50 lits
- Centre de crise : 17 à 30 places

Psychiatrie infanto-juvénile

- Hospitalisation complète (HC) : 14 000 à 17 500 journées
- Hôpital de jour (HJ) : 145 à 175 places
- Hôpital de nuit (HN) : 4 à 10 lits
- Service de placement familial thérapeutique (PFT): 12 à 30 places
- Appartements thérapeutiques : 5 à 10 places
- Post cure : 10 places
- Centre de crise : 0

II - Recompositions – coopérations

La prise en compte des adolescents fera l'objet d'une filière comportant des réponses diversifiées

VOLET PERSONNES AGEES

I - Objectifs quantifiés

Implantations

Territoire Sud

Territoire	Équipement
Barrois	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultations, HJ, équipe mobile, SSR ,SLD et un réseau gérontologique
Commercy	Extension de le filière de Bar le Duc et/ou Toul : Consultation avancées ,médecine polyvalente, SSR
Toul	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR,SLD et un réseau gérontologique
Val de Lorraine	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SR, LD et un réseau
Neufchâteau	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Nancy	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Lunéville	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
St Dié	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Remiremont	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau
Epinal	1 filière gériatrique complète : CSG, Consultation, HJ, équipe mobile, SSR, SLD et un réseau

II - Re compositions - coopérations

Territoire	
Barrois	Extension sur le territoire du Haut Val de Meuse
Commercy	Coopération avec le ou les territoires contigus
Toul	Coopération entre CH Toul, Neuves Maisons et Bainville
Val de Lorraine	Collaboration entre le CH de Pont à Mousson, HL Pompey et Faulx
Neufchâteau	Collaboration entre le CH de Neufchâteau, CH Vittel, HL Lamarche, Mirecourt
Nancy	Coopération entre le CHU et MH St Charles,
Lunéville	Coopération entre le CH Lunéville, 3H Santé, MH Baccarat, le Château de Baccarat
St Dié	Coopération entre le CHG St Dié, les HL de Fraize, Raon l'Étape, Senones, La Louvière
Remiremont	Coopération entre le CH de Remiremont, Bussang, le Thillot, le CH de Gérardmer
Epinal	Coopération entre le CH Epinal, Golbey, Rambervillers, Bruyères, Châtel

Sur chacun des 9 territoires les plus importants, les filières doivent se structurer en concertation avec tous les établissements concernés. Le territoire du Haut Val de Meuse doit bénéficier par convention de prestations des territoires contigus (consultations avancées, équipe mobile...)

VOLET PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

I - Objectifs quantifiés

Implantations

Médecine

La répartition de l'offre pédiatrique est actuellement équilibrée au sein des territoires de la région lorraine, les services de pédiatrie se trouvant le plus souvent à proximité immédiate des maternités. Les organisations des soins périnataux et de la pédiatrie doivent être envisagées conjointement. Il apparaît en effet nécessaire de garantir la cohérence de la prise en charge de la vie utérine jusqu'à l'adolescence. Dans ce contexte, le maintien de l'offre pédiatrique hospitalière de proximité existante est un enjeu important du SROS, qui correspond à la structuration du niveau 1 pédiatrique.

Le second enjeu est de garantir un niveau de prestation suffisant au sein de chacun des deux territoires pour répondre aux exigences de qualité/sécurité (niveau 2 pédiatrique) en respectant les notions d'accessibilité/proximité (niveau 1)

Le troisième enjeu concerne le pôle de référence dans ses capacités à assurer le lien entre pratique clinique, recherche et innovation, à maintenir et à développer les plateaux techniques et les laboratoires (niveau 3), et à organiser son positionnement pour les activités de pointe dans un contexte interrégional et national (niveau 4).

L'organisation de la pédiatrie comporte donc les 4 niveaux suivants :

Niveau 1 : établissements dotés d'un service ou d'une unité de pédiatrie et disposant d'un Service des urgences, en capacité d'évaluer les situations, d'assurer des prises en charges relevant de la pédiatrie générale et de la pédiatrie spécialisée dans des situations classiques et d'orienter les patients vers les structures les mieux adaptées.

