

DHOS

Sous-direction de l'organisation du système de soins

Document de travail

25 novembre 2002

Synthèse des travaux du groupe portant sur les plateaux techniques

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 les disciplines de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, de réanimation (soins intensifs post chirurgicaux), 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, l'articulation entre ces différentes thématiques devra être assurée avant

le rendu des conclusions finales. 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 souhaite insister 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 qu'à l'échelle de chaque établissement 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 qui sera disponible à la fin du mois) 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 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 et de la DDASS un projet médical pour le territoire permettant de décrire les réponses apportées pour **couvrir les besoins de santé de la population** incluse dans ce territoire. Les besoins de santé s'entendent de l'accès aux soins primaires ou de proximité jusqu'aux soins de suite.

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 au site assurant la permanence ;
- 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 qui font appel à des praticiens des établissements pivôts de secteur soient intégrées dans une seule et même équipe, **sous la responsabilité du chef de service de l'établissement pivôt**, 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 d'avantage 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 la **démarche des contrats-relais** utilisée 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 à des moyens de télésanté et de transport 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 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 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.

1-5 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 Opérateur : un outil collectif au service de plusieurs disciplines

Le bloc opératoire est à **l'interface de nombreuses activités** : chirurgie, obstétrique, anesthésie, explorations fonctionnelles, radiologie et biologie. Chaque activité est aujourd'hui un service à part entière, avec un chef de service responsable de cette activité. **Une organisation plus efficiente des blocs opératoires est nécessaire pour mieux utiliser les moyens humains et techniques disponibles et améliorer leur productivité.**

Le bloc opératoire doit être conçu comme un **outil collectif** utilisé par différents professionnels au service du plateau technique, **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 CSP¹) est insuffisamment mise en œuvre. Les **conseils de blocs**², 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

¹ 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.

² Circulaire DH/FH n° 2000-254 du 19 mai 2000

programmation concertée à l'avance (*en dehors des urgences*), à laquelle les professionnels tiennent.

Pour répondre aux enjeux structurels et organisationnels actuels, il est indispensable que, sous la responsabilité du directeur de l'établissement, les conseils de bloc fonctionnent car ils sont les garants de cette programmation concertée. Ce fonctionnement doit s'accompagner d'une informatisation des blocs et de la mise en place d'outils de suivi et de pilotage.

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 raisons³
- 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/. La désignation d'un coordonnateur du bloc, qui ne soit ni un anesthésiste ni un chirurgien, serait essentielle pour garantir un fonctionnement optimal mais aussi reconnaître le bloc opératoire comme une entité. Un représentant de la direction de l'établissement, pourrait être désigné comme coordonnateur pour faire appliquer les décisions et gérer les conflits. **La gestion des blocs**

³ décontamination, réfection des salles mais aussi absence des personnels médicaux et paramédicaux.

opérateurs devrait pouvoir évoluer rapidement vers des centres de responsabilité.

C/. Optimiser la programmation dans les blocs opératoires est un objectif prioritaire⁴. 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 permettra alors la réalisation de la chirurgie d'urgence dans de bonnes conditions.

D/ 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 à proximité du plateau technique, et le secteur obstétrical situé dans la continuité des autres blocs et de la salle de surveillance post-interventionnelle.

E/. 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 performants**, 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. **A titre d'exemple et au minimum**, le suivi peut inclure les indicateurs suivants :

- le taux d'occupation des salles,
- le taux des interventions reportées,
- les durées d'interventions programmées par chirurgien et par acte,

⁴ le temps médical peut passer de 1 à 1.95 si tout n'est pas parfaitement programmé pour une intervention donnée (durée de l'acte par rapport au temps attendu). Ce doublement possible montre les gains potentiels de productivité.

- le taux de respect des horaires définis dans la charte du bloc.

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, qui constitue également un objectif à atteindre, ne peut être effectif à court terme.

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 suppose de réduire le nombre de sites qui l'exercent, en tenant compte de la nécessité de maintenir l'accessibilité et la réponse aux urgences.

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 gardes sont mutualisées et/ou les équipes regroupées.

