

SRS

SCHÉMA
RÉGIONAL
DE SANTÉ

2018 ► 2023

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

Le mot

de la Directrice générale

Le Schéma régional de santé (SRS) décline notre Projet régional de santé (PRS). Il décrit le « comment » qui doit nous permettre d'atteindre les objectifs stratégiques du PRS.

Ce schéma est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires de l'Agence régionale de santé de Normandie et les acteurs de la démocratie en santé.

L'idée force qui a sous-tendu l'élaboration de ce document était également d'organiser notre action pour prévenir et répondre aux ruptures identifiées dans nos huit parcours prioritaires : périnatalité et développement de l'enfant ; santé des jeunes ; personnes en situation de handicap ; personnes âgées en perte d'autonomie ; psychiatrie et santé mentale ; cancers ; maladies chroniques-insuffisance cardiaque et maladies chroniques-asthme-BPCO.

Ce schéma est « unique ». Autrement dit, quelles que soient les populations ou les pathologies, notre action se structurera autour des mêmes objectifs, à savoir : la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic, les soins, la prise en charge et l'accompagnement.

Les 32 objectifs spécifiques transversaux présentés ont été définis avec le souci de concilier les impératifs de qualité et de sécurité, avec les enjeux de proximité et d'accessibilité. Ils visent à renforcer l'efficacité des organisations en santé en actionnant les grands leviers que sont l'e-santé et le soutien aux innovations, et particulièrement les innovations organisationnelles, l'information et la formation des professionnels, la coordination des politiques publiques et le rôle de la démocratie en santé, la transformation de l'offre en santé et la coordination des acteurs au service de la fluidité des parcours.

En s'appuyant sur les spécificités de notre région et de nos territoires, le schéma établit les objectifs opérationnels et les prévisions d'évolution en termes d'organisation de l'offre en santé (autorisations, implantations, créations, transformations...) pour les cinq années à venir.

Il est essentiel de fluidifier les parcours de santé, de les rendre lisibles pour les usagers qui attendent, à raison, d'être éclairés pour agir. La coordination des acteurs de santé, leur coopération pour répondre à ces attentes est essentielle. L'organisation de la gradation de l'accès à la santé a été repensée pour répondre aux enjeux de ressources (humaines, démographiques, financières), d'efficacité et de soutenabilité.

Il nous appartient désormais de mettre en œuvre chacun des objectifs que nous nous sommes fixés pour les cinq années à venir. Je sais pouvoir compter sur l'implication de tous pour améliorer la santé des Normands.

Madame Christine GARDEL
Directrice générale
Agence régionale de santé de Normandie



SOMMAIRE

1. **INTRODUCTION**p. 6
2. **OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET OPÉRATIONNELS**p. 9
 1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1^{er} levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la viep. 10
 1. Prévenir les pratiques addictives
 2. Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
 3. Prévenir le mal-être et le suicide
 4. Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
 5. Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
 6. Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
 7. Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
 8. Promouvoir un environnement favorable à la santé
 2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilitésp. 42
 9. Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
 10. Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
 3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses prochesp. 50
 11. Rendre l'usager acteur de sa santé
 12. Accompagner les aidants
 4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santép. 58
 13. Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
 14. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits
 5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoinsp. 66
 15. Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
 16. Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
 17. Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
 6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisiblep. 78
 18. Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
 19. Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé



SOMMAIRE

- 7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants p. 86
 - 20. Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux événements graves et situations sanitaires exceptionnelles
 - 21. Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
 - 22. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
 - 23. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- 8. Mettre l'innovation au service du système de santé p. 102
 - 24. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
 - 25. Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
 - 26. Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences
- 9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé p. 114
 - 27. Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
 - 28. Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
 - 29. Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
 - 30. Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive
- 10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide p. 130
 - 31. Garantir la fluidité des parcours par la transformation
 - 32. Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs
- 3. **CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS** p. 139
 - 1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé p. 140
 - 1. Prévention et réduction des pratiques addictives
 - 2. Dépistages organisés des cancers
 - 3. Éducation thérapeutique du patient
 - 4. Vaccination
 - 5. Santé sexuelle
 - 2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire - OQQOS p. 157



SOMMAIRE

1. Médecine
 2. Chirurgie
 3. Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
 4. Psychiatrie
 5. Hospitalisation à domicile
 6. Soins de suite et de réadaptation
 7. Soins de longue durée
 8. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
 9. Médecine d'urgence
 10. Réanimation
 11. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
 12. Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
 13. Traitement du cancer
 14. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
 15. Équipements matériels lourds
 16. Laboratoire de biologie médicale
 17. Offre de soins de premier et de deuxième recours
 18. Permanence des soins en établissement de santé
- 3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social..... p. 290**
1. Accès à la prévention, promotion de la santé et aux soins
 2. Accompagnement adapté en structure médico-sociale
 3. Repérage / dépistage / diagnostic (enfants et adultes) et interventions précoces
 4. Développer des réponses inclusives
 5. Pair aideance, soutien, guidance et accompagnement des aidants
 6. Maintien à domicile des personnes âgées fragiles
 7. Accompagnements adaptés à l'évolution des populations accueillies en EHPAD (hébergement permanent)
 8. Personnes en difficultés spécifiques : ESMS « précarité »
- 4. GLOSSAIRE p. 326**



Introduction

LE SRS DE QUOI PARLE-T-ON ?

Des textes (articles R. 1434-3 et suivants du Code de la santé publique)...

La loi relative à la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu un Projet régional de santé (PRS) doté d'un Schéma régional de santé (SRS) unique.

Le SRS, établi pour une durée de cinq ans, permet ainsi aux ARS de poursuivre des objectifs plus transversaux au service d'une politique régionale de santé partenariale et décloisonnée.

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de prévention, de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale constituent autant de moyens à mobiliser pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et conduire les transformations nécessaires à la pérennité de notre système de santé.

Le SRS de Normandie tient compte :

- des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge,
- des exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique,
- des spécificités des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des zones de revitalisation rurale et des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins,
- de la Stratégie nationale de santé (SNS), des orientations des plans ou programmes nationaux de santé,
- des objectifs du programme coordonné élaboré par les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

... à l'élaboration collective du SRS

Le SRS de Normandie est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires institutionnels et professionnels de l'Agence et plus particulièrement les instances de démocratie en santé. Les grandes collectivités incontournables sur les sujets de santé telles que les Conseils départementaux et le Conseil régional mais aussi les communes et leurs groupements siègent dans ces instances aux côtés des représentants des professionnels de santé, des usagers, de l'État et des organismes de sécurité sociale. Ainsi, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées, les commissions de coordination des politiques publiques et les conseils territoriaux de santé ont été étroitement associés à l'élaboration du SRS.

Sur la base de l'évaluation des PRS de première génération des anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie, du diagnostic régional sur les besoins de santé, de l'étude sur l'offre et le recours, des Diagnostics territoriaux partagés (DTP) ont été réalisés par les sept Conseils territoriaux de santé (CTS). Huit parcours de santé et de vie ont ainsi été identifiés comme prioritaires en Normandie :

Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »	Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
Le parcours « santé des enfants et des jeunes »	Le parcours « cancers »
Le parcours « personnes en situation de handicap »	Le parcours « maladies chroniques » insuffisance cardiaque
Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »	Le parcours « maladies chroniques » asthme / BPCO

Ces parcours prioritaires ne résument pas à eux seuls l'action de l'Agence mais ils permettent d'identifier les axes de travail à surinvestir pour améliorer la santé des Normands.

Dans une approche globale du parcours de santé et de vie, chaque parcours a fait l'objet d'une modélisation théorique. Cet exercice a permis d'identifier collectivement les points de ruptures identifiés ou potentiels.

À ce titre, le SRS intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

Les 32 objectifs spécifiques transverses déclinés ci-après ont été déterminés sur la base des ruptures identifiées dans les parcours et de surcroît, à partir des pistes retenues collectivement pour les limiter.

Le SRS normand

Le SRS constitue la feuille de route de notre action collective au service de la santé des Normands pour les cinq prochaines années.

Sur la base du diagnostic et de la situation régionale, il répond à plusieurs principes spécifiques qui ont guidé les travaux régionaux et plus particulièrement :

- une exigence de lisibilité de la politique régionale de santé : des objectifs resserrés et lisibles,
- la construction collective et une large concertation à la fois avec les instances de démocratie en santé et avec l'ensemble des partenaires régionaux : institutionnels, professionnels et usagers,
- la garantie des principes de sécurité et de continuité dans la prise en charge et l'accompagnement des Normands,
- le nécessaire décloisonnement des politiques et des interventions en santé,
- la prise en compte du caractère éminemment partenarial des politiques de santé au regard des déterminants de santé.

Accompagner l'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre aux acteurs d'innover dans le cadre de coopérations intersectorielles renouvelées, favoriser des réponses inclusives et modulaires via l'adaptation et la transformation de l'offre... impliquent :

- une coopération interinstitutionnelle renforcée, en premier lieu avec les Départements, chefs de file des politiques d'autonomie et d'aide sociale et plus particulièrement des politiques dédiées à l'enfance (aide sociale à l'enfance - ASE et protection maternelle et infantile – PMI), aux personnes en situation de handicap (hébergement et insertion sociale), aux personnes âgées (création et gestion d'établissements, maintien à domicile) mais également avec la Région, cheffe de file de la formation professionnelle et de l'aménagement du territoire et les collectivités locales en charge notamment de l'urbanisme et enfin avec les services déconcentrés de l'État (Éducation nationale, DIRECCTE, DRDJSCS, DREAL...) et les organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,...)
- de s'appuyer sur l'expertise des usagers et de leurs aidants.

La politique normande vise, en outre, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour y parvenir, le SRS s'appuie sur le principe d'universalisme proportionné, combinant une action différenciée selon les publics (approche ciblée) :

- l'universalisme proportionné à l'aune de la défavorisation sociale et territoriale,
- la stratégie envers les publics « les plus précaires » dans le cadre du PRAPS.

Quelles que soient les populations ou les pathologies, l'action de l'Agence, dans ses trois secteurs d'intervention (santé publique, sanitaire, médico-social), poursuit les mêmes objectifs :

- prévenir,
- dépister,
- diagnostiquer,
- soigner et prendre en charge,
- accompagner.

Ainsi, le SRS normand a volontairement été construit de façon transversale et ne revêt pas d'objectifs cloisonnés aux secteurs d'intervention ou aux populations et parcours ciblés.

La structuration et la gradation de l'offre en santé a été envisagée à partir des textes qui prévoient que les soins de premier recours comprennent :

- l'éducation pour la santé,
- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.

Cette définition a été élargie à l'ensemble des populations, en transversalité pour ainsi définir l'offre de santé de premier recours / de proximité.

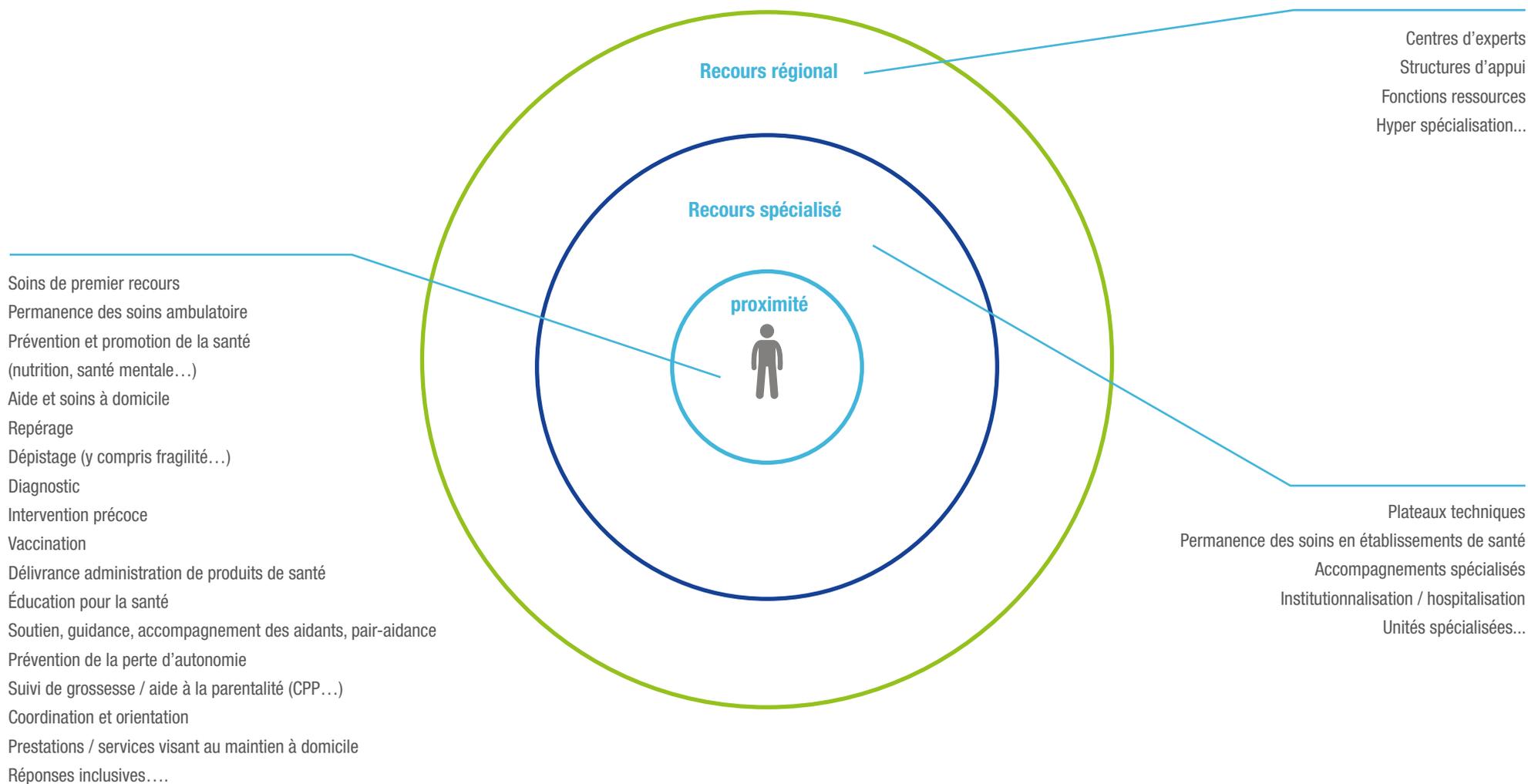
Les objectifs 1 à 17 du SRS constituent les principaux objectifs transversaux à atteindre pour améliorer la santé des Normands et plus globalement le service rendu à la population par la mobilisation de tous (institutions publiques, collectivités territoriales professionnels de tous les secteurs : prévention, sanitaire, médico-social, usagers et leurs représentants et bien évidemment normands eux-mêmes) : asseoir les actions de prévention et de promotion de la santé, réduire les inégalités sociales et territoriales en santé (ISTS), rendre l'utilisateur acteur de sa santé et de celle de ses proches, associer pleinement les usagers à l'amélioration de la qualité du système de santé et garantir l'accès à une offre de santé adaptée aux besoins.

Les objectifs 18 à 32 constituent, quant à eux, les principaux leviers institutionnels et organisationnels à mobiliser collectivement pour atteindre les précédents : la lisibilité de l'information, la qualité et la performance des organisations, l'innovation, la coordination et la synergie des politiques publiques, la fluidité des parcours.

Pour chaque objectif, les populations et les parcours prioritaires concernés sont précisés. Les acteurs et les leviers à mobiliser pour atteindre l'objectif sont également identifiés. Autant que faire se peut, chaque objectif est assorti d'indicateurs permettant de nourrir les travaux de pilotage, de suivi et d'évaluation du SRS.

INTRODUCTION

Le schéma suivant illustre la notion de gradation des prestations centrée sur les besoins des personnes, et qui sous-tend l'ensemble des propositions relatives à la structuration des opérateurs, des établissements et des services.



II

LES CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS

Les objectifs spécifiques et opérationnels du SRS déclinés ci-avant sont autant de moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Parmi eux, l'Agence et ses partenaires ont fait le choix d'afficher l'objectif d'une offre en santé graduée répondant aux besoins des Normands (objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

Cette ambition implique des conséquences sur les acteurs en santé tant dans le domaine de la prévention que du soin et des accompagnements médico-sociaux.

En conformité avec la Stratégie nationale de santé (SNS), le PRS normand a également positionné la prévention et la promotion de la santé comme le premier levier du bien-être de la population.

Bien que non demandés réglementairement, l'Agence a toutefois choisi d'afficher des conséquences sur l'organisation des acteurs en prévention et promotion de la santé au même titre que ceux définis par la loi pour les acteurs à la fois du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Sont ainsi présentés ci-après les :

1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé
2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire
3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

INTRO DUC TION

Les conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire

1. Rappel sur la délimitation des zones

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) dispose que l'Agence régionale de santé délimite des « territoires de démocratie sanitaire » à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région, ainsi que des « zones » donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds d'une part, et des laboratoires de biologie médicale d'autre part.

En Normandie, ce zonage a été fixé par arrêté du 20 juillet 2017 de la Directrice générale de l'ARS après consultation du Préfet de région ainsi que de la Commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) et de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Les zones ont été identifiées en tenant compte des besoins de la population, de l'offre existante et des adaptations nécessaires, des évolutions techniques et scientifiques ainsi que de la démographie des professionnels de santé et leur répartition, de la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation et des coopérations entre acteurs de santé.

Afin de garantir la lisibilité du schéma et le caractère opérationnel des découpages, l'ARS de Normandie a identifié des zones identiques pour l'ensemble des activités de soins et équipements matériels lourds relevant de ce schéma ainsi que pour l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zones, au nombre de 7, correspondent à la délimitation des territoires de démocratie sanitaire.

2. Précisions sur les activités figurant dans les objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière d'offre de soins (OQQOS)

Les dispositions légales et réglementaires distinguent les activités de soins, les équipements matériels lourds et les laboratoires de biologie médicale soumis à autorisation qui doivent faire l'objet d'objectifs quantitatifs dans le Schéma régional de santé (SRS), des autorisations dites spécifiques (lactariums, prélèvements d'organes, de tissus et de cellules, chirurgie esthétique) ou des activités soumises à reconnaissance contractuelle qui n'ont pas vocation à être traduites de manière obligatoire en objectifs quantitatifs.

Ainsi, seules les activités soumises à autorisation (hors autorisation spécifiques) sont traduites en objectifs quantitatifs dans les documents ci-après.

Les activités relevant actuellement du Schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS – chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, traitement des grands brûlés, greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques) ne sont pas intégrées au sein du présent document.

À contrario, l'activité d'Hospitalisation à domicile (HAD), bien qu'identifiée au sein des maquettes des activités de soins concernées par l'HAD (médecine, psychiatrie, gynécologie-obstétrique) fait également l'objet d'une maquette spécifique, afin de participer à la visibilité de l'HAD et de tenir compte des travaux engagés sur la région avec les opérateurs de terrain.



3. Principes transversaux pris en compte pour la détermination des OQQOS par type d'activité

- Organiser la gradation de l'accès aux soins pour répondre à des enjeux de ressources (médicales, soignantes, financières), d'efficience, de soutenabilité ;
- Concilier les impératifs de qualité/sécurité avec les enjeux de proximité et d'accessibilité ;
- Inciter à la concrétisation de coopérations structurées ;
- Tenir compte de la nécessité d'accompagner les établissements concernés par des restructurations avec la perspective d'évolution vers d'autres modalités de prise en charge répondant à des besoins (ex : transformation SU en CSNP) ;
- Asseoir la pérennité de l'offre de soins de certains établissements de santé dont la situation est menacée (rupture de trésorerie, absence de capacité d'investissement, absence de ressources médicales permettant de répondre aux conditions techniques de fonctionnement...).

4. Prise en compte des évolutions éventuelles durant la période de validité du SRS

Les OQQOS pourront être révisés durant les 5 années de mise en œuvre du SRS afin de tenir compte des évolutions de l'offre de soins et des besoins de la population sur la région Normandie.

Par ailleurs, un projet de réforme a été annoncé en termes de droit des autorisations (portant sur différentes activités de soins et équipements matériels lourds-EML) qui impliquera une première révision du SRS à horizon 2020.

Indépendamment de la prise en compte de cette réforme, l'ARS de Normandie veillera à une adaptation régulière du schéma et de ses objectifs opérationnels afin de répondre à l'évolutivité des besoins en région.

Conformément aux dispositions de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé, ces évolutions sont prévues

dans le cadre d'ordonnances. En effet, « (...) le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :

1° Moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, les régimes des visites de conformité, les régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires et les modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé et les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation ; (...). »

La première ordonnance (n° 2018-4 du 3 janvier 2018) publiée le 4 janvier 2018 modifie notamment la durée de validité des autorisations d'activités de soins.

Conformément aux orientations définies et aux dispositions réglementaires, l'ARS de Normandie serait susceptible de déroger à la durée de validité d'une autorisation de 7 ans (article L6122-8 du CSP),

- pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique,
- dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue, le cas échéant, par le schéma d'organisation des soins et pour assurer la continuité des soins.

Enfin, dans un objectif d'adaptabilité aux évolutions susmentionnées, de souplesse, les objectifs quantitatifs (= implantations) sont présentés sous forme de fourchette, c'est-à-dire sous la forme d'une valeur minimale et d'une valeur maximale à échéance du SRS (5 ans). Aucune transformation ne saurait advenir sans avoir travaillé les alternatives en amont. Ce principe laisse la possibilité aux établissements de s'inscrire ou non dans les évolutions d'implantations qui sont présentées dans le SRS.

Zones





ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Elle comporte, le cas échéant, des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des actes techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale. Les soins de médecine prennent en compte les aspects physique, psychique et social des patients.

La région dispose d'une offre de soins graduée de médecine, avec des structures de recours (médecine de spécialités) qui peuvent proposer une expertise pour les services de médecine polyvalente qui sont en proximité, incluant le champ de la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Un certain nombre des prises en charge polyvalentes en médecine interne et spécialités médicales sont déjà organisées en filières et ont vocation à s'organiser en parcours de soins et parcours de santé.

Certains de ces parcours sont bien avancés, d'autres en voie de construction. Très schématiquement, il s'agit de parcours par pathologies :

- accidents cardio-neuro-vasculaires,
- maladies chroniques, notamment insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancérologie, Insuffisance rénale chronique (IRC), maladies neuro-dégénératives, obésité.

Ou de parcours populationnels :

- enfants et adolescents,
- personnes âgées.

Au regard des besoins de patients âgés, des établissements de santé ont développé des activités s'inscrivant dans la filière de soins gériatrique (notamment Court séjour gériatrique (CSG), Équipe mobile de gériatrie (EMG)).

L'offre de médecine a développé également des prises en charge en soins palliatifs (Unités de soins palliatifs (USP) et Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)). Chaque zone d'implantation est dotée d'au moins une Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), en cohérence avec l'axe régional qui vise à renforcer à la fois l'offre au domicile et à la rendre également plus disponible pour les établissements médico-sociaux.

L'activité de médecine dans les ex-hôpitaux locaux a connu de fortes évolutions :

- au plan national d'abord, avec la réforme réglementaire intervenue en 2015 définissant le statut d'hôpital de proximité, à la jonction entre le premier recours, le second recours et le médico-social et basée sur des caractéristiques du territoire qu'ils desservent,
- au plan territorial, avec des opérations de recomposition de l'offre de soins, s'inscrivant dans une organisation graduée des soins, donnant une vocation de proximité à ces établissements, à forte valence gériatrique, en lien avec les établissements de recours et leurs plateaux techniques.

Les activités de médecine sont parties intégrantes dans le parcours de soins.

Le contexte actuel est marqué pour les activités de médecine par leur inscription dans le virage ambulatoire, avec l'annonce de la révision de la circulaire frontière, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec l'élaboration de projets médicaux partagés, qui constituent un levier pour la structuration de filières de soins pertinentes au sein des territoires.

Ce document aborde (à l'exclusion de la cancérologie qui fera l'objet d'un volet spécifique) les disciplines médicales dans leur globalité, excluant les champs de la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans, et de la prise en charge en HAD qui seront traités de manière individualisée.

De nombreux postes médicaux sont vacants dans la région, tout particulièrement pour certaines spécialités (neurologie, cardiologie, pneumologie...) qui présentent un déficit démographique accentué.

Le déploiement de la télémédecine en région est un objectif prioritaire, compte tenu des problématiques de démographie médicale, même si celui-ci est avancé dans certains domaines, notamment dans le parcours de soins de l'Accident vasculaire cérébral (AVC).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'usager acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation, suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

FAVORISER LES PROJETS MÉDICAUX D'HOSPITALISATION DE JOUR (HDJ) EN MÉDECINE

Hospitalisation à temps partiel spécialisée dans les deux CHU et les Établissements de santé (ES) de recours et hospitalisation à temps partiel polyvalente dans les autres ES : dès la révision de la circulaire frontière fin 2017, établir un cahier des charges pour l'HDJ en médecine, entamer des travaux avec les médecins coordonnateurs et les cadres des services d'hospitalisation à temps partiel de médecine déjà implantés.

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel en médecine s'effectuera dans les ES en fonction des critères suivants :

1 - ORGANISER L'OFFRE DE MÉDECINE EN RESPECTANT LA GRADATION DES SOINS

- Favoriser l'orientation du patient la plus précoce possible pour garantir la fluidité de la filière et la reposer sur des critères rigoureux pour offrir au patient la prise en charge la plus adaptée. Impliquer les établissements SSR dans la prise en charge de la phase post-aigüe, dont le maillage territorial d'aval SSR est assuré pour chacune des zones d'implantations.
- Formaliser des conventions de coopération inter établissements et avec l'offre de soins de premier recours et l'inscription dans les filières de soins.

2 - TRANSFORMER L'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET EN HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL EN MÉDECINE

- Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour dans les centres hospitaliers de recours en regroupant si besoin les spécialités et augmenter les capacités d'HDJ dans les structures existantes.
- Inscrire l'hospitalisation à temps partiel de médecine dans un continuum de prise en charge (de la ville à l'établissement), prenant en compte la structuration du premier recours dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, le suivi des maladies chroniques (hospitalisations évitables) et la coordination des parcours de soins.
- Expertiser des actes médicaux à effectuer soit en hospitalisation (à temps complet ou en hospitalisation de jour), soit en consultation externe, soit vers l'offre de soins de ville / Expertiser le report d'actes médicaux effectués en hospitalisation vers la consultation externe ou vers la médecine de ville.

3 - POURSUIVRE ET DÉVELOPPER LA PROMOTION ET LA VALORISATION D' ACTIONS DE SENSIBILISATION AUX MALADIES CARDIO ET NEURO-VASCULAIRES, ET DE PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DE LEURS FACTEURS DE RISQUE (lien avec la prévention)

4 - DÉVELOPPER LA TÉLÉ-EXPERTISE, TÉLÉ-SURVEILLANCE DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES PRIORITAIREMENT ET FAVORISER LES INNOVATIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES

5 - FORMALISER UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT, en se référant aux recommandations de la HAS pour la construction d'un parcours de soins. Construire un parcours de soins avec une organisation régionale des soins graduée, animé par le CSO (structuration et mise en œuvre d'une prise en charge médicale multidisciplinaire de l'obésité ; parcours de soins médico-chirurgical ; parcours de soins de l'enfant obèse)

6 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES ADDICTIVES (correspond à 20 % des décès normands et est une cause majeure d'hospitalisation et de comorbidités au sein des différents services de médecine) en adaptant l'offre hospitalière au regard de la définition territoriale des filières d'addictologie (cf. la Stratégie régionale « pratiques addictives » 2018-2022 élaborée par l'ARS Normandie)

CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE :

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, une nouvelle organisation de l'offre de soins est attendue sur chaque site suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins.

■ 0 à – 1 implantation

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE SOUS FORME D'HAD

Une suppression d'implantation de médecine sous forme d'HAD est prévue dans la zone d'implantation de l'Orne, dans le cadre d'une coopération attendue entre des titulaires d'autorisation d'HAD afin de renforcer un projet territorial d'HAD.

■ 0 à – 2 implantations dans le cadre d'un projet de coopération.