L'organisation des astreintes qui doit intégrer l'activité néonatale en maternité rend souhaitable la présence d'au moins trois pédiatres. La participation des pédiatres libéraux au fonctionnement hospitalier pourra être recherchée. Un statut adapté doit pouvoir leur être proposé dans ce cadre par les établissements (notamment celui du praticien contractuel).

Un secteur de surveillance continue pédiatrique pourra être organisé au niveau d'établissements de niveau 1 situés dans des territoires de proximité éloignés des structures recours de niveau 2.

Les établissements de niveau 1 doivent pouvoir transmettre des images numérisées (scanner, IRM, mais aussi clichés conventionnels pour la traumatologie) par voie télématique aux centres de niveaux 2 et 3.

Niveau 2 : correspond aux établissements en capacité d'assurer un recours au sein du territoire à la fois pour la prise en charge des urgences et pour celle des filières de sur-spécialité.

Les établissements de niveau 2, devront répondre au cahier des charges suivant :

5. En dehors des présences médicales prévues au titre de l'activité néonatale de l'établissement, le service de pédiatrie est en capacité d'assurer la présence sur place 24h/24 d'un interne affecté en service de pédiatrie et la disponibilité en astreinte ou par garde sur place d'un pédiatre senior. L'organisation des gardes pédiatriques et néonatales est faite de manière concertée. Un pédiatre senior est présent sur place 24h/24 (cf tableau VI)
6. Mise en place d'une unité de surveillance continue pédiatrique
7. Identifier des modalités d'accueil, d'hébergement et d'organisation permettant la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie. Des personnels faisant partie des équipes de pédopsychiatrie (IDE, psychologues, éducateurs) pourront être détachés à temps partiel ou complet dans le cadre de conventions afin d'assurer une activité de

liaison adaptée aux besoins des adolescents pris en charge, en complément des soins dispensés par l'équipe pédiatrique.

8. Garantir l'accès au plateau technique (chirurgie, ORL, imagerie) pour les enfants âgés de plus d'un an

Niveau 3 et 4 : correspond à un niveau de recours

Les territoires de proximité dans lesquels des niveaux 2 peuvent être reconnus :

- CUGN
- Epinal-Remiremont

Répartition des niveaux

Territoire	Niveau
Barrois	1
Ouest Vosgien	1
CUGN	2
Lunévillois	1
Vosges Centrales	2 avec Remiremont
Déodatie	1
Remiremont	2 avec Epinal

Niveaux 3 et 4 : 1 sur la CUGN.

Anesthésie, chirurgie, ORL

Les niveaux de soins sont indiqués au **tableau VII**.

Tableau VII : Niveaux de soins concernant la chirurgie infantile, l'ORL et l'anesthésie pédiatrique

	Anesthésie	Chirurgie infantile	ORL
Niveau 1 de proximité	Pas d'acte au dessous de 1 an Actes simples de 1 à 3 ans	Etablissement de santé où sont réalisés des actes chirurgicaux chez les enfants de plus de 1 an	Etablissement de santé où sont réalisés des actes ORL courants pour tous les enfants de plus de 1 an
Niveau 2 de recours	Pas de multidisciplinarité	1 au niveau de la CUGN	1 au niveau de la CUGN-
Niveau 3 de référence	Multidisciplinarité Réanimation post-opératoire	1 au niveau de la CUGN	1 au niveau de la CUGN
Niveau 4 interregional	Hyperspécialisation	1 au niveau de la CUGN pour certaines disciplines et pathologies définies entre autre par les SIOS	-

SSR pédiatrique

SSR/MPR conventionnel

La réponse aux besoins en MPR pédiatrique est assurée par une organisation en 3 niveaux :

Niveau 1, de proximité assuré au sein :

- de plateaux techniques adultes adaptés à l'enfant au plan des locaux, du matériel, et de l'organisation
- ou d'établissements sanitaires ou médicaux sociaux bénéficiant de l'appui de personnel médical compétent en MPR et en pédiatrie.

