

**Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de l'organisation
du système de soins

**SYNTHESE DES TRAVAUX DU GROUPE SUR
L'IMPLANTATION ET L'ORGANISATION DES
PLATEAUX TECHNIQUES**

Mars 2003

LISTE DES PARTICIPANTS

groupe de travail

« *Implantation et organisation des plateaux techniques* »

POUR LA DHOS :

Myriam REVEL	Sous directrice de l'organisation du système de soins
Guy NICOLAS	Conseiller technique auprès de Mr. Edouard COUTY
Christine BARA	Conseiller médical auprès de Mme REVEL
Marie-Odile MOREAU	Bureau de l'Organisation générale de l'offre régionale des soins (01)
Daniel NICOLLE	Directeur de projet
Michèle DURET	Sous direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers

- **Conférence des Présidents de CME des Centres Hospitaliers** : Antoine PERRIN, président.
 - **Conférence des directeurs des Centres Hospitaliers, et Fédération Hospitalière de France** : Francis SALLES, directeur du CH de Dax
 - **Conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers Universitaires** : Dominique GRIMAUD, Président et Yves HELOURY.
 - **Conférence des Présidents de CME des Etablissements Privés Participant au Service Public** : Georges KEPENEKIAN.
 - **Fédération de l'Hospitalisation Privée** : Pierre DELFORGES, directeur d'établissement.
 - **Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif** : Laurent CASTRA, directeur des activités sanitaires.
 - **ARH** : Alain GARCIA, directeur ARH Aquitaine
 - **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** : Laurence DI MENZA : Direction du Service Médical ; Serge BOYER
 - **Fédération des Gynécologues Obstétriciens des Centres Hospitaliers et Collège national des gynécologues obstétriciens** : Georges ROBINET
 - **Société française d'anesthésie réanimation** : Bertrand DUREUIL
 - **Syndicat des radiologues hospitaliers** : Jean-Pierre PRUVO, secrétaire général
 - **Fédération Nationale des Médecins Radiologues** : Jean-Luc DEHAENE, vice-président
- Professionnels membres du groupe es qualité :
- Jean-Paul DOERFFLER : Chirurgien vasculaire - Président de la CME du CH Colmar
 - Adolphe MONTEFIORE Anesthésiste réanimateur - Président de la CME du CHI de Villeneuve -St - Georges.
 - Hervé RIVIERE : médecin Urgentiste au Service d'Accueil des Urgences du CH de Cahors

PROFESSIONNELS AUDITIONNES :

Mme Dominique POLTON	Directrice du CREDES
Mme Dominique BAUBEAU	Médecin chargée de mission à la DREES
Mme Hélène LE HORS	Chirurgien Pédiatre à l' AP-HP de Marseille - Membre de la Société Française de chirurgie pédiatrique
Mme Hélène FAURE	DHOS – Sous direction de l'Organisation du système de soins - Conseillère technique auprès de Mme REVEL
Mme Josy POLLET	Médecin biologiste – Vice-présidente de la CME et du CH de Dourdan - Vice-présidente du SNBH
M. Bernard GOUGET	Médecin biologiste – Membre de la FHF .
Mme Françoise BOURGOIN	Chargée de mission ARH Rhône Alpes
Mme VILLARUBIAS	ARH Nord pas de Calais
M. Daniel. DREUIL	CHRU de Lille
M. Nicolas MACQUET	Directeur de la Polyclinique du Bois Bernard
M. Patrick BOSSU	Directeur -adjoint du CH de Lens
M. Benoît PERICARD	Directeur ARH Pays-de-Loire
M. Stéphane RUELLE	ARH Pays-de-Loire
M. Jacques DENIS LAROQUE	ARH Pays de Loire
M. Richard BATAILLE	PDG de la Clinique Sainte-Marie
M. Marc HASENFORDER	Clinique Sainte-Marie
M. Jean-Pierre PERON	Directeur du CH de Chateaubriand
M. Patrice LEGRAND	Directeur ARH Centre
M. OCHMANN	Directeur-adjoint ARH Centre
M. P. GABACH	ARH Centre
M. Vincent LAJARIGE	Anesthésiste Réanimateur au CH de Lillebone - Membre de la FHF
M. Michel BUSSONE	Chirurgien au CHI d'Etampes Pithiviers et Président de la CME
M. N. ARNOULD	Conseiller médical ARH Bourgogne
Mme Annie ARPIN-RAMBAL	ARH Ile-de-France
M. Jean-Pierre ORAIN	ARH Picardie
Mme Annie BRANDON	ARH Aquitaine
M. Alain RAHMONI	Président du CERF
M. Khalil TAKUN	Service d'Accueil des Urgences de l' Hôpital Cochin
M. Michel GIRAUDON	Médecin Chef DRSM Montpellier

LISTE DES PARTICIPANTS
Sous groupe de travail
« *Plateaux techniques et anesthésie* »

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS :

Mme Myriam REVEL	Sous directrice de l'organisation du système de soins
M. le Pr Guy NICOLAS	Conseiller technique auprès de M. COUTY
Mme Christine BARA	Conseillère médicale auprès de Mme REVEL
Mme Marie-Odile MOREAU	Bureau O1
Mme Michèle DURET	Sous direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers
Mme Brigitte HAURY	Sous direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé – chef du bureau E2
Mme Danièle CULLET	Sous direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé – bureau E2

MEMBRES

Représentants des conférences et des Fédérations

- **Conférence des Présidents des CME des Centres Hospitaliers** : Antoine PERRIN, Président.
- **Conférence des directeurs des Centres Hospitaliers**, représentant la **Fédération Hospitalière de France** : Francis SALLES, directeur du CH de Dax
- **Conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers et Universitaires** : Dominique GRIMAUD, Président et Yves HELOURY.
- **Fédération de l'Hospitalisation Privée** : Pierre DELFORGES, directeur d'établissement.
- **Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif** : Laurent CASTRA, directeur des activités sanitaires.

Représentants de la Société Française d'Anesthésie Réanimation

André PINAUD : Président
Jean MARTY : Vice président

Représentants des syndicats

- **Syndicat National des Médecins Anesthésistes Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires** : Bruno BRECHIGNAC
- **Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs** : Patrick DASSIER

- Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Français : Jean-Michel AUPETIT

Anesthésistes membres du groupe de travail Plateau technique

Bertrand DUREUIL

Anesthésiste - Réanimateur – CHU de Rouen

Adolphe MONTEFIORE

Anesthésiste réanimateur - Président de CME du CHI de
Villeneuve-Saint-Georges

LISTE DES PARTICIPANTS

Sous- groupe de travail
Plateaux techniques et obstétrique

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS :

Myriam REVEL	Sous directrice de l'organisation du système de soins
Guy NICOLAS	Conseiller technique auprès de M. COUTY
Christine BARA.	Conseiller médical auprès de Mme REVEL
Marie-Odile MOREAU	Bureau O1
Bénédicte THIARD	Bureau O1
Eric EKONG	Bureau O3

MISSION PERINATALITE

Gérard BREART : INSERM U 139
Jean-Christophe ROZE : CHRU de Nantes
Francis PUECH : CHRU de Lille

MEMBRES

- **Conférence des Présidents des CME des Centres Hospitaliers** : Antoine PERRIN, Président.
- **Conférence des directeurs des Centres Hospitaliers**, représentant la **Fédération Hospitalière de France** : Francis SALLES, directeur du CH de Dax
- **Conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers et Universitaires** : Dominique GRIMAUD, Président.

- **Fédération de l'Hospitalisation Privée** : Pierre DELFORGES, directeur d'établissement.
- **Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif** : Laurent CASTRA, directeur des activités sanitaires.