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE SOUS FORME D'HAD

Une suppression d'implantation de médecine sous forme d'HAD est prévue dans le Bajocasse, dans le cadre d'une coopération attendue entre des titulaires d'autorisation d'HAD afin de renforcer un projet territorial d'HAD.

■ 0 à -1 implantation dans le cadre d'un projet de coopération.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE

■ 0 à – 2 implantations.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- Le développement de la télémédecine
- Parcours de soins des maladies chroniques formalisés par la HAS à mettre en œuvre
- Outils ANAP pour l'HDJ médecine
- Dispositifs de maintien à domicile : PRADO, SOPHIA
- Dispositifs de coordination : PTA
- Association de patients : formation des patients, ETP, patient expert...
- URML, CHU, ES de recours, centres experts pour la formation des professionnels de santé
- Cahier des charges HDJ médecine à écrire une fois la circulaire frontière révisée
- E-santé, numérisation des dossiers, DMP, formalisation des comptes rendus de sortie
- Mise en œuvre des Plans personnalisés des soins (PPS) pour les patients suivis en médecine (recommandations HAS)
- Consultations spécialisées avancées au sein des maisons de santé
- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), Retour d'expérience (REX), enquêtes satisfaction des patients, Évaluation des pratiques professionnelles (EPP), patients traceurs
- Indicateurs de suivi selon les données de santé à la disposition de l'ARS et selon les recommandations IPAQS et IPC (Indice de pratique clinique) de la HAS
- Indicateurs de suivi spécifiques pour toute action de santé publique contractualisée avec l'ARS.

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE MÉDECINE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel
Médecine HC et/ou HTP	11	11	0	11	11 à 9	0 à -2	8	8 à 7	0 à -1	8	8	0	3	3	0	14	14	0	7	7	0	62	62 à 59	0 à -3
Médecine sous forme d'HAD	7	7 à 6	0 à -1	3	3	0	3	3 à 1	0 à -2	3	3	0	1	1	0	3	3	0	2	2	0	22	22 à 19	0 à -3

Médecine



CHIRURGIE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Léger retard de la Normandie sur le développement de la chirurgie ambulatoire : taux global à 52.7% en 2016 pour une cible à 53.6%, mais taux avec application du case-mix national à 53.9%
- Problème de démographie des professionnels de santé, surtout pour les établissements de recours et les établissements de proximité : recours aux intérimaires avec difficulté de construire un projet de service ou d'établissement, difficultés d'organisation de la Permanence des soins (PDS), problèmes de sécurité et de qualité
- Problème de fragilité de plateaux chirurgicaux avec une activité faible et une masse critique limitée

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

FAVORISER LES COOPÉRATIONS, RECOMPOSITIONS ET MISE EN COMMUN D'ACTIVITÉ OU DE PLATEAUX TECHNIQUES POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ ET DE QUALITÉ

- En offrant un accès à une offre de chirurgie graduée développant les complémentarités territoriales (en particulier en cas de redondances sur un même site géographique) et la mutualisation d'activités et de moyens
- En garantissant l'accessibilité financière, en particulier au travers d'une offre médicale au tarif opposable pour chaque zone d'implantation, y compris dans le cadre de la PDSS
- En soutenant des équipes médicales territoriales selon un périmètre (GHT, zone ou infra zone d'implantation...) et des modalités (temps partagé...) adaptées à chaque contexte
- En s'assurant du maintien d'une réponse adaptée en proximité (consultations de proximité, consultations non programmées) permettant une entrée dans un parcours organisé
- En expertisant l'orientation des plateaux techniques de proximité fragiles vers une activité programmée (chirurgie ambulatoire ou d'hospitalisation à temps complet)

Le maintien d'un plateau chirurgical sera conditionné, entre autres par :

- Un volume global d'activité chirurgicale suffisant : 1 500 séjours chirurgicaux/an. En dessous de ce seuil de fragilité, et si l'implantation répond à un besoin de santé non couvert en proximité, une réflexion sera à conduire avec l'ES sur la gradation de l'offre de soin et les coopérations possibles pour permettre de garantir à la population de proximité un accès aux soins de chirurgie de qualité
- Une stabilité de l'équipe anesthésique et chirurgicale et une intégration dans une équipe médicale territoriale, notamment pour les établissements publics
- Une organisation structurée et efficiente en sécurisant et fluidifiant les prises en charge d'amont et d'aval

- Une politique de gestion des risques et des indicateurs de qualité, de sécurité et de performance satisfaisants (certification du bloc opératoire, fréquence des Événements indésirables graves (EIG), taux d'utilisation/occupation des lits de chirurgie, situation financière).

ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :

- En identifiant des modalités de formation pour les pratiques inégalement développées, en particulier celles pour lesquelles la marge de progression identifiée par les données PMSI est importante (profil virage ambulatoire de chaque établissement)
- En l'appuyant sur une organisation des soins de ville adaptée, tant en amont (qualité de l'analyse d'éligibilité) qu'en aval (organisation de la sortie, en particulier par le développement du PRADO post chirurgical en orthopédie (opportunité CNAMTS) puis sur d'autres spécialités chirurgicales)
- En l'appuyant sur des plateaux techniques organisés, avec un volume global d'activité chirurgicale suffisant (1 500 séjours chirurgicaux par an), une équipe médicale et paramédicale stable (fréquence de l'intérim), des conventions de repli fonctionnelles
- En proposant, pour les hôpitaux présentant une faible activité chirurgicale :
 - Le développement de l'activité ambulatoire resserré pour un nombre limité de gestes simples, avec la condition d'une intégration de ces établissements dans des ensembles plus vastes permettant de faciliter la mise en place de circuits adaptés de prise en charge et leur qualité
 - Ce développement pourra se faire, par exemple, par la mise en place d'une organisation d'hôpital de semaine combinant ou non chirurgie et anesthésie ambulatoire en fonction du suivi des indicateurs organisationnels.

L'autorisation d'activité de chirurgie ambulatoire sera conditionnée à :

- Un volume global d'activité chirurgicale suffisant (1500 séjours chirurgicaux/an) ; ou, pour des hôpitaux à faible volume d'activité, une activité ambulatoire resserrée sur un nombre limité de gestes simples, avec la condition d'une intégration de ces établissements dans des ensembles structurés (GCS, équipe médicale territoriale...)
- Une stabilité et une formation spécifique de l'équipe anesthésique et chirurgicale
- Une organisation structurée et efficiente, répondant aux recommandations organisationnelles de l'ANAP
- Un suivi par l'unité de chirurgie ambulatoire des 8 indicateurs de processus et de résultat de l'HAS proposés en juillet 2017
- L'insertion dans une collaboration territoriale organisée et fonctionnelle avec des conventions de repli opérationnelles et une organisation des transports structurée
- Une organisation des soins de ville adaptée sur le territoire, avec une offre suffisante de suivi à domicile pluridisciplinaire (médicale et paramédicale).

ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET LA PERMANENCE DES SOINS CHIRURGICALE SUR CHAQUE TERRITOIRE avec la mutualisation d'activités et de moyens, l'articulation des plateaux chirurgicaux par des coopérations, complémentarités garantissant la sécurité sanitaire.

AMÉLIORER L'ORGANISATION DE LA FILIÈRE DE LA CHIRURGIE DE L'ENFANT.**SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN ANESTHÉSIE ET EN CHIRURGIE EN AMÉLIORANT L'ATTRACTIVITÉ DES PLATEAUX CHIRURGICAUX :**

- Favoriser les coopérations, les équipes médicales territoriales, les regroupements sur un plateau chirurgical unique pour améliorer l'attractivité
- Encourager les initiatives spécifiques et innovantes (nouveaux modes de prise en charge, participations à des activités de recherche) et en favoriser la diffusion.

CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues) dans une perspective de gradation des soins dans le cadre du GHT Normandie Centre.
- +1 implantation en Anesthésie chirurgie ambulatoire (ACA) inclusive

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

Dans la perspective d'une coopération plus forte (dont la forme juridique reste à définir) et d'une nouvelle organisation des soins, il est attendu une répartition des activités de soins entre deux sites suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues)

Une réflexion sera à mener avec les ES de la zone disposant d'une faible activité chirurgicale et dont les ressources médicales demeurent fragiles, sur la gradation de l'offre de soins et les coopérations structurées possibles entre établissements publics et/ou privés pour permettre de garantir un accès aux soins de chirurgie de qualité.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

Dans la perspective d'une coopération plus forte des établissements du territoire de Dieppe (dont la forme juridique reste à définir), une nouvelle organisation des soins de chirurgie est attendue suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins sur l'agglomération dieppoise :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX-VERNON

Compte tenu de la rareté des ressources médicales et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé de la zone d'implantation Evreux-Vernon et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires sur ce territoire :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

Une réflexion sera à mener avec les ES de la zone disposant d'une faible activité chirurgicale et dont les ressources médicales demeurent fragiles, sur la gradation de l'offre de soins et les coopérations structurées et possibles entre établissements publics et/ou privés pour permettre de garantir un accès aux soins de chirurgie de qualité.

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

Compte tenu de la rareté des ressources médicales et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé de la zone d'implantation du Havre et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires sur ce territoire :

- 0 à -1 implantation en ACA exclusive.

INDICATEUR(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité en chirurgie HTC est inférieur à < 1 500 séjours chirurgicaux
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Taux de ré-hospitalisation entre J1 et J4 après chirurgie ambulatoire
- Taux global de chirurgie ambulatoire

L'ARS s'appuiera également sur l'analyse des besoins de santé de la population par territoire et de l'accessibilité aux soins (géographique, économique et culturelle en particulier).

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

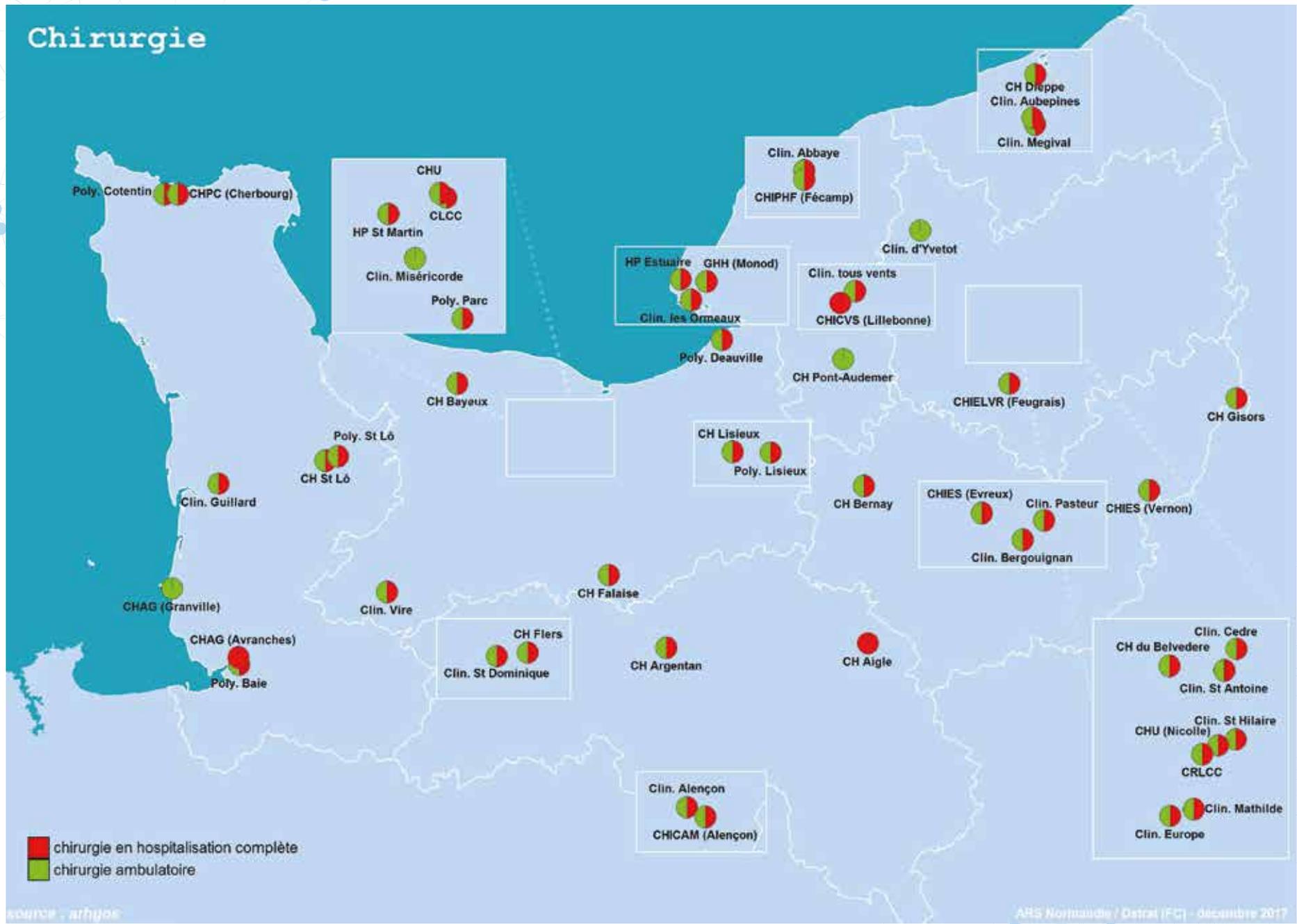
- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et la e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- Les investissements immobiliers et les équipements



TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE CHIRURGIE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel
Chirurgie	10	10 à 9	0 à -1	7	7 à 6	0 à -1	6	6 à 5	0 à -1	7	7	0	3	3 à 2	0 à -1	9	9	0	6	6 à 5	0 à -1	48	48 à 43	0 à -5
ACA exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	1	1 à 0	0 à -1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2 à 4	-1 à +1

Chirurgie



● chirurgie en hospitalisation complète
● chirurgie ambulatoire



GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Ce volet d'activité de soins s'inscrit en cohérence avec le parcours périnatalité et développement de l'enfant.

LE MAILLAGE TERRITORIAL

Il est à noter que la région Normandie a connu depuis 2012 une réorganisation importante de son offre de soins sur sa partie occidentale, fermeture de 4 maternités et parallèlement création de 4 Centres périnataux de proximité (CPP).

L'activité de soins de gynécologie-obstétrique est répartie sur la Normandie de la manière suivante :

- **Maternité de niveau I (unité d'obstétrique) : 10 titulaires**
- **Maternité de niveau II (unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec ou sans soins intensifs)**
 - sans soins intensifs 2A : 8 titulaires
 - avec soins intensifs 2B : 3 titulaires
- **Maternité de niveau III (unité d'obstétrique, unité de néonatalogie avec et sans soins intensifs et unité de réanimation néonatale) : 4 titulaires**
- **Gynécologie-Obstétrique sous forme d'HAD : 1 titulaire**
- **Néonatalogie sous forme d'HAD : 1 titulaire**

L'ACTIVITÉ D'ACCOUCHEMENTS

Entre 2012 et 2016, le nombre d'accouchements a diminué de 9,9 %, passant de 39 105 accouchements en 2012 à 35 218 accouchements en 2016.

Les taux d'évolution du nombre d'accouchements sont les suivants : Calvados (-16,5 %), Manche (-12,9 %), Seine-Maritime (-8,2 %), Orne (-5,8 %), Eure (-3,4 %). Les départements sont très hétérogènes en termes d'activité : en 2016, de 3 057 accouchements dans l'Orne à 16 809 accouchements en Seine-Maritime.

LES NOUVEAU-NÉS

En 2016 : 3 115 nouveau-nés vivants dans l'Orne, 3 798 dans l'Eure, 4 693 dans la Manche, 7 150 dans le Calvados et 17 041 en Seine-Maritime.

De 2014 à 2016, sur 6 800 séjours annuels la répartition des séjours des nouveau-nés hospitalisés est la suivante : 64,2 % des séjours sont en néonatalogie sans soins intensifs, 25,3 % des séjours sont en

soins intensifs de néonatalogie et 10,5 % en réanimation néonatale (en France respectivement 65,8 %, 21,2 % et 13,0 %).

La durée moyenne de séjour est de 7,5 jours en néonatalogie sans soins intensifs, 8,9 jours en soins intensifs de néonatalogie, 10 jours en réanimation néonatale (en France, respectivement 7,6 j ; 9,8 j et 11,4 j).

En moyenne par an, 143 enfants naissent vivants à domicile, répartis comme suit par zone d'implantation : 35 % sur Rouen-Elbeuf, 16 % sur Le Havre, 15 % sur le Calvados, 11 % sur la Manche 9 % sur Evreux-Vernon et l'Orne et 5 % sur Dieppe (source DIAMANT).

L'ACTIVITÉ D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

En 2016, 8 262 IVG ont été réalisées en Normandie, dont 86,4 % en établissement de santé. Le taux d'IVG pour 1 000 femmes mineures (15-17ans) est inférieur à la moyenne de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000) (source Drees).

LES VIOLENCES SEXUELLES

En 2014, la police et la gendarmerie ont constaté 1 798 violences sexuelles en Normandie (dont 238 viols sur majeurs, 426 viols sur mineurs...). Ce chiffre considérable (car très inférieur à la réalité très sous-déclarée) nécessite une grande coordination des unités médico-judiciaires, des structures d'urgence et des services de gynécologie-obstétrique.

LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La densité en gynéco-obstétriciens et en gynécologues médicaux est inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine en 2016.

Des effectifs de gynécologues en augmentation de 16 % entre 2013 et 2015, année où le nombre d'équivalent temps plein (ETP) en gynécologie-obstétrique était de 145,71 ETP.

Cette évolution est cependant différente selon les territoires de santé avec :

- une diminution des ETP pour les zones d'implantation du Calvados, du Havre et de la Manche,
- une augmentation des ETP pour les zones d'implantations de Dieppe, d'Evreux-Vernon, de Rouen et de l'Orne.

Des effectifs de pédiatres en augmentation de 19 % (+ 14,53 ETP) entre 2013 et 2015, avec cependant en 2016, une densité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine.

Des effectifs d'anesthésistes-réanimateurs en augmentation de 18 % (+ 16,51 ETP) entre 2013 et 2015, avec cependant en 2016, une densité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine (source SAE).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'usager acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23** Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28** Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29** Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

- La prévention, la réduction des inégalités de santé et la poursuite de l'amélioration des pratiques constituent des objectifs qualitatifs dont les établissements et les professionnels libéraux de la région devront s'emparer
- Le maintien d'une autorisation d'activité de soins de GO est soumis au respect des conditions d'implantations et techniques de fonctionnement définies dans le CSP, permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins
- Favoriser la conduite d'actions de prévention en périnatalité
- Favoriser des actions pour améliorer l'organisation, l'adaptation du parcours des femmes et des nouveau-nés
- Soutenir la dynamique des acteurs à travers notamment la constitution d'un réseau périnatalité normand
- Travailler en partenariat avec les Universités pour mettre en adéquation la formation des professionnels gynéco-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes et favoriser leur recrutement et installation en Normandie



CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et à la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires, plus particulièrement au sein du groupement hospitalier de territoire Eure-Seine.

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX - VERNON

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et à la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires, plus particulièrement au sein du groupement hospitalier de territoire Eure-Seine.

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ✓ La surveillance et l'observation de la santé
- ✓ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ✓ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ✓ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ✓ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ✓ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ✓ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ✓ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

INDICATEUR(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- L'ARS s'appuiera également sur l'analyse des besoins de santé de la population par territoire et de l'accessibilité aux soins (géographique, économique et culturelle en particulier)

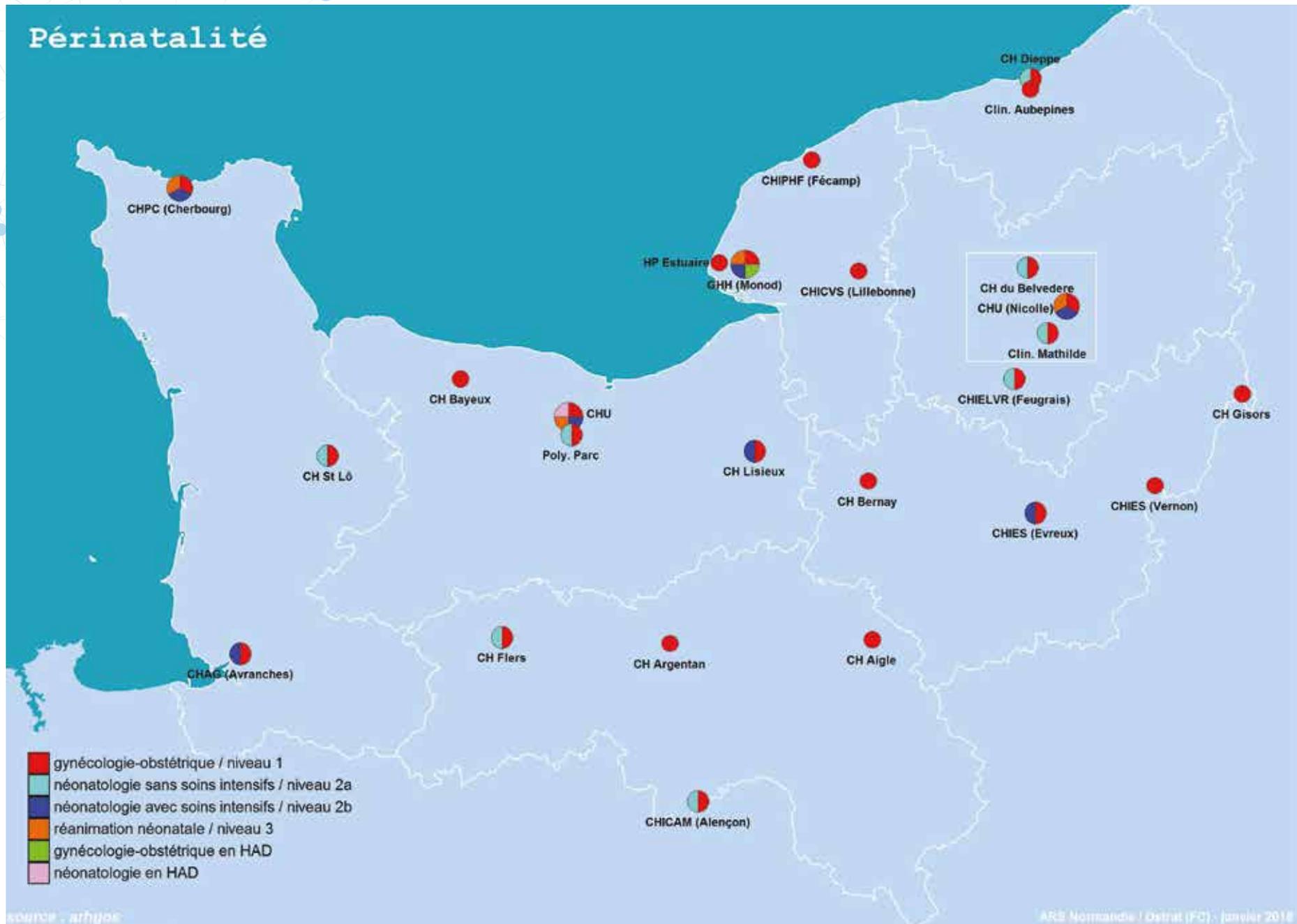
TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

		IMPLANTATIONS GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE																							
Modalités de l'activité de soins	Maternité de niveau	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Gynécologie obst.	I	1	1	0	0	0	0	2	2 à 1	0 à -1	3	3	0	1	1 à 0	0 à -1	0	0	0	3	3 à 2	0 à -1	10	10 à 7	0 à -3
Néonat sans soins intensifs	II A	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0	0	0	0	8	8	0
Néonat avec soins intensifs	II B	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Réa néonatale	III	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0
Total maternités		4	4	0	3	3	0	4	4 à 3	0 à -1	4	4	0	2	2 à 1	0 à -1	4	4	0	4	4 à 3	0 à -1	25	25 à 22	0 à -3
Néonat HAD		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Gynéco HAD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Un établissement de niveau II dispose obligatoirement de la modalité de niveau I (gynécologie-obstétrique)

Un établissement de niveau III dispose obligatoirement des modalités de niveau I (gynécologie-obstétrique) et de niveau II (néonatalogie avec soins intensifs)

Périnatalité



PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE ET GÉNÉRALE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En 2018, l'activité de soins de psychiatrie est portée par 21 établissements de santé au sein de la région Normandie :

- 14 établissements de santé publics dont 13 sectorisés qui assurent les missions de service public Soins psychiatriques sans consentement (SSC) et 8 pour la prise en charge des personnes détenues
- 4 établissements de santé privés à but lucratif (dont 1 en cours de construction) tous situés dans l'ex. Haute Normandie
- 3 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont 1 sectorisé qui assure les missions de service public des secteurs rattachés

Début 2016 sur la base des données 2014, la région Normandie faisait partie des 6 régions où la totalité des moyens délégués par habitant (secteur public et secteur privé) était inférieure à la moyenne nationale (hors DOM), avec des dépenses PSY par habitant en 2014 (DAF+OQN) de 149€ pour une dépense nationale de 153€.

Les budgets attribués en 2016 au titre de la psychiatrie aux établissements publics montrent des disparités entre les départements allant du simple au double (90,62€ par habitant pour le département le moins doté à 185,35€ par habitant pour le mieux doté) avec au sein des départements des disparités entre les établissements de santé allant du simple au triple (76,96€ par habitant pour le moins bien doté à 206€ par habitant pour le mieux doté).

Les orientations futures en matière de planification en psychiatrie et santé mentale seront réalisées dans le cadre général de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui prévoit notamment dans son article 69, un projet territorial de santé mentale (PTSM). Celui-ci, élaboré sur la base d'un diagnostic territorial partagé par les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale dans un territoire donné, a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ce projet doit être transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 28 juillet 2020.

Dans ce contexte, l'ARS a fait des questions relatives à la santé mentale une priorité régionale, en mettant en place une gouvernance dédiée aux projets territoriaux de santé mentale à trois niveaux : stratégique, opérationnel et individuel, garantissant une articulation constante entre le niveau régional et le niveau territorial.

Aussi, dans l'attente des orientations des projets territoriaux de santé mentale, une reconduction des implantations est retenue. Une révision pourra être engagée

ultérieurement sur la base notamment des résultats de ces travaux territoriaux. Toutefois, un certain nombre d'enjeux régionaux peuvent déjà être posés :

- La discipline est fortement impactée par un déficit préoccupant de médecins psychiatres ainsi que par un déficit de professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes...) qui doit être pris en compte dans la planification de l'offre de soins. Les nouvelles organisations doivent participer à rendre les postes médicaux plus attractifs notamment en les intégrant dans des communautés médicales plus importantes.
- Dans une perspective de parcours de soins et de vie, en limitant au maximum les ruptures, une concordance entre les aires d'interventions de la psychiatrie générale et celles de la psychiatrie infanto-juvénile sectorisée (hors CHU) par chaque établissement autorisé en psychiatrie à échéance du PRS est recherchée. La redéfinition, par les établissements autorisés en psychiatrie, des périmètres des secteurs en concordance avec les bassins de vie est encouragée dans le cadre des travaux sur les projets territoriaux de santé mentale.
- Le respect des obligations légales, réglementaires et la mise en place des recommandations de bonnes pratiques en matière de privation de liberté doivent constituer une priorité pour l'ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ces dispositions spécifiques à l'activité de psychiatrie doivent être prises en compte notamment lors de chaque projet de restructuration. Par ailleurs, devant la part des hospitalisations psychiatriques sans consentement réalisées dans le cadre des procédures d'urgence, le recours à la procédure de droit commun doit être systématiquement recherché.
- Devant les disparités dans l'allocation des ressources, une réflexion régionale est engagée conjointement à la structuration d'une organisation graduée des soins.
- La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans. Compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte, la psychiatrie infanto-juvénile est une priorité régionale avec notamment la nécessité :
 - d'organiser la prévention, le repérage, le diagnostic précoce et le traitement intensif précoce de ces troubles durant les périodes de la périnatalité, de la petite enfance et de l'adolescence ;
 - d'améliorer des conditions d'hospitalisation des mineurs, au regard notamment de la spécificité de l'accompagnement et des partenariats ;
 - de structurer les parcours de santé et de vie pour les enfants et les adolescents dans chaque territoire de parcours.

