



ars
Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie



Le Projet régional de santé (PRS)



2012-2017

Sommaire

Avant-propos

La santé, un bien, une valeur 3

Les schémas d'organisation 5

- Schéma régional de prévention (SRP) 7
- Schéma régional d'organisation des soins (SROS) 8
- Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) 10

Focus

- Démographie des professionnels de santé 6
- SROS 2012-2017 : sur la lancée 9

Les priorités du Projet régional de santé 11

Approche thématique

- Addictions 12
- Cancérologie 14
- Environnement 16
- Handicap 18
- Maladies chroniques 20
- Périnatalité & petite enfance 22
- Personnes âgées 24
- Précarité 26
- Santé mentale 28
- Urgences & permanence des soins 30

Photo couverture (professionnels de santé) © Fotolia



Avant-propos

La santé, un bien, une valeur

La santé, c'est pour nos concitoyens un bien, voire un droit, et pour notre société, une exigence, presque une valeur collective.

Pour chacun d'entre nous, la santé représente en effet le bien le plus précieux.

Pour notre société, elle caractérise une politique qui s'inscrit dans les valeurs de la République : la liberté, l'égalité, la fraternité.

De là vient le fait que la politique de santé soit soumise à des exigences souvent contradictoires comme, par exemple, d'un côté l'égalité d'accès aux soins, de l'autre la liberté de choix du praticien et, pour ce dernier, la liberté d'installation.

De là, aussi, le fait que ses objectifs soient pour l'essentiel l'objet d'un consensus mais que les désaccords soient vifs quand on évoque ses modalités de mise en œuvre.

De là, enfin, l'écart entre les ambitions affichées, chaque fois plus élevées, et les résultats atteints, qui sont rarement jugés suffisants.

Pourtant, la Haute-Normandie peut être fière de l'action conduite grâce à l'engagement des acteurs de santé et aux financements alloués par la sécurité sociale, les collectivités et l'État.

»» Le Projet régional de santé : un projet différent pour une époque différente

Le Projet régional de santé (PRS) de Haute-Normandie est un projet qui définit non seulement l'offre de soins pour les cinq années à venir mais aussi les orientations en matière de prévention, de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

C'est une première différence avec les anciens plans et schémas.

Le cœur du sujet, c'est bien la personne : la personne comme usager qui, à ce titre, a des droits mais aussi des devoirs à commencer par celui d'agir de manière responsable. La personne comme patient aussi : sa prise en charge dans une logique de parcours de santé répond à des priorités claires, comme le maintien à domicile, les actes ambulatoires, la pluridisciplinarité de l'approche ou la coordination des offres.

Le cœur de l'action, c'est le territoire, un territoire défini au plan régional, à partir des habitudes de vie et des solidarités économiques et sociales de ses habitants. La Haute-Normandie compte quatre territoires de santé. Le Projet régional ce sera donc, à terme, quatre projets territoriaux, un par territoire de santé, des projets définis et mis en œuvre avec les quatre conférences de territoire. Rendre les territoires attractifs, si l'on veut y faire venir les meilleurs professionnels est un impératif catégorique pour les élus comme pour les administrations.

L'époque aussi est différente.

La place et le rôle des acteurs ne sont plus les mêmes. Certains d'entre eux sont inquiets. La médecine libérale voit disparaître le monde qui l'a fait naître autant que les générations qui l'ont animée et son trouble vient de ce qu'elle sait que ce qui se dessine demain ne correspondra plus à ce qui la motivait autrefois.

L'hôpital public se sent vulnérable alors qu'il demeure, quoi qu'il arrive, la pierre d'angle du service public et le creuset du savoir-faire hospitalier. Le secteur médico-social et de la prévention, notamment le monde associatif, craint de



perdre sa liberté et sa capacité d'innovation alors même que l'expérimentation et l'esprit d'initiative sont une des conditions du progrès.

La différence vient également des évolutions radicales que rendent à présent possibles les **techniques nouvelles**. A titre d'exemple, la télémédecine et les interventions chirurgicales non invasives démultiplient l'efficacité des actes en même temps qu'elles obligent les acteurs de santé à redéfinir leur cœur de métier et à développer de nouvelles compétences.

La différence, c'est celle enfin qu'introduit l'**impératif économique**.

La santé n'a pas de prix, disait-on. Certes, mais elle a un coût, celui que fixe à présent chaque année l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). La contrainte financière agit sur chaque acteur, particulièrement sur le système sanitaire dans l'exigence d'un équilibre budgétaire qui est la condition des modernisations futures.

Entre l'impératif économique et les valeurs que porte notre conception du système de santé s'établit ainsi une tension persistante qui justifie le rôle de régulation de l'autorité publique.

Pour une époque différente, ce Projet régional de santé se devait d'être un projet différent.

C'est un **projet participatif**, élaboré au terme d'un réel exercice de démocratie sanitaire. C'est aussi un projet sans concession qui, dans son diagnostic, pointe les contraintes réelles que constituent les déterminants sociaux et environnementaux de notre région.

Mais, c'est un **projet de progrès** qui met en valeur le chemin parcouru, rappelle les solidarités à l'œuvre et trace des perspectives pragmatiques, à la fois concrètes et mesurables.

Ce projet est un **projet de confiance et d'exigence**, deux attitudes qui caractérisent bien la relation existant entre nos concitoyens et les acteurs de santé.

Claude d'Harcourt
Préfet, Directeur général de
l'Agence régionale de santé
de Haute-Normandie



The background features a large, faint 'ARS' logo on the left and the word 'arc' in a large, stylized font on the right. The overall color scheme is blue with white text.

Les schémas d'organisation

S'appuyant sur le Plan stratégique régional de santé,
les trois Schémas d'organisation déclinent les priorités de la Haute-Normandie
dans les domaines qui relèvent des compétences de l'Agence régionale de santé :
la prévention, les soins et l'accompagnement médico-social.

FOCUS

Démographie des professionnels de santé

La Haute-Normandie souffre d'un déficit chronique en matière de démographie des professionnels de santé avec de fortes disparités selon les métiers et les territoires. Une réalité qui a été parfaitement intégrée dans l'élaboration du Projet régional de santé.

Pour l'année 2011, les **médecins généralistes et spécialistes** (tous types d'exercices) affichent respectivement une densité de 136/100 000 habitants (vs 161 en moyenne nationale) et 131/100 000 habitants (vs 173). En psychiatrie, la légère progression constatée par rapport à 2010 (9 médecins supplémentaires) ne permet pas de rattraper l'écart avec l'échelon national (14 vs 22). Pour la densité de **chirurgiens-dentistes**, la Haute-Normandie est toujours au dernier rang des régions françaises (41 vs 66) ; la situation est plus préoccupante pour l'Eure (37) que pour la Seine-Maritime (42). La densité de **pharmaciens** s'est érodée en 2011, accusant un retrait de dix points par rapport à la France (105 vs 115). Quant aux autres **professions médicales et paramédicales** (infirmier(e)s, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes), elles présentent toutes des densités inférieures aux moyennes nationales, même si leurs effectifs sont globalement orientés à la hausse.

Horizon 2015 : quatre priorités d'action

Face à cette situation préoccupante, la Haute-Normandie a adopté une stratégie d'action pluriannuelle très volontariste, déclinée en quatre priorités :

- 1 • Favoriser les recrutements et la stabilisation des professionnels de santé dans la région, les acquisitions et le développement permanent des compétences** : accentuation de la formation continue en partenariat, gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), renforcement/adaptation de l'appareil de formation pour les métiers en tension, actions en faveur de la promotion professionnelle...
- 2 • Développer les pratiques collaboratives et innovantes permettant une amélioration des prises en charge sur les territoires de premier recours** : cartographie des compétences spécifiques par territoire de santé, formation par l'apprentissage, contrat de formation sanitaire, protocoles de coopération, portage de métiers nouveaux, télésoins...
- 3 • Actualiser régulièrement et rendre lisible la connaissance des besoins dans les champs sanitaire, médico-social et ambulatoire, avec les partenaires** : consolidation des données partagées, recensement par territoire des postes médicaux nécessaires au fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'en libéral, suivi et diffusion de l'enquête ARS sur l'évolution des professions sensibles non médicales...



Centre de soins dentaires de Rouen

- 4 • Contribuer à la professionnalisation des acteurs de santé, tant en formation initiale que continue** : développement des postes d'internat et de post-internat, diversification des terrains de stage, expérimentation de modes de formation innovants (centres de soins dentaires), augmentation des quotas (infirmiers, cadres de santé et métiers de la rééducation)...

Au final, l'objectif est d'**accroître l'attractivité de la région** vis-à-vis des professionnels de santé et de les fidéliser, d'accompagner les parcours professionnels par la formation initiale et continue, de réduire les écarts de densités par rapport au niveau national... avec, en ligne de mire, un meilleur accès à des soins de qualité pour tous les Haut-Normands.

Schéma régional de prévention (SRP)

Le Schéma régional de prévention a pour objectif de participer à l'amélioration de la santé des Haut-Normands par la promotion des politiques publiques, des environnements et des comportements favorables à la santé. Premier du genre, il offre une vision territoriale et prospective de l'organisation des services et des actions, des coopérations et des financements. Il s'inscrit dans une démarche partenariale associant tous les acteurs de santé publique qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des professionnels et associations intervenant dans le champ de la santé, du social ou de l'éducation...

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Trois priorités d'action

1 Inscrire la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie

Les actions sont prioritairement organisées en direction des personnes en situation de précarité : **jeunes** (amélioration de l'accès et de l'utilisation des méthodes contraceptives, actions ciblées pour lutter contre les addictions, le suicide, l'obésité), **adultes** (prévention des pratiques addictives, réduction des expositions aux facteurs de risques environnementaux, habitat dégradé), **personnes âgées et handicapées**.

2 Soutenir les dispositifs de prévention majeurs

Amélioration de la **couverture vaccinale** et des taux de **dépistage** (cancer du sein et cancer colorectal), en particulier dans les territoires aux taux les plus faibles. Développement de l'**éducation thérapeutique du patient** et intégration dans les projets de maisons ou pôles de santé.

3 Réduire les inégalités en renforçant les actions de prévention-promotion de la santé dans les territoires identifiés comme prioritaires

Autour de **Dieppe** (Blangy/Bresle, Offranville, St-Valery-en-Caux), **Rouen** (Aumale, Caudebec-lès-Elbeuf, Cléon, Elbeuf, Neufchâtel-en-Bray, Oissel, Petit-Quevilly, St-Etienne-du-Rouvray, Sotteville-lès-Rouen, Yvetot), **Le Havre** (Fécamp, Fauville-en-Caux, Goderville, Gonfreville-l'Orcher, Harfleur, St-Romain-de-Colbosc), et dans l'**Eure** (Bernay, Breteuil/Iton, Le Neubourg, Rugles, Verneuil/Avre).



Trois niveaux d'intervention

L'organisation des activités de prévention et de promotion de la santé est déclinée en trois niveaux :

- **niveau régional** : pilotage, observation, ressources et évaluation.
- **niveau intermédiaire** : coordination (ateliers santé ville, réseaux locaux de promotion de la santé).
- **niveau opérationnel** : élaboration et mise en œuvre des projets, en particulier des **contrats locaux de santé**. Ces nouveaux contrats, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales, intègrent la problématique santé dans son acception la plus large (accès aux soins, addictions, nutrition, santé mentale, vieillissement, habitat-environnement...).

VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)

Au regard du contexte régional, marqué par des risques naturels, technologiques et environnementaux mais également par des risques en matière de maladies transmissibles, le SRP vise à :

- **renforcer la veille et l'alerte** : consolidation de la plate-forme d'urgence et de veille sanitaire de l'ARS, développement de la culture du signalement, structuration du réseau régional de veille sanitaire, accompagnement des établissements dans la mise en place de programmes de prévention des risques.
- **améliorer le dispositif de préparation et de gestion des situations exceptionnelles** : plans de secours et de défense, plans blancs, outils d'aide à la décision, organisation territoriale en réponse aux événements pouvant être gérés localement, participation des professionnels de premier recours.
- **développer la communication sur les urgences et les risques sanitaires** : en direction de la population, des professionnels de santé, des élus et des médias.

Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Ce SROS de quatrième génération fixe, pour cinq ans, les orientations de l'organisation des soins hospitaliers et - pour la première fois - ambulatoires en Haute-Normandie. Il s'est donné une triple ambition : mieux répondre à l'évolution de la demande de soins liée au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et du cancer ; garantir l'accessibilité et la qualité des soins par le renforcement des zones déficitaires et une meilleure organisation des filières de prise en charge des malades ; améliorer l'efficacité des ressources et des organisations par le regroupement des structures et/ou activités, la mutualisation des moyens, les coopérations public/privé, le développement de certaines modalités d'hospitalisation (HAD, chirurgie ambulatoire...) et le déploiement de la télémédecine.