La **mutualisation des gardes** permettra, dans certains cas, de garantir la permanence des soins, d'autant que l'activité nocturne des blocs opératoires est

souvent peu importante⁵ **et ne justifie pas de mobiliser autant de ressources médicales.**

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 complémentarités les équipes de CH et de CHU mais aussi celles des cliniques privées.

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 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 **consomment beaucoup de ressources pour une faible productivité.** 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 démographie 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 nécessaire et doit s'appuyer sur un lien fort entre CH et CHU.

⁵ Cf. enquête ARH Pays de Loire et enquête DREES/ SAE 2000

D/. Quel que soit le mode de fonctionnement du plateau technique, il est important de se pencher aussi sur **l'ergonomie des structures**⁶, qui joue un rôle important dans les conditions de travail des équipes. La place d'un ingénieur en organisation et logistique devrait être discutée au niveau du 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 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 chirurgie⁷ : de 18 à 34 établissements par million d'habitants suivant les régions, avec des disparités départementales marquées d'offre en terme de salles opératoires, allant de 63 à 259 salles, par ailleurs souvent surdimensionnées par rapport aux actes qui y sont pratiqués⁸ ;
- des **écarts importants d'effectifs de chirurgiens** par million d'habitants qui, en 2000, allaient de 120 à 415 praticiens selon les régions⁹, avec des disparités importantes intra régionales, d'autant plus marquées que la région est déjà déficitaire ;

⁶ Les chambres de garde doivent être localisées à proximité immédiate du plateau technique tout en offrant un isolement suffisant garantissant leur confort.

⁷ Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

⁸ Enquête GAIN 1995 - CNAMTS

⁹ Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

- 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**¹⁰ : de 3.5 dans les CHR répondants, à 2.9 dans les CH et établissements privés sous dotation globale et 2 dans les 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 au 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 *fixée à un minimum de 50 000 KC annuels (à discuter en groupe)* correspond à un seuil acceptable, mais la proportion d'actes réalisés en programmé doit être équilibrée avec l'activité d'urgences.

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).

¹⁰ Etude et résultats DREES : plateaux techniques /SAE 2000

La chirurgie a fait l'objet de nombreuses études, parmi lesquelles les rapports du Pr Guidicelli et de Mr Nicolle¹¹ 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 de 200 000 KC annuels ; **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. 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 niveaux, correspondant chacun à un territoire :

¹¹ Rapport Guidicelli en 94 et rapport Nicolle en 2001(à compléter)

1. un niveau de base, qui offre de la chirurgie viscérale et orthopédique, réalisée par des équipes présentes 24h/24, ce qui correspond à un minimum de 3 ETP pour chacune de ces deux spécialités.
2. un niveau de spécialités, intégrant chirurgie viscérale et orthopédique, vasculaire, urologique, tête et cou *et éventuellement chirurgie pédiatrique*.
3. un niveau régional et/ou interrégional, intégrant les deux niveaux précédents et leur rajoutant la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyper spécialisée.

La chirurgie gynécologique est réalisée dans les trois niveaux par le gynécologue obstétricien ou par défaut le chirurgien viscéral, s'il en a la compétence.

Les équipes chirurgicales, publiques et privées, pourront se constituer selon leurs complémentarités mais devront relever ensemble, sur chacun de ces niveaux, **plusieurs défis à l'échelle du territoire :**

- maintenir une **activité suffisante et diversifiée à l'ensemble des chirurgiens**,
- travailler en **partenariat**,
- et répondre à la **permanence des soins 24h sur 24**.

C/. Les sites qui réalisent de la chirurgie programmée ont une organisation spécifique, qui est indépendante de la structure chirurgicale répondant à la permanence des soins 24h/24.

La chirurgie programmée doit être organisée différemment et séparément de la prise en charge des urgences.

Les organisations innovantes doivent être développées, et plus particulièrement :

- la polyvalence de la structure permettant une répartition de l'activité, non pas en fonction d'une spécialité, mais à partir d'une segmentation du bloc opératoire en trois zones (hyper aseptique, aseptique standard et endoscopique),
- 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'utilisateurs, et les élus**.