- Le dépistage et le traitement des troubles anxieux et dépressifs constituent également une priorité. L'Organisation mondiale pour la santé (OMS) estime que les troubles dépressifs représentent le 1er facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial et que la dépression arrivera, d'ici à 2020, au deuxième rang des causes d'invalidité les plus fréquentes dans les pays développés. Compte tenu de la prévalence des troubles, l'accès à la médecine spécialisée pour ces pathologies reste faible et la lisibilité d'une offre graduée des soins mérite d'être mise en place. Notons qu'outre les incapacités et les altérations de la qualité de vie qu'ils entraînent, les troubles anxieux et dépressifs augmentent significativement le risque de maladie cardiovasculaire et en diminuent les chances de guérison.
 - Dans le cadre de la structuration des parcours pour les personnes présentant des troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap, une modélisation régionale a été travaillée, permettant de retenir 3 niveaux :
 - proximité
 - territoire de parcours en psychiatrie et santé mentale
 - région
- Dans ce contexte, l'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale a été intégrée avec un maillage territorial.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°3** Prévenir le mal-être et le suicide
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6** Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°7** Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9** Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28** Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29** Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE EN INTÉGRANT UNE ORGANISATION GRADUÉE DES SOINS AVEC SI BESOIN UN NIVEAU DE RECOURS RÉGIONAL

■ Dans le cadre de la structuration des parcours de soins et de vie de la petite enfance :

- Proposer une organisation graduée par territoire incluant repérage, dépistage, diagnostic précoce et prise en charge précoce et intensive avec l'ensemble des acteurs concernés (notamment maternités, PMI, médecine scolaire, pédiatrie, psychiatrie-infanto-juvénile...)
- Individualiser des offres de recours régionales (bilans spécifiques, hospitalisation mère-enfant...)

■ Pour favoriser la structuration des parcours de soins et de vie des adolescents :

- Implanter une Maison des adolescents (MDA) et des antennes sur chaque territoire de parcours en psychiatrie et santé mentale
- Faire évoluer les MDA conformément au cahier des charges, pour impliquer le maximum d'acteurs concernés par les problématiques de santé mentale dans leur gouvernance afin de faciliter les engagements partenariaux.

■ Dans le cadre de la structuration des parcours de soins et de vie en psychiatrie et santé mentale :

- Organiser une plateforme en santé mentale dans chaque territoire, en articulation avec les plateformes territoriales d'appui, avec les offres de réhabilitation psychosociale et avec les dispositifs d'orientation permanente de la MDPH
- Confirmer le réseau de réhabilitation psychosocial de Seine Maritime (RePsy76) et le réseau de coordination psychiatrie, social et médico-social de l'Eure (RCP SMS 27) dans leur rôle de coordination et d'animation de la plateforme territoriale en santé mentale de leur territoire
- Considérer les pratiques orientées rétablissement comme une priorité en assurant une offre territoriale de réhabilitation psychosociale permettant une évaluation pluri professionnelle personnalisée et des soins spécifiques de réhabilitation (remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales, soutien aux familles, éducation thérapeutique...)
- Organiser une fonction ressource régionale troubles psychiques sévères avec ou à risque de handicap

AMÉLIORER LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES MINEURS :

■ Mettre en place une réflexion régionale avec les acteurs de la psychiatrie infanto-juvénile et associant la psychiatrie générale prenant en compte les tranches d'âge, les pathologies et les besoins (hospitalisations de crise ou hospitalisations programmées) afin de proposer des orientations à décliner ensuite dans les territoires. L'hospitalisation des mineurs dans des services de psychiatrie générale doit devenir l'exception à échéance du SRS.

AMÉLIORER LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR PERMETTANT UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE GRADUÉE

- Mettre en place des actions de formation et promouvoir la diffusion d'outils d'optimisation des prises en charge à disposition des médecins généralistes
- Favoriser des parcours de soins fluides entre la médecine générale et les soins spécialisés de second niveau, en favorisant notamment, dans le cadre de l'élaboration des PTSM, les rapprochements entre les exercices regroupés de professionnels de santé et les CMP

■ Proposer la possibilité de soins de recours

DÉVELOPPER DES OFFRES DE PRISES EN CHARGE PRÉCOCES ET INTENSIVES EN DIRECTION DES JEUNES ADULTES DÉVELOPPANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ÉMERGEANTE

- Au regard de l'expertise et de l'expérience de l'UMSI (Unité mobile de soins intensifs) du CHU de Caen :
 - Positionner cette UMSI comme référence en matière d'offre de soins pour les pathologies émergentes des jeunes adultes
 - Assurer son déploiement sur le département du Calvados
 - Puis assurer son déploiement sur l'ensemble de la région

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Dans l'attente de la finalisation du parcours santé mentale et des orientations issues des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), une reconduction des implantations infanto-juvénile et de psychiatrie générale est retenue à l'exception du secteur de Vire.

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

Les secteurs de Vire en psychiatrie générale et psychiatrie infanto juvénile se trouvent dans une très grande fragilité.

Un rattachement des secteurs de Vire en partie à l'EPSM Caen et en partie au CH de Bayeux doit être effectué, à échéance du 24/04/2019. Cette évolution se traduira comme suit :

■ 0 à -1 en psychiatrie générale

Confirmation d'autorisation après cession – sans impact sur le nombre d'implantations :

■ Rattacher l'hôpital de jour de psychiatrie générale géré par le CH de Falaise à l'EPSM de Caen

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

Le Centre de lutte contre l'exclusion et le suicide (CLIS) et la MGEN hôpital de Jour proposeront un projet de regroupement des activités de psychiatrie générale.

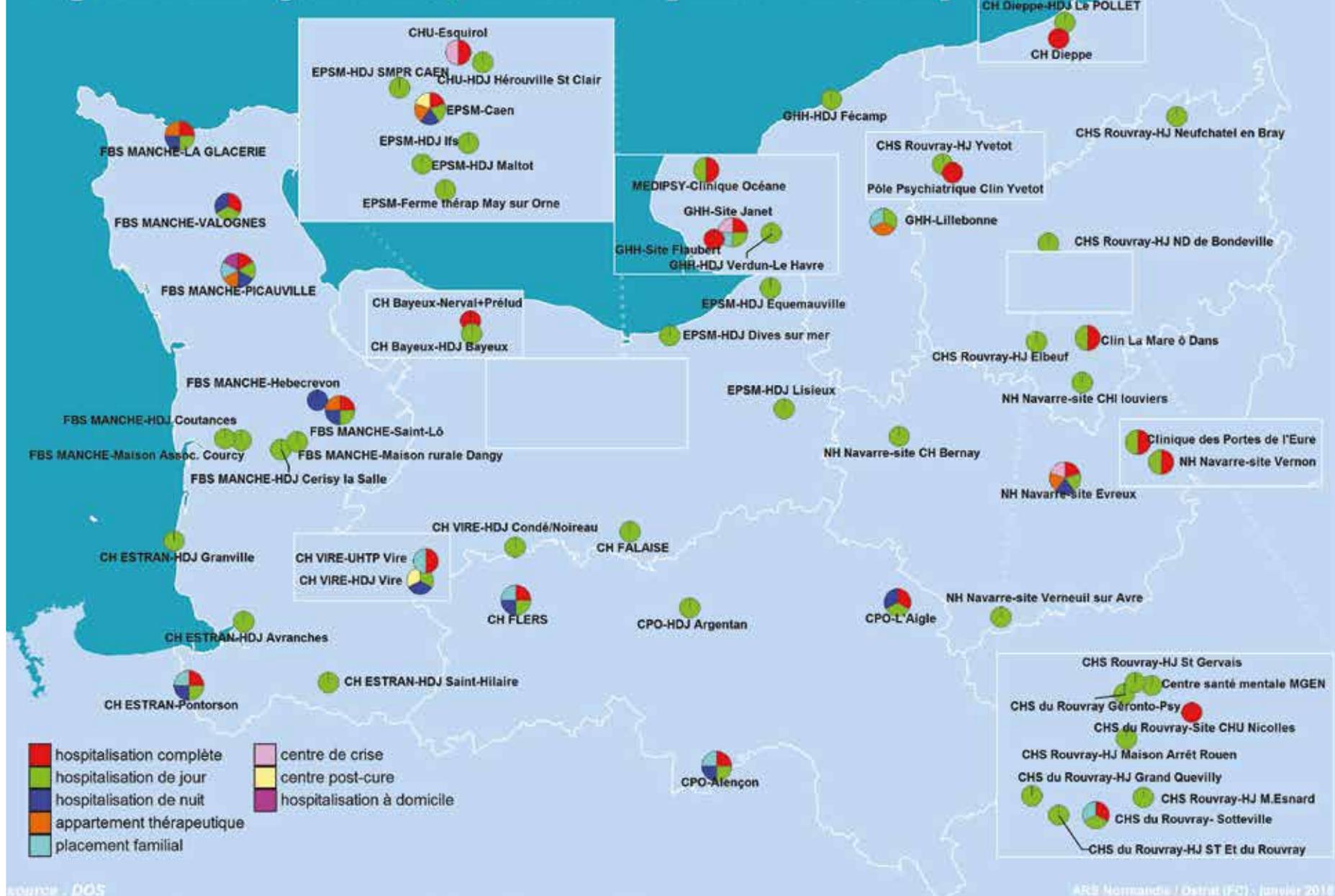
LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- La mobilisation de la démocratie sanitaire
- Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

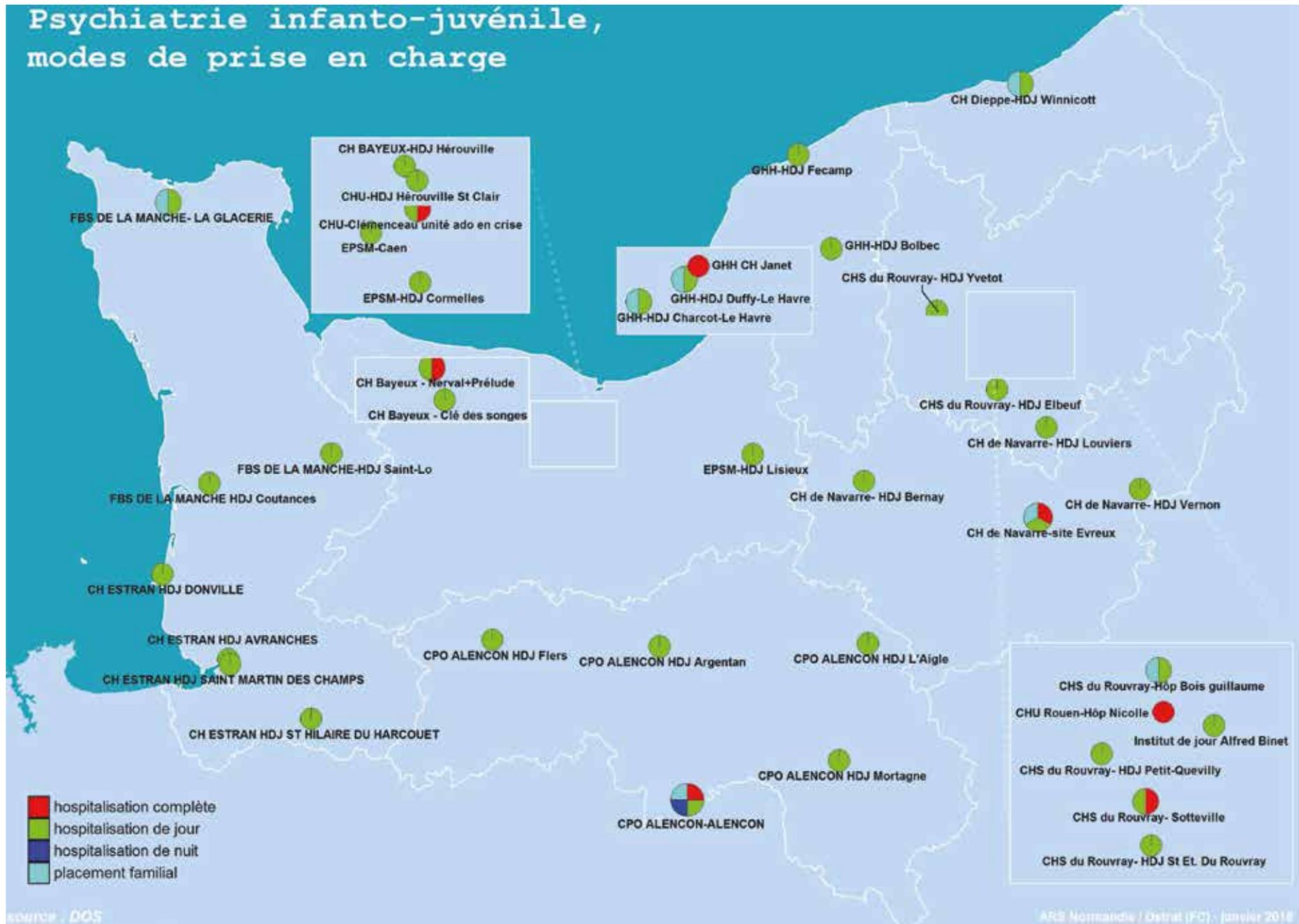
Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Prévues à échéance du SRS
Hospitalisation complète	4	4 à 3	0 à -1	5	5	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	4	4	0	3	3	0	23	23 à 22	0 à -1
Hospitalisation de jour	16	16	0	14	14	0	7	7	0	5	5	0	1	1	0	13	13	0	7	7	0	63	63	0
Hospitalisation de nuit	2	2	0	6	6	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	12	12	0
Appartements thérapeutiques	1	1	0	4	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0
Placement familial thérapeutique	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	8	0
Centre de crise	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Centre post cure	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
HAD Psychiatrie	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Psychiatrie générale, modes de prise en charge



ARS Normandie / Océan (FC) - janvier 2018

Psychiatrie infanto-juvénile, modes de prise en charge





HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La région compte 25 établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) dont 22 polyvalentes, une spécialisée en néonatalogie, une spécialisée en gynécologie-obstétrique et une spécialisée en psychiatrie. Les établissements d'HAD polyvalentes totalisent 211 114 journées réalisées en 2016.

Même si en 2016 le taux de recours à l'HAD est de 17,3 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants, le constat régional est également une activité d'HAD à potentialiser, une proportion de prescriptions par des médecins traitants à développer (la part des séjours en HAD à partir du domicile étant de 20 % en 2016 alors qu'elle représente 33,1 % au niveau national), ainsi que d'interventions en établissements d'hébergement à caractère social et médico-social, dans un contexte d'amélioration de la qualité et de la sécurité à promouvoir.

Dans le cadre des journées régionales et interrégionales, les acteurs de terrain avaient exprimé les besoins suivants :

- Conforter l'offre en matière d'HAD,
- Potentialiser le recours à l'HAD notamment via l'utilisation de via-trajectoire en HAD,
- Développer la communication sur l'HAD et notamment améliorer la communication entre HAD et établissements (de santé et médico-sociaux) et élargir à l'ambulatoire,
- Mobiliser la contractualisation avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS),

- Développer l'HAD dans le parcours patient pris en charge en cancérologie,
- Développer l'HAD dans les ESMS,
- Participer à la définition des fonctions du médecin coordonnateur et de l'exercice de la continuité des soins.

Pour formaliser un plan d'actions opérationnel, un comité de pilotage régional composé des fédérations et unions régionales et des groupes de travail avec les partenaires de terrain a été créé en 2017. Les conclusions de ces groupes sont intégrées aux objectifs proposés ci-dessous.

Les bilans des précédents SROS font apparaître des objectifs en majorité réalisés. L'objectif principal restant à définir est le dimensionnement de certains établissements d'HAD au vu de leur couverture territoriale.

D'autres travaux seront également à prévoir au vu de la loi NOTRe et des regroupements de communes qui impactent les aires géographiques d'intervention des HAD.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

AXE 1 : FAVORISER L'ADMISSION EN HAD

■ Axe communication

- Améliorer la lisibilité :
 - Réaliser une cartographie et la déposer sur un site internet qui regrouperait les informations relatives à l'ensemble des établissements d'HAD de la région
- Améliorer la connaissance des missions des HAD :
 - Envers les prescripteurs potentiels (professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les hébergements sociaux et médico-sociaux) et les patients, par des réunions, des outils de communication, les livrets d'accueil des établissements de santé et médico-sociaux
 - Intégrer les modalités d'interventions de l'HAD dans la formation médicale (formation initiale, continue, lieux de stages, participer à des staffs pour informer les médecins sur les prises en charge possibles), et dans les écoles de cadres et d'infirmiers
- Harmoniser les outils des HAD :
 - Favoriser le partage de pratiques
- Favoriser et démocratiser auprès de tous les prescripteurs l'utilisation de l'outil en ligne HAS d'Aide à la décision d'orientation des patients en HAD (ADOP-HAD).

■ Axe améliorer le recours

- Anticiper les sorties :
 - Mener une campagne régionale d'information et de sensibilisation sur l'HAD auprès de médecins généralistes et des infirmiers libéraux
 - Incitation à la mise en place de plateformes de coordination des parcours patients complexes au sein des établissements hospitaliers de recours
 - Améliorer le partage d'information du dossier patient lors du transfert d'un établissement sanitaire vers un service HAD
 - Personnaliser les relations avec les prescripteurs
 - Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements de santé
- Harmoniser les outils des HAD :
 - Formaliser une charte type opérationnelle d'organisation entre établissements d'HAD et établissements de santé
 - Améliorer l'outil « trajectoire »

- Inciter les établissements de santé à utiliser l'Outil de représentation des flux entre établissements (ORFEE) développé par l'ANAP
- Positionner les établissements d'HAD comme partenaires privilégiés des plateformes territoriales d'appui ainsi que des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec association obligatoire au GHT pour les établissements d'HAD non rattachés à un établissement public de santé
- Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements de santé
- Sur la base des nouvelles dispositions nationales annoncées :
 - Améliorer les coopérations et les articulations SSIAD-HAD, le continuum de soins SSIAD HAD en s'appropriant les nouveaux dispositifs
 - Mobiliser l'HAD y compris durant les périodes de tensions hospitalières pour fluidifier les parcours d'hospitalisation

AXE 2 : AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET PERMANENCE DES SOINS

- Expérimenter la mutualisation de médecins coordonnateurs d'établissements d'HAD pour avis médical à distance
- Expérimenter l'inscription des patients en HAD sur la base de données des systèmes d'information de l'aide médicale urgente

AXE 3 : DÉVELOPPER LA CHIMIOTHÉRAPIE EN HAD

- Sécuriser la prise en charge des patients :
 - Mettre en place des conventions HAD / établissements de santé autorisés pour la pratique de la chimiothérapie
 - Mutualiser/partager les outils et procédures
 - Améliorer la transmission d'informations et les documents
 - Généraliser l'utilisation de l'outil ONCODAGE
- Améliorer la prescription :
 - Anticiper les demandes d'HAD venant des médecins prescripteurs
 - Mettre en place des IDE de coordination dans les services prescripteurs de chimiothérapie
 - Développer la communication envers les patients et leur entourage sur la chimiothérapie en HAD
 - Utiliser l'outil trajectoire
- Former les intervenants et valoriser leur intervention :
 - Mettre en place une formation régionale

AXE 4 : DÉVELOPPER L'HAD DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

■ Informer :

- Organiser des réunions de formation / information (notamment au sein des Conseils de vie sociale - CVS)
- Créer une maquette, avec le logo ARS, unique pour la région avec les différentes prises en charge possibles en HAD

■ Anticiper et valoriser :

- Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux afin de réduire le nombre d'hospitalisations évitables des personnes âgées
- Accompagner les HAD dans leur action de diffusion de l'information aux différents acteurs

■ Poursuivre le déploiement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile et notamment en EHPAD

INDICATEURS

Un suivi supplémentaire peut être proposé et notamment, le suivi de l'augmentation des prises en charge en HAD. Cet indicateur peut être décliné selon :

- Les prises en charge en établissement d'hébergement sociaux et médico sociaux
- Les modalités d'entrée (directe ou passage par les établissements de santé)
- Les modes de prises en charge (notamment le développement de la chimiothérapie)
- Le suivi du potentiel de transférabilité en HAD des établissements de santé MCO
- Le taux de prescription d'HAD des établissements MCO et SSR
- Le taux de recours à l'hospitalisation à domicile fera l'objet d'un suivi plus particulier dans le cadre de la contractualisation avec les établissements d'HAD

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La gradation des soins en Soins de suite et réadaptation (SSR) détermine :

- un niveau de proximité (SSR non spécialisé)
- un niveau intermédiaire de recours (SSR pédiatriques, locomoteurs, système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, conduites addictives, nutrition et personnes âgées dépendantes)
- et un niveau de recours régional pour les spécialités onco-hématologie et grand brûlés

Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement normand en lits et places en SSR est de 1,8 pour 1 000 habitants avec 5 260 lits installés et 684 places, répartis sur 89 établissements. Il est à la moyenne nationale, avec un maillage hétérogène caractérisé par :

- la relative sous dotation des zones d'implantation de Dieppe et du Calvados.
- la relative sur dotation des zones d'implantation de la Manche et de l'Orne.
- une offre SSR gériatrique déséquilibrée avec une zone d'implantation sur dotée (La Manche) et deux zones d'implantation sous dotées : Dieppe et le Calvados.
- une offre SSR neurologique inégalement répartie : sur dotation dans la zone d'implantation de la Manche, sous dotation dans les zones d'implantation de Dieppe, du Calvados, de l'Orne.
- une offre en SSR pédiatrique et en réadaptation cardio-vasculaire plutôt concentrée dans la partie occidentale de la Normandie.

- l'existence de 2 établissements hospitaliers de proximité (ex Hôpitaux locaux) dont l'offre SSR est égale à 15 lits (1 dans La Manche, 1 dans la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf).

L'activité est dynamique, avec une progression de l'hospitalisation partielle de + 53 % sur les 5 dernières années. L'hospitalisation complète progresse de + 9,3% sur la même période.

L'analyse de la Durée moyenne de séjour (DMS) montre des marges de progression avec une DMS régionale de 36 jours, proche de la moyenne nationale (35 jours), alors que près du tiers des établissements présente une DMS supérieure à 40 jours.

Un système d'information (Via Trajectoire) est en place pour orienter les patients vers un service de SSR à la sortie d'une hospitalisation. Il doit cependant être étendu au secteur médico-social pour pouvoir assurer également plus de fluidité vers l'aval du SSR. L'enjeu d'anticiper des sorties de SSR nécessite actuellement une plus grande coordination avec le secteur médico-social.

La situation démographique des professionnels (médecins MPR, cardiologues, professionnels de la rééducation, addictologues) montre des densités en dessous voire très en dessous des moyennes nationales.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5** Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie du « bien vieillir »
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

POURSUIVRE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS INFRARÉGIONALES ET L'ADAPTATION DE L'OFFRE AUX BESOINS

- en développant l'offre de SSR, actuellement insuffisante, sur le territoire du Calvados et en particulier sur le bassin caennais, notamment dans le domaine du SSR polyvalent, gériatrique, neurologique
- en renforçant les coopérations / complémentarités inter établissements sur le plateau caennais pour garantir notamment l'aval du CHU de Caen
- en renforçant l'offre de réadaptation cardio-vasculaire en post chirurgie cardiaque dans la partie orientale de la Normandie
- en expertisant la possibilité de créer une implantation de SSR adultes onco-hématologie sur le bassin caennais en lien avec l'institut hématologique de Basse-Normandie (IHBN)
- en renforçant l'accessibilité et la cohérence du maillage de l'offre SSR pédiatrique en promouvant les complémentarités
- en adaptant l'offre de SSR addictologie au regard de la définition territoriale des filières d'addictologie (cf. la Stratégie régionale « pratiques addictives » 2018-2022 élaborée par l'ARS Normandie)
- en confortant la place des unités cognitivo-comportementales dans chaque territoire

ORGANISER LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE SSR SPÉCIALISÉS (rôle de recours et d'expertise) et SSR non spécialisés, et plus particulièrement inscrire les SSR dans les filières de soins

ACCENTUER LE VIRAGE AMBULATOIRE EN SSR

développer les prises en charge ambulatoires en substitution à l'hospitalisation complète en particulier pour les bassins de population importants

AMÉLIORER LE PARCOURS DU PATIENT par une meilleure coordination des professionnels ambulatoires, du secteur médico-social et du secteur sanitaire

EXPERTISER L'EFFICIENCE ET L'ACCÈS AUX SOINS SSR dans les établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR en visant l'adéquation des prises en charge aux besoins patients ainsi qu'une taille critique

CONSOLIDER LA FILIÈRE UNIVERSITAIRE DE FORMATION MPR EN NORMANDIE

POURSUIVRE L'ANALYSE DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SSR ET D'AVAL DES SSR, et généraliser la mise en place de Commissions d'optimisation des séjours, pour identifier, quantifier les retards à la sortie et rechercher les solutions à mettre en œuvre, à l'ensemble des établissements

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ✓ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers ;
- ✓ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;
- ✓ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- ✓ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé ;
- ✓ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin
- ✓ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé ;

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

SSR ADULTE

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE - SSR adulte :

- Transformation de lits de médecine en SSR dans le sud Manche permettant d'assurer une capacité critique minimale par établissement
- Recomposition territoriale d'unités de SSR de petite taille sous réserve et à l'issue d'une analyse approfondie des besoins territoriaux en matière ambulatoire, sanitaire et médico-sociale, pour répondre aux besoins de la population

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS - SSR adulte :

Engager une réflexion sur l'opportunité d'une création éventuelle d'une unité de SSR Oncohématologie sur le bassin caennais

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en hospitalisation à temps partiel exclusive

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation à temps partiel exclusive

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE - SSR adulte :

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, un regroupement des activités sur un site est attendu pour les établissements bi-sites :

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE - SSR adulte :

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives sur un site disposant déjà d'une autorisation de SSR non spécialisée

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF - SSR adulte :

Transformation d'unités de SSR de petite taille en EHPAD pour répondre aux besoins de la population et en cohérence avec les projets médicaux de territoire (GHT) :

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

SSR PEDIATRIQUE

TERRITOIRE DU CALVADOS - SSR pédiatrique :

- Un projet médical commun est attendu de l'ADAPT et du CMPR La Clairière (Association Lehugeur-Lelièvre) qui se traduira par un regroupement physique des 2 opérateurs sur un seul des 2 sites.

D'une manière plus générale, au cours de la mise en œuvre du SRS, une analyse plus fine de la réponse aux besoins en matière de SSR pédiatrique sera à conduire.