- **Collège national des Gynécologues Obstétriciens français** : Bruno CARBONNE, secrétaire général
- **Fédération des Gynécologues Obstétriciens Français** : Georges ROBINET, président
- **Fédération Nationale des Pédiatres de néonatalogie** : Claude LEJEUNE

- **ARH Bourgogne** : Nathalie ARNOULD
- **ARH Alsace** : Odile MONTALVO
- **ARH Champagne Ardennes** : Martine MURE
- **ARH PACA** : Véronique PELLISSIER

- **Syndicat national des Gynécologues obstétriciens Français** : Jean MARTY et Jacques RIVOALLAN
- **Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers** : Jean Louis CHABERNAUD
- **Syndicat National des Médecins Anesthésistes Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires** : Bruno BRECHIGNAC
- **Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs** : Patrick DASSIER.

Le groupe de travail constitué en avril 2002 a pour mission de proposer des orientations nationales devant être publiées avant la fin de l'année sur l'implantation territoriale et l'organisation des plateaux techniques.

Le plateau technique inclut la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie- réanimation, les explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles, l'imagerie et la biologie dans une perspective d'accès à des soins de qualité 24 heures sur 24 pour la population du territoire qu'il dessert.

Cette nécessité de garantir la permanence des soins, dont la réponse à l'urgence, entraîne, pour les équipes, des contraintes fortes en terme de disponibilité et de pénibilité liées aux gardes. Le corollaire en terme de ressources médicales et paramédicales est omniprésent dans la réflexion du groupe de travail, plusieurs disciplines connaissant déjà des difficultés ne permettant plus d'assurer partout la continuité des soins.

La problématique des services d'urgence, étant traitée dans un autre groupe de travail, fera l'objet d'un document à part, articulé avec les présentes conclusions. Il en va de même de la problématique des territoires de santé qui ont fait l'objet d'échanges avec le groupe qui en a la charge.

La présente synthèse commence par la rédaction de principes généraux d'organisation des soins et se poursuit par des propositions propres à chaque discipline.

1/ Principes généraux d'organisation des soins

1-1 Nécessité d'une approche globale et territorialisée

Le groupe insiste sur la nécessité de développer une approche globale et par territoire des disciplines du plateau technique, de manière à **mieux gérer les interactions** multiples en particulier dans **la gestion des ressources médicales et paramédicales**, la sécurité sanitaire et l'accès aux soins.

C'est pourquoi, les **SROS** doivent, au delà des volets particuliers à chaque discipline, contenir une analyse de l'offre de soins et des orientations globales, en lien avec une analyse territoriale infra-régionale.

Il n'est plus possible aujourd'hui de raisonner à l'échelle de chaque établissement seulement pour aborder les questions d'accès aux soins et de permanence. **C'est à l'échelle de territoires de santé** au sein de secteurs sanitaires, et en deçà ou au delà parfois, qu'il convient d'inscrire l'organisation des soins et de tous ceux qui y concourent.

Le territoire jugé pertinent par l'ARH d'après une étude de l'attractivité des zones (cf travaux de l'ARH de Rhône Alpes) ou selon d'autres méthodes (cf travaux sur les méthodologies du groupe territoire) doit également constituer pour les différents acteurs sanitaires hospitaliers publics et privés **un espace d'animation d'un projet médical de territoire**, qui doit permettre de **mutualiser des réponses** aux **besoins** de la **population** contenue dans la zone couverte.

Le **SROS doit contenir une cartographie** de chacun de ces territoires indiquant l'analyse des flux, la nature des coopérations et les lieux de permanence des soins identifiés et donnant lieu à des projets médicaux de territoire.

1-2 **Développer les projets médicaux de territoire faisant appel à des coopérations**

Une fois les territoires définis, les acteurs hospitaliers publics et privés, dans un premier temps, puis libéraux n'exerçant pas en établissement, dans un second temps, doivent élaborer avec l'aide de l'ARH un projet médical pour le territoire permettant de décrire les réponses apportées pour **couvrir les besoins de santé de la population** située dans ce territoire. Les besoins de santé s'entendent de l'accès aux soins primaires ou de proximité jusqu'aux soins de suite.

Sous l'impulsion de l'ARH, les professionnels d'une ou plusieurs disciplines qui **font face à des difficultés permanentes ou temporaires d'organisation** dans plusieurs établissements pourront ainsi se réunir dans un lieu identifié, en vue d'apporter des réponses collectives aux besoins de la population.

Les projets et les contrats d'objectifs et de moyens communs à plusieurs établissements doivent pouvoir servir de support à cette démarche, où objectifs et moyens sont discutés sur la base de la contribution de chacun au projet du territoire.

Cette démarche suppose également de **développer des coopérations** entre établissements publics, privés et partenaires libéraux. Dans un certain nombre de cas, cette coopération doit pouvoir déboucher sur la notion **d'équipes communes** permettant de mieux prendre en compte les complémentarités et d'organiser la permanence des soins.

Plusieurs modalités sont possibles :

- la garde alternée sur des sites qui changent quotidiennement ou de manière hebdomadaire, les praticiens de gardes étant ceux affectés sur le site assurant la permanence ; dans ce cas, il est indispensable d'assurer l'information effective de la population ;
- la garde exercée sur un site unique qui nécessite le déplacement du praticien de permanence sur le site de permanence.

Le projet médical doit préciser le mode de coopération choisie par les praticiens du territoire et **sous quelle responsabilité médicale s'effectue cette permanence**. Les membres du groupe souhaitent que les équipes des petits sites publics qui font appel à des praticiens des établissements pivots de secteur soient intégrées dans une seule et même équipe, **sous la responsabilité du chef de service de l'établissement public pivot**, sur le modèle des **antennes** qui préexistaient en matière d'urgences (ANACOR) avant les décrets de 1997.

Il pourrait être intéressant de développer **l'exercice pluri-établissements des praticiens hospitaliers** à partir de leur rattachement à une équipe commune exerçant sur plusieurs établissements.

Ces principes supposent que le régime juridique des coopérations soit revu afin de faciliter davantage ce type de démarche et que soit réglée la question de la rémunération des praticiens libéraux et des conditions d'exercice des praticiens hospitaliers.

1-3 Mettre en place au sein de ces projets médicaux une graduation des soins à partir d'une approche des besoins d'une population et d'une évaluation des risques

Il convient dans le cadre du projet médical du territoire de faire apparaître l'ensemble des disciplines du plateau technique et d'identifier les champs d'intervention des établissements et de leurs équipes ainsi que les modalités de recours et de transfert entre eux et en lien avec d'autres établissements qui peuvent être régionaux ou inter-régionaux.

Cette graduation des soins impose de développer une **démarche conventionnelle qui peut passer par des contrats-relais** utilisés pour les urgences, et d'en faire un outil opérationnel qui contribue à la mise en œuvre et au suivi-évaluation des projets médicaux de territoire.

Elle nécessite une **remise à plat des missions, des activités et ressources de l'ensemble des établissements du territoire**. Dans ce cadre, **une évaluation des risques** à maintenir ou ne pas maintenir certaines activités ou segments d'activités doit être menée et peut conduire à des reconversions d'établissements.

L'implantation des plateaux techniques doit garantir à la population du territoire **l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24, et réactives aux situations d'urgence**. Lorsque cela ne peut pas être le cas pour des nécessités d'ordre géographique, **le projet médical du territoire doit prévoir l'accès aux moyens possibles de télésanté et aux transports d'urgence** (dont SMUR et hélicoptère), permettant un transfert dans des conditions de rapidité et de sécurité, ou un renforcement de moyens, saisonnier ou permanent selon les cas.