2-2-2 L'OBSTETRIQUE

Les travaux les plus récents en matière de périnatalité conduisent à distinguer :

- le suivi de la grossesse, qui relève de la proximité,
- la période qui entoure l'accouchement, qui nécessite un encadrement spécialisé 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 réseau de périnatalité, qui associe l'ensemble des structures concernées sur le territoire de santé, constitue le lien indispensable entre ces trois niveaux de prise en charge pour maintenir la continuité et la sécurité des soins.

Les équipes du plateau technique sont directement concernées par la période entourant l'accouchement.

Deux questions se posent aujourd'hui avec acuité : **le lien entre la chirurgie et l'obstétrique et les critères qui doivent guider la décision du maintien des maternités de faible activité.**

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 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 maternelle¹² 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'obstétrique¹³ :

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** ».

Une double compétence médicale et chirurgicale est donc indispensable 24h/24 au sein de l'équipe de gynécologie obstétrique. Les maternités doivent donc obligatoirement être adossées à un service de chirurgie. A contrario, un service de chirurgie peut exister sans qu'il y ait nécessairement un service de gynécologie obstétrique dans l'établissement.

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

¹² 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)

¹³ l'organisation régulière d'exercices de mise en situation s'impose également.

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.

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 délais¹⁴ 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'environnement sanitaire (établissements pivots de secteur – nombre et type des transferts, accès à la transfusion sanguine) et le lien avec les services de PMI
 - l'existence de liens formalisés entre les équipes (réseaux – conventions – formations)
 - la protocolisation des transferts, associant les centres 15,

¹⁴ Un délai maximum d'1 heure en tout point du territoire et tous les jours de l'année constituerait une valeur cible

- la mise en place de coopérations entre établissements.

2-2-3 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 et à l'obstétrique, et est centrale en termes de sécurité sanitaire.

Selon l'étude récente de la DREES sur les plateaux techniques¹⁵, 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 établissement 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.

Mais on constate également des disparités d'effectifs au regard de l'activité.

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.

¹⁵ Source : SAE - DREES – Etudes et Résultats n° 189 – septembre 2002

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.

La définition du nombre de médecins anesthésistes par salle d'opération doit être précisée pour des raisons de sécurité et d'organisation. Les médecins anesthésistes listent les interventions pour lesquelles un anesthésiste ne peut pas travailler sur deux salles en même temps (base de la nouvelle CCAM). A partir de ces critères, un anesthésiste peut travailler sur deux salles à condition qu'il y ait un nombre suffisant d'IADE.

L'hyper spécialisation est le fait de seulement quelques spécialités¹⁶ mais de nombreux services d'anesthésie sont encore trop organisés en unités cloisonnées. Améliorer la polyvalence des anesthésistes réanimateurs est nécessaire pour non seulement maintenir les acquis de la formation initiale mais assurer aussi les gardes en faisant face aux multiples urgences, toutes différentes les unes des autres. Le maintien de cette compétence polyvalente en anesthésie constitue également un facteur d'amélioration de la productivité concourant à une meilleure utilisation des ressources et à une diminution des colonnes de garde.

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)

¹⁶ néonatalogie, des activités de transplantation et de la chirurgie cardiaque.

- et regrouper les gardes.

Ces éléments concourent à accroître l'attractivité des structures.

LA REANIMATION

La réanimation¹⁷ est implantée dans les établissements qui disposent au minimum d'un plateau technique de spécialités.

Dans les établissements qui offrent un plateau médico-chirurgical de base 24h/24, le suivi post opératoire des patients est assurée en salle de surveillance post interventionnel ou dans une unité de surveillance continue. En cas de complications médicales du patient, l'équipe médico chirurgicale organise son transfert, en collaboration avec le centre 15, vers une service de réanimation.

2-2-4 L'IMAGERIE

Les représentants des radiologues insistent pour que l'imagerie soit intégrée dans une approche de permanence des soins : les radiologues doivent participer à la continuité des soins et on doit veiller à sénioriser les équipes. La circulaire imagerie¹⁸ a différencié plusieurs niveaux pour les plateaux techniques d'imagerie, allant de la radiologie conventionnelle, qui relève du cabinet libéral de proximité, à un plateau diversifié et séniorisé par un radiologue formé à l'imagerie en coupe, jusqu'aux plateaux lourds de niveau régional.