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR ADULTE																							
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SSR non spécialisés : adultes		14	14	0	20	20 à 19	0 à -1	14	14 à 13	0 à -1	10	10	0	5	5	0	20	20 à 19	0 à -1	10	10	0	93	93 à 90	0 à -3
HTP Exclusif		3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Spécialisés dans les affections suivantes	appareil locomoteur	3	3	0	3	3	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	16	16	0
	htp exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 à 2	0 à +1
	système nerveux	3	3	0	3	3	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0	4	4	0	2	2	0	17	17	0
	htp exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 à 2	0 à +1
	cardio-vasculaires	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	5	0
	htp exclusive	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	7	7	0
	respiratoire	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	7	7	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

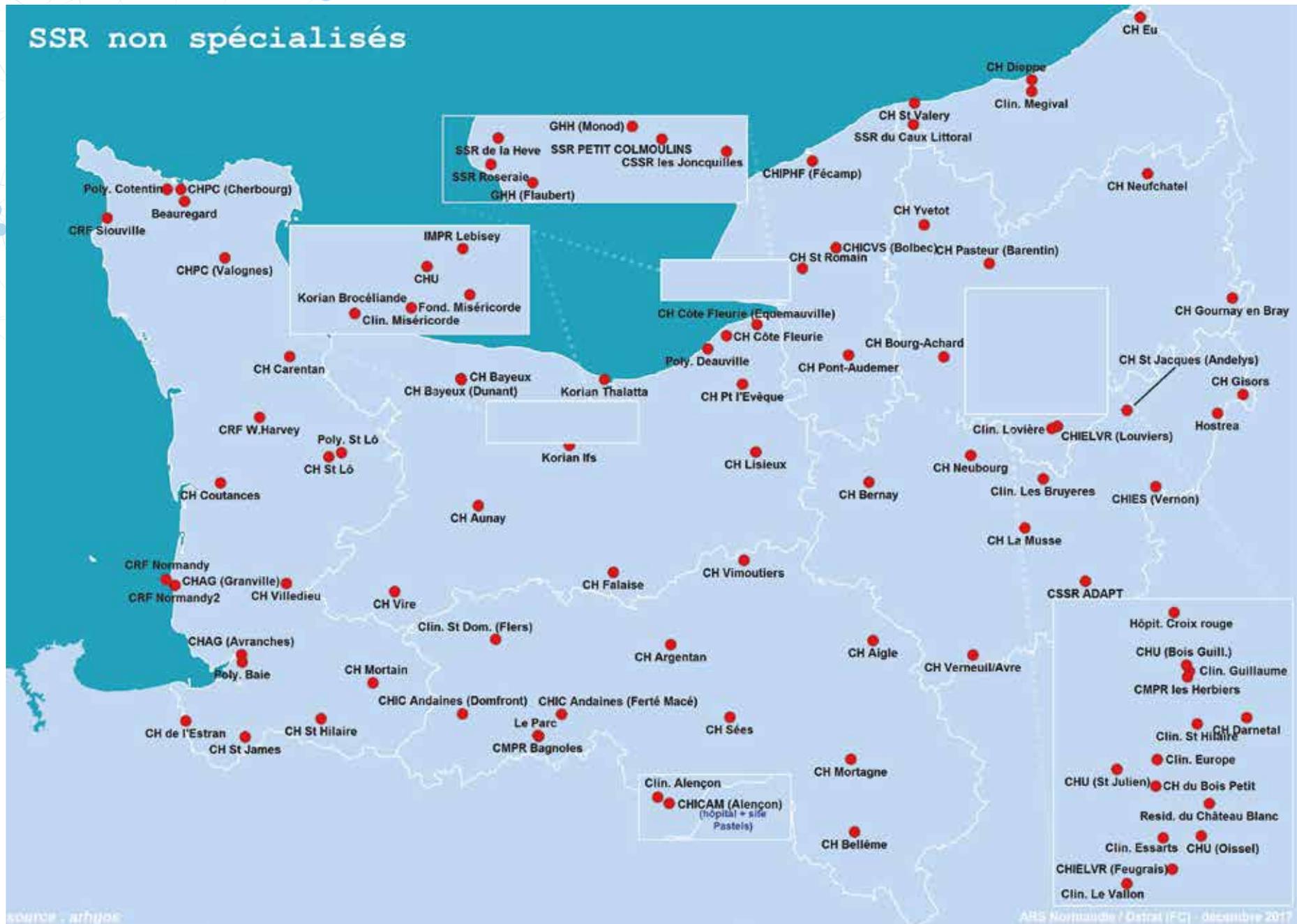
Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR ADULTE																							
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Spécialisés dans les affections suivantes	système digestif, métabolique et endocrinien	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	6	6	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	onco-hématologique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	des brûlés	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	liées aux conduites addictives	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0 à 1	0 à +1	1	1	0	1	1	0	7	7 à 8	0 à +1
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	de la personne âgée polyathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	6	0	8	8	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	7	7	0	3	3	0	31	31	0
htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR PÉDIATRIQUE (0-18 ANS)																							
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SSR non spécialisés : pédiatrique		1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	7	7	0
SSR non spécialisés : HTP Exclusif		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Spécialisés dans les affections suivantes	appareil locomoteur	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	système nerveux	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	respiratoire	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

		IMPLANTATIONS SSR PÉDIATRIQUE (0-18 ANS)																								
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE			
Modalités de l'activité de soins		Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			Autorisées au 01/03/2018			
		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		Prévues à échéance du SRS	Différentiel		
Spécialisés dans les affections suivantes	système digestif, métabolique et endocrinien	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0	
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	
	onco-hématologique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	liées aux conduites addictives	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

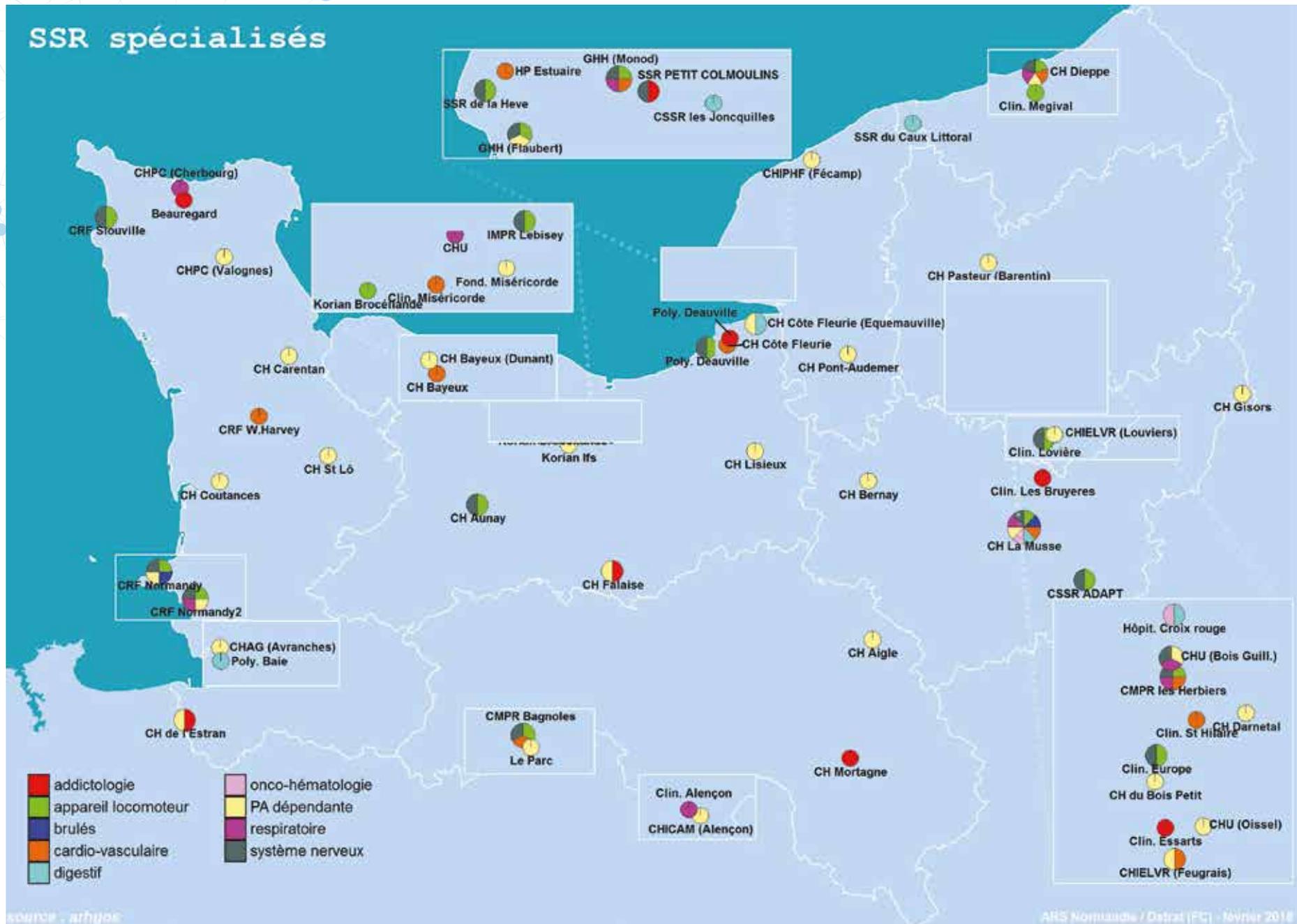
SSR non spécialisés



source : arhyos

ARS Normandie / Dextrat (FC) - decembre 2017

SSR spécialisés



SOINS DE LONGUE DURÉE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de longue durée est répartie sur 25 sites sur l'ensemble de la région.

La partition USLD/EHPAD a abouti à l'implantation de 10 Unités de soins longue durée (USLD), de 30 à 120 lits. La recommandation nationale du taux d'équipement (circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique) est de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Il s'agit d'une activité exclusivement mise en œuvre par des établissements publics de santé.

« Les USLD sont des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie » (article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006).

Le maillage actuel entraîne le constat d'absence de couverture dans le Nord Cotentin.

Certaines des USLD comportent des unités de vie protégées (8 unité d'hébergement renforcé (UHR) sur 8 sites).

À ces activités, il convient de rappeler la mise en œuvre d'autres offres d'établissements et de services médico-sociaux, et d'une offre qui intervient auprès des personnes âgées : services d'aide à domicile, centres de soins infirmiers, HAD, réseaux de santé, EMSP, unités douloureux...

De même, ce bilan serait à compléter également des différents professionnels de santé libéraux qui exercent également auprès de ces patients une prise en charge (médecins généralistes libéraux, spécialistes, infirmiers, pharmaciens libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, aides médico psychologiques, aides-soignants, assistants de soins en gérontologie).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1

- Inscrire les USLD dans la structuration de la filière de soins gériatriques au sein du Groupement hospitalier de territoire (GHT)

OBJECTIF 2

- Développer pour chaque GHT une filière gériatrique comprenant au moins une USLD

OBJECTIF 3

- Procéder à la labellisation des filières de soins gériatriques pour faciliter l'accès à la spécialité et organiser la gradation de l'offre notamment en ce qui concerne les courts

séjours gériatriques, les places d'hospitalisation de jour, les équipes mobiles gériatriques, les consultations mémoires labellisées et les consultations avancées et définir leurs territoires d'intervention

OBJECTIF 4

- Favoriser l'innovation via le déploiement de technologies de l'information et de la communication :
 - télémédecine pour éviter les déplacements et faciliter l'accès aux soins spécialisés,
 - télésanté dans les zones isolées pour le développement de la formation des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION MANCHE

- 0 à 1 implantation d'USLD

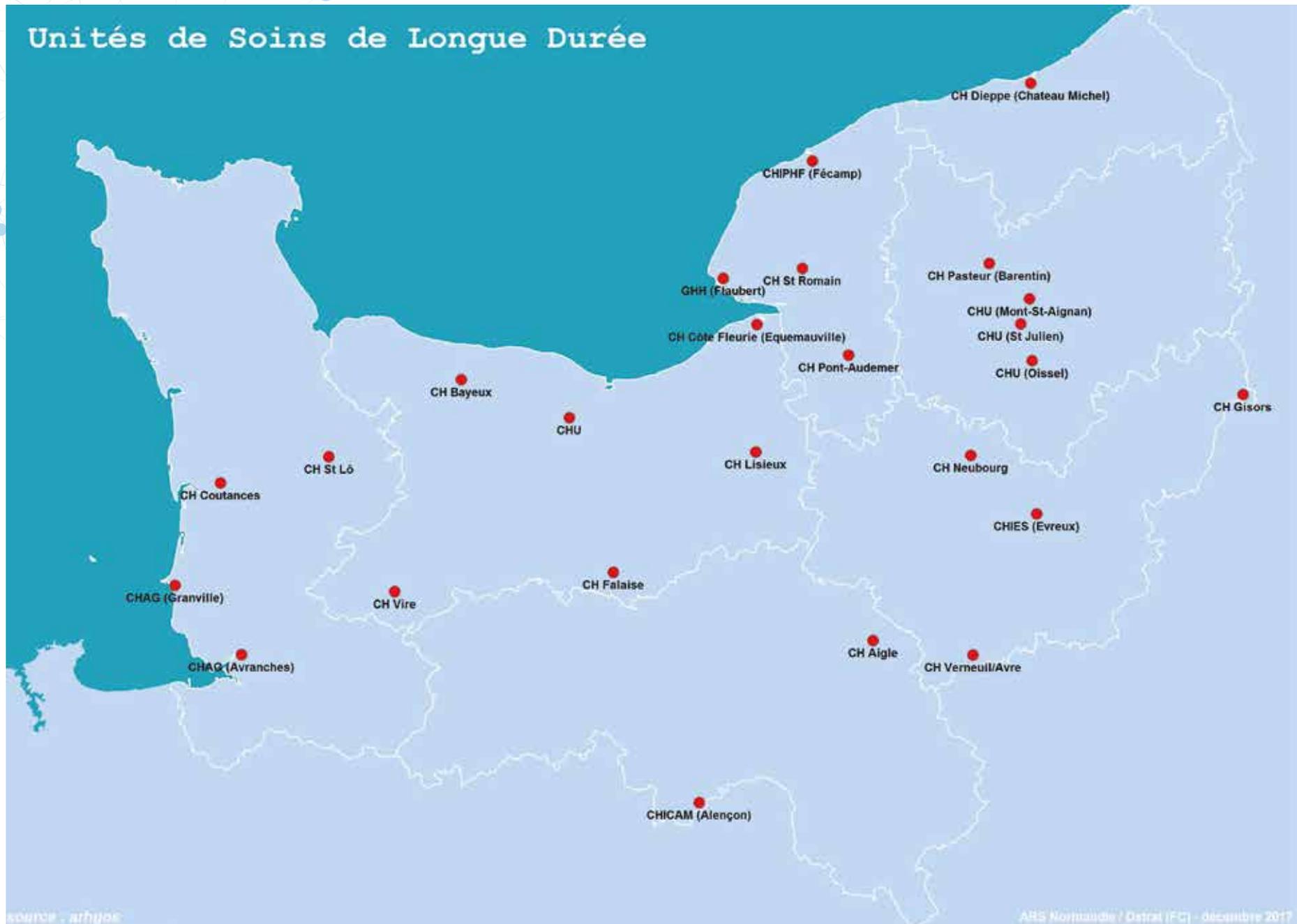
LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

		IMPLANTATIONS USLD																							
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
Activité de soins		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
	USLD		6	6	0	4	4 à 5	0 à +1	2	2	0	4	4	0	1	1	0	4	4	0	4	4	0	25	25 à 26

Unités de Soins de Longue Durée



source : arhyos

ARS Normandie / Datsat (FC) - décembre 2017

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Cette activité comporte trois catégories d'actes et est soumise à seuil :

- **Actes de type 1** : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention liée à des troubles du rythme. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 50 actes : actes d'ablation endocavitaire, autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire.
- **Actes de type 2** : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 40 actes, au moins 50 % de l'activité réalisée sur des enfants.
- **Actes de type 3** : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte qui concernent principalement le traitement interventionnel, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 350 actes.

Au 1^{er} janvier 2017, les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie sont mises en œuvre au sein de 8 établissements (9 titulaires d'autorisations).

- 6 établissements sont répartis en Normandie orientale alors que les 2 établissements de la Normandie occidentale se concentrent sur Caen.
- Les établissements sont autorisés pour les actes de type 1 et/ou 3. Seul le CHU de Caen est autorisé pour les actes de type 2.

Le maillage régional n'est pas harmonisé.

- Les plateaux techniques en Normandie orientale se situent sur les territoires de Rouen-Elbeuf, Le Havre et Evreux-Vernon. En mars 2016, l'activité de type 1 du centre hospitalier Eure - Seine est renouvelée sous conditions que le seuil de 50 actes de rythmologie interventionnelle soit atteint et que le second médecin cardiologue interventionnel soit séniorsé.
- La Normandie occidentale souhaitait limiter le nombre de plateaux techniques afin d'assurer une activité suffisante confortant l'expérience des praticiens et rapprochant l'exercice de cette activité des plateaux de chirurgie cardiaque. L'activité des trois titulaires autorisés est importante, notamment l'activité d'angioplastie arrive à saturation. L'observatoire des SCA+ (RESIST) démontre une surmortalité sur le territoire de la Manche, par rapport aux deux autres territoires. Cependant, elle ne s'explique pas par la seule absence de plateau d'angioplastie de proximité. L'organisation de la prise en charge pré-hospitalière nécessite d'être améliorée. Les données PMSI montrent que chaque année plus de 1 000 manchois doivent bénéficier d'une angioplastie coronarienne. Environ 25 % des patients admis au CHU de Caen, à l'Hôpital Privé Saint-Martin et à la clinique Saint-Laurent à Rennes proviennent de la Manche.

En termes de démographie médicale, la région Normandie se caractérise par de fortes tensions pour cette discipline. Même s'il n'est pas normé, le nombre de praticiens pour chacune des activités de cardiologie interventionnelle doit être suffisant pour assurer la continuité des soins, avec une qualification spécifique des personnels médicaux et paramédicaux.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2** Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1

- Harmoniser le maillage territorial des plateaux techniques dans le respect des conditions techniques de fonctionnement permettant d'assurer et de conforter qualité et sécurité des soins, en développant des coopérations territoriales

OBJECTIF 2

- Développer un observatoire national des angioplasties

OBJECTIF 3

- Conforter la place régionale du CHU de Caen pour les actes de type 2 portant sur les cardiopathies de l'enfant

CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION MANCHE

- 0 à + 1 implantation pour les actes de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte).

INDICATEUR(S) REGIONAUX MOBILISÉ(S)

- Nombres d'actes réalisés de type 1, 2 et 3
- Mise en place d'un registre permettant un recueil de l'ensemble des procédures de coronarographies et d'angioplasties coronariennes pratiquées dans la région

L'ARS s'appuiera également sur le suivi d'indicateurs définis régionalement regroupés sous la forme d'un tableau de bord régional annuel à remplir par les services de cardiologie interventionnelle

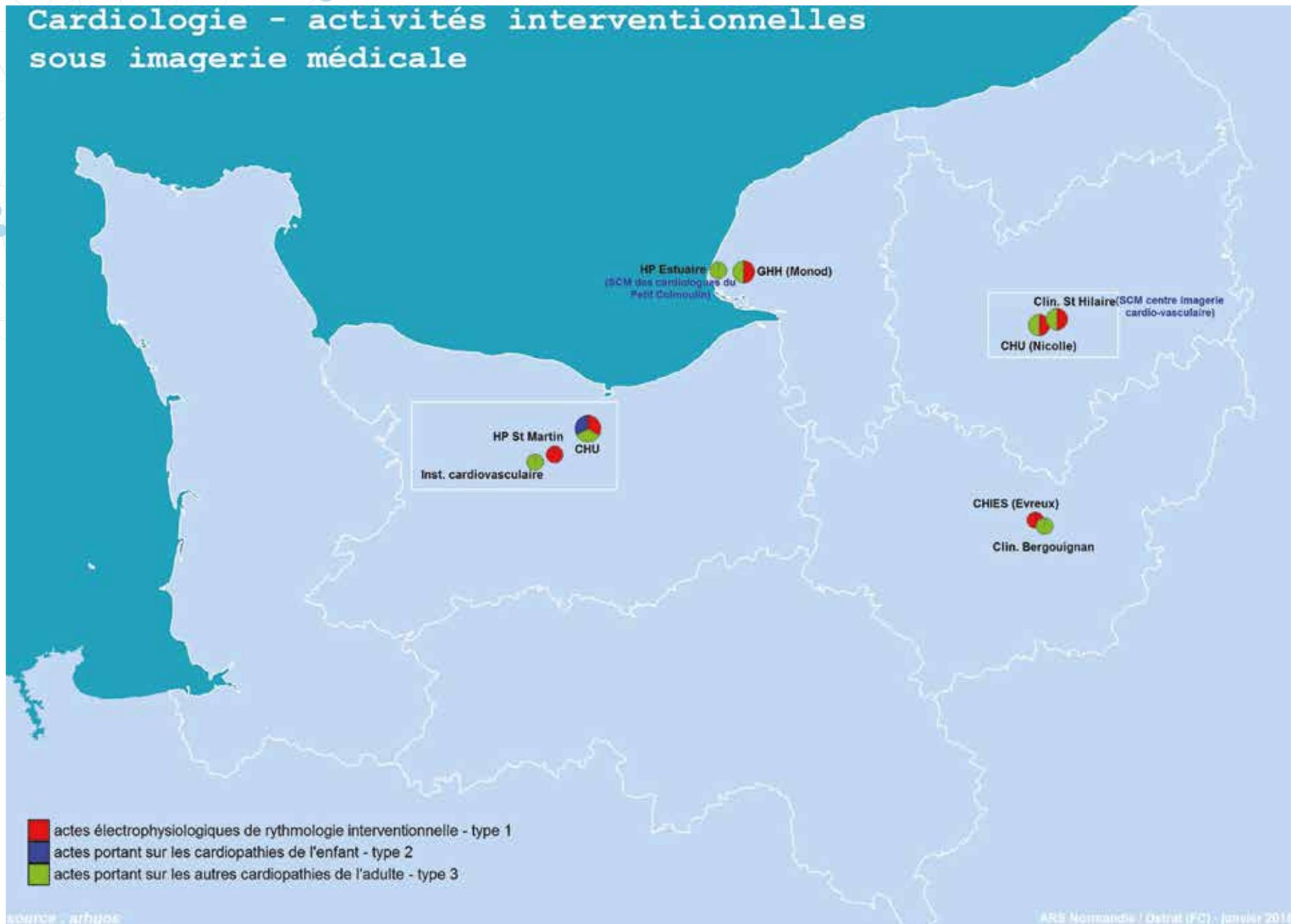
LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION-ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Acte type 1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	6	6	0
Acte type 2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Acte type 3	2	2	0	0	1	0 à +1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	7	7 à 8	0 à +1

Cardiologie - activités interventionnelles sous imagerie médicale





MÉDECINE D'URGENCE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 1er janvier 2017, l'activité de médecine d'urgence se répartit sur 41 établissements publics, privés, et ESPIC.

- Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : 6 SAMU existent sur la région : un SAMU pour les départements 14, 50, 61, 27 ; il est à noter que la Seine-Maritime a la particularité de disposer de 2 SAMU
- Structure des urgences (SU) : 41 établissements disposent d'une SU, dont 3 disposent également d'une SU Pédiatrique : 33 publics, 7 privés, 1 ESPIC
- Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : 31 établissements disposent d'une SMUR, dont 2 disposent également d'une SMUR pédiatrique. 4 bases hélicoptérées (2 héliSMUR (Rouen (76) et Alençon (61)), 2 appareils de la sécurité civile (Le Havre (76) et Granville(50))

La répartition des SU et SMUR permet de garantir l'accès de 97,6% de la population normande en moins de 30 minutes à des soins urgents. Cette référence ne relève pas de conditions réglementaires mais constitue un objectif du Pacte Territoire Santé lancé en 2012.

- L'activité (source SAE 2016) est considérée comme faible pour 14 établissements comportant SU et SMUR (cf. instruction DGOS/RH4/2017/42 du 3 février 2017 relative à l'activité SU et SMUR), c'est-à-dire pour une entité géographique avec SU et SMUR : l'équation [nb de passages au SU + 7X le nb de sorties SMUR] doit être inférieure à 24 000.
- 5 SMUR effectuent moins de 400 sorties par an. La moyenne régionale est de 1133 sorties SMUR par an en 2016.
- 2 SU ont été transformées en Centre de soins non programmés (CSNP) en 2016, en raison de la faible activité ou du déficit en ressources médicales.
- Les SAMU ont une activité soutenue 4 sur 6 dépassent 100 000 Dossiers de régulation médicale (DRM) par an.

Ce dispositif est complété de centres de soins non programmés (CSNP), dans le Calvados et la Manche, ou de centres de premier secours primaires (CPSP) en Seine-Maritime. Une réflexion sur une organisation territoriale des urgences a été engagée.

Il est attendu que les établissements de santé du plateau caennais titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence se recomposent afin de diminuer le nombre de titulaires d'autorisations à 3.

Selon les besoins de soins urgents à couvrir, l'ARS de Normandie envisage la possibilité de création de CSNP dans le cadre d'une transformation de la structure des urgences .

Malgré une politique ambitieuse de formation de jeunes medecins dans cette filière, les ressources en médecins urgentistes sont insuffisantes, avec un recours à l'intérim très important, un nombre de postes pourvus en deçà du nombre de postes nécessaires pour appliquer la circulaire DGOS 2014/359 relative à l'organisation du temps de travail. Aussi, 148 postes de médecins urgentistes seraient vacants sur la région.

Dans ce contexte de ressources médicales contraintes, des critères permettant d'identifier une faible activité, issus des travaux nationaux de réforme du financement des urgences sont repris (cf. instruction DGOS RH4 2017-42 du 3 février 2017 relative à l'application de la circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR et de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence-SAMU-SMUR) :

- SU seule : en deçà de 12 000 passages par an ;
- SMUR seule : en deçà de 3 000 sorties par an ;
- SU + SMUR (passages SU + (7 x sorties SMUR)) : en deçà de 24 000 par an.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : OPTIMISER LES RESSOURCES MÉDICALES TOUT EN MAINTENANT UNE HAUTE QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET UNE ATTRACTIVITÉ DANS LE RECRUTEMENT MÉDICAL :

- Mutualiser l'activité de régulation médicale des Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) en nuit profonde à la suite d'un diagnostic approfondi et partagé, sur la base d'une réflexion interdépartementale au sein de chaque héli-région
- Développer les transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) en s'appuyant sur les résultats de l'expérimentation initiée dans la Manche en décembre 2017
- Structurer des équipes médicales territoriales d'urgentistes au sein de chaque GHT ou au sein de FMIH
- Renforcer et développer des filières de soins intra et inter-hospitalières

OBJECTIF 2 : OPTIMISER LES RESSOURCES TECHNIQUES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE TRANSPORTS MÉDICALISÉS DE PATIENTS PAR UN MAILLAGE COHÉRENT DES VECTEURS SMUR DONT LES HÉLIPORTÉS.

- Optimiser l'efficacité des vecteurs SMUR dont l'héliSMUR

OBJECTIF 3 : RÉORGANISER LES SU/SMUR À FAIBLE ACTIVITÉ EN CONSERVANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE LA COUVERTURE D'ACCÈS À MOINS DE 30 MINUTES

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMÉS, PAR UNE ARTICULATION FORTE ENTRE ACTEURS DE L'HÔPITAL ET MÉDECINS LIBÉRAUX

OBJECTIF 5 : METTRE EN OEUVRE D'AUTRES MODALITÉS D' ACTIONS COMPLÉMENTAIRES (médecin correspondant SAMU, jonctions SMUR, CSNP ...)

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- Les investissements immobiliers et les équipements

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

RÉORGANISER LES SU/SMUR À FAIBLE ACTIVITÉ EN CONSERVANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE LA COUVERTURE D'ACCÈS À MOINS DE 30 MINUTES.