Dans cette optique, il est souhaitable que des médecins et des soignants des équipes MPR adulte puissent se former aux particularités des prises en charge pédiatriques en lien avec le centre de référence de niveau 3 afin d'assurer des prises en charge ambulatoires ou en hospitalisation de jour de proximité.

Niveau 2, de recours pour le territoire, assuré au sein de plateaux techniques MPR spécialisés dans les prises en charge pédiatriques et appartenant à un établissement de santé (imagerie, pharmacie, anesthésie). Ce niveau est en capacité d'établir des diagnostics spécialisés.

Des consultations pluridisciplinaires sont organisées par la structure MPR de niveau 2.

Une continuité des prises en charge doit être garantie. Le temps de travail des médecins intervenant dans la structure peut être partagé quelque soit le statut juridique de l'établissement.

Il est souhaitable qu'il existe une structure de niveau 2 au sein de chacun des 2 territoires de santé.

Niveau 3, de référence pour la région, chargé des diagnostics et des prises en charge les plus complexes, d'actions de formation et de recherche, et doté le cas échéant d'une équipe mobile.

Le niveau 3 peut être assuré conjointement par plusieurs établissements sanitaires liés par convention, on dans le cadre de coopérations

Unités assurant des soins de haute technicité et les soins prolongés

Il est souhaitable qu'existe au moins une unité de recours assurant des soins de haute technicité et les soins prolongés pédiatriques au sein de chaque territoire de santé. Ces unités sont reliées aux établissements hospitaliers dotés d'un service de pédiatrie voisins dans le cadre de conventions.

II - Recompositions - coopérations

- *Epinal/Remiremont* Il est recommandé que les CH d'Épinal et de Remiremont puissent mener à bien une action de coopération dans le champ de la pédiatrie afin d'aboutir à une organisation commune permettant d'assurer un niveau 2 pédiatrique. Cette organisation pourrait répartir, le cas échéant, certaines activités sur les deux sites.
- En ce qui concerne l'agglomération nancéenne, une réponse optimisée aux besoins et aux missions est, pour partie, liée à la capacité du CHU à regrouper les activités de pédiatrie et de chirurgie infantile/anesthésie pédiatrique sur un même site. Un regroupement ne peut que contribuer à éviter la dispersion des moyens matériels et humains et favoriser l'émergence de projets innovants et l'essor de la discipline. L'absence d'un tel regroupement exposera à des difficultés d'organisation dans la continuité des soins de haute technicité (réanimation) et fragilisera l'offre de soins pour les sur spécialités ce qui est une des principales missions des structures de pédiatrie de niveau 3.

A ce titre, le principe d'un rapprochement des activités pédiatriques au sein de l'agglomération nancéenne doit être soutenu. Cela permettre de mieux répondre aux missions de référence (niveau 3) au sein de le région et de défendre des activités relevant d'une organisation interrégionale (niveau 4).

Il est souhaitable que l'évolution de l'activité pédiatrique du CHU s'effectue en concertation avec la maternité régionale où se situe le service de néonatalogie de niveau III.

Les domaines d'activité des services devront demeurer conformes aux missions préalablement déterminées afin de mieux organiser une prise en charge coordonnée. Cette réflexion devra prendre en compte l'évolution des carrières des médecins dans une réflexion d'ensemble de la discipline impliquant tous les établissements et services concernés.

VOLET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

MEDECINE ET CHIRURGIE : en attente de texte (avenant au SROS)

I - Objectifs quantifiés : traitement du cancer par radiothérapie-cobalthothérapie

Implantations

Communauté Urbaine du Grand Nancy :
2 implantations correspondant à 6 accélérateurs

Commune d'Epinal :
1 implantation correspondant à 2 accélérateurs

VOLET SOINS PALLIATIFS

I - Objectifs quantifiés

Implantations

Reconnaissance des lits identifiés soins palliatifs

10 lits pour 100 000 habitants à répartir pour chaque territoire de proximité.