1-4 Renforcer le maillage des transports sanitaires et assurer les transferts directs vers le plateau technique le plus adapté

La **réorganisation des plateaux techniques implique de repenser avec les SAMU l'implantation des transports sanitaires** dans l'objectif de garantir aux usagers une sécurité et un **accès aux soins 24 heures 24**. Il convient d'assurer un maillage renforcé et bien réparti sur le territoire. Les ambulances, les SMUR et les moyens hélicoptés, publics ou privés, doivent être **selon**

les besoins développés et répartis en tenant compte de l'accessibilité géographique et des délais de transfert.

L'organisation des transports sanitaires, médicalisés ou non, doit être articulée avec le SROS, en s'appuyant sur les complémentarités des transporteurs publics et privés et tenir compte des recompositions d'activités sanitaires sur le territoire.

Parallèlement à cette réflexion sur les transports sanitaires, **il est indispensable d'organiser des filières permettant le transfert direct et immédiat des patients** présentant des pathologies spécifiques vers les plateaux techniques disposant des compétences et des équipements requis et au sein desquels ils doivent être admis directement. Leur **chance de survie** en dépend.

L'exemple de l'infarctus du myocarde est significatif. La base PMSI montre, pour l'année 1999, que 84 737 infarctus du myocarde ont été hospitalisés dans 867 établissements publics et privés répartis sur le territoire (CH 50% - CHR 28% - privés 22%).¹

La Mortalité globale est de 8,3%. L'analyse des données PMSI montre que **le taux de mortalité est inversement proportionnel au nombre d'infarctus hospitalisés dans l'établissement.** Il passe de :

- **8%** dans les établissements **qui traitent au moins 200 infarctus par an**
- **à 11%** dans ceux **qui en traitent 50,**
- **12%** dans ceux **qui traitent 20 infarctus annuellement**
- **et 17%** dans ceux **qui en traitent moins de 20 par an.**

Le fait est connu et un travail américain récent a observé le même phénomène. **La prise en charge médicalisée précoce (inférieure à 3 heures) conditionne grandement le pronostic**, elle permet la **mise en route du traitement thrombolytique** et la **conduite vers un centre possédant un plateau technique adapté pour les explorations coronaires ouvert 24h/24h.** Dans un premier temps il faut donc identifier ces centres et examiner leur répartition.

La même situation est à envisager en ce qui concerne **la prise en charge des AVC** et leur **conduite vers un plateau technique adapté permettant l'accès à une IRM et à une unité spécialisée de**

¹ La population concernée est représentative : moyenne d'âge 67,2 ans (+/- 14,5), hommes (68,8%) 63,9 ans, femmes (21,2%) 74,9 ans, répartition égale entre localisation antérieure et postérieure.

neurologie. Un groupe de travail dédié doit rendre ses conclusions sur l'organisation des soins qu'il convient de mettre en place.

Ce sont deux exemples de **vraies urgences médicales** dont **le pronostic est directement lié à la rapidité et à la qualité** de la prise en charge **et au transfert** direct vers le centre spécialisé.

1-5 Allocation des ressources humaines dans le secteur public

La remise à plat des missions, de l'activité mesurée et des moyens nécessite que **l'allocation des ressources médicales liées à la RTT** ne soit **pas définie au prorata des effectifs** et d'une organisation existante.

Les membres du groupe demandent que **l'allocation des ressources de la RTT** soit prioritairement **corrélée avec le travail de réorganisation des plateaux techniques**, dans le cadre des **projets médicaux de territoire**, et **avec l'amélioration de l'organisation interne** au sein des établissements. Les postes supplémentaires ne devraient pas être obtenus par des établissements qui n'ont pas fait la preuve de cette mobilisation interne et au sein du territoire et sur le seul argument de leurs effectifs.

1-6 Communication avec les élus et la population

Les membres du groupe insistent sur le caractère déterminant d'une communication très en amont avec les élus et la population sur les projets de territoires et les réorganisations le cas échéant induites. **L'acceptation par la communauté politique est indispensable** à toute démarche de changement qu'implique la conduite de tels projets. Des actions d'information et des échanges approfondis doivent avoir lieu **bien avant la réalisation des projets.**

Par ailleurs, la population doit être associée aux choix du projet médical du territoire à ses différentes étapes et ses représentants doivent pouvoir bénéficier de formations et d'informations dans une optique de **démocratie sanitaire.**

2/ Recommandations pour les disciplines du plateau technique

2-1 Le bloc opératoire : un outil collectif au service du patient associant plusieurs disciplines

Le bloc opératoire est à l'**interface de nombreuses activités** : chirurgie, obstétrique, anesthésie, explorations fonctionnelles, radiologie et biologie. **Une organisation plus efficace des blocs opératoires est nécessaire pour mieux utiliser les moyens humains et techniques** disponibles et améliorer leur productivité. La gestion des blocs opératoires devrait **pouvoir évoluer rapidement vers des centres de responsabilité** dans les établissements publics.

Le bloc opératoire doit être conçu comme un **outil collectif** utilisé par différents professionnels au service du patient, **en évitant toute hégémonie d'une discipline sur les autres**. La reconnaissance du bloc opératoire comme structure collective doit être inscrite comme telle dans le projet d'établissement.

De l'avis des professionnels, les solutions reposent à la fois sur une optimisation du fonctionnement des blocs opératoires et le regroupement des équipes pour accroître l'attractivité des postes.

2-1-1 Fonctionnement du bloc opératoire

La **programmation opératoire concertée** (article D 712-42 du CSP²) est insuffisamment mise en œuvre. Les **conseils de blocs**³, lorsqu'ils existent, ne sont pas toujours opérationnels : ils ne se réunissent pas de façon assez régulière en présence de tous les professionnels concernés, et n'aboutissent pas à une programmation concertée à l'avance, à laquelle les professionnels tiennent.

Pour répondre aux enjeux structurels et organisationnels actuels dans les établissements publics et privés participant au service public, **il est indispensable** que, sous l'égide de la CME et sous la responsabilité du directeur de l'établissement, **les conseils de bloc fonctionnent car ils sont les**

² Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

³ Circulaire DH/FH n° 2000-254 du 19 mai 2000

garants de cette programmation concertée. Ce fonctionnement doit s'accompagner d'un système d'information de qualité grâce à **l'informatisation des blocs et à la mise en place d'outils de suivi et de pilotage.**

Une organisation optimale peut donc d'ores et déjà être obtenue par une programmation concertée plus efficace et un suivi informatisé, même si le regroupement des sites opératoires constitue également un objectif à atteindre.

L'amélioration du fonctionnement des blocs opératoires suppose donc de mettre en place les démarches et procédures suivantes :

A/. Le conseil de bloc opératoire doit pouvoir s'appuyer sur une charte du bloc,

dont le contenu devra être opérationnel et compter des éléments clefs comme :

- la définition des horaires d'ouverture des blocs,
- la détermination et l'attribution de plages horaires,
- les dates de fermeture éventuelle de salles d'opération, quelles qu'en soient les raisons⁴
- l'engagement des praticiens à communiquer plusieurs semaines à l'avance leurs dates de congés, congrès et autres causes d'absence,
- les modalités de gestion et de résolution des conflits.

B/. Optimiser la programmation dans les blocs opératoires est un objectif prioritaire⁵.

Elle s'appuie en particulier sur une **meilleure coordination entre les consultations, notamment pré anesthésiques, et la programmation opératoire** ainsi que sur une organisation optimum de la chirurgie programmée, qui doit permettre la prise en charge de la chirurgie en urgence dans de bonnes conditions.

C/ Regrouper des blocs opératoires d'un même établissement est un élément facilitateur d'une **meilleure programmation**. La disposition architecturale des blocs doit permettre de surveiller les salles **d'opération en évitant une dispersion des équipes d'anesthésie**. Le plateau de radiologie doit être facilement accessible ; le secteur obstétrical doit être situé dans la continuité des autres blocs et de la salle de surveillance post-interventionnelle. Les décrets d'octobre 1998 en

⁴ décontamination, réfection des salles mais aussi absence des personnels médicaux et paramédicaux.