Transformation des SU notamment à faible activité en CSNP (expérience Valognes et Aunay-sur-Odon) ayant également le cas échéant +/- difficultés démographiques importantes. Plusieurs évolutions d'autorisation de SMUR sont prévues et se traduiront pour une partie d'entre-elles par la création d'antennes SMUR dans le cadre d'établissements en direction commune ou de coopérations entre établissements appartenant au même GHT, en cohérence avec le développement des équipes médicales de territoire ou de FMIH. Ces évolutions de SMUR sont envisagées pour les SMUR disposant d'une activité relativement faible et confrontés à ce jour à d'importantes problématiques de démographie médicale impliquant pour certains des fermetures inopinées réitérées.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés
- 0 à -4 implantations de SMUR
- 0 à +4 implantations d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés
- 0 à -1 implantation de SMUR
- 0 à -1 implantation d'antenne SMUR

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

- 0 à -1 implantation de SMUR
- 0 à +1 implantation d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

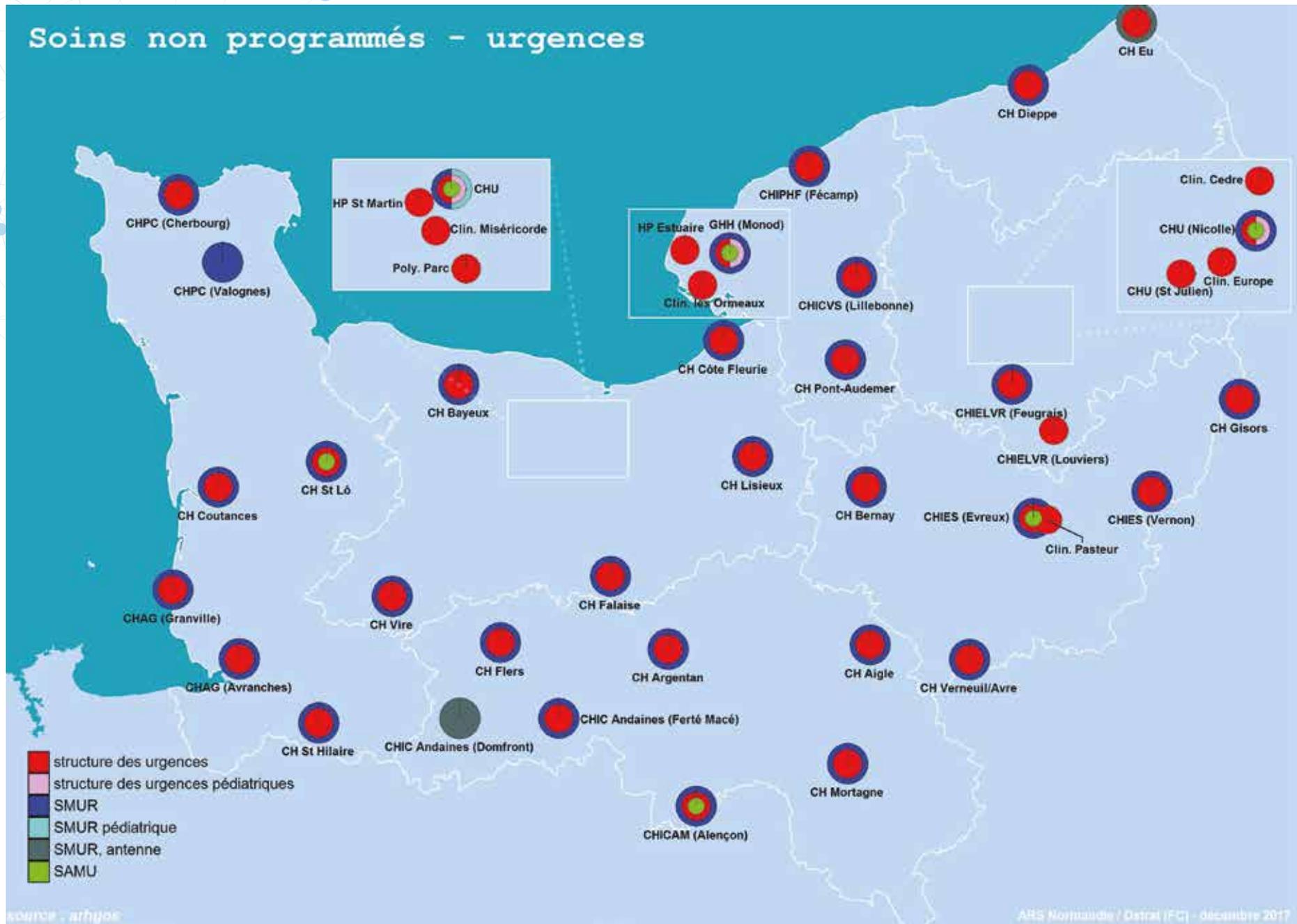
ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX-VERNON

- 0 à -1 implantation de SMUR
- 0 à +1 implantation d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS MÉDECINE D'URGENCE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SAMU	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	6	6	0
SMUR	6	6	0	7	7 à 3	0 à -4	6	6 à 5	0 à -1	4	4 à 3	0 à -1	1	1	0	2	2	0	5	5 à 4	0 à -1	31	31 à 24	0 à -7
SMUR Pédiatrique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Antenne SMUR	0	0	0	0	0 à 4	0 à +4	1	1 à 0	0 à -1	0	0 à 1	0 à +1	1	1	0	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	2	1 à 8	-1 à +6
Structure des urgences	9	9 à 8	0 à -1	6	6 à 5	0 à -1	6	6 à 5	0 à -1	6	6	0	2	2	0	6	6	0	6	6	0	41	41 à 38	0 à -3
Structure des urgences Pédiatriques	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0

Soins non programmés - urgences



source : arhyos

ARS Normandie / Dextrat (FC) - décembre 2017

RÉANIMATION



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de réanimation couvre la prise en charge des personnes adultes et des enfants. Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital, et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Il est à noter une nécessité de renforcement des capacités des unités de réanimation périphériques compte tenu du développement attendu des prélèvements multi-organes.

Le besoin théorique estimé est de 10 lits pour 100 000 Habitants (Ha).

• **Le taux d'équipement actuel France entière est de 8,1 lits pour 100 000 Ha et 7,7 en Normandie.**

Ce relatif sous-équipement des établissements de santé normands s'explique en grande partie par la proximité d'établissements hors région : notamment l'Île de France et le Centre Val de Loire (Dreux) qui constituent une offre proche pour une partie des habitants de l'Eure par exemple.

Ainsi, le **taux d'équipement est de 7,9 lits pour 100 000 habitants.**

Les unités de réanimation connaissent un taux d'occupation différencié selon les zones d'implantation, souvent supérieur aux 80 % préconisés par les sociétés savantes.

Des opérations de recomposition de l'offre de soins sont conduites afin d'améliorer territorialement, l'organisation de la filière des soins critiques.

L'opération « Nouvel Hôpital Charles Nicolle », qui a fait l'objet d'un dossier COPERMO (comité interministériel de la performance et de modernisation de l'offre de soins) conduira sur le CHU de Rouen à regrouper l'ensemble des soins critiques.

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec l'élaboration de Projets médicaux partagés (PMP), constituent un levier pour conforter la structuration d'une filière de soins critiques pertinente au sein des territoires.

De fortes difficultés en termes de démographie médicale en anesthésie-réanimation sont pointées, alors même que le besoin de temps médical est croissant.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- Poursuivre la mobilisation et l'accompagnement de l'ARS en partenariat avec les universités et les établissements de santé en faveur de dispositif favorisant l'attractivité de cette discipline : Contrat d'engagement de service public (CESP), augmentation du nombre d'internes, dispositif Assistants spécialistes régionaux (ASR) avec les deux CHU et les établissements de santé de recours, expertise de la constitution d'équipe médicale à vocation territoriale

OBJECTIFS EN TERMES D'OFFRE DE SOINS

- Maintenir l'existant en termes d'activité de soins de réanimation en favorisant l'adaptation capacitaire, l'optimisation des unités de réanimation par leur articulation avec les Unités de soins intensifs (USI) et les Unités de surveillance continue (USC), en cohérence avec les évolutions des autres activités de soins : la chirurgie, la médecine
- Assurer l'adéquation médicale des prises en charge au sein de la filière soins critiques, en continu et particulièrement lors de « tension » : indicateurs de suivi annuels
- Développer des coopérations intersectorielles public-privé, inter et intra GHT pour optimiser les filières de prise en charge des soins critiques

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Pas d'évolution d'implantation : maillage territorial de la réanimation à organiser autour de l'existant

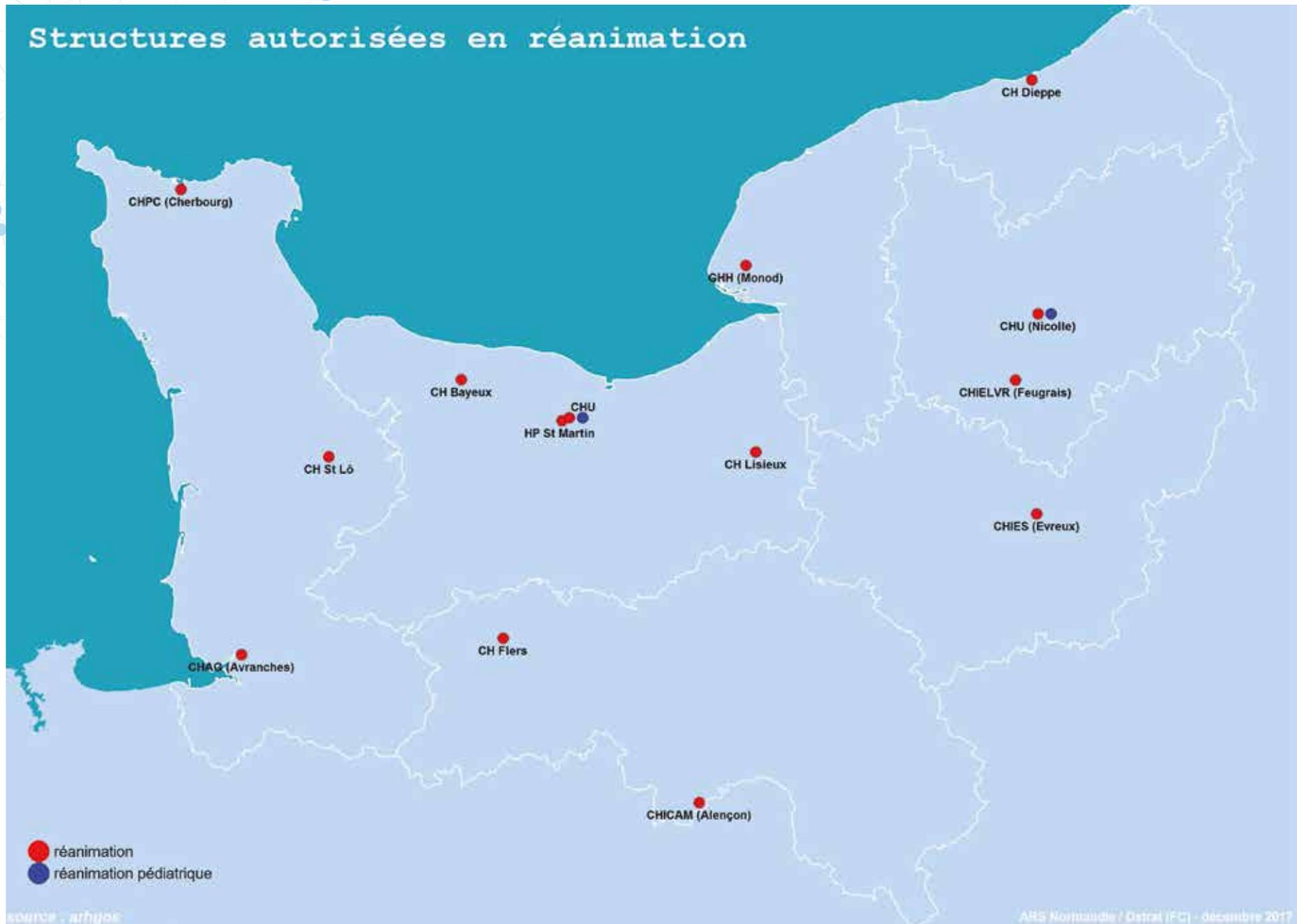
INDICATEUR(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S)

- L'ARS s'appuiera sur le suivi d'indicateurs définis régionalement qui pourront être regroupés sous la forme d'un tableau de bord régional annuel à remplir par les services de réanimation

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- Les investissements immobiliers et les équipements

Structures autorisées en réanimation



INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

CONTEXTE NATIONAL

L'insuffisance rénale chronique (IRC) compte 4 modalités de prise en charge : hémodialyse en centre, hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM), hémodialyse en Unité d'autodialyse simple ou assistée (UAD), dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou Dialyse péritonéale (DP).

La Stratégie nationale de santé propose de développer une approche plus intégrée des modalités de prise en charge des patients atteints de maladie chronique grâce à de nouveaux modes d'organisation centrés sur le parcours. Afin d'expérimenter la mise en œuvre de parcours, la DGOS a choisi l'IRC, emblématique à bien des égards des maladies chroniques.

Il s'agit en effet d'une pathologie grave (taux de décès de 9,6 %) à forts enjeux de santé publique (Source Réseau épidémiologie information et transplantation REIN 2015):

- Par le nombre des patients, plus de 5 millions de personnes atteintes de maladie rénale chronique en France. En France, 82 295 personnes nécessitent un traitement de suppléance (+3,5% par an), soit par greffe (46%), soit par dialyse (54%). En 2015, le nombre de nouveaux patients s'élève à 11 093, soit une progression nationale de l'incidence de +2% par an. En Normandie en 2015, le nombre de nouveaux patients s'élève à 581, soit une progression régionale de l'incidence de + 26%. En Normandie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) nécessitant un traitement de suppléance au 31/12/2015 est de 3 911 soit par greffe (45,6%), soit par dialyse (54,4%). La prévalence en Normandie était de 3 695 en 2014, soit une progression régionale de + 0,058%.
- Par le nombre important de dialyses en urgence (34% au 31/12/2015 en France et 32,4% en Normandie) ; celles-ci pouvant être évitées, dans certains cas, par une meilleure prise en charge des patients en amont de la suppléance (stades III B et IV).
- Par le nombre important d'hémodialyse en centre au niveau national et régional, cette modalité reste prédominante sans développement significatif de la dialyse autonome (source REIN 2015).

L'IRC présente également des enjeux en termes d'accès aux soins, avec d'importantes disparités constatées :

- En termes de prise en charge en dialyse : la part de patients traités par dialyse péritonéale varie de

1 % à 22 % selon les territoires (en Normandie : 5,7 %) et de 34 % à 56 % pour l'hémodialyse en 2015 (en Normandie : 48,7 %) (source REIN 2015).

- En termes d'accès à la greffe : la part des patients greffés varie selon les régions de 33 % à 53 % (en Normandie : 45,6%), avec des temps d'accès à la liste d'attente et à la greffe très variables. En France, le temps médian avant inscription sur la liste d'attente est de 3 mois, le temps médian sur la liste d'attente est de 11,3 mois, et le temps médian total avant greffe est de 17,9 mois. En Normandie, le temps médian avant inscription est de 2,8 mois, le temps médian sur la liste d'attente est de 11,8 mois et le temps médian total avant greffe est de 18,4 mois (source REIN 2015).
- En raison des inégalités sociales observées, les patients les moins diplômés sont ceux qui accèdent le moins à la greffe rénale.

Comme souligné dans les États Généraux du rein organisés en 2013 par les patients, les parcours des patients sont marqués par d'importantes discontinuités et un renforcement de la coordination entre les professionnels est nécessaire.

Les enjeux médico-économiques sont également importants : les dépenses de santé de la prise en charge de l'insuffisance rénale au stade de suppléance, selon les données de l'Assurance maladie, sont de 3,8M€ consacrés à la dialyse et 0,7M€ à la greffe en 2013 (source rapport CNAMTS charges et produits 2015).

L'étude médico-économique publiée par la HAS sur les stratégies efficaces de prises en charge de l'IRCT, parue en octobre 2014, permet d'identifier ces stratégies lors de l'entrée au stade de suppléance en fonction de l'âge et du statut diabétique : sont privilégiés l'accès à la greffe dès que possible, puis la dialyse en hors centre le plus possible en proximité, le choix de la modalité dépendant de l'état de santé, des choix et des possibilités d'autonomie du patient.

La prise en charge coordonnée entre le néphrologue et le médecin traitant est notamment nécessaire à partir du stade III B de la maladie rénale ou en cas de maladie rapidement progressive, compliquée ou nécessitant un traitement étiologique particulier.

Dès lors il est apparu pertinent de cibler l'expérimentation sur des parcours à partir du stade III B de l'IRC, stade à partir duquel les enjeux de coordination entre les professionnels de santé libéraux/les établissements de santé sont les plus importants.

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

L'expérimentation du parcours de soins IRC initiée par la DGOS (arrêté du 17 mai 2016) s'inscrit dans le cadre des orientations nationales pour la prise en charge de l'IRC :

- Agir sur le parcours en amont du stade terminal de l'IRC avec pour objectif de baisser le nombre de patients arrivant au stade de suppléance et de diminuer de moitié des dialyses évitables réalisées en urgence,
- Développer la greffe avec un objectif de greffe majoritaire sur la dialyse en 2018,
- Améliorer l'efficacité et la qualité des soins de la dialyse en privilégiant les prises en charge en hors centre (c'est-à-dire en DP, en HDD, en UAD, en UDM), en favorisant, dès que cela est possible l'autonomie et la proximité des soins dans le cadre de parcours structurés et articulés avec l'accès à la greffe.

ENJEUX RÉGIONAUX

- Taux de dialyse en urgence à diminuer de 50 % à horizon 2020 (recommandations DGOS)
- Taux de greffe rénale majoritaire à horizon 2018 (recommandations DGOS)

- Augmenter la prescription initiale de dialyse hors centre pour tout patient incident, pour atteindre 50 % des dialysés en hors centre à horizon 2020 (recommandations DGOS) : en effet malgré une progression de +26 % de l'incidence en 2015, les taux d'occupation des implantations hors centre, en Normandie, restent bas en 2016 et 2017 (Sources PMSI et SNIIRAM)
- Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en dialyse en mettant en œuvre le parcours de soins IRC formalisé par la HAS et inscrit dans l'arrêté du 17 mai 2016, conformément aux recommandations nationales et aux travaux engagés par la DGOS avec la Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT), le Réseau épidémiologie information et transplantation (REIN) et l'Agence de la biomédecine (ABM)
- Prendre en compte la disparité du maillage territorial ainsi que les fragilités en termes de ressources médicales de néphrologues à compenser par la télé-dialyse, la formation des IDE libérales à la dialyse péritonéale, la délégation de tâches aux IDE (émergence des IDE cliniciennes en néphrologie avec un DU dédié à Marseille et bientôt dans d'autres villes de France)

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'utilisateur acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

METTRE EN ŒUVRE LE PARCOURS DE SOINS FORMALISÉ PAR LA HAS**AGIR SUR LE PARCOURS EN AMONT DE LA PHASE DE SUPPLÉANCE (DGOS) :**

- Améliorer le recours à l'avis néphrologique :
 - Implanter les consultations spécialisées avancées de néphrologie dans les zones ayant une prévalence élevée au diabète et à l'Hypertension artérielle (HTA) préférentiellement ;
 - Renforcer la consultation spécialisée néphrologie avancée au sein des établissements de santé, mais également des pôles de santé libéraux ambulatoires/maisons de santé pluridisciplinaires (PSLA/MSP) ;
 - Renforcer la téléconsultation / télésurveillance.
- Proposer l'organisation par les acteurs de RCP par zone, notamment lors de phase charnière : phase d'annonce et information des patients incidents des différents traitements de suppléance

DÉVELOPPER LA GREFFE RÉNALE (DGOS) : OBJECTIF DE GREFFE MAJORITAIRE EN 2018

PREPS: favoriser l'émergence d'un projet normand, qui pourrait s'appuyer sur les deux CHU, les établissements de santé de recours, les GHT et les PTA.

DÉVELOPPER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) : Projet ARS de plateforme régionale ETP pour les maladies chroniques entre autres. ETP systématique à chaque patient au stade III B avec suivi néphrologique régulier.

DÉVELOPPER LA DP EN EHPAD, EN SSR, EN HAD

En cas d'implantation nouvelle d'UDM, favoriser les UDM de proximité avec télémédecine (HAS 2010).

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS EN DIALYSE (DGOS) :

- Promouvoir la dialyse hors centre en prescription initiale (50 % en 2020)
- Développer l'hémodialyse à domicile en prenant en compte les innovations techniques (générateurs simplifiés)
- S'assurer de la production des indicateurs qualité IPAQSS HAS
- Diminuer les dialyses en urgence évitables
- Développer la dialyse péritonéale : formation des néphrologues

DÉVELOPPER LE RECOURS À LA TÉLÉMÉDECINE : recours aux soins, soutenir les projets de télédialyse (télésurveillance, téléconsultation) en UDM, en UAD, en EHPAD et à domicile

DÉVELOPPER DES CONSULTATIONS AVANCÉES de néphrologie prioritairement dans les zones blanches (Est de l'Orne et Sud de l'Eure), et les zones où la prévalence du diabète et de l'HTA sont les plus importants :

- Diabète : partie orientale de la Normandie et sud de l'Orne
- HTA : Le Havre, Dieppe, Rouen, Saint-Lô et alentours

1 - Pour l'ensemble de la prise en charge de l'IRCT :

- Renforcer l'organisation de la coordination entre les différents acteurs de soins : professionnels de santé libéraux, structures de dialyse (centre /hors centre, en particulier pour l'organisation du repli vers le centre), équipes de greffe et de prélèvement, en mobilisant des processus formalisés et des outils partagés (dossier partagé, télémédecine, réunions de concertation interdisciplinaire pour l'orientation de nouveaux patients)
- Prendre mieux en compte la place du patient (information et ETP) lui permettant d'être acteur de sa prise en charge

2 - Pour la greffe :

- Sur l'analyse et la résolution d'éventuelles difficultés d'organisation de l'activité de prélèvement et de greffe sur l'inter région, recenser des donneurs, mobiliser des équipes chirurgicales, assurer la disponibilité des plateaux médicotechniques, la coordination des équipes, l'organisation de la continuité et de la permanence des soins

3 - Pour la dialyse :

- Renforcer la couverture des besoins de formation des néphrologues, des autres professionnels pour la mise en œuvre de la DP : stages d'internes dans les unités de DP, soutien des programmes de formation universitaire et de développement continu....
- Renforcer le déploiement de la télémédecine par le programme régional notamment pour les UDM de proximité

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

- 0 à -1 implantation d'hémodialyse en centre

ZONE D'IMPLANTATION D'ÉVREUX-VERNON : une implantation supplémentaire d'unité de dialyse médicalisée sur le territoire d'Evreux-Vernon est envisagée par suppression parallèle d'une implantation d'hémodialyse en centre

- 0 à -1 implantation d'hémodialyse en centre
- 0 à +1 implantation d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S)

- Recours à la télédialyse, téléconsultation et télé expertise pour les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)
- Critères qualité HAS IPAQSS pour l'IRC
- Outils ANAP sur la dialyse
- ETP, PPS, EPP, REX, formation des néphrologues à la DP par les CHU
- Associations de patients RENALOO et FNAIR pour ETP, patients experts...
- Évaluation des besoins et de l'offre :
 - Réalisation d'un bilan territorial de l'offre transversale
 - Analyse de l'offre existante (greffe/dialyse)
 - Visites de conformité
 - Adéquation des moyens/financements alloués
 - Analyse prospective des besoins

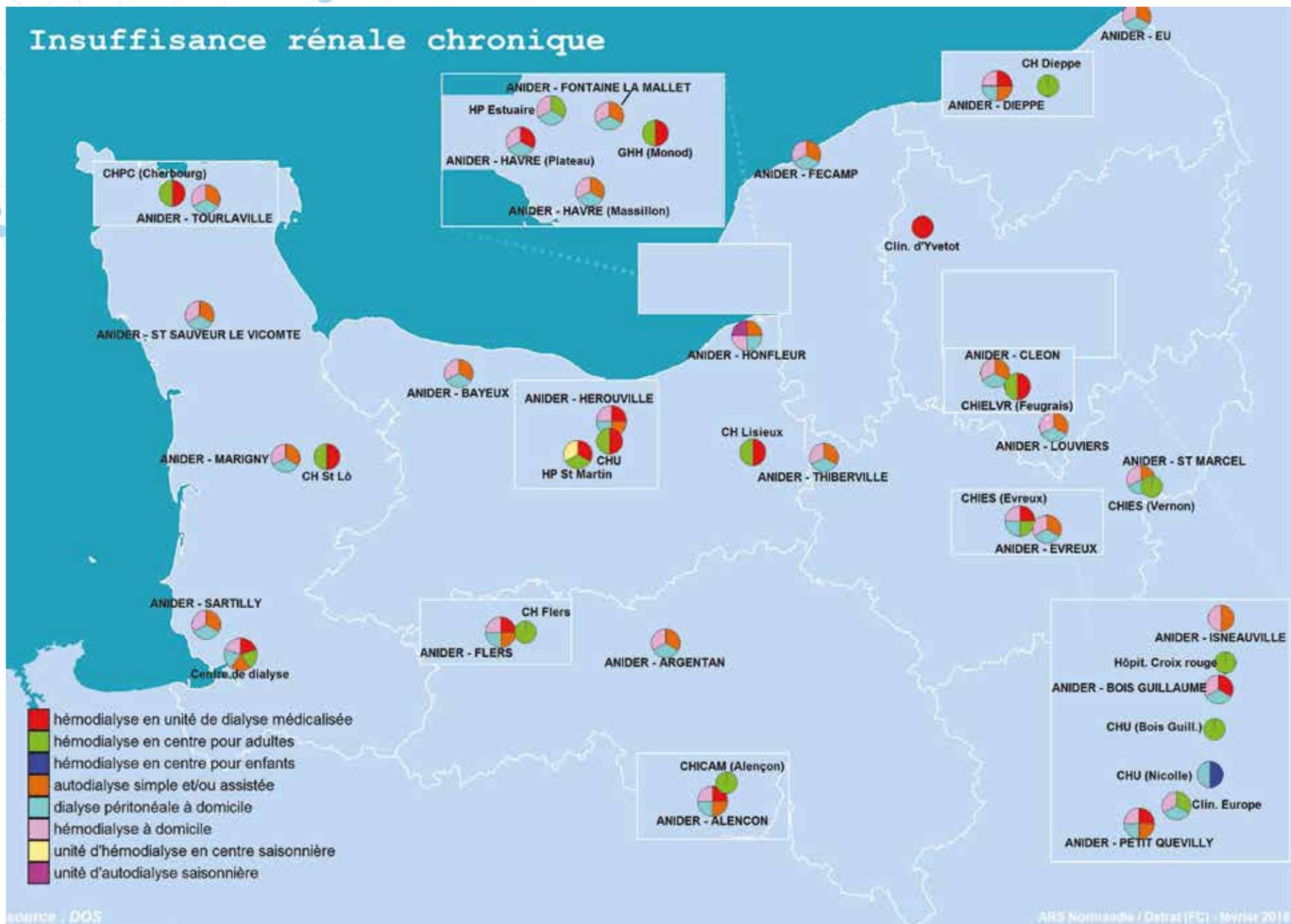
LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, les structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- La mobilisation de la démocratie sanitaire
- Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Hémodialyse en centre	3	3	0	3	3	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2 à 1	0 à -1	17	17 à 15	0 à -2
Hémodialyse en centre pédiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Hémodialyse en UDM	4	4	0	3	3	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	4	4	0	1	1 à 2	0 à +1	17	17 à 18	0 à +1
Autodialyse simple et/ou assistée	3	3	0	5	5	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0	4	4	0	3	3	0	23	23	0
Dialyse à domicile par hémodialyse	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	6	6	0	4	4	0	28	28	0
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	6	6	0	4	4	0	28	28	0

Insuffisance rénale chronique



AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

5 centres clinico-biologiques d'Aide médicale à la procréation (AMP) en Normandie : dans les deux CHU de Rouen et de Caen, au groupe hospitalier du Havre, à la clinique Mathilde/SELARL Bioseine à Rouen et à la Polyclinique du Cotentin/LBM Dynabio Unilabs à Équeurdreville.

En plus de ces établissements, 3 laboratoires privés, 1 dans la Manche, 1 dans le Calvados, 1 dans l'Orne réalisent les activités biologiques d'AMP en lien avec des gynécologues (publics comme privés).

Accès aux activités d'AMP fragile sur certains départements : Orne et Eure pour l'activité de préparation du sperme en vue d'une insémination artificielle, et Manche pour l'activité de Fécondation in vitro (FIV). Problème de démographie médicale dans cette surspécialité impliquant une grande disponibilité.

Activité biologique de préservation de la fertilité inscrite au plan cancer (action 8-1), à développer en Normandie selon les nouvelles règles de bonnes pratiques au-delà de la seule indication du traitement du cancer.

Activités relatives aux dons de gamètes à développer.