►► SROS "AMBULATOIRE"

Deux volets

1 Les soins de ville

La priorité est au développement des **modes d'exercice coordonnés** entre professionnels de santé libéraux afin de conforter l'offre de soins de premier recours : maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé et centres de santé. Ce chapitre du SROS décrit le dispositif d'accompagnement des professionnels de santé mis en place par l'ARS, notamment la **plate-forme régionale d'appui aux professionnels de santé**, opérationnelle depuis le 1^{er} juillet 2011. Il établit également la **cartographie des zones fragiles** éligibles aux mesures, notamment financières, destinées à favoriser une meilleure répartition, sur le territoire, des professionnels, maisons, pôles et centres de santé.

2 Les réseaux de santé

L'objectif est d'améliorer la couverture géographique et l'efficacité des réseaux de santé (vingt-trois en Haute-Normandie). Leur vocation est de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations ou pathologies : gérontologie, diabète, obésité, maladies respiratoires, douleur et soins palliatifs...

►► SROS "HOSPITALIER"

L'approche territoriale

Le **territoire de santé** est le lieu d'organisation des établissements et structures de santé, et de déclinaison opérationnelle des orientations du SROS (réponse aux besoins de proximité et accès aux principales activités spécialisées). Il est le lieu privilégié de l'organisation des filières de soins, des coopérations, de la mutualisation des plateaux techniques et des ressources médicales, de la permanence des soins. La Haute-Normandie en compte quatre : Rouen-Elbeuf, Le Havre, Évreux-Vernon et Dieppe. L'organisation hospitalière est graduée en **trois niveaux** :

- **les activités de proximité** sont structurées autour d'une offre ville-hôpital, en lien avec l'offre médico-sociale ;
- **le niveau de recours** conjugue l'accès à un plateau technique à des compétences médicales et soignantes spécialisées, disponibles dans le territoire de santé ;
- **le niveau de recours régional** est assuré principalement par le CHU de Rouen et le CRLCC (Centre régional de lutte contre le cancer) Henri Becquerel.

L'approche thématique

Le SROS 2012-2017 définit les orientations régionales concernant :

- **Dix sept activités de soins et équipements matériels lourds**, dont : médecine, hospitalisation à domicile, chirurgie, périnatalité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, réanimation, soins intensifs et surveillance continue, traitement du cancer, imagerie médicale, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, soins aux personnes détenues...
- **Quatorze missions de service public**, dont : recherche, enseignement universitaire et post-universitaire, formation initiale et développement professionnel, actions de santé publique, d'éducation et de prévention, aide médicale urgente, permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé, lutte contre l'exclusion sociale...

SROS 2012-2017 : sur la lancée

Ces quinze dernières années, la Haute-Normandie a connu une transformation profonde de son paysage sanitaire*, conjuguant reconfigurations hospitalières et restructurations immobilières. Ce mouvement, d'une ampleur sans précédent, a été accompagné par un effort d'investissement de **plus d'un milliard d'euros en dix ans**, à la faveur des Plans Hôpital 2007 et 2012, et du Programme régional d'investissement en santé mentale (PRISM).

Principales reconfigurations hospitalières...

Plusieurs opérations de reconfiguration hospitalière sont en cours ou programmées dans le cadre du SROS 2012-2017. Parmi les principales :

- **Territoire de santé Rouen-Elbeuf** : création de la Clinique de soins de suite de Bois-Guillaume (Clinea) dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le CHU de Rouen, construction de la Clinique psychiatrique du Pays de Caux et transformation de la Clinique chirurgicale d'Yvetot en Centre de chirurgie ambulatoire exclusif, remplacement de l'activité de médecine par des soins de suite et de réadaptation à l'hôpital de Barentin...
- **Territoire de santé du Havre** : inauguration de la Clinique psychiatrique Océane au Havre (début 2012), construction de la Clinique Dynamis (soins de suite et de réadaptation) à Harfleur dans le cadre d'un GCS avec le Groupe hospitalier du Havre (GHH), transformation de l'activité de chirurgie du CH de Pont-Audemer en chirurgie ambulatoire exclusive, en lien avec le GHH et le CH de Bernay, remplacement de l'activité de médecine par des soins de suite et de réadaptation à l'hôpital de Saint-Romain-de-Colbosc...
- **Territoire de santé d'Évreux-Vernon** : reconstruction sur site du CHS de Navarre (2012-2013), réorganisation de l'offre de soins privée à Évreux, réorientation des ex-"hôpitaux locaux" de Pacy-sur-Eure et Breteuil-sur-Iton en EHPAD, remplacement de l'activité de médecine par des soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux du Neubourg et des Andelys...
- **Territoire de santé de Dieppe** : remplacement de l'activité de médecine par des soins de suite et de réadaptation à l'hôpital de Saint-Valery-en-Caux...

...et évolutions d'activités attendues

- **Médecine** : développement de filières gériatriques complètes, adaptation des réponses qualitatives et quantitatives à l'augmentation des maladies chroniques, structuration de filières spécialisées (AVC, syndromes coronariens aigus, addictions, troubles du comportement alimentaire...), renforcement de l'hospitalisation à domicile (HAD), amélioration des soins pédiatriques.

- **Chirurgie** : développement de consultations avancées, renforcement de la chirurgie programmée et de la chirurgie ambulatoire (passer d'un taux de 40% en 2011 à 65% en 2016).

- **Périnatalité** : optimisation du fonctionnement en réseau des maternités, de la prise en charge de populations particulières (précarité, grossesses à risques, urgences obstétricales, IVG...) et de la qualité des pratiques médicales.

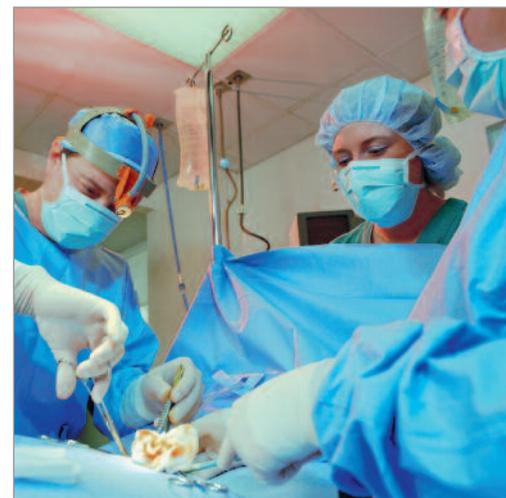
- **Psychiatrie** : amélioration de l'accès aux soins et diversification de la politique de santé mentale par territoire avec le souci de mutualisation et de coordination.

- **Soins de suite et de réadaptation** : poursuite du développement de cette activité, notamment par conversion des lits de médecine des ex-"hôpitaux locaux".

- **Médecine d'urgence et permanence des soins** : mise en place du réseau régional des urgences, interconnexion Samu-Sdis, adaptation de la couverture territoriale des SMUR, amélioration de l'accueil en urgence de populations et/ou de pathologies spécifiques (psychiatrie, personnes âgées, enfants...)

- **Traitement du cancer** : amélioration de la qualité de la prise en charge (protocoles de soins "sur-mesure"), modernisation des organisations, des équipements et des structures.

- **Imagerie médicale** : installation de nouveaux équipements et mise en place d'un réseau régional image.



* Au 1^{er} janvier 2011, l'offre de soins hospitalière haut-normande se composait de :

- **67 établissements d'hospitalisation conventionnelle** (dont 29 publics, 13 privés d'intérêt collectif et 25 privés) représentant près de 10 000 lits et 1 700 places ;
- **10 établissements d'hospitalisation à domicile** (321 places).

Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS)

Ce premier SROMS affirme la place du médico-social dans la politique de santé et la volonté d'organiser le secteur en partenariat avec les Conseils généraux, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale. Il s'intéresse aux populations dites "vulnérables", du fait de leur âge, de leur handicap, de leur comportement (conduites addictives) ou de la précarité de leur situation. Pour chacune d'elles, le Schéma appréhende les organisations à partir des besoins des personnes, de leur parcours de vie et de santé ; il s'appuie sur une logique de territoire et sur une approche transversale (prévention, soins, actions médico-sociales) ; il promeut la qualité de l'accompagnement, l'efficacité et la performance des établissements comme des services médico-sociaux.

L'état des lieux de l'offre médico-sociale fait ressortir une situation relativement favorable en Haute-Normandie, les taux d'équipements dans ce domaine étant soit comparables, soit supérieurs aux moyennes nationales. Un dynamisme qui résulte à la fois de la déclinaison régionale des plans nationaux (Alzheimer, Solidarité Grand Âge, Autisme, Personnes handicapées...) et de la mise en œuvre des Schémas départementaux par les Conseils généraux de l'Eure et de la Seine-Maritime. Demeurent, toutefois, des disparités infra-régionales qui devront être corrigées à l'issue du SROMS 2012-2017.

ORGANISER LES PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES

Trois types de populations

1 **Les personnes âgées fragiles** : l'ambition est d'organiser les **parcours de vie et de santé** des personnes au sein d'un dispositif structuré par **territoire** favorisant les articulations entre professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

- Assurer un **dépistage précoce de la fragilité** et garantir l'accès à des (ré)évaluations médico-psychosociales.
- Développer le **maintien à domicile** en déployant, autour de la personne âgée, des services adaptés à ses besoins.

- Adapter le dispositif d'**hébergement** et mieux prendre en charge des pathologies spécifiques (maladies d'Alzheimer et apparentées, cancers...).
- Poursuivre le développement des **filières gériatriques**, notamment des équipes mobiles.

2 **Les personnes en situation de handicap**

avec deux enjeux majeurs : d'une part, l'amélioration de la connaissance, de l'évaluation et de l'orientation de ces personnes et, d'autre part, l'adaptation de l'offre médico-sociale afin de construire des parcours de vie pour les personnes handicapées. Des actions spécifiques : inclusion des jeunes en situation de handicap (scolarisation, insertion/formation professionnelle, accès au logement ordinaire ou adapté), accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, des personnes en situation de handicap psychique, ou souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement.



3 **Les personnes en difficulté**, avec deux populations cibles :

- les personnes souffrant d'**addictions** : déploiement, à l'échelle du territoire de proximité, de Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour intervenir au plus près des personnes et dans la durée.
- les personnes en situation de **précarité** (sans abris ou en foyer) : mise en œuvre de dispositifs adaptés à leurs besoins.

QUALITÉ, EFFICACITÉ ET PERFORMANCE

La qualité de l'accompagnement et de la prise en charge au sein des établissements et services médico-sociaux passe par une politique de ressources humaines renforcée, la promotion de la bientraitance, les démarches de contractualisation et de coopération, la poursuite du processus d'amélioration continue de la qualité (dispositifs d'évaluation interne et externe).

Les priorités du Projet régional de santé

- Approche thématique •

Conçu autour de la personne, en tenant compte de ses fragilités et de ses spécificités, le Projet régional de santé s'inscrit dans une double logique : le territoire et la transversalité.

Dans les pages suivantes sont présentées ses dix priorités thématiques, de "A" comme "Additions" à "U" comme "Urgences".

Addictions

La Haute-Normandie paie un lourd tribut aux conduites addictives. L'alcool et le tabac, par exemple, sont ainsi responsables de 20% des décès. Même si les comportements des Haut-Normands suivent les tendances observées à l'échelon national, plusieurs phénomènes restent inquiétants : l'ivresse aiguë chez les jeunes, l'importance du tabagisme féminin, la sur-consommation de drogues illicites... A cela s'ajoutent l'avancée de l'âge d'entrée en consommation, la forte évolution des pratiques ("effet de mode") et le développement des poly-consommations. Face à cette problématique, le Projet régional de santé se donne pour priorité de mettre à disposition des populations et des professionnels locaux (sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs...) des compétences spécialisées pour agir, précocement, au plus près du milieu de vie et dans la durée.