⁵ le temps médical (durée de l'acte par rapport au temps attendu) peut passer de 1 à 1.95 si tout n'est pas parfaitement programmé pour une intervention donnée. Ce doublement possible montre les gains potentiels de productivité.

matière de périnatalité ne font pas obstacle au regroupement des blocs et ne doivent pas conduire à des constructions de blocs obstétricaux isolés.

D/. Les outils de pilotage permettent au conseil de bloc de suivre la réalisation des objectifs fixés, de mesurer les écarts et mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires. L'utilisation **d'indicateurs de performance**, mobilisant à la fois les données SAE et PMSI et des indicateurs spécifiques plus fins, associés à la réalisation d'audits internes périodiques, effectués par le cadre IADE ou IBODE, constituent des outils de pilotage pertinents pour analyser la productivité.

Au minimum, le **suivi** doit comporter les indicateurs suivants :

- le taux d'occupation des salles⁶,
- le taux des interventions reportées,
- les durées d'interventions programmées par chirurgien et par acte,
- le taux de respect des horaires définis dans la charte du bloc.

Par ailleurs, des indicateurs de qualité seront définis en matière de vigilance et de gestion des risques.

2.1.2 Les équipes du bloc opératoire

La réflexion régionale sur les équipes médicales et paramédicales doit être envisagée à partir du territoire dont relève le plateau technique. L'analyse ne doit plus se limiter à l'organisation interne des établissements, à partir des services ou même des départements, mais doit prendre en compte l'organisation des équipes des établissements concernés, tant sur l'activité diurne réglée que sur la permanence des soins.

A/. L'organisation de la permanence des soins à l'échelle d'un territoire peut conduire à réduire le nombre de sites qui l'exercent, en tenant compte de la nécessité de maintenir l'accessibilité et la réponse aux urgences.

⁶ Il est possible de disposer de données concernant le taux d'occupation des salles. En octobre, l'amplitude d'ouverture hebdomadaire des salles est recueillie via SAE. Le rapprochement de ces données avec les interventions réalisées et leur durée permettrait, avant informatisation généralisée des blocs, de disposer d'éléments concernant tous les établissements.

Pour assurer la qualité et la sécurité des soins 24h/24 et une meilleure qualité de vie professionnelle aux équipes, la permanence des soins s'exerce sur moins de sites : les permanences médicales sont mutualisées et/ou les équipes regroupées.

La **mutualisation des permanences, dans le secteur public**, permettra, dans certains cas, de garantir un accès aux soins 24 heures sur 24, d'autant que **l'activité nocturne des blocs opératoires est souvent peu importante⁷ et ne justifie pas de mobiliser autant de ressources médicales**. Dans le même objectif, la mise en place de **coopérations entre établissements publics et privés** peut permettre une organisation collective de la permanence des soins.

Les regroupements de permanences seront **conduits d'abord à l'intérieur des établissements** mais ont vocation à **s'organiser selon des logiques de territoires de santé** pour mettre en complémentarité les équipes de CH et de CHU mais aussi celles des cliniques privées et donnent lieu à une formalisation écrite, évaluée périodiquement.

L'analyse des équipes du plateau technique, de leurs missions et de leur organisation, tient une place importante dans le projet médical territorial et s'intègre dans une **logique de graduation des plateaux techniques**.

B/. L'allocation des ressources en personnel médical et paramédical doit s'effectuer, dans le secteur public et participant au service public, sur une base comparée d'activité des professionnels. Il ne peut être question de renforcer des équipes qui n'ont pas mis en place des outils d'amélioration de la productivité et **consommant beaucoup de ressources pour une faible productivité**. Cette dernière se définit par l'indicateur d'activité médicale (IAM) sur la base du PMSI. On doit en revanche **renforcer les équipes qui connaissent une réelle suractivité** et ne disposent pas des ressources suffisantes dans un contexte d'organisation interne efficace.

Les questions de ressources médicale et paramédicale imposent de connaître la répartition des personnels hospitaliers sur le territoire selon leur qualification (SAE), en parallèle avec l'activité produite (PMSI, actes traceurs, et CCAM).

C/. Une réflexion spécifique sur la formation continue de ces équipes est également indispensable. L'on doit veiller à organiser effectivement **un accès régulier à la formation**

⁷ Cf. enquête ARH Pays de Loire et enquête DREES/ SAE 2000

médicale continue permettant le maintien des compétences des praticiens des secteurs publics et privés.

D/. Quel que soit le mode de fonctionnement du plateau technique, il est **important de se pencher aussi sur l'ergonomie des structures**⁸, qui joue un rôle important dans les conditions de travail des équipes. La présence d'un ingénieur en organisation et logistique dans l'établissement peut s'avérer utile pour le plateau technique. L'architecture optimisée participe à l'efficacité et au vécu des différentes équipes qui interviennent. Le CHSCT, en tant qu'instance, doit être associé à ces réflexions.

2.2 Les disciplines du plateau technique

2-2-1 La CHIRURGIE

Plusieurs constats s'imposent concernant la chirurgie :

- une **forte inégalité territoriale d'implantation** des structures de chirurgie⁹ : de 18 à 34 établissements par million d'habitants suivant les régions, avec des disparités départementales marquées en terme de salles opératoires, allant de 63 à 259 salles, par ailleurs souvent surdimensionnées par rapport aux actes qui y sont pratiqués¹⁰ ;

- des **écarts importants d'effectifs de chirurgiens** par million d'habitants qui, en 2000, allaient de 120 à 415 praticiens selon les régions¹¹, avec des disparités importantes intra régionales, d'autant plus marquées que la région est déjà déficitaire ;

- une **démographie médicale déjà problématique**, dont la baisse sera encore plus perceptible pour les chirurgiens à partir de 2005 / 2006 et dont le risque est accru par la baisse du choix de la spécialité à l'internat.

- des **écarts en nombre moyen d'IBODE par salle d'intervention chirurgicale**¹² : de 3.5 dans les CHR répondants, à 2.9 dans les CH et établissements privés sous dotation globale et 2 dans les

⁸ Les chambres de garde doivent être localisées à proximité immédiate du plateau technique tout en offrant un isolement suffisant garantissant leur confort.

⁹ Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

¹⁰ Enquête GAIN 1995 - CNAMTS

¹¹ Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

cliniques sous OQN. La majorité des IBODE exercent dans le secteur public et les PSPH, les infirmières non spécialisées étant encore nettement prédominantes dans les personnels affectées aux blocs opératoires du secteur privé sous OQN. **Les écarts d'effectifs régionaux d'IBODE par million d'habitants vont de 32 à 155.**

- une **pratique de chirurgie générale et polyvalente qui diminue** fortement avec en corollaire une spécialisation croissante des activités de chirurgie et l'évolution des techniques vers plus d'explorations et moins de gestes invasifs ;

- **une activité professionnelle, où le maintien des compétences est d'abord lié à l'activité.** Une activité annuelle par chirurgien temps plein fixée, hors activité des chirurgiens pédiatriques, à un minimum autour de 40 000 KC annuels ou de 400 interventions sur un ou plusieurs sites correspond à un **seuil acceptable**. Les chirurgiens du secteur public doivent pouvoir exercer une activité diversifiée et comportant une proportion substantielle d'actes programmés.

Si plusieurs régions ont élaboré des volets chirurgie dans leurs SROS, l'impact restructurant dans le secteur public a souvent été limité par l'insuffisance des moyens juridiques de coopération, l'hétérogénéité des statuts, les différences culturelles ainsi que par le poids des pouvoirs politiques locaux (président du CA et élus locaux).