Les évolutions technologiques récentes imposent d'organiser un accès à des compétences en imagerie dès lors qu'il s'agit de garantir aux patients les

¹⁷ Décrets réanimation du

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. En témoigne, par exemple, l'organisation alternée de gardes IRM sur le bassin de santé de l'Artois en région Nord Pas de calais pour permettre aux patients présentant un AVC de bénéficier immédiatement de l'IRM.

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 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 participation aux gardes constituerait la contrepartie à l'attribution de nouveaux équipements lourds.

En cas de vacance des postes et en l'absence de réponse libérale aux astreintes hospitalières, l'organisation territoriale devra prévoir, au sein des établissements de santé concernés, les modalités de réponse au programmé et au non programmé. Si en journée, des radiologues de l'établissement pivot de secteur

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

pourront être présents, la permanence des soins, et donc la présence sur site en cas d'urgence la nuit, risque d'être plus problématique. Dans ces conditions, la réponse serait assurée en s'appuyant sur trois types de professionnels et sur la télésanté : les radiologues de garde sur l'établissement de santé pivot, le manipulateur d'astreinte sur le centre hospitalier et l'anesthésiste réanimateur de garde, reliés entre eux par les technologies de l'information et de la communication, permettant la télétransmission d'images numérisées.

La télétransmission des images peut en effet être un véritable outil d'aide aux soins, préférable à l'absence de réalisation d'imagerie, qui imposerait le transfert de patients vers les établissements pivots qui sont souvent déjà en surcharge. L'étude ANAES, en cours, formalisera des recommandations sur les conditions de la télétransmission applicables à l'imagerie.

Les manipulateurs de radiologie peuvent cependant effectuer des clichés et les télétransmettre vers des sites où des radiologues, *dédiés à cette activité*, les interpréteront. Ils peuvent sous la responsabilité d'un médecin¹⁹ qui n'est pas obligatoirement un radiologue, pratiquer des actes de radiologie nécessitant une injection de produits de contraste (scanner par exemple) dès lors que l'anesthésiste réanimateur est présent sur le site de l'établissement et assure cette responsabilité. Il serait nécessaire, dans ce cadre, de finaliser des protocoles conjoints entre radiologues du site de référence et médecins du plateau technique de l'établissement concerné²⁰.

2-2-5 Plateau technique et biologie

scanner et IRM.

¹⁹ Article L 4351-1 du CSP

²⁰ Lecture juridique par le Sou Médical de l'article L 4351-1 du Code de la Santé Publique relatif à la profession de manipulateur radio

L'appartenance de la biologie au plateau technique est incontestable. Cette discipline participe aux diagnostics, aux traitements et aux actions de prévention. Les résultats produits par les services de biologie répondent à des normes de qualité (GBEA) et s'inscrivent dans une logique d'efficacité. Ces services, qui ont l'obligation légale d'être informatisé, sont confrontés à la nécessité de répondre dans des délais qui peuvent être quasi immédiats pour les blocs opératoires, la réanimation ou les urgences.

Il convient de dépasser l'organisation actuelle fractionnée et isolée pour aller vers des organisations coordonnées de biologie en fonction des techniques et des besoins des plateaux techniques.

Plateau technique et urgences

2-2-6 Plateau technique et transports sanitaires

La réorganisation des plateaux techniques implique de repenser la politique des transports sanitaires dans le souci de garantir aux usagers une équité dans l'accès aux soins 24 heures 24.

Il convient d'assurer un maillage renforcé et équitablement réparti sur le territoire.

Les moyens hélicoptérés, publics ou privés, doivent être développés et répartis selon les besoins : accessibilité géographique et délais de transfert.

L'organisation des transports sanitaires, médicalisés ou non, doit être inclus dans le SROS en s'appuyant sur les complémentarités publics et privés.

La coordination des transferts non programmés est de la responsabilité des centres 15.