Dynamique du recours à l'AMP en augmentation (facteurs environnementaux, individuels et sociétaux) à intégrer tant en prévention qu'en prise en charge.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2** Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7** Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9** Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX-VERNON

Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation

- 0 à +1 implantation pour la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER ET GARANTIR L'ACCÈS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) SUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

- Soutenir l'offre existante en AMP et améliorer dans certains cas l'accès en proximité des populations
- Développer les activités de dons de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) et d'accueil d'embryons sur les structures autorisées
- Structurer l'activité de préservation de la fertilité en s'appuyant sur les compétences existantes en région pour répondre aux exigences réglementaires et aux évolutions prévisibles, en particulier concernant l'accès pour les enfants et adolescents
- Favoriser l'accès des patients en situation particulière (risque viral)

OBJECTIF 2 : ASSURER DES ACTIVITÉS DE QUALITÉ

- Poursuivre l'accréditation
- Suivre des indicateurs CNQ et EEQ

OBJECTIF 3 : PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNIQUES

- Garantir le lien entre l'activité de préservation de la fertilité et les activités évaluatives et de recherche fondamentale
- Soutenir les liens entre les activités d'aide médicale à la procréation et la recherche universitaire et fondamentale

OBJECTIF 4 : METTRE EN ADÉQUATION LES BESOINS, LE NOMBRE ET LA QUALITÉ DES PROFESSIONNELS EN GÉNÉTIQUE, ET FAVORISER LEUR RECRUTEMENT ET L'INSTALLATION EN NORMANDIE

- Travailler en partenariat avec les universités pour mettre en adéquation la formation de professionnels biologistes, médecins et biostatisticiens et favoriser leur recrutement et l'installation en Normandie

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ✓ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ✓ La contractualisation avec les professionnels, les structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ✓ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ✓ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ✓ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ✓ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ✓ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ✓ La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- ✓ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ✓ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

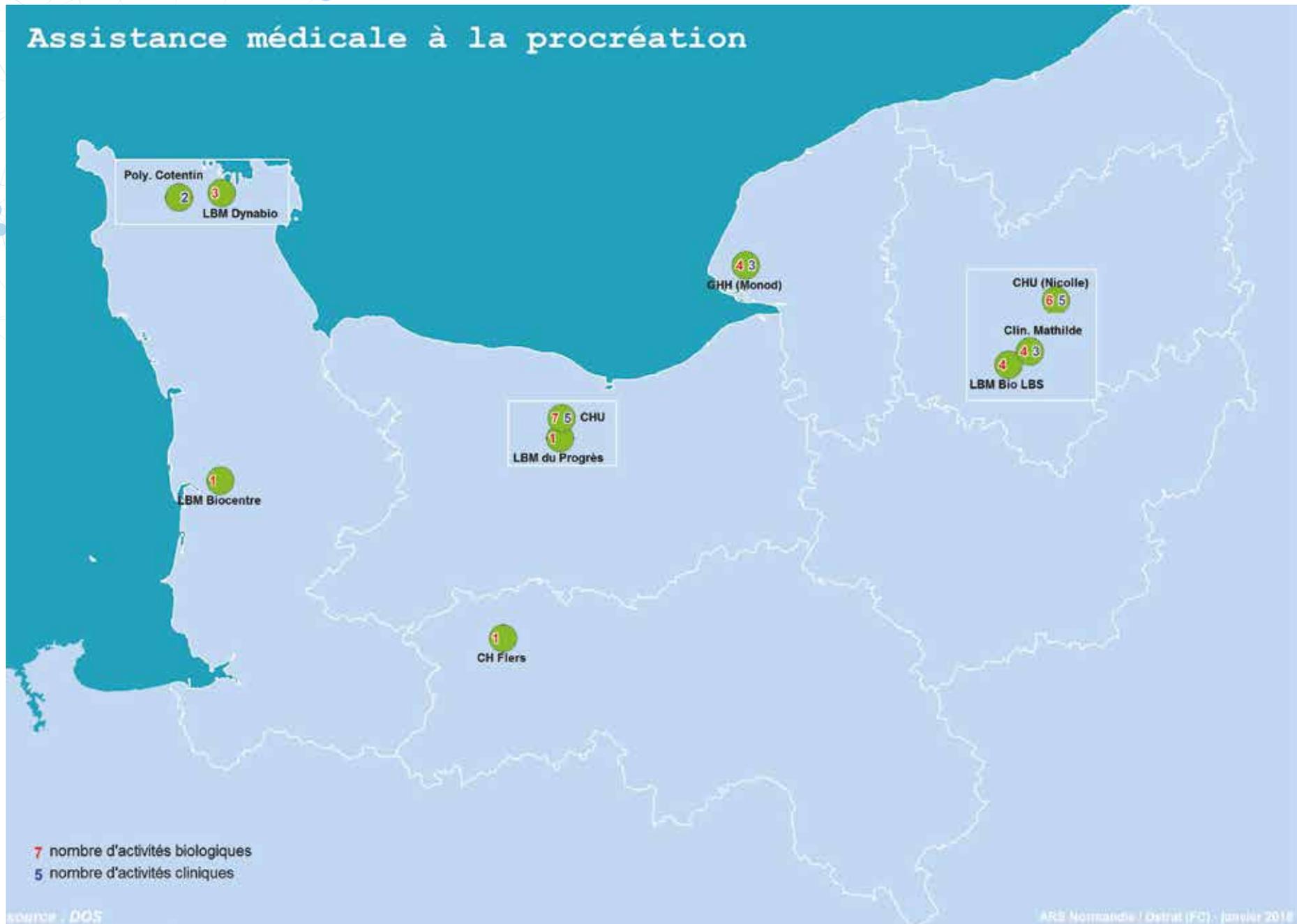
Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS AMP																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
AMP CLINIQUE																								
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS (SUITE)

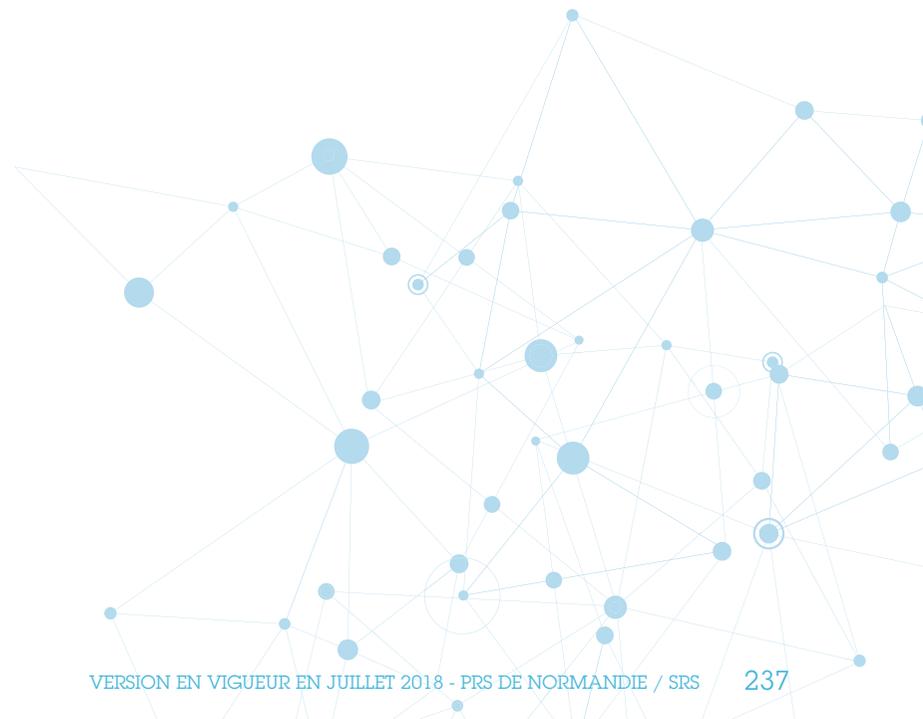
Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS AMP																									
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE				
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel		
AMP BIOLOGIQUE																										
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	8	8 à 9	0 à +1
Activité relative à la FIV sans ou avec micromanipulation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	5	5	0
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0

IMPLANTATIONS AMP																								
Modalités de l'activité de soins	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
	AMP BIOLOGIQUE - SUITE																							
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation des tissus germinaux en application de l'art L.2141-11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'art L 2141-4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Assistance médicale à la procréation



7 nombre d'activités biologiques
5 nombre d'activités cliniques



DIAGNOSTIC PRÉNATAL



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

7 laboratoires réalisent ces activités (les 2 laboratoires des CHU de Caen et Rouen, le groupe hospitalier du Havre et les laboratoires privés du Calvados, de la Manche, du Havre et d'Évreux-Vernon).

Les examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse, mentionnés au II de l'article L. 2131-1 comprennent les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels, l'échographie obstétricale et fœtale, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Les examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique mentionnés au IV de l'article L. 2131-1 comprennent : les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués

à la cytogénétique, les examens de génétique moléculaire, les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique, les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

L'échographie obstétricale et fœtale et les autres techniques d'imagerie fœtale ne font pas l'objet d'une réglementation en matière d'implantations.

Il existe 3 centres pluridisciplinaires de Diagnostic prénatal (DPN) en Normandie : CHU de Caen, CHU de Rouen, groupe hospitalier du Havre.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF N°1 : ORGANISER L'ACCÈS À UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL DE QUALITÉ POUR TOUTES LES FEMMES ENCEINTES LE SOUHAITANT

- Favoriser les coopérations entre laboratoires, réseaux de périnatalité et les prescripteurs (y compris hors région) pour garantir la continuité clinico-biologique de cette activité
- Confier aux réseaux de périnatalité la mission de rendre lisible l'offre échographique sur la région dans le cadre du dépistage combiné du 1er trimestre
- Organiser le retour d'information aux acteurs du dépistage prénatal
- Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse)
- Accréditer les laboratoires

OBJECTIF N°2 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES, EN PARTICULIER CELLES QUI ONT RECOURS AU SÉQUENÇAGE À HAUT DÉBIT DU GÉNOME HUMAIN

- Organiser l'accès aux nouvelles techniques dont les techniques basées sur l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel
- Rationaliser les équipements, les équipes et les transports pour garantir l'accès aux techniques innovantes et optimiser les liens avec la recherche fondamentale
- Développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles)

- Accompagner les rapprochements entre le DPN et la génétique

OBJECTIF N°3 : ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SOIGNANTS POUR QUE LE DÉPISTAGE PRÉNATAL SOIT ACCESSIBLE EN TOUT POINT DE LA NORMANDIE

- Inciter les territoires à organiser des réunions d'information avec les professionnels sur les évolutions techniques, réglementaires et éthiques
- Envisager la télémédecine et le dossier périnatal partagé comme outils indispensables à la collaboration en matière de diagnostic prénatal

OBJECTIF N°4 : FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES 3 CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL NORMANDS

- Avec le concours des réseaux de périnatalité, organiser le partage d'information, la réflexion concertée sur les cas difficiles et la rédaction de procédures communes

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
 - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
 - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
 - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, les structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- La mobilisation de la démocratie sanitaire
- Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

		IMPLANTATIONS DIAGNOSTIC PRÉNATAL																							
	Modalités de l'activité de soins	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque pour l'embryon ou le fœtus	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	6	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0 à 3	0 à +3
Examens de biologie médicale à visée diagnostique	Examens de cytogénétique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
	Examens de génétique moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens en vue de diagnostic de maladies infectieuses	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0

Diagnostic prénatal



- examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels
- examens de biochimie foetale à visée diagnostique
- examens de cytogénétique
- examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses
- examens de génétique moléculaire

source : arhyos

ARS Normandie / Oestrat (FC) - janvier 2018

TRAITEMENT DU CANCER



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 1^{er} janvier 2017, l'activité de soins de traitement du cancer se répartit sur 43 établissements publics, privés, et ESPIC assurant un maillage territorial régional, l'ensemble des zones d'implantation est couvert par une offre de soins en cancérologie.

Les principaux enjeux dans le segment « parcours de soins » au sein du parcours « cancers » sont les suivants :

- Coopérations des établissements de santé (ES) dans un même bassin de vie et structuration d'une offre graduée des ES de proximité, pivot et de recours régional (RR) (exclusivement CHU et CLCC), la concertation entre les 4 ERR concernant la génétique et la biopathologie est un enjeu d'avenir ;
- Amélioration des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec bilan actualisé des co morbidités, accès éventuel à une ou des consultations spécialisées de spécialistes d'organe et de gériatres formés à la cancérologie ;
- Amélioration de l'organisation des soins de ville - ES et développement des prises en charge ambulatoires de type hospitalisation de jour (HDJ) afin de faciliter pour le patient l'articulation entre son parcours de soins et le maintien d'une vie sociale et familiale ;

- Valorisation des activités diagnostiques et thérapeutiques d'excellence : prise en charge chirurgicale robot-assistée, chirurgicale et par radiothérapie per opératoire, protonthérapie (projet ARCHADE) ;
- Suivi et prise en charge des complications du cancer mais aussi des complications et effets indésirables des traitements du cancer ;
- Développement de l'accès aux soins de support (mise en œuvre de l'instruction du 23 février 2017) ;
- Amélioration de l'organisation des soins de support et de la fin de vie, notamment le soutien psychologique et les soins psychiatriques.

La démographie médicale des spécialistes est préoccupante concernant notamment les oncologues, les radiothérapeutes, les hématologues et les anatomo-pathologistes. Il est attendu des établissements de santé qu'ils s'inscrivent dans les conclusions de l'enquête corrélée au cahier des charges du projet médical régional de cancérologie et qu'ils se saisissent d'une grille d'autoévaluation relative au parcours « cancers ».

Dans la suite de ces travaux, des évolutions supplémentaires quant aux implantations pourront avoir lieu en cours de PRS

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5 Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie du « bien vieillir »

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9 Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10 Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'utilisateur acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, les structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- La mobilisation de la démocratie sanitaire
- Les investissements immobiliers et les équipements

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°1 : OPTIMISER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN ORGANISANT L'ARTICULATION ET LA LISIBILITÉ DE L'OFFRE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS PAR UN MAILLAGE COHÉRENT, NOTAMMENT EN INTÉGRANT LES IMPÉRATIFS DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET EN S'APPUYANT SUR LE PREMIER RECOURS.

Cet objectif a vocation à se traduire par l'implication des acteurs dans le cahier des charges régional du Projet médical régional en cancérologie (PMRC) et la reconnaissance des établissements selon leurs fonctions de proximité, de pivot ou de recours hémi-régional sur la base des critères du cahier des charges.

Le pilotage de ce PMRC s'appuiera sur les réseaux de cancérologie et les centres de coordination en cancérologie (3C) en lien avec le COPIL PMRC (fédérations, URML, CHU de Caen et Rouen, CLCC de Caen et Rouen).

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°2 : SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DES POSTES DE SPÉCIALISTES EN ES DE RÉFÉRENCE RÉGIONALE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PIVOTS ; FAVORISER DES TEMPS PARTAGÉS ENTRE ERR ET ES PIVOTS NOTAMMENT EN CHIRURGIE ; FAVORISER LE TRAVAIL D'ÉQUIPE DES ERR ET ES PIVOTS EN ONCOLOGIE, EN IMMUNOTHÉRAPIE...**OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°3 : POURSUIVRE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS INFRARÉGIONALES ET L'ADAPTATION DE L'OFFRE AUX BESOINS**

- En améliorant l'accès aux essais cliniques ;
- En développant l'offre d'HDJ actuellement insuffisamment prescrite ;
- En développant de manière significative le recours à l'HAD, la mobilisation des compétences de ces services en matière de coordination d'activités de soins palliatifs et de soins de support ;
- En favorisant les innovations techniques et organisationnelles (développement d'outils innovants de suivi des patients, outils numériques à harmoniser dans le cadre régional) ;
- En contribuant au virage ambulatoire (SI et informations des médecins de ville sur les prises en charge, en niveau d'expertise sur des complications des cancers et de leurs traitements, organiser la collecte, le partage et l'exploitation des informations et données patients entre les acteurs du parcours de soins dans un territoire) ;
- En complétant l'offre de prise en charge des patients dans les spécialités lorsque les délais de prise en charge sont nettement supérieurs aux recommandations de l'INCa et/

ou des sociétés savantes ;

- En expertisant la possibilité de créer une implantation de SSR oncohématologique pour adultes, enfants et adolescents sur le bassin caennais en lien avec l'institut d'hématologie de Basse-Normandie (IHBN) et le service d'oncohématologie pédiatrique.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°4 : AMÉLIORER L'ACCÈS À DES SOINS SPÉCIALISÉS VIA DIFFÉRENTES MODALITÉS : HTC, HDJ et consultations avec l'appui des centres de référence régionaux et entre centres pivots sur un même bassin de vie aux différentes étapes du parcours « cancer ». Etendre l'éducation thérapeutique particulièrement au profit des personnes les plus défavorisées socialement.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°5 : POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (AJA), DÉVELOPPER DANS LES SERVICES D'ONCOHÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE DES LIENS AVEC LES PROFESSIONNELS EXERÇANT DANS LES SECTEURS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX AINSI QU'AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE, renforcer les consultations conjointes de l'oncohématologue pédiatre avec un médecin interniste exerçant au profit des adultes.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°6 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES, en intégrant l'oncologie dans la formation des médecins gériatres ainsi que la gériatrie dans la formation des oncologues, organiser une présence active des directions des ES de recours régional au sein d'une Unité de coordination en oncogériatrie (UCOG), généraliser le repérage de la fragilité gériatrique (outil oncodage G8) et réaliser autant que de besoin des évaluations oncogériatriques approfondies.

Par rapport à la population âgée, élaborer les parcours et filières de soins non seulement dans chaque PE, et pour les CHU en articulation étroite avec les PMP des GHT, mais également de manière coordonnée entre les 4 ERR.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°7 : POUR TOUS LES CANCERS, ET PARTICULIÈREMENT POUR LES CANCERS HÉMATOLOGIQUES, ORGANISER LE SUIVI AU LONG COURS DES PATIENTS EN RÉMISSION COMPLÈTE CONSOLIDÉE AINSI QUE LE SUIVI DES COMPLICATIONS POST-THÉRAPEUTIQUES.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°8 : RACCOURCIR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN HÉMATOLOGIE, soutenir les parcours lymphome (ou ganglion) à Caen et à Rouen.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°9 : RENFORCER L'ACCÈS À LA RECHERCHE CLINIQUE EN ONCO-HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE (à Lille et à Nantes), par le développement de programmes et plateformes / de techniques innovantes, par des réponses concertées aux AAP dont PHRC, par la coordination des 4 centres concernant la recherche clinique avec l'appui du RRC.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°10 : RÉALISER UN BILAN RÉGIONAL DÉTAILLÉ EN MATIÈRE DE SOINS DE SUPPORT et soutenir les adaptations nécessaires pour répondre aux besoins en mobilisant les leviers des financements, de la contractualisation, des dispositifs de

coordination (plates-formes territoriales d'appui pour aider à la coordination des parcours complexes en soins de support au fil de leur montée en charge, et réseau régional de cancérologie).

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°11 : CONTRÔLER LA CONFORMITÉ À LA RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT/CONDITIONS D'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS DE TRAITEMENT DU CANCER (dont contrôle des interventions chirurgicales réalisées par référence aux seuils réglementaires).

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à -1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires
- 0 à -1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies urologiques

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

- 0 à -1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies digestives
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies gynécologiques
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies ORL

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

En amont de la révision du SRS devant intervenir dans le cadre de la réforme du droit des autorisations : engager une réflexion autour d'une implantation supplémentaire de chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires sur la zone d'implantation du Calvados, sous réserve et à l'issue d'une analyse approfondie des besoins (taux de recours, prévalence, suivi des délais...) et du développement d'une coopération renforcée entre les deux établissements de recours de l'hémi-région (CHU et CLCC).

Cette réflexion sera aussi à conduire sur les autres activités (dont l'urologie) et les autres zones d'implantation dans le cadre de la poursuite des travaux du PMRC

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

Dans le cadre d'un projet de recomposition territoriale de l'offre de soins entre établissement public et établissement privé, afin d'assurer la continuité de la réponse aux besoins de la population, de constituer un facteur d'attractivité pour de nouveaux professionnels médicaux et de limiter les fuites extraterritoriales :

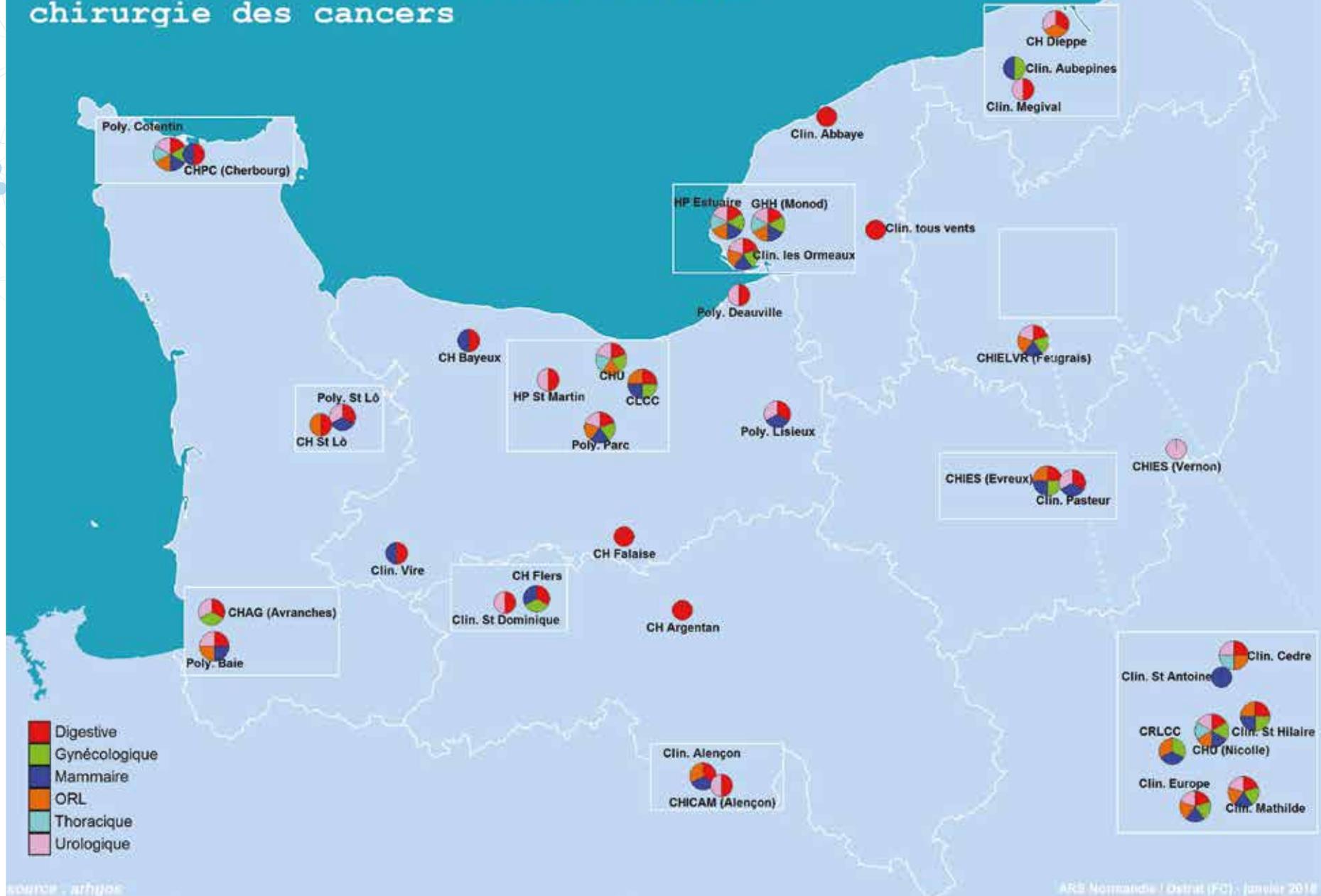
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies gynécologiques

Ce projet vise à terme - et à l'issue de cette recomposition dont le calendrier n'est pas précisément défini à ce jour - à assurer sur un site unique les deux activités.

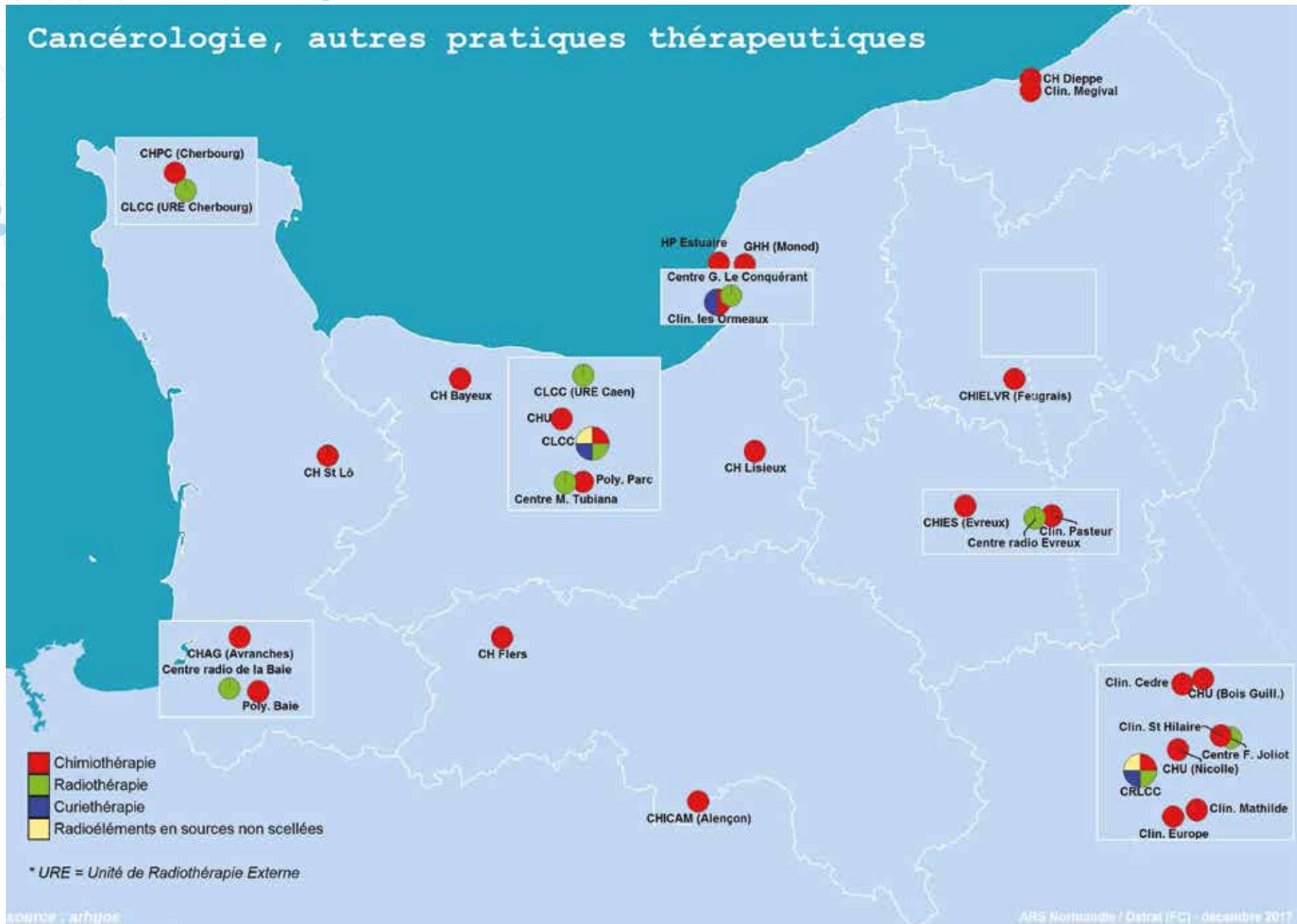
TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