La chirurgie a fait l'objet de nombreuses études, parmi lesquelles les rapports du Pr Guidicelli et de Mr Nicolle¹³ ont clairement démontré la nécessité de graduer l'offre de soins et de mailler les établissements entre eux en formalisant un projet territorial.

A/. Le nombre de sites de chirurgie doit être réduit dans le cadre des projets territoriaux.

Un certain nombre d'établissements ont une activité chirurgicale inférieure au seuil communément admis d'environ 200 000 KC annuels ou 2000 interventions¹⁴ par an ; **en deçà de ce niveau d'activité, il existe un risque en terme de sécurité des soins**, pour les patients pris en charge, compte tenu de la **perte de compétence progressive** des praticiens et des équipes paramédicales, de la faible attractivité de ces structures et de la difficulté à y maintenir une permanence des soins.

¹² Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

¹³ Rapport Guidicelli en 94 et rapport Nicolle en 2001

¹⁴ équivalent globalement à 1500 séjours chirurgicaux au titre du PMSI

En conséquence, dans le cadre des prochains SROS, le regroupement des sites de chirurgie garantit la qualité et la permanence des soins au sein d'équipes renforcées.

B/. Les sites de chirurgie accueillant les urgences doivent être gradués en plusieurs niveaux et reliés par des contrats relais.

Une **organisation opérationnelle 24 heures sur 24 doit en effet se construire à l'échelle d'un territoire**, intégrer l'offre de soins des autres disciplines du plateau technique et être graduée en plusieurs niveaux chirurgicaux complémentaires et reliés de façon continu entre eux par des modalités formalisées de recours et des **contrats relais**.

La graduation reconnaît 3 types d'établissements :

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 deux spécialités.
2. L'établissement qui offre un plateau de spécialités, intégrant chirurgie viscérale et orthopédique, vasculaire, urologique, tête et cou.
3. un établissement régional ou à vocation interrégionale, 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 gynécologique** est réalisée **dans les trois niveaux** par le **gynécologue obstétricien ou par le chirurgien viscéral, à condition qu'il en ait la compétence**.

La chirurgie pédiatrique est développée spécifiquement dans le chapitre concernant la pédiatrie.

Les équipes chirurgicales, publiques et privées, pourront se constituer selon leurs complémentarités mais devront, ensemble, sur chacun de ces niveaux :

- travailler en **partenariat**,
- et répondre à la **permanence des soins 24h sur 24**.

Dans les établissements publics, l'organisation retenue devra permettre de maintenir une **activité suffisante et diversifiée pour l'ensemble des chirurgiens** pour que ces postes soient attractifs.

C/. La chirurgie programmée nécessite une organisation spécifique dans le secteur public

La chirurgie programmée doit être organisée différemment et séparément de la prise en charge des urgences. 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 des soins ne sont pas réunies.

Les organisations innovantes doivent être développées, et plus particulièrement :

- la polyvalence des blocs permettant une répartition de l'activité, non pas en fonction d'une spécialité, mais à partir d'une segmentation du bloc opératoire en zones liées à l'asepsie,
- la polyvalence des personnels de bloc,
- l'optimisation de l'activité en utilisant l'amplitude maximale d'ouverture des blocs et en affectant des tranches horaires par praticien,
- le regroupement du secteur opératoire sur un seul site,
- la coordination avec le secteur d'hospitalisation,
- et la programmation concertée, s'appuyant sur les modalités décrites précédemment.

L'activité et la taille des structures réalisant de la chirurgie programmée doit être suffisante pour qu'elles puissent mettre en place une organisation rationnelle et qu'elles maintiennent leur attractivité, non seulement pour les patients mais aussi pour les équipes de professionnels.

D/. Conditions pour maintenir, à titre exceptionnel, un site de chirurgie pour des raisons géographiques.

Si l'accessibilité géographique l'impose, le SROS peut prévoir le maintien de certains sites de chirurgie sous les conditions suivantes :

- **Evaluation 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**.

2-2-2 L'OBSTETRIQUE

La **périnatalité** suppose une **approche globale** qui intègre **la grossesse, l'accouchement, le suivi de la mère et du nouveau-né après l'accouchement** et qui fait intervenir de **nombreux acteurs des champs sanitaire et social**, tels que **les gynéco-obstétriciens, les sage-femmes, les anesthésistes, les pédiatres, les puéricultrices, les infirmiers, les auxiliaires de puériculture, les services de protection maternelle et infantile, la pédopsychiatrie, et les professionnels de santé libéraux**.

La prise en charge n'obéit pas aux mêmes exigences, selon chaque étape ou situation, et peut amener à distinguer :

- le suivi de la grossesse non pathologique, qui peut relever de la proximité,
- la période qui entoure l'accouchement, qui nécessite une équipe spécialisée et un plateau technique pour garantir la sécurité des soins de la mère et de l'enfant,
- et enfin le suivi post natal , qui relève également de la proximité.

Le suivi des grossesses pathologiques nécessite des compétences spécialisées, qui ne sont pas nécessairement présentes en proximité.

Le **réseau de périnatalité**, qui associe l'ensemble des structures et acteurs impliqués sur le territoire de santé, constitue le **lien indispensable** entre ces trois étapes de prise en charge pour maintenir la **continuité et la sécurité des soins**. Le réseau a en effet un **rôle primordial d'évaluation interne des pratiques** en matière de transferts et de re-transferts, d'analyse des décès maternels et infantiles, de formation, de rédaction des protocoles, de mutualisation des **ressources** et permet une **amélioration de la gestion du risque obstétrical**.

Chaque réseau de périnatalité doit **comporter son propre dispositif d'évaluation** en rapport avec ses objectifs et initier des actions correctrices à partir des résultats constatés collectivement.

En conséquence de ce qui précède, il convient de définir précisément ce qui doit être accessible en proximité et ce qui relève du plateau technique.

A/. Garantir un accès en proximité à un suivi pré et post-natal

1/Suivi de la grossesse

Des consultations pré et post-natales et d'anesthésie doivent pouvoir être proposées en proximité. Lorsqu'elles sont effectuées dans des centres périnataux de proximité (CPP), l'intervention des praticiens de la naissance s'effectue dans le cadre d'une équipe commune avec la ou les maternité(s) d'accouchement. Cette offre de proximité permet de mieux gérer à l'échelle d'un territoire les consultations et de ne pas faire reposer sur un seul établissement cette prise en charge, tout en améliorant l'accessibilité pour les femmes enceintes.

Les liens entre CPP et maternité(s) sont protocolisés dans le cadre **du réseau périnatal** et peuvent avoir pour support **la télésanté** qui permet **de transférer des dossiers médicaux** avec l'accord des parturientes, mais aussi d'organiser des staffs médicaux et des formations communes.

2/Suivi postpartum

Un des enjeux de santé publique constatés dans ces dernières années consiste en une meilleure prise en charge de la femme qui vient d'accoucher, et qui dans certains cas nécessite un temps de repos supérieur aux deux-trois jours d'hospitalisation qui lui sont en général proposés en maternité, en particulier dans les grandes structures.

Il convient en conséquence de **développer l'offre de suivi à domicile**, libérale ou en cas de pathologie sous forme d'HAD, en lien avec des services sociaux ou d'aide à domicile.

Une **réflexion est par ailleurs lancée sur l'hospitalisation en suites de couches dans les CPP**. Cette dernière suppose l'existence d'un service de soins de suite ou de médecine dans l'hôpital et l'élaboration d'un cahier des charges complet incluant la définition précise du rôle et du temps d'intervention des différents professionnels nécessairement impliqués.

B/. Garantir la sécurité de l'accouchement pour la mère et l'enfant

1/ Lien entre chirurgie et obstétrique

La classification des maternités est d'abord fondée sur leur capacité à prendre en charge le risque néonatal et pédiatrique ; le risque maternel constitue un élément moins pris en compte par les textes réglementaires. La mortalité maternelle reste en France encore trop élevée et constitue un enjeu de santé publique pour notre système de santé.