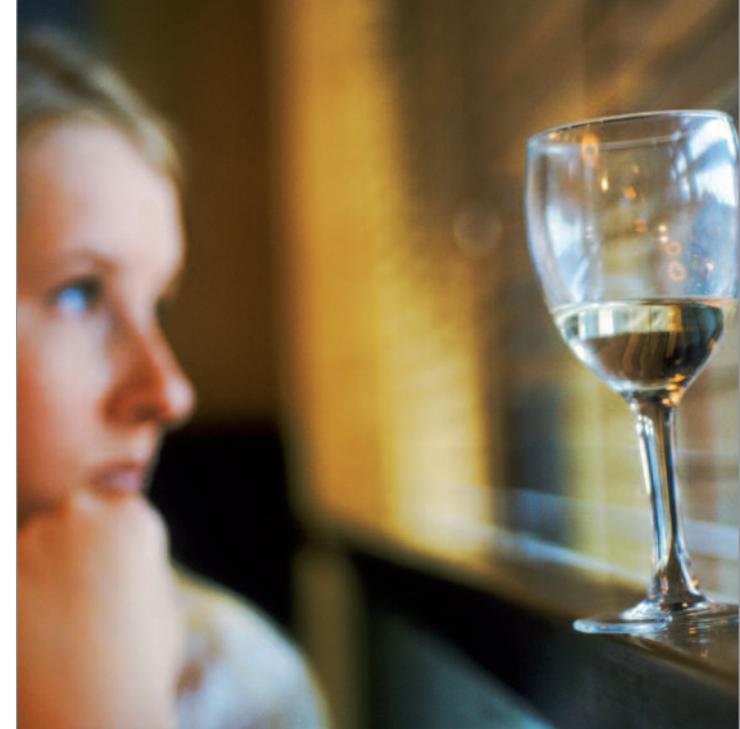
2007-2011 : changement d'approche

Avec la montée en puissance des poly-consommations, le concept et le dispositif d'addictologie ont été redéfinis clairement à partir de 2007 en privilégiant une approche non plus orientée sur le produit (alcool, tabac, cannabis...), mais centrée sur la personne et son comportement. Une approche pluridisciplinaire dans laquelle, aux côtés du sanitaire et du social, l'intervention médico-sociale occupe une place de choix. L'effort financier important réalisé ces cinq dernières années - **+55% pour la dotation régionale** attribuée au titre de l'ONDAM* médico-social "personnes en difficultés spécifiques" - a permis, notamment, de mettre en place **dix neuf Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** (CSAPA). Ces structures de proximité, généralistes, assurent quatre missions principales : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation des personnes. Elles viennent compléter l'action des **cinq Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues** (CAARUD) mis en place dans les principales agglomérations.

PRIOIRITÉS D'ACTION 2012-2017

Pour les cinq ans à venir, le Projet régional de santé se propose de poursuivre le développement des CSAPA afin d'assurer un maillage complet du territoire, tant en milieu urbain que rural. L'objectif est aussi de créer un réseau régional unique d'addictologie en se fondant sur les deux réseaux existants (Toxenville et Riahn).

* Objectif national de dépenses d'assurance maladie



1 Structurer une organisation efficace et lisible :

- **couverture du territoire régional par des opérateurs qualifiés en prévention** (associations de prévention, CSAPA), garantissant la mise en œuvre d'une méthodologie validée ;
- **réaffirmation de la place du secteur médico-social en addictologie**, en particulier du CSAPA, entité de référence pour les pratiques addictives à l'échelle du territoire de proximité ;
- **territorialisation** : définition du périmètre et de la mission de chaque opérateur, ainsi que de leurs articulations. Mise en place d'un réseau régional unique en addictologie et, par son intermédiaire, d'une animation du dispositif à l'échelle du territoire de santé.

2 Réajuster l'offre en fonction des besoins constatés sur la base de critères sanitaires :

- recalibrage des dotations budgétaires selon les besoins identifiés à l'échelle du territoire de proximité ;
- abord systématique du tabac et de l'alcool dans les actions de prévention et les prises en charge sanitaires et médico-sociales, quelle que soit la pratique addictive principalement visée ;
- renforcement prioritaire de l'offre :
 - à destination des personnes en situation de précarité économique et sociale, des jeunes, des femmes enceintes et des personnes confrontées à des co-morbidités psychiatriques...
 - sur les territoires de la politique de la ville (Bernay, Dieppe, Eu, Neufchâtel-en-Bray, Verneuil-sur-Avre...).

3 Privilégier la prévention et l'intervention précoce :

- inscription des actions de prévention en addictologie dans une démarche globale visant le développement des compétences psycho-sociales des jeunes (notamment en milieu scolaire) et des adultes (capacité effective à se passer d'une pratique addictive) ;
- mise en place de dispositifs de repérage et d'orientation précoce (urgences, maternité/périnatalité, justice, travailleurs sociaux, services de santé au travail et de santé scolaire...);
- optimisation des organisations pour permettre une première consultation dans des délais rapides et un accueil non stigmatisant.

4 Développer les interventions de proximité :

- participation des acteurs locaux de l'addictologie dans les actions de prévention menées sur un territoire ;
- mise en place d'antennes locales, de consultations avancées et de soutien aux acteurs non spécialistes de l'addiction (formation, analyse des pratiques) au sein des structures sociales, des établissements accueillant des jeunes et des cabinets de médecine générale ;
- définition du cadre de l'intervention médico-sociale à domicile en addictologie.

Innovation

Un appui pour les médecins de ville

Les pratiques addictives ne sont pas un sujet facile à aborder, y compris pour les médecins traitants qui connaissent ou suspectent les difficultés de leurs patients en ce domaine, sans toujours avoir le temps ou les outils pour engager sereinement la discussion. Dans le cadre des « pôles pluridisciplinaires de santé », ils pourront maintenant faire appel aux professionnels des CSAPA pour bénéficier de leur appui :

- conseils et information sur les addictions et le dispositif d'accompagnement spécialisé ;
- possibilité de formation à des outils adaptés (par exemple le « repérage précoce / intervention brève » ou RPIB) ;
- possibilité de mise en place d'une consultation spécialisée de proximité, articulée avec le suivi généraliste du médecin traitant, permettant à chacun de rester dans son rôle tout en proposant au patient un accompagnement global et cohérent.

“ Agir
précocément,
au plus près du milieu de vie
et dans la durée ”

PARTENARIAT autour des jeunes

A Dieppe : une consultation sur mesure

Le Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'Œuvre normande des mères (ONM) développe un dispositif spécifiquement pensé pour le public « jeunes » : la consultation jeune consommateur (CJC). Il s'agit d'intervenir le plus en amont possible, dès les premières consommations (notamment de tabac, d'alcool et de cannabis), pour désamorcer les pratiques addictives et aider chaque jeune à faire face aux difficultés (notamment relationnelles, psychologiques...) qui peuvent avoir contribué à leur émergence.

Chacun dans son rôle

Pour toucher de manière plus efficace ce public, l'ONM a travaillé avec les professionnels de l'Éducation nationale (chef d'établissement, équipes de la santé scolaire) pour insérer la « Consultation jeunes consommateurs » dans un dispositif partenarial pensé autour du jeune : la présence de la CJC au sein même de certains établissements scolaires permet aux infirmières de santé scolaire d'orienter facilement les jeunes vers cette consultation, en ayant pris le temps nécessaire à la préparation de cette orientation et en saisissant rapidement les fenêtres d'opportunité (dès que le jeune accepte la démarche). Le dispositif maximise les chances de voir un jeune - dont les pratiques addictives ont été repérées par l'infirmière scolaire - s'engager dans un accompagnement spécialisé.

Ainsi, chaque acteur reste dans son rôle (la santé globale pour l'infirmière scolaire, l'accompagnement en addictologie pour les professionnels du CSAPA) tout en offrant aux jeunes un accompagnement complet et cohérent, une réponse adaptée et facile d'accès.



© Fotolia

Cancérologie

Par rapport à la moyenne nationale, la Haute-Normandie affiche une surmortalité par cancers de plus de 6 %, ce qui la situe en deuxième position des régions françaises, après le Nord Pas-de-Calais. Une situation qu'elle doit à des déterminants de santé défavorables (alcool, tabac, habitudes alimentaires...), aux risques environnementaux, notamment industriels (amiante) et au vieillissement de sa population. Ces dernières années, des progrès importants ont été réalisés tant en matière de prévention et de dépistage que de traitement grâce à la mise en œuvre d'une organisation graduée et coordonnée de prise en charge, le développement de compétences et de techniques de pointe, avec un effort particulier en faveur de l'imagerie médicale. L'ambition du Projet régional de santé est d'aller plus loin afin de garantir, à chaque patient, un égal accès à des soins de qualité, adaptés à sa situation.

2007-2011 : une mutation sans précédent

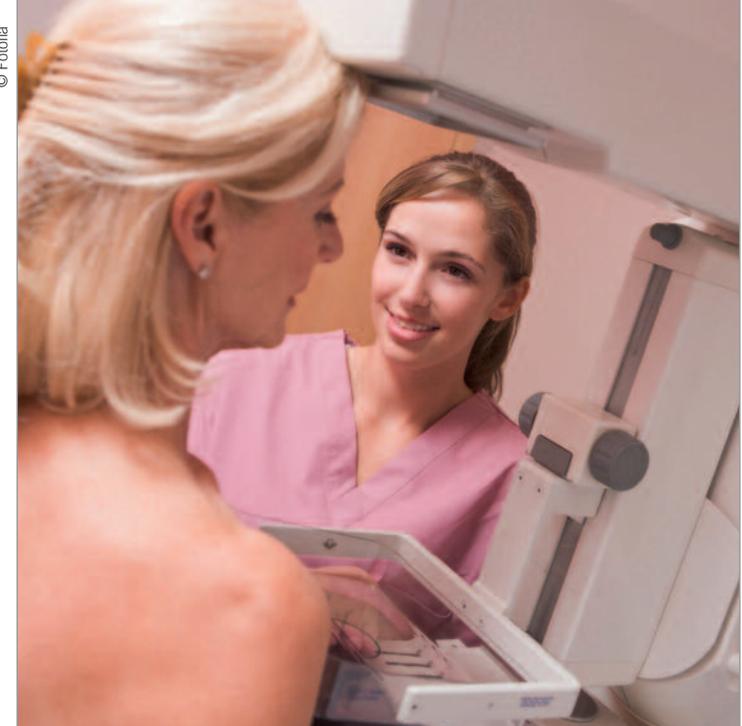
Dans le cadre des **Schémas régionaux d'organisation sanitaire** (SROS) de deuxième et de troisième générations, et sous l'impulsion du **Plan Cancer**, la cancérologie a connu une mutation sans précédent au cours de la dernière décennie : gradation des soins, centrée sur le Pôle régional de cancérologie (CHU/CRLCC H. Becquerel), développement du dépistage, renforcement du parc d'équipements lourds, mise en place des centres de coordination en cancérologie (3C), consolidation du Réseau Onco-normand et du Cancéropôle Nord-Ouest. De nombreuses **innovations** ont également été initiées : dispositif d'annonce, réunions de concertations pluridisciplinaires, plans personnalisés de soins, soins de support (prise en charge de la douleur, soins palliatifs...).

►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

A cinq ans, l'ambition du Projet régional de santé est d'**offrir la même qualité de prise en charge à tous les patients haut-normands**, où qu'ils se trouvent sur le territoire, de consolider le dispositif de **dépistage** organisé (cancer du sein, cancer colo-rectal) ou non, d'améliorer encore l'accès aux outils de diagnostic et de suivi thérapeutique.

Un effort important sera ainsi consenti pour le développement de l'**imagerie médicale**, notamment des IRM : le parc devrait doubler d'ici à 2017, ce qui réduira de façon significative les délais d'attente. Une attention particulière sera portée à l'écoute, l'information et l'éducation des patients et de leur famille.

© Fotolia



1 Adapter l'offre structurelle aux besoins :

- consolidation et amélioration de la lisibilité de l'organisation des soins : autour du **Pôle régional de cancérologie** et, à l'échelle des territoires de santé, les **établissements de santé "autorisés"** à pratiquer certaines activités (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) et les **établissements de santé "associés"**.
- modernisation des équipements et des plateaux techniques (radiothérapie, chimiothérapie...);
- renforcement de l'imagerie médicale avec l'installation de nouveaux équipements lourds - scanner, IRM, TEP (tomodensitométrie à émission de positons) - et la création du réseau de télé-imagerie.

2 Garantir au patient une trajectoire de prise en charge harmonieuse et de qualité :

- il s'agit de faire converger, autour de lui, l'ensemble des compétences, plateaux techniques et soins adaptés à sa situation.
- assurance, pour chaque patient, d'accéder au dispositif d'annonce, aux soins de support et à un projet thérapeutique, décliné en plan personnalisé de soins, et de bénéficier de traitements conformes aux référentiels de bonnes pratiques (INCa, HAS et AFSSAPS).
- harmonisation des **centres de coordination en cancérologie** (3C), véritables "cellules qualité" dont la mission est, précisément, de s'assurer que chaque patient est pris en charge dans des conditions optimales.

• amplification de la dynamique de réseau autour du Pôle régional de cancérologie (CHU/CRLCC H. Becquerel), du Réseau Onco-Normand et du Cancéropôle Nord-Ouest qui jouent également un rôle essentiel dans le domaine de la recherche.