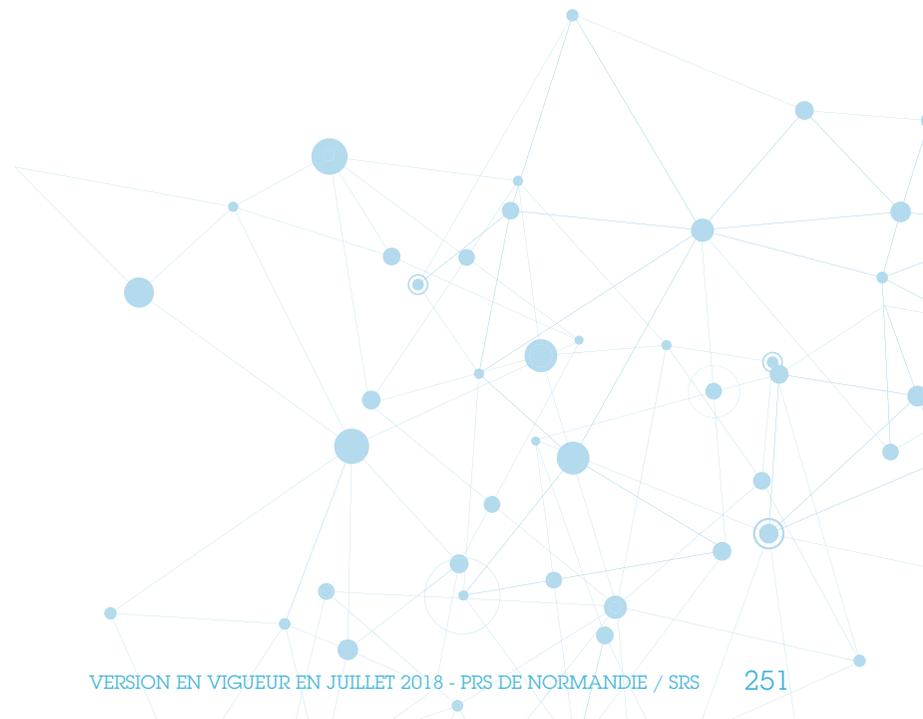
Pratiques thérapeutiques de l'activité de soins	IMPLANTATIONS CANCÉROLOGIE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Chirurgie des cancers																								
• Mammaire	5	5	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2 à 3	0 à +1	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	7	7	0	2	2	0	24	23 à 26	-1 à +2
• Digestive	9	9	0	6	6	0	5	5 à 4	0 à -1	5	5	0	2	2	0	6	6	0	2	2	0	35	35 à 34	0 à -1
• Urologique	5	5	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2	0	3	3	0	2	2	0	5	5	0	2	2	0	23	23 à 22	0 à -1
• Thoracique	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	6	6	0
• Gynécologique	3	3	0	2	2	0	1	1 à 2	0 à +1	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	6	6	0	1	1	0	17	17 à 19	0 à +2
• ORL maxillo-faciale	3	3	0	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	3	3	0	1	1	0	7	7	0	1	1	0	19	19 à 20	0 à +1
Radiothérapie adultes	3	3	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	9	9	0
Curiothérapie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0
Utilisation thérapeutique de radio-éléments en sources non scellées	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Chimiothérapie	5	5	0	4	4	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	8	8	0	2	2	0	26	26	0

Cancérologie, pratique thérapeutique chirurgie des cancers



Cancérologie, autres pratiques thérapeutiques





GÉNÉTIQUE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Quatre établissements ou laboratoires sont autorisés à réaliser le versant biologique de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales : les laboratoires des 2 CHU de Rouen et de Caen, le Centre de lutte contre le Cancer de Caen (CLCC) et le Centre de Biologie et de cytogénétique médicale de la zone d'implantation d'Evreux-Vernon.
- Reconnaissance en 2014 du Centre Normand de médecine génomique et de médecine personnalisée (NGP), porté par le Pr Thierry Frébourg qui vise à optimiser le diagnostic, la prévention et le traitement de certaines maladies en lien avec des variations génétiques individuelles.
- 2 plateformes de séquençage à haut débit du génome (au CLCC Baclesse à Caen et au CHU de Rouen).
- Démographie difficile (médecin généticien, biologiste, conseiller en génétique, cliniciens à double compétence).
- Nécessité d'apporter une réponse personnalisée, de construire les modalités d'accès patients, de circulation des examens et de l'information en s'appuyant sur les structures et coopérations existantes et sur les nouvelles technologies.
- Évolution rapide des techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses avec les conséquences sur le conseil génétique (augmentation prévisible du nombre de consultations nécessaires alors que les délais de consultation sont déjà longs en dehors d'un contexte d'urgence).
- Implication croissante de l'ensemble de la génétique clinique et biologique dans le traitement, la prise en charge des personnes (pharmacogénétique), participation active des patients, des familles, des associations.
- Lien étroit avec la recherche fondamentale et la biostatistique.
- Lien étroit avec le plan national maladies rares et les centres de référence, centres de compétence et les filières.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28** Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1 : STRUCTURER ET GRADUER L'ORGANISATION DE L'OFFRE EN GÉNÉTIQUE

- Structurer l'accès au diagnostic et aux soins de génétique en tenant compte du nouveau centre normand de génomique médicale et de médecine personnalisée ainsi que de la démographie des professionnels
- Rationaliser les équipements, les équipes et les transports pour garantir la soutenabilité de l'activité de génétique tant pour la population que pour les établissements et optimiser les liens avec la recherche fondamentale
- Développer les coopérations entre établissements et laboratoires pour instaurer un maillage complet clinico-biologique du territoire régional

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX CONSULTATIONS ET AUX EXAMENS BIOLOGIQUES DE GÉNÉTIQUE

- Mettre en place des consultations avancées
- Former des conseillers en génétique
- Réduire les délais avant consultation et les délais de rendu de résultats
- Construire avec les professionnels de santé et les associations de patients des parcours par type de recours à la génétique et porter l'information auprès des professionnels, des PTA et du public

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3 : PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNIQUES

- Poursuivre le développement de l'expertise par l'acquisition de moyens innovants, l'implication des partenaires professionnels de santé (lien avec le plan maladies rares), les patients et leurs familles, les représentants des usagers et les associations spécialisées

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4 : METTRE EN ADÉQUATION LES BESOINS ET LE NOMBRE ET LA QUALITÉ DES PROFESSIONNELS EN GÉNÉTIQUE ET FAVORISER LEUR RECRUTEMENT ET INSTALLATION EN NORMANDIE

- Travailler en partenariat avec les Universités pour mettre en adéquation la formation de professionnels biologistes, médecins et biostatisticiens et favoriser leur recrutement et installation en Normandie
- Rationaliser les parcours patients, les lieux de prélèvement, le transport d'échantillon et le travail des équipes de génétique sur la Normandie

CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Maintien du maillage existant

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

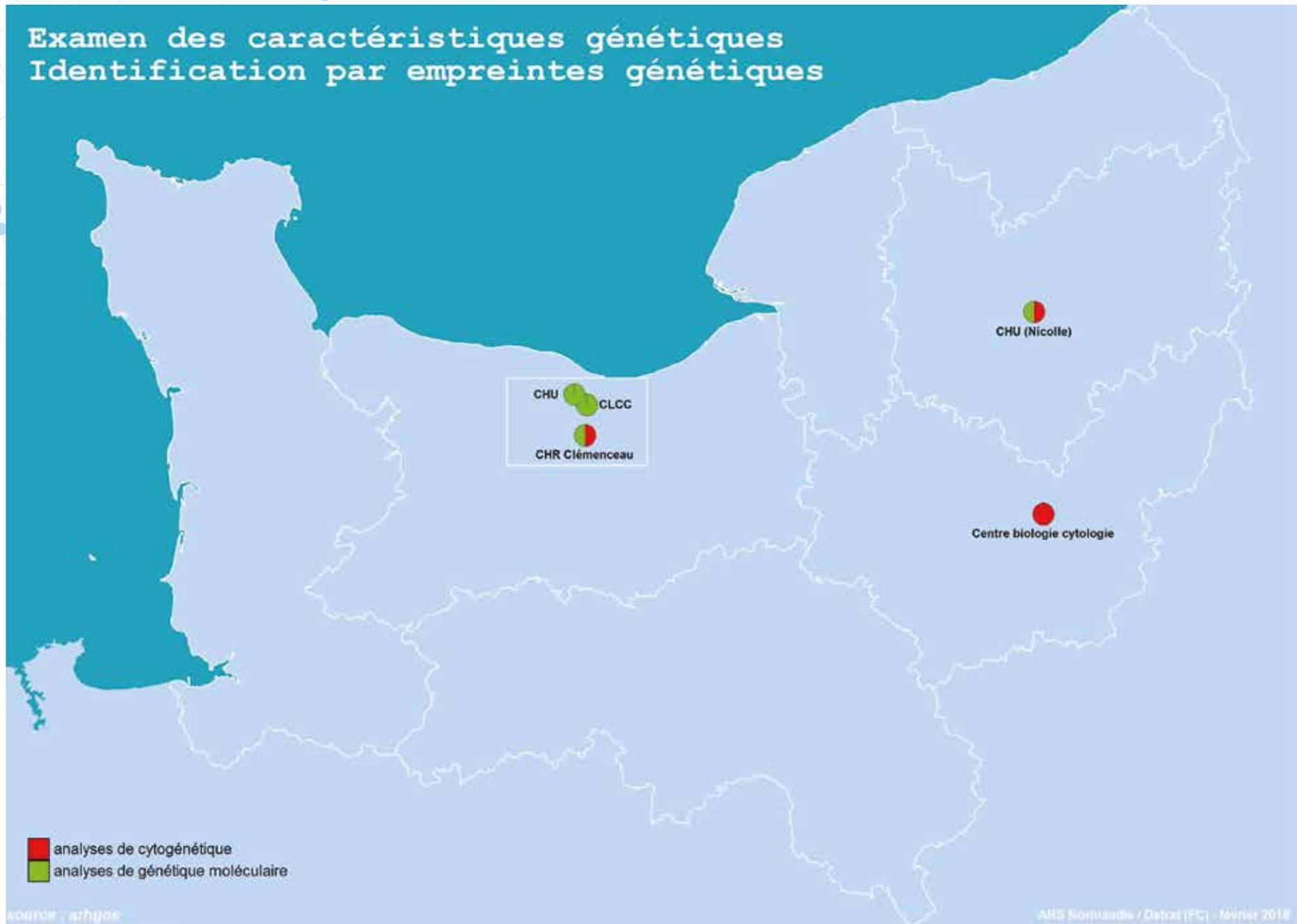
- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- La mobilisation de la démocratie sanitaire
- Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS GÉNÉTIQUE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Analyses de cytogénétique y compris analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Analyses de génétique moléculaire	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0

Examen des caractéristiques génétiques

Identification par empreintes génétiques



ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 15 mars 2017, la Normandie comptabilise : 62 scanographes à utilisation médicale autorisés et installés, 49 appareils d'IRM autorisés dont 44 installés, 5 tomographes à émission de positons (TEP) dont 4 installés et 21 caméras à scintillation (gamma-caméra) dont 19 installées.

La révision du volet imagerie des SROS de Basse-Normandie et Haute-Normandie de juillet 2017, a permis d'accroître pour la région Normandie l'imagerie diagnostique en coupe (scanographe à utilisation médicale et appareil d'IRM) sans attendre la finalisation des travaux d'élaboration du Projet Régional de Santé et a prévu l'implantation possible de nouvelles machines en Normandie (8 scanographes à utilisation médicale et 12 appareils d'IRM), soit un accroissement du parc existant de 15% et 25% pour les scanographes à utilisation médicale et les appareils d'IRM sur la région.

Le renforcement du parc doit permettre une meilleure organisation de la prise en charge des patients dont ceux atteints de pathologies cancéreuses, ainsi que des enfants.

Les équipements sont répartis dans des établissements publics, privés, ESPIC et centres d'imagerie médicale sur l'ensemble des zones d'implantation de la région. Une diversification du parc, en particulier par l'installation d'appareils d'IRM spécialisés, a été réalisée.

Si les ressources en radiologues sont importantes dans les agglomérations (Rouen, Le Havre, Caen), la démographie médicale des radiologues est plus faible dans les territoires ruraux.

Des coopérations public-privé permettent de renforcer ces ressources rares et d'assurer le fonctionnement des équipements matériels lourds.

Des établissements de santé recourent à la télé-radiologie pour assurer dans les plages de fonctionnement des équipements matériels lourds le recours à un radiologue et notamment pour assurer la permanence des soins (PDS).

Les difficultés démographiques et la nécessité du recours H24 à l'imagerie imposent une organisation mutualisée et territorialisée de la Permanence des soins (PDS), notamment dans le cadre des GHT et en coopération avec les médecins radiologues privés.

La capacité des CHU régionaux à former les nouveaux internes en radiologie est à adapter par rapport aux besoins. Les étudiants contraints de quitter la région pour leur internat reviennent rarement s'y installer à la fin de leur cursus.

En médecine nucléaire, l'essor des nouvelles technologies telles que les TEP TDM et TEP IRM pourrait remettre en question les caméras à scintillation autorisées non installées.

Le diagnostic régional et territorial nécessitera d'être complété en 2018 pour l'ensemble des équipements matériels lourds, compte tenu de l'évolution du parc proposée en 2017, pour évaluer un besoin d'équipements matériels lourds supplémentaires.

Le schéma régional de santé pourra donner lieu à une révision des objectifs relatifs aux équipements matériels lourds de manière régulière, afin de prendre en compte les conséquences de la réforme des autorisations annoncée dans le champ de l'imagerie d'une part et pour tenir compte des évolutions rapides des indications et techniques dans ce champ d'intervention. Dans ce cadre, l'ARS veillera à une évaluation régulière des besoins (activité des EML, délais d'attente, ressources médicales) en lien avec les partenaires.

S'agissant plus spécifiquement de l'accès à la santé des populations spécifiques (personnes âgées, personnes en situation de handicap ...), une évolution du parc d'imagerie en coupe pourra intervenir en cours de schéma afin d'adapter l'offre au besoin.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9** Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11** Rendre l'usager acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15** Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16** Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21** Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24** Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25** Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26** Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32** Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : RÉPONDRE AU BESOIN D'ACCESSIBILITÉ DES EML EN TERMES DE DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS

OBJECTIF 2 : ÉVALUER ET RÉPONDRE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP

OBJECTIF 3 : MUTUALISER LA PDS EN INCITANT À DES COOPÉRATIONS STRUCTURÉES ENTRE ACTEURS PUBLICS ET PRIVÉS

OBJECTIF 4 : GARANTIR LA PERTINENCE DES SOINS ET DES ACTES

OBJECTIF 5 : ADAPTER LES APPAREILS DE MÉDECINE NUCLÉAIRE AUX RESSOURCES MÉDICALES ET AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES

OBJECTIF 6 : DÉVELOPPER LA TÉLÉ RADIOLOGIE, AINSI QUE D'AUTRES INNOVATIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES, AFIN D'UNE PART D'APPUYER LES SITES FRAGILES EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE DE RADIOLOGUES ET D'AUTRE PART DE MUTUALISER LES LIGNES DE PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE

OBJECTIF 7 : ACCOMPAGNER L'INSTALLATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à +1 (implantation et appareil) : tomographe à émission de positons / caméras à positons
- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM) dans le cadre de la mise en œuvre du cyclotron

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à +1 (implantation et appareil) : tomographe à émission de positons / caméras à positons
- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM)

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

- +1 (implantation) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX/VERNON

- 0 à +1 (implantation) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM) au sein d'un établissement de recours régional dans le cadre du développement des prises en charge cancéreuse
- 0 à -1 (appareil) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

	IMPLANTATIONS EML																	
	SCANOGAPHES À UTILISATION MÉDICALE						APPAREIL D'IRM						TOMOGRAPHIE À ÉMISSION DE POSITIONS					
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
ZONE D'IMPLANTATION : CALVADOS	17	17	0	12	12	0	13	13 à 14	0 à +1	9	9	0	2	2 à 3	0 à +1	2	2 à 3	0 à +1
ZONE D'IMPLANTATION : MANCHE	10	10	0	8	8	0	6	6 à 7	0 à +1	6	6	0	0	0 à +1	0 à +1	0	0 à +1	0 à +1
ZONE D'IMPLANTATION : ORNE	6	6	0	6	6	0	5	5	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ROUEN ELBEUF	16	16	0	12	12	0	18	18 à 19	0 à +1	11	11	0	3	3	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : EVREUX-VERNON	8	8	0	7	7	0	6	6	0	8	3	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : LE HAVRE	10	10	0	8	8	0	10	10	0	8	8	0	1	1	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : DIEPPE	3	3	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
RÉGION NORMANDIE	70	70	0	55	55	0	61	61 à 64	0 à +3	44	44	0	6	6 à 8	0 à +2	4	4 à 6	0 à +2

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

IMPLANTATIONS EML																		
	CAMERAS À SCINTILLATION						CAISSON HYPERBARE						CYCLOTRON					
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
ZONE D'IMPLANTATION : CALVADOS	8	8	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : MANCHE	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ORNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ROUEN ELBEUF	6	6 à 5	0 à -1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : EVREUX-VERNON	2	2	0	2	2 à 3	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : LE HAVRE	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : DIEPPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RÉGION NORMANDIE	21	21 à 20	0 à -1	10	10 à 12	0 à +2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

Equipements matériels lourds



LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La biologie médicale comprend la réalisation d'examens, lesquels sont définis à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique comme étant des actes médicaux qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain.

Depuis la parution de l'ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010, la biologie médicale a été profondément réformée. Cette réforme, débutante lors de l'élaboration du SROS PRS 2012-2017 a entraîné des modifications importantes dans l'offre de biologie médicale sur le plan libéral et hospitalier.

Globalement, le nombre de sites ouverts au public a peu évolué. Les sites se sont en revanche différenciés, certains ne servant plus désormais qu'au prélèvement et au rendu des résultats (sites pré-post analytiques). De laboratoires monosites coopérant parfois entre eux sont nés des laboratoires multisites comportant souvent un seul plateau technique.

De même, les conditions de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale ont été modifiées notamment par l'obligation de répondre aux exigences relatives à l'accréditation par le COFRAC et l'affirmation du rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins du patient.

La médicalisation de la biologie (maintien d'un biologiste par site) et l'accréditation des laboratoires sont en cours. Au 1^{er} novembre 2020, les laboratoires devront être accrédités pour l'ensemble de leur activité. Certaines règles ont été établies par les différents textes relatifs à la biologie médicale, notamment :

- l'ouverture d'un laboratoire ou d'un site peut être refusée si celle-ci a pour effet de porter, sur la zone considérée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique),
- une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site, de rachat d'actifs d'une société exploitant un laboratoire ou de fusion de laboratoires peut être refusée si celle-ci conduit à ce que, sur la zone considérée, la part réalisée par le laboratoire qui résulte de cette opération dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 du code de la santé publique),
- l'acquisition, par une personne physique ou morale, de droits sociaux de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à une personne de contrôler, directement ou indirectement, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6223-4 du code de

la santé publique),

- un laboratoire ne peut implanter ses sites que sur un maximum de trois zones limitrophes, sauf en cas de dérogation (article L. 6222-5 du code de la santé publique). Cette dérogation pourra intervenir sur toute zone, dès lors que la fermeture d'un site ou d'un laboratoire privera une partie de la population de la proximité d'une offre d'examens de biologie médicale (article R. 6222-4 du code de la santé publique).
- les mesures transitoires de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 ne permettent, à un laboratoire accrédité partiellement, d'ouvrir un site au public qu'en fermant un autre.

Les articles R. 1434-30 et 31 du code de la santé publique précisent que l'application des règles de territorialité des laboratoires de biologie médicale se fait dans la région par un zonage géographique spécifique. Comme évoqué précédemment (chapeau introductif), sept zones géographiques ont été retenues pour le zonage des laboratoires de biologie médicale. Ces zones correspondent aux territoires de démocratie sanitaire.

La création des GHT permet aux établissements de santé qui en font partie différents niveaux de coopération pour la biologie médicale, allant de simples réunions communes destinées à faire converger les pratiques professionnelles, à la mise en place d'un laboratoire commun.

- Les orientations stratégiques de certains projets médicaux partagés de GHT intègrent une volonté de réinternalisation de la biologie au sein des établissements membres.
- L'organisation de la filière biologie au sein des GHT n'a cependant pas vocation à systématiquement exclure le dialogue avec le secteur privé en particulier pour envisager des solutions de coopération notamment sur les examens spécialisés.

L'article L. 6211-21 du code de la santé publique permet aux établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale de facturer à prix réduit à un autre établissement de santé les examens de biologie médicale, ce que ne peut faire un laboratoire de biologie médicale privé, obligé de facturer les examens au prix de la nomenclature.

L'atteinte d'un niveau d'accréditation de 100 % et ceci, au plus tard en 2020, permettra aux laboratoires d'ouvrir des nouveaux sites dans les limites permises par les règles prudentielles figurant ci-dessus.

Ces trois derniers points sont de nature à remettre en cause le réseau de laboratoires actuellement existant.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

MAINTENIR L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES PATIENTS aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, de la communication des résultats des examens dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins, et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale en contrôlant :

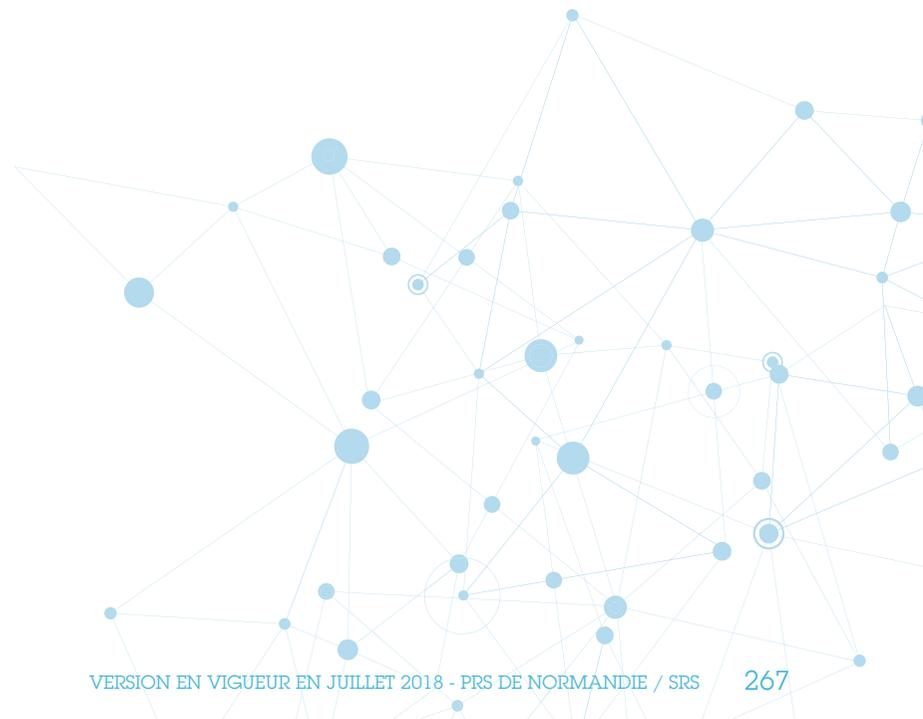
- le respect des règles prudentielles dans la réorganisation de la biologie médicale,
- la définition du projet territorial de biologie au sein des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

La répartition actuelle des laboratoires de biologie médicale apparaissant globalement satisfaisante il conviendra de la conserver.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- La surveillance et l'observation de la santé
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers



OFFRE DE SOINS DE PREMIER ET DE DEUXIÈME RECOURS



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Dans le respect de la liberté d'installation, le schéma régional de santé fait apparaître les « besoins en implantations » pour l'exercice des soins de premier recours. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

L'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins recouvrent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé (notamment les hôpitaux de proximité), sociaux et médico-sociaux.

Les soins de deuxième recours recouvrent les items précédemment cités, ils constituent le niveau suivant d'accès à la santé, dans des domaines plus spécialisés.

L'articulation entre les différents niveaux de recours constitue un enjeu avec la nécessité de veiller à une bonne orientation du premier vers le deuxième recours, lorsque cela est nécessaire, pour les usagers du système de santé.

En Normandie, 2 500 médecins généralistes, 3 200 infirmiers, 2 000 masseurs kinésithérapeutes, 1 150 dentistes, 200 sages-femmes, 1 400 pharmaciens, 650 orthophonistes, 600 pédicures-podologues exercent à titre libéral et constituent le socle de cette offre de premier recours de proximité. Celle-ci est caractérisée par des disparités assez fortes entre départements, plus particulièrement en termes de densité médicale. L'Eure et l'Orne présentent les plus faibles densités médicales qui s'inscrivent dans un contexte plus général de faible attractivité d'une partie du territoire normand, au-delà du seul champ de la santé.

Les professionnels de santé libéraux - autres que les médecins généralistes - sont tout aussi indispensables à la réalité de l'accès aux soins en proximité et les projets de structures d'exercice coordonné et regroupé concernent des professionnels médicaux et non médicaux. Pour autant, l'expérience acquise en région, notamment dans le cadre de la politique des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA), a démontré et démontre que l'adhésion initiale de plusieurs médecins à un projet constitue un

préalable indispensable à la structuration effective d'un PSLA.

En Normandie, les spécialités médicales suivantes apparaissent fragiles : anesthésie-réanimation, psychiatrie, radiodiagnostic et imagerie médicale, cardiologie et maladies vasculaires, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, pédiatrie, ophtalmologie, dermatologie, médecine du travail, médecine physique et réadaptation, oncologie médicale, réanimation médicale, neurologie, rhumatologie, anatomie et cytologie pathologiques.

À l'instar du premier recours, l'offre de soins de deuxième recours est caractérisée par des disparités assez fortes entre départements.

La région Normandie œuvre avec dynamisme depuis plus de 10 ans en faveur de la consolidation de l'offre de soins de premier recours, le renforcement des installations de professionnels de santé en priorité dans les territoires les plus fragiles mais aussi parallèlement de fluidifier les liens entre professionnels du premier, deuxième recours, les établissements de santé de proximité, les établissements et services médico-sociaux en intégrant l'ensemble des acteurs d'un territoire concerné.

La charte des PSLA en Normandie a été signée en 2017 pour 3 ans par plus de 50 signataires le 15 novembre 2017.

Les PSLA s'incarnent dans des projets de santé ambitieux qui laissent place à l'innovation (télémédecine, réunions et outils de coordination, coopérations professionnelles et délégations de tâches...). Les projets de PSLA ont vocation à améliorer la prise en charge des patients par le biais de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

À ce jour en Normandie, 63 PSLA et maisons de santé pluridisciplinaires sont ouverts, 43 projets en construction ou en phase d'ingénierie.

La mise en œuvre de la charte normande des PSLA constitue en soi un levier prioritaire de renforcement de l'offre de soins de premier et de deuxième recours en région.

La charte PSLA de Normandie 2017-2020 pose le principe de convergence et même de correspondance entre les objectifs poursuivis par les PSLA en matière de réponse aux besoins de santé sur leur territoire, articulée entre plusieurs acteurs de celui-ci en montrant la volonté que les PSLA puissent progressivement assurer les missions générales dévolues aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Le territoire des CPTS est celui où les professionnels de santé de 1^{er} et de 2nd recours ont des habitudes ou des opportunités de travail en commun.

Les professionnels de soins primaires sont au cœur des CPTS, qu'ils soient organisés en équipe ou non. Les médecins spécialistes de recours, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé, sont d'autres acteurs incontournables. Les acteurs du médico-social (et notamment les EHPAD), l'HAD, les hôpitaux de proximité sont également concernés.

Une CPTS est fondée sur un projet médical de territoire, incluant une coopération avec des acteurs hors MSP, dont des professionnels de second recours, des établissements de santé, les collectivités territoriales. L'Agence régionale de santé avec ses partenaires veillera à un déploiement des Plates-formes territoriales d'appui (PTA) cohérent avec le maillage actuel et les projets de PSLA / CPTS.