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse, et en particulier les hémorragies de la délivrance, constituent la cause la plus fréquente des décès maternels. Le rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle¹⁵ montre que 87% de ces morts auraient pu être évitées s'il n'y avait pas eu de perte de temps liée à un diagnostic trop tardif et/ou des lignes de conduite inadéquates. La prévention de ces décès maternels s'appuie, pour les auteurs du rapport, sur 3 mesures qui doivent désormais être effectives dans tous les services d'obstétrique¹⁶ :

1. « **un protocole écrit**, accessible et tenu à jour **des mesures de surveillance** qui doivent entourer la période de délivrance.
2. un **protocole écrit de la séquence des mesures thérapeutiques** à mettre en œuvre, **dont l'accessibilité rapide à la transfusion** de concentrés globulaires.
3. **un chirurgien capable d'effectuer sans délai les gestes qui sauvent** ».

A ces mesures s'ajoutent **le recours à un anesthésiste et à un radiologue interventionnel, qui peut être situé dans un autre établissement, pour mettre en œuvre, si nécessaire, l'embolisation artérielle.**

L'équipe de gynécologie obstétrique doit posséder une double compétence médicale et chirurgicale 24h/24. Lorsque cette double compétence n'est pas assurée, la maternité doit **soit être située dans un établissement disposant d'un service de chirurgie viscérale ou gynécologique** et fonctionnant 24/24, **soit bénéficier de l'intervention d'une équipe chirurgicale, dans le cadre d'une coopération inter-établissements**, prête à intervenir en cas d'urgence dans l'établissement.

Dans tous les cas, la **mobilisation immédiate d'un anesthésiste et l'accès de proximité immédiate à la transfusion sanguine** sont indispensables.

A contrario, un service de chirurgie peut exister sans qu'il y ait nécessairement un service de gynécologie obstétrique dans l'établissement.

¹⁵ recommandations du rapport national sur la mortalité maternelle 1995-2001 – Publication mai 2001 – Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (www.sante.gouv.fr)

2/ Critères de décision sur le maintien des maternités de faible activité

L'obstétrique a vécu de fortes restructurations, lesquelles ont majoritairement concerné le secteur privé sous OQN. Beaucoup de professionnels considèrent cette discipline comme le point central aujourd'hui encore de la restructuration des plateaux techniques.

La sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose d'exercer dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24h/24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie obstétrique, d'anesthésie réanimation, de pédiatrie, et de chirurgie.

Pour cette dernière activité, une coopération avec un établissement très proche peut permettre de ne pas disposer en propre d'un service de chirurgie à condition qu'un chirurgien, capable d'effectuer les gestes qui sauvent, puisse intervenir sans délai. Des protocoles communs doivent être formalisés en particulier pour la prise en charge des urgences et leur application évaluée.

Cette nécessité impose de ne conserver que les sites en capacité d'offrir 24h24 ces compétences.

Les critères à prendre en compte pour guider les choix du maintien ou de l'évolution des structures s'appuieront sur :

- l'accessibilité de la structure : l'accessibilité géographique et socio économique, ainsi que les délais séparant la femme enceinte de la maternité et ceux relevant du transfert vers la maternité de référence ;
- sa typologie : activité obstétricale et chirurgicale ; présence d'équipes de professionnels formés et en nombre suffisant ; qualité des pratiques (protocoles) ;
- son environnement :
 - l'accès à la transfusion sanguine
 - le nombre et type de transferts
 - l'existence de liens formalisés avec l'établissement pivot de secteur (réseaux – conventions – formations)
 - la protocolisation des transferts, associant le centre 15,

¹⁶ l'organisation régulière d'exercices de mise en situation s'impose également.

- la mise en place de coopérations entre établissements,
- le lien avec les services de PMI.

2-2-3 LA PEDIATRIE

La prise en charge de **l'enfant et de l'adolescent** suppose l'identification d'une véritable **filière** au sein des établissements de santé, dès l'accueil et jusqu'à la sortie qui permette des soins adaptés et associe les familles. Les **SROS de troisième génération intégreront un volet consacré à l'enfant et l'adolescent**, faisant également le lien avec la pédopsychiatrie, et articulé avec la médecine de ville.

Le **projet médical territorial** prendra en compte la pédiatrie dans toutes ses spécificités et **en lien avec les différentes spécialités pédiatriques**, et prévoira **l'organisation d'une permanence des soins à l'échelle du territoire**, incluant tous les pédiatres publics et libéraux volontaires. Une certaine **souplesse d'organisation** est nécessaire pour **adapter les équipes et les lits d'hospitalisation aux besoins**, qui peuvent être saisonniers. Il revient aux établissements de santé en leur sein et entre eux de rendre possible un tel fonctionnement.

Les services de pédiatrie partagent souvent les **plateaux techniques** avec les services d'adultes, ce qui nécessite **des aménagements particuliers** dont la pédiatrie est partie prenante, sous l'angle notamment de la **lutte contre la douleur**, et de la réalisation des **actes médico-techniques**.

Toute prise en charge pédiatrique nécessite, le plus souvent possible, un circuit organisé et individualisé, distinct des circuits adultes, adapté à l'âge et à l'accueil de l'enfant accompagné de ses parents. **L'ensemble des pédiatres de l'établissement participent à l'organisation de la permanence des soins** qu'ils exercent en service de néonatalogie ou de pédiatrie médicale ou chirurgicale.

LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE

La pathologie chirurgicale pédiatrique nécessite une compétence et une expérience chirurgicale et anesthésique reconnues, notamment pour la prise en charge de pathologies spécifiques, traumatiques et non traumatiques, ou pour les enfants d'âge inférieur à 3 ans.

Le réseau de chirurgie pédiatrique doit définir les principes de répartition des activités entre les établissements et les formations à mettre en place, qui constitueront la base des projets médicaux de territoires, adaptés en fonction des situations existantes et des données géographiques.

A. La chirurgie pédiatrique programmée

L'activité chirurgicale pédiatrique est variée (viscérale, orthopédie, urologie, ORL, neurochirurgie) et nécessite d'être organisée selon une **graduation à trois niveaux dans trois types d'établissements** :

A1. Etablissements ne disposant pas d'unités de chirurgie pédiatrique spécialisée

Aucun acte chirurgical chez l'enfant de moins d'1 an n'est réalisé au sein de ce type d'établissement.

Chez l'enfant de 1 à 3 ans, les chirurgiens de ces établissements participant au réseau de chirurgie pédiatrique pourront effectuer certains actes de chirurgie programmée, principalement en ambulatoire, ce qui va de pair avec le maintien d'une compétence anesthésique spécifique.

Au delà de 3 ans, ces établissements pourront pratiquer la majorité des actes de chirurgie pédiatrique programmée simples, sous réserve d'un volume d'activité suffisant garantissant la compétence des professionnels, notamment dans le domaine de l'anesthésie.

A2. Etablissements disposant d'une unité de chirurgie pédiatrique spécialisée

Ils bénéficient d'une équipe médicale chirurgicale et anesthésique spécialisée et spécifique, permettant **l'accueil et la prise en charge des enfants présentant une pathologie chirurgicale pédiatrique 24h sur 24.**

La majorité des actes chirurgicaux pédiatriques du nourrisson et de l'enfant sont réalisés à ce niveau, en dehors de ceux nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres différents et/ou d'une réanimation pédiatrique.

A3. Etablissements régionaux référents

Ce ou ces centres assurent les missions d'un centre spécialisé dans leur propre bassin de population mais permettent également la prise en charge de **pathologies chirurgicales pédiatriques très**

spécifiques (polymalformés, chirurgie périnatale, oncologie pédiatrique, transplantations et grands brûlés).