3 Renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Au-delà du respect des dispositions réglementaires (procédures d'autorisation et d'agrément, référentiels et protocoles nationaux) qui encadrent ces activités, plusieurs priorités sont affichées par le Projet régional de santé :

- **le système d'information** : mise en œuvre du Dossier commun en cancérologie et promotion de la télésanté (visioconférence) pour développer l'expertise et faciliter le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires...
- **les compétences et les organisations** : au regard de l'évolution défavorable de la démographie médicale et de la montée en puissance prévisible des pathologies cancéreuses, liée au vieillissement de la population, l'effort de formation et de recrutement de personnels qualifiés, ainsi que de leur organisation, sera poursuivi activement. C'est notamment le cas dans certaines spécialités, telles que l'onco-pédiatrie, l'onco-hématologie et l'onco-gériatrie...
- **les coopérations et partenariats** : confortant l'organisation en réseau, ils participent de la qualité et de la sécurité des soins. Ils seront déclinés à l'échelle de la région et de l'interrégion, des territoires de santé (entre les établissements sanitaires) et des territoires de premier recours (relations ville-hôpital)...

Initiative

Le maintien à domicile en phase d'expérimentation

La mise en œuvre du plan personnalisé de soins à domicile constitue un enjeu majeur pour les années à venir, en particulier pour les personnes âgées (les plus de 70 ans représentent près de 60% des cancers diagnostiqués). Elle suppose la **continuité des soins** à la sortie de l'hôpital - sur la base des mêmes critères de qualité et de sécurité - la **pluridisciplinarité** de l'approche (infirmier, pharmacien...) autour du médecin traitant, ainsi que la mobilisation des structures de prise en charge à domicile (SSIAD, HAD...) et des réseaux de santé (douleur, soins palliatifs...). Depuis 2011, un dispositif expérimental - faisant intervenir une infirmière de coordination - est mis en œuvre en Haute-Normandie, sur le territoire Caux Vallée. Il est financé par l'INCa et piloté par le Centre régional de lutte contre le cancer H. Becquerel.

“ **Garantir
à chaque patient
un égal accès à des
soins de qualité** ”

IMAGERIE MÉDICALE

outils de diagnostic et de suivi

Il y a quinze ans, la Haute-Normandie souffrait d'un déficit chronique en matière d'imagerie médicale, au regard des besoins de la population. Devant la saturation de la plupart des appareils, un effort important a été mené pour doter la région de nouveaux équipements lourds. A la fin de l'année 2011, elle disposait de 32 scanners, 16 IRM, 11 gamma caméras, 2 TEP (tomographes à émission de positons), soit 25 appareils de plus qu'en 2002 ! Cette avancée a permis de réduire les délais d'attente et de favoriser l'accès des patients à ces examens performants qui permettent de poser un diagnostic, guider un geste thérapeutique ou suivre, à moyen terme, les résultats d'un traitement.

Deux fois plus d'IRM

Le Projet régional de santé prévoit de doubler le parc d'IRM, en dotant les territoires faiblement équipés des appareils autorisés/non encore installés (4), en répondant aux besoins spécifiques de certains établissements (IRM polyvalents ou à orientation ostéoarticulaire) ou à la vocation recherche du Pôle régional (IRM 3 Teslas)... A l'horizon 2017, la Haute-Normandie devrait ainsi compter une trentaine d'appareils.

En perspective : le réseau de télé-imagerie

La région s'est également donnée pour objectif de développer un réseau de télé-imagerie qui devrait permettre, à terme, de mettre à disposition des professionnels de santé haut-normands - et à partir d'un numéro identifiant unique - l'ensemble des données relatives à un patient : résultats d'examens, comptes-rendus des réunions de consultations pluridisciplinaires (Dossier communicant en cancérologie)... et imageries médicales.

Ce projet très novateur - qui présente de nombreux avantages (mise en commun des informations, élimination des risques de doublons dans les examens, accès à l'expertise...) - est de nature à améliorer la qualité de prise en charge.



Environnement

Du fait de son caractère à la fois agricole et industriel, rural et urbain, et de la fragilité reconnue de ses ressources naturelles, la Haute-Normandie porte une attention particulière aux questions environnementales. Le rôle de la dégradation de la qualité des milieux de vie sur la santé n'est en effet plus à démontrer. Le Projet régional de santé - qui s'appuie sur le Plan régional santé environnement de deuxième génération (PRSE 2) - s'est donné une double ambition : d'une part, réduire l'exposition des populations aux risques environnementaux et professionnels, d'autre part, développer des actions de formation et d'information sur les problématiques de santé-environnement. Il prévoit également de conforter le dispositif de veille sanitaire, mais aussi d'identifier et de mobiliser l'ensemble des partenaires engagés dans le réseau de signalement et de gestion des événements sanitaires.

2007-2011 : du PRSE 1 au PRSE 2

Sujet par nature interministériel, la santé environnementale a bénéficié, dès 2005, d'une mise en cohérence de l'action de l'État au travers du **Plan régional santé environnement** (PRSE 1). Dans son prolongement, le **PRSE 2 (2010-2013)** s'appuie sur deux axes : réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé et réduire les inégalités environnementales. **Dix-neuf objectifs** (et cinquante neuf actions) sont ainsi déclinés autour de six thématiques : eau, habitat, environnement extérieur, transport, milieu de travail et éducation, formation, information, recherche. Son élaboration, et maintenant sa mise en œuvre, résultent d'une large concertation associant à l'ARS, les services de l'État, les collectivités, les acteurs économiques, les représentants des salariés et des associations, ainsi que des experts régionaux.

►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

1 Prévenir les risques liés à l'environnement :

- **Les milieux aquatiques** : garantir la qualité des ressources.

Le Projet régional de santé se donne trois objectifs :

- protéger efficacement la ressource destinée à l'alimentation en eau potable et aux activités de baignade ;

© Fotolia



- maîtriser la qualité sanitaire de l'eau distribuée ;
- améliorer la connaissance sur l'imprégnation du milieu par les contaminants historiques et les micropolluants émergents, les risques environnementaux et sanitaires associés. Réduire leurs rejets et impacts.

- **L'habitat et les espaces clos** : combattre le mal-logement.

L'une des priorités est de lutter contre l'habitat dégradé par la mutualisation des initiatives entre les acteurs des deux Départements et de la Région : réflexion sur la mise en place de structures territorialisées de gestion des situations, développement des compétences par la formation des acteurs de terrain, organisation du suivi des actes de polices administratives et des actions en matière de poursuites judiciaires.

Des actions de prévention des risques sanitaires liés à la qualité de l'air intérieur sont également programmées dans les établissements accueillant des populations sensibles (écoles, crèches...).

- **Les territoires à expositions multiples** : évaluer les risques de façon globale.

L'objectif est de poursuivre les programmes d'action mis en œuvre par l'État et les industriels, visant à réduire les émissions de certains polluants. Des études d'impacts sanitaires, comme celle conduite sur la zone industrielle de Port-Jérôme (voir ci-contre), seront également réalisées.

• **La qualité de l'air et les polluants "émergents"** : améliorer les connaissances.

Il s'agit de réduire les émissions de substances toxiques et d'allergènes dans l'air en améliorant, dans un premier temps, la connaissance sur les expositions aux pesticides et aux allergènes.

2 Développer la promotion de la santé : par des actions de formation et d'information.

- Réaliser un diagnostic sur les acteurs de l'éducation en santé environnement, leurs connaissances, les actions menées ainsi que les freins et leviers pour leur mise en œuvre.
- Promouvoir les outils et méthodes d'intervention en éducation à la santé environnementale.
- Sensibiliser les jeunes aux risques auditifs liés à l'écoute et à la pratique de musique amplifiée.
- Élaborer un tableau de bord régional en santé environnement.
- Développer, auprès des professionnels de santé, en activité ou en formation initiale, la formation et l'information en santé environnement.

“ Protéger
la population des risques
environnementaux ”

Initiative

Veille sanitaire : faire face à tout événement

La veille sanitaire recouvre l'ensemble des actions permettant la détection précoce de tout événement susceptible de représenter un risque pour la santé humaine dans le but de mettre rapidement en place des mesures de prévention. L'ARS dispose d'une organisation de recueil et d'analyse des signalements issus des systèmes de surveillance ou de la déclaration de professionnels de santé.

La Cire Normandie ainsi que les pôles Santé-environnement et Veille-sécurité sanitaire, qui composent la plate-forme de veille et d'urgence sanitaire, sont chargés - en permanence - d'évaluer et de proposer des mesures de prévention. Face à un événement exceptionnel pouvant avoir un impact important sur la santé de la population, cette plate-forme peut être renforcée par d'autres pôles de l'ARS ou se transformer en cellule de crise participant à la gestion de l'événement sous le pilotage du préfet de département.

En 2011, à titre indicatif, 488 signalements ont été traités dont 22 cas d'infections invasives à méningocoques, 78 rougeoles, 66 hépatites A et 49 toxi-infections alimentaires.

PRÉVENIR LES RISQUES sur les lieux de vie

Port-Jérôme : une étude globale et prospective

Pour estimer les impacts sanitaires potentiels liés aux rejets atmosphériques des installations industrielles sur le site de Port-Jérôme, l'ARS, les services de l'État (DREAL/Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement, Sous-préfecture du Havre) et la Communauté de communes Caux Vallée de Seine ont co-piloté une étude associant de nombreux partenaires. Objectif : identifier les substances susceptibles - au regard de l'état actuel des connaissances scientifiques - d'avoir des effets sur la santé des riverains et de fournir des éléments décisionnels permettant aux autorités de prendre les mesures qui s'imposent pour protéger la population.

L'étude qui a été conduite sur la période 2007-2010 s'est appuyée sur une méthodologie scientifiquement et internationalement reconnue. Elle a d'ores et déjà permis de mettre en œuvre un certain nombre d'actions permettant de réduire les rejets des substances incriminées. Par ailleurs, une campagne de sensibilisation a été organisée pour restituer les résultats et diffuser des messages de prévention auprès des populations.

Haute-Normandie : l'habitat indigne dans la cible

Véritable enjeu de santé publique, l'habitat indigne est une priorité absolue de l'État. S'il accroît les risques d'accidents domestiques, l'habitat peut aussi être responsable de nombreuses pathologies, comme le saturnisme, les maladies infectieuses ou respiratoires (asthme, allergies)... Dans le seul département de Seine-Maritime, près de 27 000 résidences principales (5,3% du parc immobilier privé) seraient potentiellement concernées. Ce sujet a été pris à bras le corps par le Pôle de lutte contre l'habitat indigne qui rassemble les partenaires du logement*. Des comités locaux habitat dégradé assurent une concertation, au plus près du terrain, entre tous les acteurs afin de mieux connaître les besoins dans ce domaine et promouvoir l'amélioration des logements. Une même dynamique a été enclenchée dans l'Eure, en février 2012, avec l'installation par la Préfecture, l'ARS et le Conseil général, d'un Pôle de lutte contre l'habitat indigne.

* Préfecture, Direction départementale des territoires et de la mer, ARS, Conseil général, CAF, MSA, collectivités locales, Association départementale des maires et Association départementale d'information au logement.

Handicap

Du fait de la diversité des déficiences et de la multiplicité des acteurs, le champ du handicap est complexe ; d'autant plus complexe qu'il concerne tous les âges. L'objectif est d'assurer des accompagnements individualisés tout au long de la vie, en évitant les ruptures de parcours à des moments-clés de l'existence : de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à l'âge adulte, après 40 ans lorsque les effets du vieillissement se font sentir prématurément. Le Projet régional de santé vise, précisément, à organiser des parcours de vie harmonieux en actionnant tous les leviers des politiques publiques (éducation, santé, logement, transport, emploi, formation professionnelle...), dans le cadre d'un large partenariat associant l'ensemble des acteurs du handicap, en premier lieu, les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime.

2007-2011 : des avancées significatives

Sous l'impulsion du Plan Handicap 2008-2012, la Haute-Normandie a réalisé des avancées significatives :

- **pour les enfants** : développement du dépistage précoce, du soutien à la scolarisation et à l'autonomie, prise en charge des plus lourdement handicapés. Quelque 250 places, relevant de la compétence de l'ARS, ont été créées en cinq ans ;
- **pour les adultes** : renforcement de l'accompagnement des publics spécifiques et prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap. Effort particulier en faveur des FAM (foyers d'accueil médicalisés) et des MAS (maisons d'accueil spécialisées) dédiés aux personnes gravement handicapées. Création de 800 places d'établissements et services médicalisés.

Des **plans thématiques** ont été mis en œuvre en direction des personnes atteintes de troubles sensoriels (visuels, auditifs) et le **Plan autisme** 2008-2010 a permis la création de places supplémentaires enfants/adultes en établissements et services d'accompagnement, le développement de structures expérimentales et le renforcement du centre de ressources autisme.