Convention à prévoir entre territoires pour l'accès à des lits identifiés pour ceux n'en disposant pas

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Elles sont à renforcer

1 EMSP pour 200 000 habitants et si possible 1 par territoire de proximité suivants : Pays du Barrois, Pays de l'Ouest Vosgien, Pays du Sud Meurthe et Mosellan, Pays du Val de Lorraine, territoire 16, Pays Lunévillois, Pays des Vosges centrales, Pays de la Déodatie, Pays de Remiremont et des vallées

Unité de soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs par territoire de santé : Nancy

II - Recomposition - coopérations

Tous les établissements de santé doivent pouvoir avoir accès aux EMSP par convention

Le territoire de proximité du Pays de Remiremont et de ses vallées bénéficiera de l'EMSP située au CH de Gérardmer

VOLET DOULEUR

I - Objectifs quantifiés

Implantations

Consultations pluridisciplinaires

- Epinal : 1
- Communauté Urbaine du Grand Nancy : 3 dont une pour les enfants

Unité pluridisciplinaire de lutte contre la douleur

- Communauté Urbaine du Grand Nancy : 3 dont une pour les enfants

Centre pluridisciplinaire de lutte contre la douleur

– Communauté Urbaine du Grand Nancy : 1

Centre de référence de la migraine

Communauté Urbaine du Grand Nancy : 1

GLOSSAIRE

ACC	Assistant chef de clinique
ADAE	Agence pour le Développement de l'Administration Electronique
ADELI	Automatisation DEs LIstes
AFLM	Agence Française de Lutte contre les Myopathies
AFM	Association Française contre les Myopathies
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ALD	Affection de Longue Durée
ALTIR	Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ANACT	Agence Nationale pour les Améliorations de Travail
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AR	Anesthésiste Réanimateur
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS	Aide Soignant
ASA	Association Saint André
ATSU	Association de Transports Sanitaires d'Urgence
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BPCO	Broncho-pneumopathies chroniques obstructives
CACNP	Commission d'Admissions et de Consultations Non Programmées
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAOSP	Cellule d'Aide à l'Organisation des Soins de Proximité
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CAV	Centre Alexis Vautrin
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CPDP	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHG	Centre Hospitalier Général
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CIN	Carte d'Identité Nationale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLUD-S	Comité de Lutte contre la Douleur et pour les Soins de Support
CMD	Catégorie majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMJU	Consultation Médico-Judiciaire d'Urgence
CMP	Centre médico-psychologique

CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherches
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNEH	Centre national d'Expertise Hospitalière
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins
COLMU	Collège Lorrain de Médecine d'Urgence
COMEX	Commission Exécutive
COPS	Comité d'Organisation de la Permanence des Soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPS	Carte professionnelle de santé
CRA	Centre de Ressources sur l'Autisme
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRCM	Centres de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose
CREME	Commission Régionale des Etudes Médicales
CRLCC	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
CROS	Comité Régional d'Organisation Sanitaire
CROSEA	Commission régionale de l'organisation des soins des enfants et des adolescents
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de Santé Publique
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DCC	Dossier Communiquant en Cancérologie
DCI	Défibrillateur Cardiaque Implantable
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'études de spécialités complémentaires
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Dialyse Péritonéale
DPA	Dialyse Péritonéale Automatisée
DPCA	Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire
DPI	Dialyse Péritonéale Intermittente
DPN	Diagnostic Prénatal
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale des réseaux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
EFR	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EML	Equipement Matériel Lourd