Le centre régional a un **rôle d'organisation du réseau régional de chirurgie pédiatrique** et une mission de coordination de la formation continue au sein du réseau.

B. La chirurgie pédiatrique non programmée

L'accueil des urgences chirurgicales pédiatriques doit être systématiquement organisé en collaboration entre chirurgiens, pédiatres et anesthésistes en associant les médecins urgentistes, et se construire à l'échelle du territoire.

Cas des enfants de moins de 1 an qui nécessitent une intervention chirurgicale urgente

Les interventions chirurgicales urgentes de l'enfant de moins de 1 an sont réalisées dans les établissements pédiatriques spécialisés.

Cas des enfants de 1 à 3 ans qui nécessitent une intervention chirurgicale urgente

Les interventions chirurgicales qui doivent être réalisées en urgence chez des enfants de 1 à 3 ans relèvent d'équipes disposant des compétences nécessaires en chirurgie et en anesthésie pédiatrique 24h/24.

Dans les établissements de santé ne disposant pas de ces compétences, le médecin senior (chirurgien, urgentiste ou pédiatre) pose l'indication d'intervention chirurgicale en urgence, la confirme après un échange avec le chirurgien pédiatre d'astreinte de l'établissement pédiatrique spécialisé ou de l'établissement régional référent, et organise le transfert de l'enfant pour l'intervention.

Le projet médical de territoire explicitera

- les pathologies et les actes qui relèvent de chacun de ces trois niveaux en programmé et en urgence selon les tranches d'âge,
 - les modalités de recours et le maillage prévu au sein du réseau de chirurgie pédiatrique,
- en formalisant avec souplesse ces orientations en fonction de la compétence chirurgicale et anesthésique des équipes pour garantir la meilleure sécurité et la prise en charge la plus adaptée aux enfants.

Le SROS intègre la graduation des niveaux de chirurgie pédiatrique, celle des services de chirurgie adulte et d'urgences. **Ces structures doivent être complémentaires et reliées de façon continue** entre elles par des modalités formalisées de recours et de transferts s'appuyant sur des **contrats relais**.

2-2-4 L'ANESTHESIE

L'anesthésie constitue une discipline clé au sein des blocs opératoires et dans l'analyse de l'implantation territoriale des plateaux techniques : elle est en effet nécessaire à l'exercice de plusieurs spécialités du plateau technique, en particulier à la chirurgie, à l'obstétrique et à l'imagerie, et est centrale en termes de sécurité sanitaire.

Selon l'étude récente de la DREES sur les plateaux techniques¹⁷, en 2000, on compte 8410 anesthésistes réanimateurs exerçant dans les établissements de santé. Ce nombre, bien que quantitativement conséquent, ne saurait masquer des **disparités d'effectifs suivant les régions d'abord, en intra régional ensuite et entre établissements enfin**. Les données sur les personnels médicaux et non médicaux assurant les anesthésies montrent également que douze régions, dont les DOM, ont moins de 140 anesthésistes par million d'habitants et huit régions présentent une densité d'anesthésistes supérieure à 210 par million d'habitants.

En moyenne, le rapport entre effectifs d'anesthésistes et nombre de salles d'anesthésie (y compris les boxes de travail) varie de 1.5 en CHR, à 0.93 dans le secteur privé sous dotation globale, à 0.75 dans les cliniques privées et 0.62 dans les CH. Il existe également de fortes disparités au sein des CH, des CHU et des cliniques.

Les vacances de postes de PH et d'IADE sont déjà problématiques, en particulier dans les CH de certaines régions, et commencent à être perceptibles dans certains CHU.

Le nombre de médecins anesthésistes par salle d'opération doit répondre à des impératifs de sécurité et sous-tend une organisation adaptée basée sur la CCAM et les travaux de la société savante.

¹⁷ Source : SAE - DREES – Etudes et Résultats n° 189 – septembre 2002

L'hyper spécialisation ne doit être réservée qu'à seulement quelques spécialités : néonatalogie, activités de transplantation, chirurgie cardiaque et neurochirurgie intra-cranienne ; de nombreux services d'anesthésie sont encore trop organisés en unités cloisonnées. **Améliorer le maintien de la compétence initialement acquise** dans les divers domaines de la spécialité constitue également un facteur d'amélioration de la productivité générale et permet de mieux utiliser les ressources et de diminuer le nombre des permanences médicales.

Plusieurs moyens sont possibles pour favoriser cette dynamique de mutualisation et évoluer à terme vers des pôles transversaux d'anesthésie réanimation :

- développer les fédérations inter services et/ou les départements d'anesthésie,
- favoriser, dans le cadre d'un projet professionnel, la mobilité des équipes d'anesthésie (rotation des équipes, en moyenne tous les cinq ans, tout en veillant à conserver la moitié de l'équipe)
- et regrouper les gardes.

Ces éléments concourent à accroître l'attractivité des structures.

LA REANIMATION

Les Décrets relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs ou la surveillance continue qui ont été publiés le 5 avril 2002 définissent ces trois types d'activités et sont en cours de mise en œuvre par les ARH qui travaillent à l'élaboration d'un volet du SROS spécifiquement sur ce thème.

La réanimation étant une activité du plateau technique, il est indispensable que le SROS articule bien le volet consacré à la réanimation avec les autres disciplines qui le constituent.

Dans les établissements qui offrent un plateau médico-chirurgical 24h/24 et qui ne disposent pas d'un service de réanimation, le suivi post opératoire des patients est assuré en salle de surveillance post-interventionnelle. En cas de complication du patient nécessitant le recours à un service de réanimation, l'équipe médico-chirurgicale organise le transfert en collaboration avec le centre 15.

Il est indispensable de prévoir **un plateau technique d'imagerie pour les activités du service de réanimation** intégrant un système de radiologie thoracique numérisée et des échographes mobiles de qualité. Il est également important de prévoir un accès au scanner et à l'IRM.

2-2-4 L'IMAGERIE

L'imagerie doit être intégrée dans l'approche globale du plateau technique incluant la **participation des radiologues à la permanence des soins**. L'**attribution des équipements** doit être effectuée à partir d'une organisation des soins sur chaque territoire et en fonction de la présence d'équipes séniorisées de radiologie.

La circulaire¹⁸ relative au développement de l'imagerie en coupe a fixé des recommandations pour l'implantation d'équipements d'imagerie autour des objectifs suivants :

- réaliser une imagerie conforme aux données actualisées de la science,
- permettre un accès tant des populations que de tous les professionnels concernés aux techniques considérées comme les plus adéquates,
- situer les équipements dans des environnements cliniques ou radiologiques adaptés,
- tenir compte des évolutions technologiques inévitables, tel le développement de l'imagerie en coupe au détriment de l'imagerie conventionnelle,
- favoriser les évolutions des plateaux techniques tant du secteur libéral que des structures hospitalières

Elle différencie plusieurs niveaux de plateaux techniques d'imagerie :

- **Recours au diagnostic de proximité** exerçant la radiologie conventionnelle et l'échographie. La couverture radiologique peut être assurée par les professionnels installés en ville, ou par l'établissement de santé, le cas échéant dans le cadre d'une coopération avec les libéraux.

- **Recours à un plateau technique diversifié et séniorisé** par un radiologue. Les établissements qui enregistrent entre 10 à 20 000 entrées sont dotés d'un scanner lorsque l'activité d'urgence est significative ou en cas d'éloignement des autres sites de radiographie et conventionnent pour l'accès à l'IRM.

¹⁸ Circulaire DHOS/SDO/O4/N°2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupe par scanner et IRM.