PRÉPRIÉTÉS D'ACTION 2012-2017

Parce qu'il n'existe pas de données exhaustives sur la population haut-normande en situation de handicap, le PRS prévoit de créer un **Observatoire régional du handicap**. Autre priorité : construire une organisation territorialisée de l'offre médico-sociale adaptée aux besoins.



Plusieurs axes sont définis selon les âges et les problématiques :

1 Accueil des 0-6 ans et accompagnement des enfants présentant des troubles du langage et des apprentissages :

- repérage, diagnostic et prise en charge précoce des enfants, en lien avec l'Éducation nationale ;
- amélioration de la coordination des acteurs investis dans la prise en charge des troubles du langage et des apprentissages ;
- création de SESSAD sur les territoires déficitaires (Dieppe, Évreux-Vernon, Rouen-Elbeuf).

2 Scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap : renforcement des coopérations ARS/Éducation nationale, développement des parcours de scolarisation en milieu ordinaire et de la formation au handicap des enseignants et non enseignants.

3 Insertion professionnelle (travail en milieu ordinaire et travail protégé) :

- coordination ARS/Service public de l'emploi autour de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées (Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés) ;
- développement et adaptation de l'offre médico-sociale, promotion de l'accès au milieu ordinaire et création de places d'ESAT (établissements et services d'aide par le travail) ;
- renforcement de la construction de projets professionnels (évaluation de l'employabilité et outils d'accompagnement).



Organiser
et fluidifier
les parcours de vie



4 **Accompagnement des personnes avec autisme et troubles envahissants du comportement** : organisation du repérage et du diagnostic, coordination des acteurs, développement d'une offre spécifique de SESSAD sur les quatre territoires de santé.

5 **Accompagnement des enfants et des adultes en situation de handicap psychique** : amélioration de la qualité de l'évaluation, adaptation de l'offre, organisation d'un dispositif d'appui aux établissements sociaux et médico-sociaux, soutien de l'activité des GEM (groupements d'entraide mutuelle), action en faveur de l'insertion et de la réinsertion sociales des personnes par le logement (ordinaire ou adapté) et le travail.

6 **Accompagnement des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées** : identification de leurs besoins, mise en place d'une offre médico-sociale adaptée, diversifiée et coordonnée avec le secteur sanitaire.

7 **Développement et adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé** destinées aux enfants et adultes handicapés.

8 **Prise en compte du vieillissement des personnes handicapées** par le développement d'une offre adaptée sur chaque territoire de santé : médicalisation des foyers de vie, soutien au maintien à domicile, projets innovants.

Initiative

Enfants & adolescents : des réponses à la complexité

La psychiatrie infanto-juvénile est confrontée à la situation d'enfants et d'adolescents dont les facteurs de vulnérabilité (sociale, psychique, somatique et environnementale) nécessitent une prise en charge globale, simultanée et coordonnée d'acteurs multiples. Dans ces cas complexes, la seule articulation entre les acteurs locaux apparaît en effet insuffisante. Pour y remédier, des **Groupes opérationnels locaux de concertation (GOLC)** "Soins, handicap, scolarisation, enfance en danger" viennent d'être créés dans chaque territoire de santé. Leur mission : examiner et régler localement les situations où l'intérêt de l'enfant nécessite la mise en œuvre de solutions spécifiques qui supposent un engagement de différents acteurs dans le cadre d'un plan de coopération formalisé. Une **instance régionale** est chargée d'étudier les situations n'ayant pu faire l'objet d'une résolution au plan local, ainsi que les demandes de dérogations et/ou d'aménagements ; elle joue également le rôle d'observatoire. Ce dispositif figure dans le Projet régional de santé de la Haute-Normandie et dans les schémas départementaux "Enfance-famille" de la Seine-Maritime et "Handicap" de l'Eure.

LE DÉFI DE L'INSERTION sociale et professionnelle

L'ADAPT : tout en un

Dans l'Eure, L'ADAPT dispose d'une plate-forme d'accompagnement qui propose aux personnes accueillies une approche globale de leur projet social et professionnel. Cette plate-forme originale est composée de cinq entités :

- un **ESAT¹ classique** : au-delà de sa vocation principale - l'accompagnement au travail - il favorise l'insertion dans la société grâce aux activités de soutien développées en lien avec le projet individuel.
- un **ESAT hors les murs** : il offre la possibilité de mise en situation de travail en entreprise, de période de détachement, et conduit vers l'emploi en milieu ordinaire.
- un **ESAT de transition** : installé dans les locaux du CHS - expérience unique en France - il permet, grâce à sa double prise en charge (sanitaire et médico-sociale), d'accompagner et de préparer la sortie du secteur psychiatrique des personnes hospitalisées.
- des **foyers d'hébergement** : les actions éducatives visent le bien-être, l'épanouissement et l'autonomisation des personnes. L'objectif est d'aller - quand c'est possible et de façon progressive - vers un "chez soi" autonome.



- un **SAVS²** : il aide à l'insertion sociale, culturelle et professionnelle de la personne dans la société au travers de diverses actions (entretiens, visites à domicile, activités de groupe...).

¹ Établissement et service d'aide par le travail
² Service d'accompagnement à la vie sociale

Maladies chroniques

Caractérisées par la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, installé dans le temps, et un retentissement certain sur la vie quotidienne, les maladies chroniques* touchent particulièrement la Haute-Normandie. Sur la période 2006-2007, près de 36 000 admissions en affection de longue durée ont ainsi été recensées annuellement, avec deux principaux motifs : les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Ces pathologies, comme les maladies liées à l'alcool, sont grandement responsables de la surmortalité générale et prématurée (avant 65 ans) observée dans la région. Face à cet enjeu de santé publique, le Projet régional de santé définit des priorités d'action en matière de prévention, de prise en charge coordonnée et d'éducation thérapeutique avec, en point de mire, une meilleure qualité de vie pour les patients.

2007-2011 : expérimentations et réseaux

En bonne place dans le Plan régional de santé publique 2005-2009, les maladies chroniques ont fait l'objet de nombreuses **actions d'information et de sensibilisation** tant auprès du grand public (Forums de santé régionaux) que des professionnels de santé. Objectifs : assurer un diagnostic précoce, faire du malade un acteur à part entière de sa santé, améliorer l'accès aux soins et la coordination des soins par la prise en charge en réseau. Plusieurs **réseaux de santé** dédiés (asthme et diabète notamment), associant des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, ont ainsi été créés avec le soutien du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Des expérimentations portant sur l'**éducation thérapeutique du patient** ont été initiées et ont fait l'objet, en juin 2009, du **premier colloque régional** sur le thème : "Améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques".

►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

1 Mettre en œuvre des actions de promotion et d'éducation à la santé tout au long de la vie : l'objectif est de freiner l'évolution de l'incidence des maladies chroniques les plus lourdes.

** Maladies chroniques organiques (diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme, cancers, Parkinson...), maladies transmissibles persistantes (Sida, hépatite C), maladies rares (mucoviscidose, drépanocytose, myopathies), pathologies mentales chroniques (dépression, schizophrénie), douleur chronique, suites chirurgicales invalidantes.*



Ces actions viseront à :

- encourager les modes de vie sains, en complémentarité avec les politiques publiques portées par l'État, l'Assurance maladie et les collectivités locales.
- informer sur la gravité de ces pathologies et leurs facteurs de risques (tabac, alcool, hypertension artérielle, sédentarité, obésité et surcharge pondérale...).
- agir sur les déterminants de santé communs à ces maladies : conduites addictives, obésité, activité physique (diabète, maladie de l'appareil circulatoire, cancers) et facteurs individuels environnementaux (asthme, cancers).

2 Dépister les maladies chroniques de façon précoce : en s'appuyant sur les professionnels de soins de premier recours, les associations de patients, et en expérimentant de nouvelles modalités de dépistage (ex. : "test rapide d'orientation au diagnostic" pour le VIH) ; des actions spécifiques seront engagées en faveur des populations en situation de précarité.

3 Impliquer le patient dans le processus thérapeutique : par une meilleure connaissance de sa pathologie et la mise à sa disposition d'une offre de services (éducation thérapeutique, actions d'accompagnement) associant les aidants.

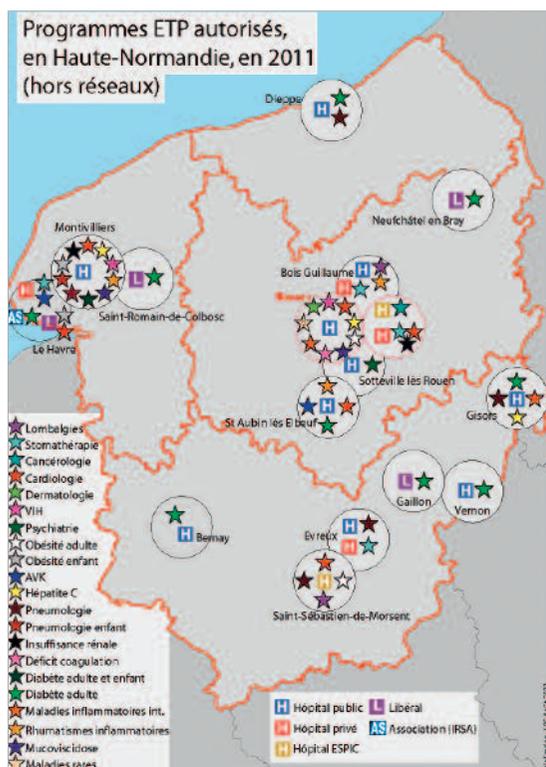
4 Organiser la prise en charge des malades chroniques à l'échelle des territoires de recours et de proximité : autour du patient, définition d'un programme personnalisé de

soins répondant à la nécessité d'assurer la continuité et la coordination des soins entre les différents professionnels de santé d'une part, entre la ville et l'hôpital d'autre part.

5 Évoluer vers une gestion coordonnée de la maladie chronique :

par l'utilisation d'outils de coordination simples (guide du patient remis par le médecin traitant, outils des réseaux, dossiers partagés...). Assurer une bonne articulation entre le système de prévention et de soins, la dimension éducative et l'accompagnement social : scolarisation des enfants atteints de maladies chroniques, insertion professionnelle des adultes, dispositifs personnes âgées ou personnes handicapées, liens avec les associations de patients ou d'usagers, préparation du retour à domicile après hospitalisation...

“ Améliorer la qualité de vie des patients chroniques ”



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE du patient

En Haute-Normandie, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avait été expérimentée avec succès (asthme, diabète...) avant que la loi HPST du 21 juillet 2009 ne vienne encourager le développement de cette pratique innovante. Depuis, deux décrets et deux arrêtés (août 2010) sont venus fixer les modalités d'autorisation des programmes d'ETP par les ARS, ainsi que les compétences requises pour les dispenser.

Une affaire de (pluri)professionnels

Définie comme un processus continu dont l'objectif est de « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (...), l'éducation thérapeutique « s'inscrit dans le parcours de soins du patient » (code de la Santé publique - Art. L.1161-1). Elle peut être proposée à toute personne souffrant d'une maladie chronique, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa pathologie. Ses proches peuvent y être associés.

Parce qu'elle doit être centrée sur le patient, scientifiquement fondée, adaptée au traitement, intégrée à la stratégie de prise en charge de la maladie sur le long terme... et qu'elle fait appel à des compétences, des outils pédagogiques et des techniques de communication spécifiques, elle doit être dispensée par des professionnels de santé spécialement formés et engagés dans un mode d'exercice collectif (centres hospitaliers, réseaux de santé, maisons de santé pluridisciplinaires...). Sur la base d'un cahier des charges national, ils doivent élaborer un programme d'éducation thérapeutique et le soumettre, pour autorisation, à l'ARS.

Des patients acteurs de leur santé

En Haute-Normandie, 63 programmes sont d'ores et déjà autorisés (voir carte ci-contre). Répartis sur les quatre territoires de santé, ils couvrent un large éventail de pathologies : asthme, diabète, obésité, cancers, hépatites, maladies mentales, insuffisances rénales et cardiaques... Les programmes hospitaliers (publics, ESPIC ou privés) bénéficient d'un soutien financier au titre de la mission d'intérêt général « Éducation thérapeutique » (MIG ETP) ; les programmes ambulatoires, quant à eux, sont rémunérés sur des crédits émanant des fonds de prévention de l'Assurance maladie, du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) ou encore liés aux « expérimentations nouveaux modes de rémunération ».