EMSP	Equipes Mobiles de Soins Palliatifs
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	Etiquette Patient Standardisée
ERSM	Echelon Régional du Service Médical de l'Assurance Maladie
ESAT	Etablissements et services d'Aide pour le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
ETS	Etablissements de Santé
FAQSV	Fonds d'Aides à la Qualité des Soins de Ville
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération Hospitalière Privée
FIV	Fécondation In Vitro
FL	Foyer Logement
FMC	Formation Médicale Continue
FSE	Feuille de Soins Electroniques
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GEMSA	Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
GHM	Groupe Homogène de malades
GIP-CPS	Groupement d'Intérêt Public - Carte de Professionnel de Santé
GMSIH	Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
GTNDO	Groupe Technique National de Définition des Objectifs
HAD	Hospitalisation à Domicile
HDJ	Hospitalisation De Jour
HERMES	HEbergement des Réseaux Mutualisé En Santé
HGE	Hépatogastro-entérologie
HL7	Health Level 7
HRB	Hyper réactivité Bronchique permanente
HTA	Hyper Tension Artérielle
IAC	Insémination Artificielle intra-conjugale
ICM	Indice Comparatif de Mortalité
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDM	Infarctus Du Myocarde
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGS	Indice de Gravité Synthétique
IHE	Intergrating the Healthcare Enterprise
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
INCA	Institut National du cancer
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
MAPA	Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MASCC	Multinational Association for Sportive Care in Cancer

MC	Maladie de Crohn
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MER	Manipulateurs En Radiologie
MGEN	Mutuelle Générale des Etudiants de France
MICI	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
MPR	Médecine Physique et de réadaptation
MR	Maison de Retraite
MRS	Mission Régionale de Santé
NIS	Numéro d'Identifiant de Santé
NRBC	Risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMPHALE	Outil Méthodologique de projections d'Habitants, d'Actifs de Logements et d'Elèves
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQN	Objectif Quantifié National
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORSAS	Observatoire Régional de Santé et Actions Sociales
PA	Personne Agée
PACS	Picture Archive Communication Système
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PDS	Permanence des Soins
PH	Praticien Hospitalier
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
POSU	Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
PPC	Pression Positive Continue
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'Accompagnement de la perte d'autonomie
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RCH	Recto-Colite Hémorragique
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RCV	Réadaptation Cardio Vasculaire
RGO	Reflux gastro-oesophagien
RIR	Réseau de l'Insuffisance respiratoire
RLU	Réseau Lorraine Urgences
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RPL	Réseau Périnatal Lorrain
RSA	Résumé standardisé anonymisé
RTE	Réseau Transport d'Electricité
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH	Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCA	Syndromes Coronariens Aigus

SDBP	Schéma Départemental des Plans Blancs
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SEP	Sclérose en plaques
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFC	Société Française de Cardiologie
SFED	Société Française d'Endoscopie Digestive
SHS	Site Hautement Spécialisé
SIH	Syndicat Inter Hospitalier
SINCAL	Syndicat Interhospitalier Nancéen de la Chirurgie et de l'Appareil Locomoteur
SIR	Système d'Information Radiologique
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIR	Système National Inter Régimes
SNP :	Soins Non Programmés
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STC	Stimulateur Triple Chambre
SU	Service d'Urgences
T2A	Tarifcation A l'Activité
TC	Traumatisme crânien
TCC	Traumatisme Crânio Cérébral
TCM	Taux Comparatif de Mortalité
TDM	Tomodensitométrie
TED	Troubles Envahissants du Développement
TEP	Tomographes à Emission de Positions
TIIH	Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers
TSP	Territoire de Santé de Proximité
UCPC	Unité Centralisé de Préparation des Cytostatiques
UCSA	Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
UFR	Unité Fonctionnelle de Recherche
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UMAP	Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
UMD	Unité pour Malades Difficiles
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences
UPCOG	Unité Pilote de Coordination en Oncogériatrie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
USC	Unité de Soins Continus
USIC	Unités de soins intensifs de cardiologie
VADS	Voies Aéro-Digestives Supérieures
VAP	Valorisation de l'Activité en Psychiatrie
VNI	Ventilation nasale intermittente