- **Recours au plateau technique étendu.** Les établissements qui enregistrent une activité supérieure à 20 000 entrées disposent d'un scanner. Un IRM et un deuxième scanner peuvent se justifier en fonction de l'activité. L'angiographie vasculaire et cardio-vasculaire peut être mise en oeuvre si l'environnement médico-chirurgical est approprié. Le volume d'activité justifie une présence radiologique continue. Un équipement est dédié aux urgences si l'activité est supérieure à 40 000 passages.

- **Recours aux plateaux techniques complets.** Les établissements plus importants, notamment les CHU, ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie, y compris interventionnelles en nombre, performance et qualité adaptée à leur activité de soins qui est notamment pour les CHU indissociable de leur activité d'enseignement et de recherche. Certains appareils sont éventuellement dédiés (urgences, cancer...). La présence de radiologues spécialisés est indispensable.

Certains appareils sont éventuellement dédiés en particulier pour la prise en charge du cancer. La présence de radiologies spécialisés est indispensable. Toutefois, le maintien de la compétence initialement acquise en radiologie permet de mutualiser les permanences médicales.

Les coopérations entre ces différents types de plateaux techniques doivent être encouragées et les spécialistes de l'imagerie doivent avoir accès aux différentes techniques. Les évolutions technologiques récentes imposent en effet d'organiser un accès à des compétences en imagerie dès lors qu'il s'agit de garantir aux patients les **meilleures chances de survie.**

Cette analyse suppose de prendre en compte non **seulement la répartition des équipements mais aussi celle des radiologues,** qui doivent pouvoir assurer une **permanence 24h/24 dans des sites pivots de secteur ou des SAU avec scanners et IRM, et vers lesquels les patients seront directement orientés.**

Néanmoins, si la dynamique engagée est importante et permettra d'inverser, dans notre pays, la place de l'imagerie conventionnelle, des établissements publics de santé sont aujourd'hui confrontés à des problèmes de démographie mais aussi à des difficultés de recrutement dues à leur manque d'attractivité. **L'imagerie doit donc aujourd'hui faire l'objet d'une organisation par territoire.**

En cas d'équipe radiologique hospitalière limitée ou de **vacance de postes,** la participation des **médecins radiologues libéraux** à la permanence des soins sur le plateau technique de

l'établissement de santé serait une réponse cohérente pour permettre la présence sur place du radiologue. L'adhésion à ce **principe d'astreinte commune entre les secteurs public et privé** sera facilitée par l'évolution juridique des Groupements de Coopération Sanitaire. La rédaction d'un protocole assurant la permanence des soins coordonnée entre les deux secteurs de santé doit faire partie du projet médical accompagnant la demande d'autorisation d'équipement lourd.

Pour la prise en charge des **urgences**, les demandes **d'examens d'imagerie doivent être faites par des médecins seniors aux radiologues seniors**, afin de garantir aux patients l'examen le plus justifié ou qu'il soit transféré pour accéder à une prise en charge radiologique adaptée.

Dans des situations de dysfonctionnement exceptionnel du à une vacance des postes et à une absence de réponse libérale aux astreintes hospitalières, l'organisation territoriale devra proposer une solution relais temporaire permettant la prise en charge des urgences, au sein des établissements de santé concernés. Dans ces conditions, la réponse aux situations d'urgence serait assurée par une **organisation concertée** en s'appuyant sur trois types de professionnels : **les radiologues de garde sur l'établissement de santé pivot, le manipulateur d'astreinte sur le centre hospitalier et un médecin senior de permanence, reliés entre eux par les technologies de l'information** et de la communication, permettant la télétransmission d'images numérisées. Cette alternative ne pourrait s'envisager qu'avec les garanties suivantes :

- mise en place de protocoles précis pour des situations stéréotypées
- interprétation immédiate avec transmission simultanée du compte rendu et des documents au médecin demandeur
- garantie formelle d'intégrité de l'image radiologique et de sécurité anonyme
- définition précise des responsabilités médico-légales respectives des différents acteurs.

La télétransmission des images est un véritable outil d'aide aux soins, **dans le cadre d'un réseau d'imagerie** et conditionné par la présence de radiologues seniors pour l'interprétation et la confirmation d'un diagnostic. L'étude ANAES/DHOS, en cours, formalisera des perspectives sur les conditions du développement de la télétransmission applicable à l'imagerie.

2-2-5 LA BIOLOGIE

Les plateaux techniques de biologie constituent un enjeu stratégique pour les établissements de santé. Les biologistes s'inscrivent dans une perspective d'évolution de l'offre de soins avec pour objectifs :

- de s'adapter aux défis technologiques au travers de l'évolutivité des méthodes et aux défis économiques par une gestion innovante et la mise en réseau ;
- de s'engager sur des priorités de qualité et de sécurité ;
- de valoriser leurs responsabilités transversales et de proximité dans les domaines de l'hygiène, de la toxicologie, du CLIN et de l'hémovigilance ;
- et d'intégrer toutes les disciplines émergentes de la biologie médicale.

Le champ d'exercice de la biologie va s'étendre et l'évolution des laboratoires de biologie se fera en fonction de grandes tendances :

- la poursuite logique de l'augmentation de l'éventail des paramètres, avec ou sans automatisation,
- le pari sur la biologie du futur,
- et l'émergence de la médecine prédictive.

Ces évolutions vont entraîner des opportunités de nouvelles fonctions, de nouveaux modes d'exercice et de nouveaux métiers, qui rendent nécessaire une actualisation des connaissances en continu.

Dans une nouvelle répartition des soins, le plateau technique de biologie s'inscrit dans une **organisation structurée en réseau et graduée**. L'enjeu est donc de dépasser l'organisation actuelle fractionnée pour aller vers des **organisations coordonnées de biologie**, grâce au **développement, entre autre, de la télésanté**. Ces nouveaux modes d'organisation doivent prendre en compte la réponse aux urgences en complémentarité avec l'organisation des services d'urgences et impliquent d'évoluer vers une logique centrée sur les services et les besoins des malades (temps de réponse, liste de paramètres, permanence du conseil clinico-biologique).

L'organisation en réseau associera les CHU, les Centres Hospitaliers et les établissements de proximité, hôpitaux locaux et établissements médico-sociaux. L'offre de chacun des niveaux et les

modalités de coordination entre eux seront formalisées au sein du réseau, qui doit pouvoir intégrer des structures privées. Il s'agit de promouvoir une logique de service s'appuyant sur une coopération intra et interrégionale en matière sanitaire.

Plusieurs niveaux de plateaux techniques de biologie sont envisageables :

- **Les centres hospitaliers régionaux universitaires et de recherche**

Ce sont de véritables instituts constitués de plate-formes de haute technicité. Ces établissements, structurés par pôles, auront besoin de personnels spécialisés avec des compétences pointues. Leurs pratiques seront à la frontière de la recherche appliquée.

Ils comportent une structure d'urgence biologique dédiée.

- **Les centres hospitaliers**

Ce sont des pôles pluridisciplinaires de biologie qui répondent aux urgences 24h/24.

Ces laboratoires de biologie seront organisés selon un maillage permettant de desservir un bassin cohérent de population. Au sein de ces plateaux techniques de biologie, s'organisera une continuité entre gestion adaptée de l'urgence médicale, activité de biologie usuelle et organisation d'unités très spécialisées et de laboratoires de référence en rapport avec les missions de l'établissement. Le laboratoire devra répondre à la fois dans des délais très courts et être disponible 24h/24.

- **Les établissements de proximité (hôpitaux locaux et établissements médicaux sociaux)**

Les développements, que sont la miniaturisation et les nanotechnologies, appuyés par les nouveaux moyens de télécommunication, permettront notamment de répondre à des besoins de biologie de proximité dans des établissements où il n'y a pas un flux d'activités médicales important.