Périnatalité & petite enfance

Quelque 22 000 enfants naissent chaque année en Haute-Normandie. Des naissances qui bénéficient d'un environnement sans cesse amélioré : meilleur suivi de la grossesse (notamment des grossesses à risques), organisation graduée de la prise en charge, modernisation des plateaux techniques, renforcement de la sécurité périnatale... Pour les cinq années à venir, le Projet régional de santé prévoit de renforcer l'accès aux soins et de consolider les dispositifs existants pour gagner en qualité et en efficacité. L'objectif est aussi d'agir sur les comportements (réduire les conduites addictives...) mais aussi de mieux prévenir les grossesses non désirées (5 000 IVG/an dans la région, dont 8% chez des mineures). Enfin, une attention particulière sera portée à la santé des enfants : prévention du surpoids et de l'obésité, détection précoce des handicaps, actions de prévention et d'éducation à la santé.

2007-2011 : modernisation et sensibilisation

La Haute-Normandie compte quatorze maternités (2 de niveau III, 5 de niveau II et 7 de niveau I) et trois centres périnataux de proximité, répartis de façon harmonieuse sur les territoires de santé, chacun étant ainsi en capacité de prendre en charge des grossesses à risques ou compliquées. Au cours des cinq dernières années, l'effort a porté sur la **modernisation des plateaux techniques** avec, notamment, la (re)construction de plusieurs d'entre eux : pôle femme-mère-enfant sur le site de Montivilliers (GHH), Hôpital privé de l'estuaire au Havre, CHI du Pays des Hautes Falaises à Fécamp, consolidation du Centre périnatal de proximité de Pont-Audemer.

Par ailleurs, une plate-forme téléphonique régionale d'information **IVG/contraception**, destinée au grand public, a été mise en place, et des formations ont été proposées aux médecins libéraux pour leur permettre de réaliser des IVG médicamenteuses en ville. Enfin, de nombreuses actions ont été engagées par l'ARS, dans le cadre d'un large partenariat (Éducation nationale, Départements, professionnels de santé...) pour sensibiliser la population aux risques liés au **surpoids** et à l'**obésité** (qui touchent 10% des enfants de 6 ans), mais aussi à l'**excision** (qui concerne plus de 5 000 femmes ou fillettes dans la région).

PRÉPRIÉTÉS D'ACTION 2012-2017

1 Maintenir et renforcer l'accès aux soins de santé

- poursuite du travail en réseau : petites maternités, centres périnataux de proximité et centres référents.



- garantie, pour les grossesses ou les accouchements compliqués, d'un accès à un plateau technique adapté grâce à des conventions de coopération et de transfert entre les maternités de niveaux I et II.
- maintien systématique de l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie et, dans chaque territoire de santé, de la possibilité d'IVG à 12-14 semaines d'aménorrhée.

2 Garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs et des organisations

- incitation à l'application des recommandations professionnelles de l'HAS sur la préparation à la naissance et la parentalité ;
- amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales ;
- meilleur recours à l'hospitalisation à domicile pour la prise en charge de grossesses pathologiques et du post partum pathologique ;
- développement de l'IVG (hors établissement) au sein des centres de santé, en collaboration avec les Départements et les centres de planification et d'éducation familiale.

3 Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées

- mise en place d'actions visant à faciliter l'accès des jeunes à la contraception et à leur proposer la contraception la plus adaptée ;
- renforcement de l'information par la création, notamment, d'un blog avec les adresses utiles ;
- réflexion (ARS, Rectorat, Départements, Assurance maladie) sur la possibilité d'une gratuité

de la contraception pour les mineures dans certains territoires où les taux d'IVG sont particulièrement élevés.

4 Optimiser les conditions de grossesse et de naissance

- information et sensibilisation sur les conséquences des pratiques addictives ;
- amélioration du repérage et du suivi des facteurs de risques ;
- mise en œuvre d'actions permettant de réduire le taux de césarienne dans certaines maternités (ce taux est en augmentation et peut varier de 14 à 26 % selon les établissements) ;
- prises en charge spécifiques des personnes migrantes, en situation de précarité ou des gens du voyage (notamment, généralisation de l'entretien du quatrième mois) ;
- développement de l'entretien prénatal précoce et encouragement à l'allaitement maternel.

5 Améliorer la santé de l'enfant

- actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé pour donner aux enfants, dès le plus jeune âge, de bonnes habitudes de vie : développement de leurs facultés psychosociales, sensibilisation à une meilleure hygiène de vie (sommeil, hygiène bucco-dentaire, équilibre alimentaire, éducation affective et éducation sexuelle...);
- consolidation des liens entre les différents intervenants dans le domaine du dépistage des troubles du langage et des apprentissages ;
- mise en place de projets adaptés aux besoins spécifiques des enfants handicapés ;
- amélioration de la couverture vaccinale.

Initiative

Contraception : combattre les idées reçues

L'étude "Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute-Normandie", réalisée par l'Observatoire régional de la santé en 2009, a montré que les méconnaissances et les idées reçues perdurent chez les jeunes qui se disent pourtant bien informés sur la contraception. Devant ce constat, et pour mieux informer sur les différentes méthodes contraceptives, plusieurs actions ont été expérimentées dans l'Eure :

- formation "Éducation, sexualité et contraception", destinée aux professionnels (assistantes sociales et infirmières scolaires, personnels du Conseil général...);
- concours d'affiche sur le thème "Ma contraception, ma pharmacie" proposé aux jeunes du département et s'appuyant sur le réseau des pharmaciens, acteurs clés de la prévention.
- communication autour de la Journée mondiale de la contraception (26 septembre)...

Toutes ces initiatives ont eu un écho positif et, dans le cadre du Projet régional de santé, devraient être étendues à l'ensemble de la région.

“ **Prévenir
les risques et agir sur
les comportements** ”

GROSSESSE ET ALCOOL

l'enjeu de l'information

En Haute-Normandie, la consommation d'alcool par les femmes enceintes reste une problématique importante. Les effets potentiels sur le fœtus sont nombreux, le risque principal étant le syndrome d'alcoolisation fœtale qui associe plusieurs complications : dysmorphie faciale, prématurité, retard de croissance pré ou post-natal, atteinte du système nerveux central (problèmes neurologiques, performances intellectuelles significativement inférieures à la moyenne...). Il peut également occasionner des anomalies congénitales concernant le cœur, l'appareil uro-génital et l'appareil musculo-squelettique.

Prévenir, dépister et accompagner

D'où l'importance des actions mises en œuvre dans le Projet régional de santé pour informer et sensibiliser la population aux conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, améliorer la prévention et le dépistage précoce du syndrome d'alcoolisation fœtale, mais aussi accompagner les futures mères dans leur démarche de sevrage.

Considérées comme "grossesses à hauts risques", les grossesses des femmes ayant une addiction à l'alcool relèvent d'une prise en charge pluridisciplinaire dans un réseau organisé impliquant l'ensemble des intervenants : médecin généraliste, obstétricien, sage-femme, pédiatre, Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)...



Personnes âgées

D'ici à 2020, le nombre des 75 ans et plus¹ devrait passer de 158 000 à plus de 171 000 en Haute-Normandie (+8,2 %). Au regard de cette évolution, le risque de perte d'autonomie constitue une problématique majeure, tant pour les personnes elles-mêmes et leur entourage, que pour la collectivité tout entière. D'où le caractère essentiel du dépistage précoce de la fragilité, avec une attention particulière portée à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, causes les plus fréquentes de la dépendance. L'objectif du Projet régional de santé de la Haute-Normandie est d'organiser le parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles, en respectant leurs choix. La priorité est au maintien à domicile et, lorsqu'il n'est plus possible, à la prise en charge graduée et personnalisée au sein d'un système sanitaire, social et médico-social adapté, coordonné et territorialisé.

¹ Horizon 2030 INSEE Haute-Normandie



2007-2011 : un effort de rattrapage

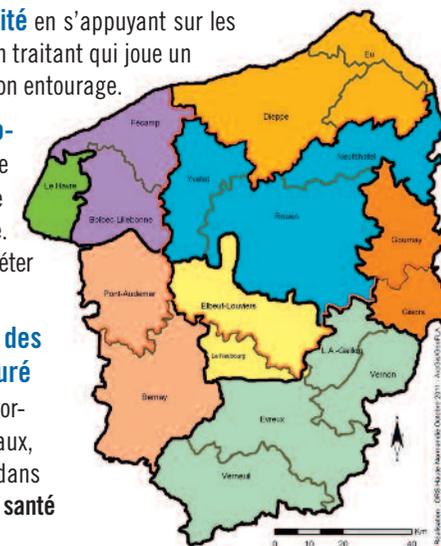
Ces dernières années, la Haute-Normandie a bénéficié d'un effort important de rattrapage de l'offre en hébergement et services médicalisés : EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) notamment. Sur la période 2007-2011, quelque **2 300 places** ont été créées. Des investissements importants ont été consacrés à l'humanisation d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes : **1 680 places** ont ainsi été rénovées et **160 places** créées dans les unités PASA (Pôles d'activités et de soins adaptés) dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Pour la période 2012-2017, les marges de progrès s'expriment moins en termes de création de services ou de structures que d'adaptation de l'offre et de coopération entre les différents acteurs de la prévention, du soin, de l'action sociale et médico-sociale.

►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

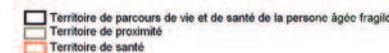
Le Projet régional de santé s'intéresse spécifiquement à la **personne âgée fragile**². Complémentairement aux politiques menées par les différents partenaires, en premier lieu les Conseils généraux de l'Eure et de la Seine-Maritime, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, il se propose d'agir selon plusieurs axes :

² Définition : personne âgée de plus de 75 ans (au minimum de 65 ans polypathologique) présentant ou étant à risque de perte d'autonomie ou de dépendance, ou présentant des symptômes mal définis, n'orientant pas d'emblée vers une pathologie d'organe, et justifiant une prise en charge globale (physique, psychologique, psychique, sociale et environnementale).

- 1 Prévenir la dénutrition des personnes âgées en établissement et à domicile.
- 2 Assurer un dépistage précoce de la fragilité en s'appuyant sur les professionnels de proximité, en particulier le médecin traitant qui joue un rôle déterminant auprès de la personne âgée et de son entourage.
- 3 Garantir l'accès aux (ré)évaluations médico-psycho-sociales quel que soit le lieu de vie, afin de mieux orienter la personne et éviter les situations de crise, les hospitalisations inadéquates ou en urgence. Les interventions des équipes mobiles viennent compléter les dispositifs.
- 4 Organiser les parcours de vie et de santé des personnes âgées au sein d'un dispositif structuré par territoire : pluridisciplinarité des approches, coordination des différents acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux, ambulatoires et de la prévention) dans chacun des huit "territoires de parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile".



Une instance de coordination des acteurs est constituée dans chaque territoire.





Organiser le parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile



5 Favoriser le maintien à domicile : déploiement autour de la personne âgée de services adaptés à ses besoins (création de nouvelles places de SSIAD, diversification de l'offre en accueil de jour, hébergement temporaire, hospitalisation à domicile...) et coordination des différents acteurs.

6 Poursuivre l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale : rééquilibrage de l'offre d'hébergement par territoire de proximité, poursuite de la médicalisation des EHPAD, recours accru aux avis spécialisés (équipes mobiles de gériatrie, de géro-psycho-geriatrie...) et à la télémédecine.

7 Renforcer et fluidifier les filières de soins gériatriques : court séjour, soins de suite et de réadaptation, équipes mobiles de gériatrie...

8 Mieux prendre en charge des pathologies spécifiques :

- **Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées** : développement de l'expertise (consultations mémoire), généralisation des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), soutien aux aidants (plates-formes d'accompagnement et de répit...), développement des services favorisant le maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, équipes spécialisées Alzheimer...) et amélioration des prises en charge en EHPAD ou USLD (unité de soins de longue durée).

- **Cancers** : reconnaissance d'une unité de coordination en oncogériatrie, sélection d'un outil de dépistage commun gériatrie/oncologie et formation des médecins à son utilisation, développement des formations pluridisciplinaires...

Innovation

Prévenir l'épuisement des aidants familiaux

Le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place de plates-formes d'accompagnement et de répit dont la vocation est de permettre aux aidants familiaux de "souffler" en assurant un relais dans la prise en charge des malades en perte d'autonomie à domicile. Elle assure également une mission d'écoute et de soutien auprès des aidants, mais aussi d'animation en proposant aux couples aidant-aidé des activités favorisant le maintien de la vie sociale. D'autres dispositifs peuvent y être adossés (accueil de nuit, séjours vacances...). Après avoir fait l'objet d'une expérimentation au plan national, le dispositif est maintenant déployé sur l'ensemble du territoire. En Haute-Normandie, les quatre plates-formes sélectionnées sont adossées aux EHPAD suivants : "La Pommeraie" à Criquetot-l'Esneval, "Michel Grand Pierre" à Saint-Étienne-du-Rouvray en partenariat avec le CHU, Centre hospitalier de Bernay en partenariat avec le CH de Pont-Audemer et l'établissement public départemental de Grugny.

COOPÉRATIONS : des avancées concrètes

Équipes mobiles et télémédecine

Pour favoriser le développement de l'évaluation multidimensionnelle à domicile, cinq établissements hospitaliers, disposant de services de soins de suite et de réadaptation gériatriques (CHI Elbeuf-Louviers, GH du Havre, CHU/Hôpital d'Oissel, CH de Gisors et La Musse) se rapprochent des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) situés à proximité pour constituer des **équipes mobiles d'évaluation gérontologique**.

De la même manière, les **équipes mobiles de gériatrie** (CHU de Rouen, GH du Havre, CHI Eure Seine) **et de géro-psycho-geriatrie** (CHS Navarre et Rouvray) interviennent désormais dans une cinquantaine d'EHPAD de la région pour apporter leur expertise aux équipes médico-sociales de plus en plus confrontées à des situations difficiles et/ou complexes. L'objectif est de favoriser le maintien en établissement, d'éviter l'hospitalisation et la prise en charge en urgence des résidents.

Ces cinq hôpitaux référents sont également investis dans un projet de **télémédecine** visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées et/ou en situation de handicap psychique dans les structures médico-sociales. Au total, trente six EHPAD sont potentiellement concernés. Ce nouvel outil (téléconsultations de suivi, visio-staffs...) facilite le travail entre médecins et équipes médico-sociales qui, depuis plusieurs années déjà, tissent des liens professionnels étroits dans les domaines de la gériatrie et de la psychiatrie.

Age et handicap : des solutions

Avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, la question de leur vieillissement se pose avec force. Leur prise en charge en EHPAD n'est pas aisée parce qu'elle soulève plusieurs types de problèmes liés, en particulier, à la cohabitation intergénérationnelle* et aux différents rythmes de vie nécessitant des réponses adaptées pas toujours conciliables au sein d'une même structure.

Pour contourner ces obstacles, plusieurs solutions sont envisagées comme, par exemple, la création de petites unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes au sein des EHPAD. D'autres, plus collaboratives sont expérimentées : ainsi, l'EHPAD de Criquetot-l'Esneval met ses compétences médicales à disposition du Foyer de vie de Rolleville, permettant ainsi à ses résidents de vieillir dans leur cadre de vie habituel.

* Moyenne d'âge : 80 ans pour les résidents en EHPAD contre 60 ans pour les personnes handicapées vieillissantes.

Précarité

Attentive à la réduction des inégalités sociales de santé, l'ARS de Haute-Normandie a choisi de s'intéresser plus particulièrement aux populations confrontées à d'importantes difficultés d'accès aux dispositifs sanitaires, médico-sociaux et de prévention : les personnes migrantes hébergées en foyer, les personnes sans logement qui peuvent cumuler difficultés sociales et problématiques de santé (santé mentale, dépendance liée au vieillissement prématuré, handicap, addictions liées à un parcours de vie chaotique...) et, plus largement, les personnes démunies, notamment celles vivant dans les quartiers "Politique de la ville". Éloignées de la prévention et du soin, elles ne trouvent pas toujours de réponses pertinentes au regard de la complexité de leur situation. L'objectif du Projet régional de santé est, précisément, d'améliorer et de faciliter leur accès aux droits, aux soins et à l'accompagnement médico-social par des dispositifs adaptés et une bonne articulation entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.

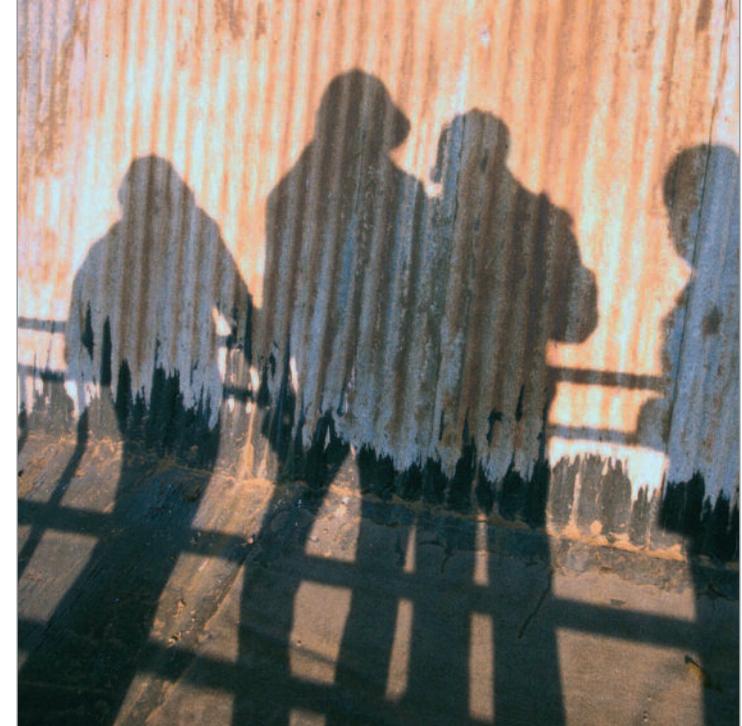
2007-2011 : l'effet "Praps"

Outre la réaffirmation de la mission sociale de l'hôpital, la dernière décennie a été marquée par les mises en œuvre successives de deux **Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies** (PRAPS). Ces dispositifs ont permis de soutenir des actions de promotion/éducation à la santé, de mieux articuler le sanitaire et le social afin d'apporter des réponses globales et d'assurer un accompagnement santé/social aux personnes démunies.

Douze **Permanences d'accès aux soins de santé** (PASS) sont financées (Dieppe, Elbeuf, Évreux, Fécamp, Gisors, Le Havre (2), Lillebonne, Louviers, Pont-Audemer, Rouen, Vernon), ainsi que quatre **équipes mobiles de psychiatrie précarité** (Dieppe, Évreux, Le Havre, Rouen) dont la vocation est d'aller vers les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion. Dans le même temps, les **structures d'hébergement et de soins** ponctuelles ou temporaires ont été confortées : lits haltes soins santé (26) et appartements de coordination thérapeutique (30 places).

PRÉCÉDENTES PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

Le Projet régional de santé va porter l'accent sur la prise en charge des situations les plus complexes, dans lesquelles les articulations entre les champs sanitaire, social et médico-social constituent un impératif. Un objectif qui suppose un large partenariat mobilisant, autour de l'ARS, les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, ainsi que les Directions départementales de la cohésion sociale.



1 **Poursuivre les actions de prévention et de promotion de la santé** en faveur des personnes habitant dans les quartiers "Politique de la ville", des personnes migrantes, des personnes détenues et des gens du voyage : dépistage et repérage (cancer, VIH, IST, hépatites...), vaccination, éducation pour la santé (addictions, nutrition...).

2 **Renforcer la connaissance mutuelle des dispositifs et des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux :**

- élaboration d'un outil commun d'information et de communication ;
- promotion des rencontres entre professionnels ;
- intégration des actions en faveur des personnes démunies dans les Contrats locaux de santé.

3 **Encourager l'évaluation et l'orientation pluridisciplinaires (sociales, médico-sociales et psychiatriques) :**

- développement des sessions médico-sociales du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) ;
- mise en place de formations pluri-professionnelles dans le cadre, notamment, des projets de territoire.

4 **Développer un dispositif d'appui favorisant l'accueil et le maintien des personnes démunies en établissements sociaux et médico-sociaux :**

- formalisation du positionnement de référents en charge de préparer l'orientation et l'accompagnement des personnes ;
- mobilisation d'accueils et d'hébergements temporaires facilitant l'accès aux établissements médico-sociaux.

5 **Adapter les structures sociales, sanitaires et médico-sociales afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes démunies :**

- structuration, au sein des projets d'établissement, d'un accompagnement adapté des personnes accueillies en structures d'hébergement ;
- priorisation de la couverture des besoins du public vieillissant (intervention de SSIAD en foyers de travailleurs migrants) ;
- soutien des projets haut-normands concernant l'attribution de lits d'accueil médicalisés ;
- organisation de l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements disposant de lits haltes soins santé ;
- harmonisation du fonctionnement des PASS et réflexion sur leur médicalisation.

focus

Psychiatrie et précarité : l'équipe "Respire"

Partie intégrante du pôle *Santé mentale et société* du CHS de Navarre, à Évreux, l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) "Respire" a pour mission de favoriser la prévention et d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion et de précarité, en souffrance psychique ou psychiatrique.

Au-delà de son rôle d'écoute, cette équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologue, cadre de santé...) évalue les besoins spécifiques des personnes, les oriente vers les structures adaptées et les aide à faire valoir leurs droits sanitaires et sociaux. L'EMPP Respire offre également un soutien et une expertise aux professionnels qui, dans les structures sociales ou médico-sociales, côtoient la précarité et ses incidences sur la santé mentale.

“ Répondre aux situations les plus complexes ”

ACCUEIL, PRISE EN CHARGE ET HÉBERGEMENT des solutions sur mesure

PASS : un dispositif plus visible

En Haute-Normandie, douze Permanences d'accès aux soins de santé reçoivent les publics les plus éloignés du système de santé. La mise en place d'une coordination régionale des PASS permet des échanges de pratiques réguliers favorisant une plus grande harmonisation des réponses. L'objectif est que chaque PASS propose une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

EHPAD Bois de Bléville : dédié aux personnes en grande difficulté

Promu par l'association SOS Habitat et Soins, ce projet est l'aboutissement des réflexions menées en concertation étroite par la Ville du Havre, le Groupe Hospitalier et les partenaires institutionnels. Il prévoit les conditions nécessaires pour garantir, au sein d'un EHPAD classique, l'accueil des personnes âgées dépendantes à revenus modestes, y compris celles qui sont marquées par un parcours de vie difficile et qui ont connu la grande précarité.

Résidence Sanvic : un "Club" pour les plus démunis

D'une capacité de 120 lits, cet EHPAD public, qui dépend du GHH, a mis en place une stratégie d'accueil d'une population diversifiée, tant du point de vue des pathologies, que des origines sociales. Ainsi, une unité appelée «Le Club» accueille des résidents désocialisés, présentant généralement des problèmes de comportement pouvant être liés à des conduites addictives.

Lits haltes soins santé : une réponse indispensable

Le dispositif «lits haltes soins santé» (LHSS) permet à des personnes sans domicile, confrontées à un problème de santé ponctuel, de bénéficier de soins médicaux et paramédicaux. Il agit en symbiose avec les dispositifs sociaux d'accueil et d'hébergement : ainsi, il oblige à l'articulation du social et du médico-social.

La Haute-Normandie compte vingt-six LHSS : dix sur l'agglomération de Rouen, quatre au Havre, quatre à Dieppe, deux à Elbeuf et six à Évreux. L'ARS souhaite conforter ce dispositif.

Santé mentale

Résultant de facteurs contextuels, psychologiques et biologiques qui évoluent en permanence, la santé mentale est aussi influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles et environnementales. Son périmètre est par conséquent très vaste. Du fait de cette complexité, elle doit être pensée dans le cadre d'une politique de santé publique qui prend en compte les besoins multiples de la personne et qui intègre trois dimensions indissociables : le sanitaire, le social et le médico-social. C'est précisément l'angle d'attaque du Projet régional de santé de la Haute-Normandie qui, en cette matière, conjugue la prévention et la promotion de la santé, l'amélioration de l'organisation de l'offre de premier recours (en particulier la médecine générale), le traitement spécialisé par la psychiatrie et la réhabilitation/réinsertion par le secteur médico-social.

2007-2011 : du plus et du mieux

La politique volontariste et concertée, mise en œuvre en Haute-Normandie en faveur de la santé mentale, commence à porter ses fruits. En cinq ans, des progrès ont été accomplis en matière d'accès au dispositif de soins, de réponse aux urgences et demandes non programmées. Les **capacités d'accueil** et les **conditions d'hébergement** ont été améliorées grâce à des programmes de (re)construction (CHS de Navarre, CH de Dieppe, Clinique Océane, Clinique Korian la Mare Ô...) et de réhabilitation (GH du Havre, CHS du Rouvray...). L'**offre ambulatoire** (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) a été développée mais, étant encore très insuffisante, elle constituera une priorité pour les années à venir. Enfin, des solutions ont été apportées à la **prise en charge de populations spécifiques** : adolescents (unités d'hospitalisation dédiées, maisons de l'adolescent), personnes âgées (équipes mobiles, filière de gérontopsychiatrie) et/ou en situation précaire (réseau "Psychiatrie-précarité"), détenus et malades difficiles.

►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

Dans un contexte de pénurie de psychiatres, le Projet régional de santé se donne pour objectif d'améliorer l'offre de soins, avec l'ambition d'une meilleure répartition territoriale et d'une coopération accrue entre les différents acteurs. L'une des priorités est de fluidifier la filière en ne réservant l'hospitalisation à temps plein qu'aux patients qui en ont réellement besoin. Cela suppose de meilleures articulations entre l'hôpital (dans ses différentes composantes), la médecine de ville, les secteurs social et médico-social.

© Patrick H. Müller



Centre hospitalier de Dieppe - Pôle psychiatrie

- 1 **Réorganiser les secteurs psychiatriques** : harmonisation avec les territoires de santé (exemple : rattachement de Fécamp au territoire de santé du Havre).
- 2 **Impulser une politique de santé mentale par territoire de santé** : élaboration de projets de territoire à partir des établissements de santé de référence pour la psychiatrie avec les cliniques privées, les médecins de ville et les dispositifs sociaux et médico-sociaux.
- 3 **Réduire les disparités de moyens entre les territoires et les secteurs** : par le biais d'un maillage territorial rendant accessible - à toute la population - les offres de proximité et mettant à disposition des publics spécifiques des prestations ciblées.
- 4 **Lutter contre la pénurie médicale** : renforcement du pôle universitaire de psychiatrie générale (CHU, CHS du Rouvray) et promotion de toutes les initiatives permettant d'accroître l'attractivité de la région.
- 5 **Mieux répondre aux demandes non programmées et aux situations de crise en amont des dispositifs d'urgence** : création, dans les agglomérations, de lieux dédiés à l'accueil et à la prise en charge de courte durée des situations non programmées. Information des professionnels et de la population.
- 6 **Favoriser la coordination des acteurs dans la prise en charge des urgences psychiatriques** : organisation, dans chaque territoire, d'un "circuit de l'urgence" avec l'ensemble des partenaires (services d'urgence, Samu, sapeurs-pompiers, police, gendarmerie, transporteurs

sanitaires, médecins de ville). Formation à la santé mentale et aux situations de crise des soignants des structures d'urgence.

7 Réduire le nombre de personnes hospitalisées au long cours : par la diversification des prises en charge en aval, assorties d'un accompagnement social et médico-social.

Enjeu majeur pour les hôpitaux (flexibilité dans l'occupation des lits, optimisation des ressources humaines), cet objectif concourt également à l'amélioration des situations de vie.

8 Améliorer les prestations de psychiatrie infanto-juvénile : création d'un GCS CHU-CHS du Rouvray, formalisation de l'organisation ambulatoire par tranche d'âge, identification et/ou création de lits dédiés aux adolescents (territoires de santé de Dieppe, Évreux et Rouen).

9 Mieux articuler les secteurs social et médico-social : coopération accrue entre les différents acteurs concernés par la réhabilitation psychosociale.

10 Améliorer les prises en charge somatiques et les relations avec la médecine de ville : développement de la médecine générale/médecine polyvalente dans les hôpitaux ayant une activité de psychiatrie et articulation avec les médecins de ville.

“ Fluidifier
la filière en optimisant
l'hospitalisation
au long cours ”

Initiative

Auteurs de violences sexuelles : un dispositif innovant

Avec le Centre de détention de Val-de-Reuil, la Haute-Normandie dispose d'un des vingt deux établissements ciblés par la Direction de l'administration pénitentiaire pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Ces personnes peuvent bénéficier d'un suivi psychiatrique durant leur incarcération et, de plus en plus souvent, faire l'objet d'injonctions ou d'obligations de soins à leur sortie. Ces suivis peuvent être réalisés soit par le Service médico-psychologique régional (SMPR), soit dans les secteurs de psychiatrie générale, soit au centre de consultations intersectoriel de la Madeleine à Évreux, soit à Rouen, au centre thérapeutique Saint-Sever.

Référent régional en termes d'évaluation et de suivi des situations les plus complexes, le site rouennais propose : un centre ressource (missions de formation, d'information et de recours) destiné aux professionnels, des consultations post pénales assurées par le SMPR, et des prises en charge des situations sous main de justice nécessitant une approche spécialisée (chimiothérapie, groupe de parole, cothérapie...). Il doit être renforcé par une unité d'évaluation régionale travaillant en lien avec l'ensemble des établissements pénitentiaires et services de psychiatrie de la région.

INVESTISSEMENTS et réorganisation par pôles

Évreux : Navarre, la référence

En 2013, le département de l'Eure sera doté d'un nouveau Centre hospitalier de référence pour la psychiatrie. Conçu à la fin du XIX^e siècle, le CHS de Navarre d'Évreux bénéficie, en effet, d'un programme de reconstruction complète sur son site historique. Cette opération de 63 M€ - la plus importante du Plan santé mentale en France - est soutenue par le Plan d'investissement en santé mentale (PRISM). Ce programme prévoit une transformation majeure et progressive de l'organisation (par pôles) qui devrait être actée dans le futur projet d'établissement 2013-2017.

Quels en sont les principaux axes ?

- Prioriser la gestion de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation : repositionnement du CMP au cœur du dispositif, remise à niveau des locaux extrahospitaliers, développement des équipes mobiles, coopérations accrues avec le secteur médico-social...
- Éviter les hospitalisations prolongées et/ou inadéquates.
- Structurer une offre adaptée aux populations qui requièrent des soins spécifiques (adolescents, détenus, suicidants, toxicomanes, personnes âgées ou en situation de précarité...) dans une dynamique d'intersectorialité.
- Améliorer l'information et l'aide aux familles, encourager la formation et la coopération des professionnels de santé.



Urgences & permanence des soins

Chaque année, en Haute-Normandie, les services d'urgence accueillent plus de 550 000 personnes, dont 10% âgées de 75 ans et plus. Avec ses structures d'urgence hospitalières et pré-hospitalières (trois Samu-Centre 15, douze Smur et un Smur pédiatrique), la région bénéficie d'un maillage très satisfaisant : 99,4% de la population se situe à moins de 45 minutes d'une structure de prise en charge des urgences. Le Projet régional de santé se propose de conforter le réseau, en termes de qualité et d'accessibilité, mais aussi d'optimiser les coopérations entre l'hôpital et la médecine de ville (par l'articulation des dispositifs de permanence des soins), entre les Samu, les Sdis* et les transports sanitaires. La région envisage également de se doter d'un hélicoptère pleinement dédié à l'urgence médicale.

* Services départementaux d'incendie et de secours



2007-2011 : un maillage pertinent

Les deux précédents SROS se sont attachés à définir l'organisation des structures d'urgence, afin d'offrir à la population une accessibilité satisfaisante ; ils ont permis d'identifier les sites d'accueil spécialisés (pédiatrie, neurochirurgie...) et de redessiner les contours des zones d'intervention des Smur (Services mobiles d'urgence et de réanimation), à l'occasion de la création du Smur de Pont-Audemer. En 2010, dans le cadre d'une démarche très participative, l'ARS a engagé la révision des dispositifs de Permanence des soins ambulatoires (PDSA) et de Permanence des soins en établissements de santé (PDES). L'accent a été également porté sur la formation (le nombre d'internes formés à la médecine d'urgence a triplé) et l'information, avec la modernisation des outils développés par le Réseau régional d'aide médicale urgente de Haute-Normandie (RRAMUH).

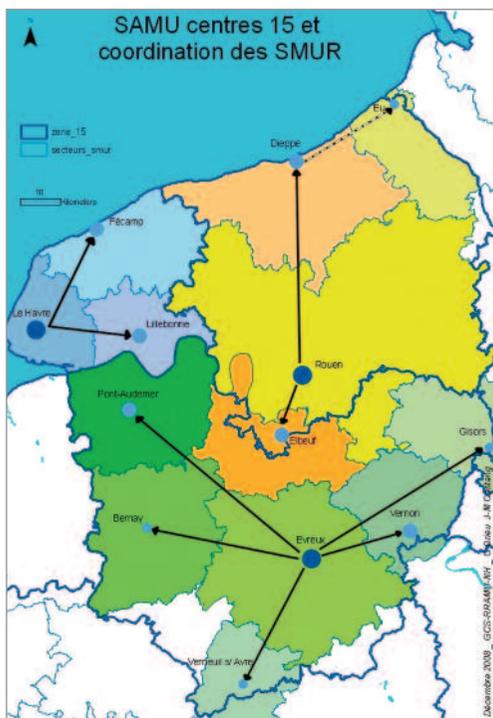
►► PRIORITÉS D'ACTION 2012-2017

Répondant globalement aux besoins de la population, le dispositif de prise en charge des urgences ne devrait pas évoluer de façon significative au cours des cinq prochaines années. Il sera consolidé et réajusté en permanence avec un objectif : apporter à toute demande d'assistance médicale urgente, ou ressentie comme telle, une réponse adaptée avec les moyens requis.

- 1 **Consolider et ajuster l'organisation régionale** : développement des coopérations entre structures d'urgence et professionnels d'amont et d'aval (Samu, Smur, Sdis, médecine libérale), amélioration des organisations (système de régulation commun) et mobilisation des moyens techniques nécessaires.
- 2 **Apporter des réponses adaptées aux besoins spécifiques** : prise en charge, en urgence, des enfants, des personnes âgées, des patients souffrant de troubles psychiatriques ou d'affections neuro-vasculaires, notamment d'AVC (accidents vasculaires cérébraux).
- 3 **Développer le système d'information** : informatisation de l'activité de régulation, mise en œuvre d'un serveur de veille et d'alerte régional, valorisation du réseau de transfert d'images pour répondre aux enjeux de la télé-expertise dans les domaines spécialisés (ex. : neurochirurgie...).
- 4 **Doter la région d'un hélicoptère dédié à l'urgence médicale** : afin d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies qui requièrent des interventions hautement spécialisées (neurologie, cardiologie, traumatologie...) dans des délais courts.
- 5 **Mettre en œuvre la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires** : elle fait l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par l'ARS, après concertation, cahier des charges qui sera adapté à la démographie médicale.

Cette mission de service public vise à répondre aux besoins de soins non programmés, relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.

- 6 **Mettre en œuvre la permanence des soins en établissements de santé** : dans chaque territoire de santé, elle doit organiser l'accès aux soins la nuit, le week-end et les jours fériés. Vingt trois établissements de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique) sont concernés en Haute-Normandie.
- 7 **Mieux articuler permanences des soins ambulatoire et hospitalière** : afin d'assurer la continuité de la prise en charge des soins non programmés entre la ville et l'hôpital.
- 8 **Optimiser les organisations pour mieux répondre aux situations de crise (canicule, grand froid, épidémies saisonnières...)** : harmonisation des plans blancs, mise en œuvre des plans "Hôpital sous tension", amélioration du système régional de veille et d'alerte, sensibilisation des populations au bon usage des urgences.



Samu-Smur : un maillage satisfaisant

“ Apporter une réponse adaptée avec les moyens requis ”

AFFECTIONS NEURO-VASCULAIRES du mieux dans la prise en charge

En Haute-Normandie, deux Unités neuro-vasculaires sont opérationnelles au sein du CHU de Rouen et du Groupe hospitalier du Havre, ce qui est très insuffisant au regard des besoins de la population. Ces unités spécialisées assurent, notamment, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des accidents ischémiques transitoires (AIT) qui représentent près de 3 200 séjours-patients par an, soit trois fois plus que le nombre de séjours-patients pour infarctus aigus.

Nouveau protocole

L'organisation de la prise en charge tient compte non seulement de l'accès à une unité neuro-vasculaire, mais aussi de la capacité à effectuer l'imagerie en coupe (IRM ou scanner), à disposer d'un avis spécialisé dans un délai très court, notamment par télé-expertise (conférence à trois entre le radiologue, le neurologue et l'urgentiste), à mettre en œuvre une thrombolyse en urgence sur indication du spécialiste et à savoir transférer, au bon moment, le patient vers le centre adéquat (transport hélicoptéré, transport terrestre médicalisé ou non).



L'amélioration de la prise en charge des affections neuro-vasculaires figure dans le Projet régional de santé. Elle suppose, d'une part, la mise en place d'une structure régionale de référence (CHU) garantissant l'expertise 24 h/24, dans le cadre d'une "grande garde neuro-vasculaire" assurée par l'ensemble des spécialistes de la région et, d'autre part, les échanges d'images par télé-imagerie.

Dans cette optique, un protocole précis de prise en charge est expérimenté entre le CHU et le CHI Eure Seine. Il intègre plusieurs éléments de décision : la place de chaque intervenant (Centre 15, structures d'urgence, compétences en neurologie et en imagerie...), point d'entrée du patient, les critères d'éligibilité à la thrombolyse, les délais d'accès aux examens (IRM, scanner) et les capacités de transfert.

Siège régional

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02 32 18 32 18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

ars



www.ars.haute-normandie.sante.fr