En effet, il existe une complémentarité forte entre CPTS et PTA et le principe est posé que des projets de PTA peuvent faire émerger des projets de CPTS et inversement. Ainsi, les PTA contribuent à l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Les objectifs et priorités régionales ont vocation à décliner les ambitions du Plan national pour renforcer l'égal accès aux soins.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 11

Rendre l'utilisateur acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 15

Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 16

Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 17

Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 18

Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 21

Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 22

Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 24

Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 26

Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 31

Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 32

Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

- Poursuivre le déploiement des PSLA conformément aux objectifs de la charte des PSLA en s'appuyant sur la méthodologie des zones d'implantation prioritaires.
- Déployer des postes de coordonnateurs, le cas échéant partagés entre plusieurs PSLA-CPTS, voire avec des PTA avec pour mission d'accompagner dans la durée la mise en œuvre du projet de santé, l'organisation de la pluri-professionnalité, l'évolution des pratiques : au vu des réflexions en cours nationalement à la date de définition du présent PRS, ce déploiement pourrait s'organiser par l'accompagnement de plusieurs expérimentations dont le cadre pourrait être défini par contrat entre l'ARS et l'Union régionale des médecins libéraux de Normandie (URML).
- D'une manière générale, améliorer les pratiques de coordination au sein des équipes, en s'appuyant sur le projet de pacte soins primaires et donc en proposant un dispositif de formation en région.
- Poursuivre le déploiement des PTA en cohérence avec le maillage des PLSA-CPTS et en articulation avec les autres dispositifs d'appui à la coordination en fonctionnement sur tout ou partie du territoire normand : accompagner dans ce cadre la mise en place d'un numéro de téléphone unique, de services numériques d'appui à la coordination proposant un bouquet de service adapté.
- Sur la base des méthodologies nationales, arrêter après concertation avec les professionnels, les zones sous denses, socles des aides conventionnelles voire d'autres aides de l'agence et des collectivités d'une part, et actualiser de manière régulière (dans l'idéal annuellement) ces zonages afin qu'ils s'adaptent facilement aux réalités des évolutions sur les territoires et constituent un véritable levier d'intervention sur les territoires les plus fragiles ou en risque de fragilisation rapide.
- Favoriser le développement de dispositifs de consultations non programmées.
- Renforcer le recours à la télé expertise (exemple : dermatologie).
- Développer la télé consultation au sein des établissements médico-sociaux, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Dans le cadre d'une articulation forte avec les partenaires (collectivités territoriales communes, intercommunalités, départements, région mais aussi représentants des professionnels et usagers), favoriser l'émergence et le soutien des initiatives du terrain, le cas échéant innovantes, expérimentales
- Développer des stages extrahospitaliers et favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé.
- Poursuivre le développement des coopérations professionnelles, notamment en faveur des patients atteints de maladies chroniques, avec par exemple la reconnaissance d'équipes supplémentaires ASALEE.
- Organiser des consultations avancées de médecins spécialistes libéraux, en particulier sur les territoires les plus fragiles ou les plus éloignés de l'offre de deuxième recours.
- Organiser un guichet unique d'information et d'orientation à destination des professionnels de santé, en lien avec l'Assurance maladie afin de permettre un accès simplifié au plus grand nombre de services utiles aux professionnels, au-delà même de l'appui à l'installation.
- Renforcer l'appui aux professionnels de santé et à la population en organisant une offre régionale cohérente et efficiente des réseaux de santé périnatalité, cancérologie et sclérose en plaque.
- S'investir en faveur de l'émergence et de la concrétisation de projets d'expérimentations organisationnelles innovantes (plus particulièrement en application des dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

INDICATEUR(S)

- Évolution de la densité par profession
- Évolution de l'accessibilité potentielle localisée pour les médecins généralistes
- Évolution du nombre de PSLA / CPTS
- Évolution de la part de la population couverte par une PTA
- Évolution de la part de la population couverte par un PSLA / une CPTS
- Évolution des installations de professionnels de santé dans les zones sous denses

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ✓ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ✓ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ✓ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ✓ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin
- ✓ La formation et évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ✓ La mobilisation de la démocratie sanitaire

LA PERMANENCE

des soins en établissement de santé

PARTIE I : GÉNÉRALITÉS

1. UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC QUI CONCERNE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins. Ce volet évalue, les besoins de la population et fixe des objectifs, par zone d'activités de soins, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Il a vocation à être inscrit dans les CPOM pour chacun des établissements concernés.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie.

La Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme :

- l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients,
- dans une structure de soins d'un établissement de santé,
- en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence,
- la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8 heures du matin),
- le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La PDSSES concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas du volet dédié à la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la « continuité des soins », dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

Elle peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'établissement de santé ;
- d'une astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel.

La permanence des soins concerne tous les établissements de santé, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.

Lorsque le directeur général de l'Agence régionale de santé constate, que la mission de permanence des soins n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures. Lorsque le directeur général de l'Agence régionale de santé constate l'impérieuse nécessité de pourvoir sans délai à la mission de permanence des soins, il peut désigner, à titre temporaire, un ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier, pour assurer cette mission afin de garantir la continuité du service public dans l'attente des résultats de la procédure d'appel à candidatures.

2. PRINCIPES

Dans une optique de qualité de la réponse apportée aux besoins de la population, d'équité, de soutenabilité :

- Convergence régionale à traduire en termes d'activités reconnues et donc financées au titre du schéma cible, en termes de nature des lignes financées (garde, astreinte, ½ garde ½ astreinte en fonction de possibilités laissées par la réglementation), en termes de rémunérations forfaitaires ;
- À l'instar des principes posés au titre des activités de soins d'une manière générale, prendre en compte les enjeux de gradation des soins ;

- Intégration de logiques territoriales (proposition d'organisation selon les bassins de population, volumes d'activités réalisés hors PDSES, ressources médicales disponibles...);
- Promotion / valorisation des complémentarités / mutualisations, entre établissements publics ou entre établissements publics et privés ;
- Accord, dans la perspective d'une révision annuelle du schéma de PDSES sur la construction d'une évaluation de l'activité de PDSES en réponse aux besoins de la population, dans toutes les disciplines, et pour chaque établissement. Cette évaluation pourra se baser sur des indicateurs communs proposés et validés par un groupe de travail associant des professionnels des établissements de santé publics et privés.

Trois domaines de réflexion ont été pris en compte :

- Les activités (spécialités, lesquelles sont retenues ou pas et sur quels critères),
- Les territoires (identification du niveau de recours pertinent),
- Les modalités (nature des lignes, garde, astreinte ou mix de garde et d'astreinte, ½ garde ½ astreinte).

3. PÉRIMÈTRE

La permanence des soins inclut des activités médicales dites réglementées, non réglementées et médicotéchniques.

3.1. ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

- Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale,
- Réanimation, unités de soins intensifs, comprenant les USI cardiologiques et unités neuro-vasculaires,
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie,
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Chirurgie cardiaque,
- Neurochirurgie,
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

3.2. ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

Certaines activités réglementées, notamment réanimation et médecine d'urgence préposent un accès H24 de spécialités médicales et chirurgicales :

- Spécialités médicales : gastroentérologie, pneumologie,
- Spécialités chirurgicales : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie ORL, chirurgie thoracique, chirurgie main, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ophtalmologique.

3.3. ACTIVITÉS MÉDICO-TECHNIQUES

Il s'agit de l'imagerie médicale, de la biologie et de la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins. Les activités d'imagerie et de biologie médicale participent également à la permanence des soins.

3.4. ACTIVITÉS NON INSCRITES AU VOLET DÉDIÉ PDS

Activités concernées par la PDS mais bénéficiant d'une modalité de financement particulière :

- Médecine d'urgence,
- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques.

Activités hors MCO non concernées par la PDS :

- Psychiatrie,
- Traitement du cancer,
- Soins de suite et de réadaptation,
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal,
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

4. GRADATION DES SOINS ET TERRITORIALISATION

4.1. TERRITORIALISATION

En Normandie, le découpage des territoires de planification (7 zones d'activités de soins) est différent du nombre de GHT (11 groupements).

Le schéma cible de PDSES a vocation à prendre en compte ces deux dimensions ainsi que, pour les établissements publics, les volets relatifs à la PDSES des projets médicaux partagés et les évolutions éventuelles de ces projets médicaux.

La population Normande en 2018 s'élève à 3 342 467 habitants (source INSEE).

Sept zones de répartition d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (même découpage que les territoires de démocratie sanitaire et les anciens territoires de santé) :

- 1) Rouen-Elbeuf (839 000 habitants),
- 2) Évreux-Vernon (416 000 habitants),
- 3) Dieppe (172 000 habitants),
- 4) Le Havre (464 000 habitants),
- 5) Calvados (706 000 habitants),
- 6) Manche (518 000 habitants),
- 7) Orne (298 000 habitants).

11 Groupements hospitaliers de territoires (GHT). Les GHT ne disposent pas en tant que tel d'un découpage territorial propre. Au vu de l'implantation et du rayonnement des établissements, une zone de couverture globale est estimée.

5 GHT recouvrent ainsi une population > 400 000 habitants :

- Rouen Cœur de Seine,
- Normandie Centre,
- Estuaire de la Seine,
- Eure-Seine,
- Val de Seine et plateau de l'Eure.

L'établissement support du GHT Val de Seine se situe à 20 km du CHU de Rouen, il ne sera pas inclus dans les distinctions faites aux établissements supports des « gros » GHT.

6 GHT ont une population < 200 000 habitants :

- Nord Cotentin,
- Centre Manche,
- Mont Saint Michel,
- Collines de Normandie,
- Orne-Perche-Saosnois,
- Caux Maritime.

4.2. GRADATION DES SOINS

Socle minimal au regard de la réglementation et de réponse aux besoins :

- 1 ligne PDSES par activité réglementée,
- Mutualisation interservices ou inter établissements dès lors que la réglementation précise cette possibilité,
- Garde si imposée par la législation, sinon astreinte,
- Conservation des mutualisations déjà engagées,
- 3 types de chirurgie selon la fréquence et la spécialisation des actes,
- Activités médicales afférentes aux activités réglementaires, notamment GO et réanimation,
- PDSES imagerie dans les établissements autorisés à la SU et disposant d'un scanner.

Variables supplémentaires prises en compte :

- Chirurgie en fonction de l'activité des services de chirurgie, du positionnement géographique et des structures d'urgence.
- Tenir compte des compétences acquises par les établissements sur les différentes spécialités, notamment chirurgicales.
- Garde chirurgie viscérale si plus de 50 000 passages par an à la SU.
- Garde USIC, la nature de l'activité pouvant nécessiter l'intervention rapide d'un cardiologue.
- Garde imagerie si plus de 40 000 passages par an à la SU.

PARTIE II : LES LIGNES DE PDS PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

1. OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

4 lignes de PDS : gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation, chirurgie viscérale

■ Gynécologie-Obstétrique

- < 1 500 naissances : astreinte opérationnelle GO pour l'unité d'obstétrique
- > 1 500 naissances : garde GO dans l'unité d'obstétrique

■ Pédiatrie

- Maternités niveau 1 : astreinte opérationnelle exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie
- Maternités niveau 2a : mix garde astreinte exclusif pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie
- Maternités niveau 2b : garde exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie
- Maternités niveau 3 : 2 gardes (dont 1 garde de pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale en sus de la garde de réanimation pédiatrique pour les établissements concernés)

■ Anesthésie-Réanimation

- < 1 500 naissances sans autre PDS chirurgie : astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site
- Entre 1 500 et 2 000 naissances : garde exclusive pour le site
- > 2 000 naissances : garde dans l'unité d'obstétrique

■ Chirurgie viscérale (cf. chapitre 6.1) :

1 ligne chirurgie viscérale si SU de proximité avec plus de 25 000 passages.

- Astreinte de 25 000 à 50 000 passages
- Garde si > 50 000 passages (séminaire SFMU 2001 : douleur abdominale aiguë 4 à 8% des passages aux urgences)

Exceptions :

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations.
- 1 ligne pour les structures isolées dont le nombre de passage en SU < 25 000 passages sous réserve de ressources médicales disponibles pour organiser une PDS.

Les niveaux de PDS pourront être réajustés annuellement en fonction du nombre de naissances de l'année N-1.

LES LIGNES DE PDES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

ZONES	Gynéco-obstétricien	G	A	Pédiatre	G	A	MAR	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, CI Mathilde, CH le Belvédère	4		CHU Rouen, CHIELVdR, CI Mathilde, CH le Belvédère	3,5	1,5	CHU Rouen, CHIELVdR, CI Mathilde, CH le Belvédère	4	
ÉVREUX-VERNON	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3
LE HAVRE	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	1	3	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	3	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	2
DIEPPE	CH Dieppe, CI les Aubépines		2	CH Dieppe, CI les Aubépines	0.5	1,5	CH Dieppe, CI les Aubépines	1	1
CALVADOS	CHU Caen, CH Lisieux, CI du Parc, CH Bayeux	3	1	CHU Caen, CH Lisieux, CI du Parc CH Bayeux	3,5	1,5	CHU Caen, CI du Parc, CH Lisieux, CH Bayeux	3	1
MANCHE	CHPC, CH St Lô, CHAG	2	1	CHPC, CHAG, CH St Lo	3,5	0.5	CHPC, CH St Lo, CHAG	3	
ORNE	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan		4	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan	1	3	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan	2	2

2. RÉANIMATION, UNITÉS DE SOINS INTENSIFS, COMPRENANT LES USI CARDIOLOGIQUES ET UNITÉS NEURO-VASCULAIRES

Réanimation adulte : 1 ligne de garde par unité de réanimation autorisée, établissements publics et privés.

Réanimation pédiatrique : 1 ligne de garde dans chacun des CHU autorisés.

ZONES	Réa-adulte	G	Réa-pédiatrique	G
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR	4 CHU+1	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON	CHIES Evreux	1		
LE HAVRE	GHH	1		
DIEPPE	CH Dieppe	1		
CALVADOS	CHU Caen, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux	3 CHU+3	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC, CH St Lô, CHAG	3		
ORNE	CHICAM, CH Flers	2		

LES LIGNES DE PDES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

1 ligne de garde par USIC autorisée, établissements publics et privés.

1 ligne d'astreinte par autorisation UNV, établissements publics et privés et 1 ligne de garde pour les UNV CHU, en qualité de référents régionaux.

1 ligne de garde USI pneumologie au CHU de Rouen sur le site de Bois-Guillaume, à titre temporaire, dans l'attente du regroupement de l'activité de soins critiques sur le site Charles Nicolle

ZONES	USIC	G	UNV	G	A	USI pneumo	G
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CI St Hilaire, CHIELVdR	3	CHU Rouen	1		CHU Rouen (Bois-Guillaume – transitoire)	1
ÉVREUX-VERNON	CHIES Evreux, CI Bergouignan	2	CHIES Evreux		1		
LE HAVRE	GHH, HPE	2	GHH		1		
DIEPPE	CH Dieppe	1					
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	2	CHU Caen, CH Lisieux	1	1		
MANCHE	CHPC, CH St Lô	2	CHPC, CH St Lo		2		
ORNE	CHICAM	1	CHICAM		1		

3. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES CARDIOLOGIE ET NEURORADIOLOGIE

1 ligne d'astreinte par autorisation pour l'activité type 3 en cardiologie interventionnelle.

ZONES	Cardio interventionnelle type 3	A	Neuroradio interventionnelle	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CI St Hilaire	2	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON	CI Bergouignan	1		
LE HAVRE	GHH, HPE	2		
DIEPPE				
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	2	CHU Rouen	1
MANCHE				
ORNE				

4. CHIRURGIE CARDIAQUE ET NEUROCHIRURGIE

1 ligne d'astreinte par autorisation.

Pour les CHU, sollicités par les autres établissements périphériques dans le cadre des avis d'expertise, mix de garde (première partie de nuit) et astreinte (nuit profonde).

ZONES	Chirurgie cardiaque	G	A	Neurochirurgie	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1/2	1/2	CHU Rouen	1/2	1/2
ÉVREUX-VERNON						
LE HAVRE						
DIEPPE						
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	1/2	1/2+1	CHU Caen	1/2	1/2
MANCHE						
ORNE						

5. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

Une ligne pour les CHU, avec mutualisation inter-établissements.

ZONES	Néphrologue	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	0.5	0.5
ÉVREUX-VERNON			
LE HAVRE			
DIEPPE			
CALVADOS	CHU Caen	0.5	0.5
MANCHE			
ORNE			

ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

6. CHIRURGIE

6.1. CHIRURGIES VISCÉRALE ET ORTHOPÉDIQUE

1 ligne chirurgie viscérale et 1 ligne chirurgie orthopédique si SU de proximité avec plus de 25 000 passages.

- Astreinte de 25 000 à 50 000 passages
- Garde si > 50 000 passages (séminaire SFMU 2001 : douleur abdominale aiguë 4 à 8% des passages aux urgences)

Exceptions :

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations
- 1 ligne pour les structures isolées avec nombre de passages en SU < 25 000 sous réserve de ressources médicales disponibles pour organiser une PDS. Pour une structure répondant à ces critères avec un faible nombre d'interventions chirurgicales en horaire de PDES, expérimentation pour un an sous forme d'une 1/2 astreinte

Les maternités sans SU ou avec moins de 25 000 passages en SU passent convention avec l'établissement disposant d'une ligne chirurgie viscérale pour la prise en charge des urgences viscérales.

Recours existants : Falaise à Argentan, clinique de Coutances à Saint Lô.

Autres recours possibles : Vernon à Evreux, Bernay à Lisieux, Gisors à Evreux, Beauvais ou Pontoise.

ZONES	Chirurgie viscérale	G	A	Chirurgie orthopédique	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, CI le Cèdre, CI Europe	2	2	CHU Rouen, CHIELVdR, CI le Cèdre, CI Europe	2	2
ÉVREUX-VERNON	CHES Evreux, CI Pasteur	1	1	CH Evreux, CI Pasteur	1	1
LE HAVRE	GHH, HPE, CI les Ormeaux	1	2	GHH, HPE, CI les Ormeaux	1	2
DIEPPE	CH Dieppe		1	CH Dieppe		1
CALVADOS	CHU Caen, CI du Parc, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux, CI Vire, CI Deauville	1	5,5	CHU Caen, CI du Parc, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux, CI Vire, CI Deauville	1	5,5
MANCHE	CHPC, CH Saint-Lô, CHAG	1	2	CHPC, CH Saint-Lô, CHAG	1	2
ORNE	CHICAM, CH Flers, CH Argentan		3	CHICAM, CH Flers, CH Argentan		3

6.2. CHIRURGIES UROLOGIQUE ET VASCULAIRE

1 astreinte par zone d'activité, 1 à 2 astreintes supplémentaires en renfort des CHU sous réserve des ressources médicales disponibles.

1 astreinte par zone d'activité sous réserve des ressources médicales disponibles (appel à candidature pour chirurgie vasculaire des territoires non couverts).

Pour la chirurgie urologique, un mix 1/2 garde 1/2 astreinte pour les CHU en qualité d'établissements de recours.

Pour la chirurgie vasculaire sur le territoire du Havre, les deux établissements devront formaliser une mutualisation publique-privée de l'astreinte.

ZONES	Chir urologique	G	A	Chir vasculaire	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, CI Europe	1/2	2+1/2	CHU Rouen, CI Europe	2
ÉVREUX-VERNON	CH Evreux , CI Pasteur		1/4 3/4		
LE HAVRE	GHH, HPE, CI Ormeaux		3x1/3	GHH, HPE	1/2 +1/2
DIEPPE	CH Dieppe		1	CH Dieppe	1
CALVADOS	CHU Caen, CI du Parc	1/2	1+1/2	CHU Caen, HPSM	2
MANCHE	CI Cotentin		1	CI Cotentin	1
ORNE	CHICAM		1		

6.3. CHIRURGIES ORL ET OPHTALMO

1 astreinte par zone d'activité sous réserve des ressources médicales disponibles (appel à candidature pour chirurgie ophtalmologique des territoires non couverts).

ZONES	ORL	A	Chir Ophtalmo	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON	CH Evreux	1	CH Evreux	1
LE HAVRE	GHH	1	CI les Ormeaux	1
DIEPPE	CH Dieppe	1		
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC	1	CI de la baie	1
ORNE	CHICAM	1		

6.4. CHIRURGIES INFANTILE ET THORACIQUE

Chirurgie infantile : 1 ligne dans les établissements avec service d'urgences pédiatriques :

- Pour les CHU, 1 garde
- Pour le GHH : 1 astreinte
- Une astreinte MAR infantile en regard de la chirurgie infantile (recommandation SFAR pédiatrique pour les enfants de moins d'un an)

Chirurgie thoracique :

- 1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence
- Sur le territoire du Havre, les deux établissements devront formaliser une mutualisation publique-privée de l'astreinte

ZONES	Chir infantile	G	A	Chir thoracique	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1		CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON					
LE HAVRE	GHH		1	GHH, HPE	1/2 +1/2
DIEPPE					
CALVADOS	CHU Caen	1		CHU Caen	1
MANCHE					
ORNE					

6.5. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALE ET SOS MAIN

1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence.

ZONES	SOS main	A	CMF	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON				
LE HAVRE				
DIEPPE				
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1
MANCHE				
ORNE				

7. MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS (MAR)

MAR supplémentaire hors GO :

- Garde si MAR de la GO est en garde exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie, une astreinte supplémentaire si ligne de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie
- Astreinte si MAR de la GO est en garde exclusive et 4 lignes ou moins de chirurgie
- Astreinte si MAR de la GO est en garde non exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie
- Astreinte exclusive sur site du MAR GO passe en garde si autres activités de chirurgie que les lignes afférentes à l'obstétrique
- Astreinte si pas d'activité obstétrique et lignes de chirurgie
- Mutualisation publique privée du MAR pour les établissements distants de moins de 5 km (Fécamp, Lillebonne, Cotentin)
- MAR infantile si PDS de chirurgie infantile

ZONES	MAR adultes	G	A	MAR infantile	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CI le Cèdre, CI Europe	1	3	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON	CH Evreux , CI Pasteur		2		
LE HAVRE	GHH, CI Ormeaux	1	1	GHH	1
DIEPPE	CH Dieppe		1		
CALVADOS	CHU Caen, HPSM, Polycl Le Parc, CI Vire, CI Deauville	1	4,5	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC, CH Saint-Lô	1	1		
ORNE					

8. MÉDECINE

Une astreinte pneumologie et gastroentérologie pour les urgences endoscopiques si activités de réanimation et nombre de passages en SU > 50 000/an (appel à candidature pour les territoires non couverts).

ZONES	Gastro entéro	A	Pneumo	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR	2	CHU Rouen, CHIELVdR	2
ÉVREUX-VERNON	CH Evreux	1	CH Evreux	1
LE HAVRE	GHH	1	GHH	1
DIEPPE	CH Dieppe	1	CH Dieppe	1
CALVADOS	CHU Caen, CH Lisieux	2	CHU Caen, CH Lisieux	2
MANCHE	CHPC, CH Saint-Lô	2	CHPC, CH Saint-Lô	2
ORNE				

8. MÉDECINE (SUITE)

Une astreinte d'onco-hématologie adulte sur le plateau caennais et le plateau rouennais.

Un modèle mixte de garde (première partie de nuit) et astreinte (nuit profonde) pour les urgences psychiatriques des deux CHU.

ZONES	Onco Hémato	A	Psychiatrie (urgences)	G	A
ROUEN - ELBEUF	CLCC Becquerel	1	CHU Rouen	1/2	1/2
ÉVREUX-VERNON					
LE HAVRE					
DIEPPE					
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1/2	1/2
MANCHE					
ORNE					

9. MÉDICO-TECHNIQUE

■ Imagerie diagnostique

Astreinte dans tous les établissements, publics et privés, avec SU et disposant d'un scanner.

Garde pour les établissements avec nombre de passages en SU > 40 000.

Possibilité de développer la téléimagerie pour les établissements déficitaires en radiologues.

■ Imagerie interventionnelle

Une ligne d'astreinte dans les CHU.

ZONES	Imagerie diagnostic	G	A	Imagerie interventionnelle	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, CI Europe, CI le Cèdre	3	1	CHU Rouen	1
ÉVREUX-VERNON	CHES, CI Pasteur, CH Bernay, CH Gisors	1	3		
LE HAVRE	GHH, CI les Ormeaux et HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	2		
DIEPPE	CH Dieppe	1			
CALVADOS	CHU Caen, CH Lisieux, CHCF, CH Falaise, HPSM, CI du Parc, CH Vire, CH Bayeux, CI Miséricorde	3	4	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC, CH Saint-Lô, CHAG	2	1		
ORNE	CH Argentan, CH L'Aigle, CH Flers, CHICAM	1	3		

ANNEXE 1 : LIGNES PDES 2017

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

ZONES	Lignes de PDS gynéco-obstétrique	Lignes de PDS pédiatrie	Lignes de PDS MAR (liées aux activités réglementées)
ROUEN - ELBEUF	4	8	8
ÉVREUX-VERNON	4	4	5
LE HAVRE	4	5	5
DIEPPE	2	2	2
CALVADOS	4	5	5
MANCHE	3	4	3
ORNE	4	4	4

RÉANIMATION, UNITÉS DE SOINS INTENSIFS, COMPRENANT LES USI CARDIOLOGIQUES ET UNITÉS NEURO-VASCULAIRES

ZONES	Lignes de PDS réa adulte	Lignes de PDS réa pédiatrique
ROUEN - ELBEUF	5	2
ÉVREUX-VERNON	1	
LE HAVRE	1	
DIEPPE	1	
CALVADOS	7	2
MANCHE	3	
ORNE	2	

ZONES	Lignes de PDS USIC	Lignes de PDS UNV	Lignes de PDS USI pneumo
ROUEN - ELBEUF	3	1	
ÉVREUX-VERNON	2	1	
LE HAVRE	2	1	
DIEPPE	1		
CALVADOS	2	2	
MANCHE	2	2	
ORNE	1	1	

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES CARDIOLOGIE ET NEURORADIOLOGIE

ZONES	Lignes de PDS cardio interventionnelle type 3	Lignes de PDS neuroradio interventionnelle
ROUEN - ELBEUF	2	1
ÉVREUX-VERNON	1	
LE HAVRE	2	
DIEPPE		
CALVADOS	2	1
MANCHE		
ORNE		

CHIRURGIE CARDIAQUE ET NEUROCHIRURGIE

ZONES	Lignes de PDS chirurgie cardiaque	Lignes de PDS neurochirurgie
ROUEN - ELBEUF	1	1
ÉVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	2	1
MANCHE		
ORNE		

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

ZONES	Lignes de PDS néphrologie/dialyse
ROUEN - ELBEUF	1
ÉVREUX-VERNON	
LE HAVRE	
DIEPPE	
CALVADOS	1
MANCHE	
ORNE	

LES LIGNES DE PDES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

CHIRURGIE

1. CHIRURGIES VISCÉRALE ET ORTHOPÉDIQUE

ZONES	Ligne de PDS chirurgie viscérale	Ligne de PDS chirurgie orthopédique
ROUEN - ELBEUF	4	4
ÉVREUX-VERNON	2	2
LE HAVRE	4	2
DIEPPE	1	1
CALVADOS	7	6
MANCHE	5	3
ORNE	4	3

2. CHIRURGIES UROLOGIQUE ET VASCULAIRE

ZONES	Ligne de PDS chir urologique	Ligne de PDS chir vasculaire
ROUEN - ELBEUF	3	2
ÉVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1/2
DIEPPE	1	1
CALVADOS	2	2
MANCHE	2	2
ORNE	1	

3. CHIRURGIES ORL ET OPHTALMOLOGIQUE

ZONES	Ligne de PDS chir ORL	Ligne de PDS chir ophtalmologique
ROUEN - ELBEUF	1	1
ÉVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1
DIEPPE	1	
CALVADOS	1	1
MANCHE	1	1
ORNE	1	

4. CHIRURGIES INFANTILE ET THORACIQUE

ZONES	Ligne de PDS chir infantile	Ligne de PDS chir thoracique
ROUEN - ELBEUF	1	1
ÉVREUX-VERNON		
LE HAVRE	1	1
DIEPPE		
CALVADOS	1	
MANCHE		
ORNE		

5. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALE ET SOS MAIN

ZONES	Ligne de PDS SOS main	Ligne de PDS CMF
ROUEN - ELBEUF	1	1
ÉVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	1	1
MANCHE		
ORNE		

MÉDECINS ANESTHÉSISTES

ZONES	Ligne de PDS MAR adultes	Ligne de PDS MAR infantile
ROUEN - ELBEUF	5	1
ÉVREUX-VERNON	2	
LE HAVRE	2	1
DIEPPE	1	
CALVADOS	5	1
MANCHE	3	
ORNE		

LES LIGNES DE PDES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

MÉDECINE

ZONES	Ligne de PDS gastro entéro	Ligne de PDS pneumo
ROUEN - ELBEUF	2	3
ÉVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1
DIEPPE	1	1
CALVADOS	2	2
MANCHE	3	3
ORNE	2	2

ZONES	Ligne de PDS onco hémato	Ligne de PDS psychiatrie	Ligne de PDS médecine polyvalente	Ligne de PDS cardio (HC)
ROUEN - ELBEUF	1	1	4	1
ÉVREUX-VERNON			1	
LE HAVRE	1	1	1	
DIEPPE			1	
CALVADOS		1		2
MANCHE				1
ORNE				1

ZONES	Ligne de PDS gériatrie	Ligne de PDS UMAC	Ligne de PDS maladies inf	Ligne de PDS odontologie
ROUEN - ELBEUF	1	1	1	1
ÉVREUX-VERNON				
LE HAVRE				1
DIEPPE				
CALVADOS				
MANCHE				
ORNE				

MÉDICO-TECHNIQUE

ZONES	Ligne de PDS imagerie diagnostic	Ligne de PDS imagerie interventionnelle
ROUEN - ELBEUF	6	
ÉVREUX-VERNON	4	
LE HAVRE	5+1/2	
DIEPPE	1	
CALVADOS	6	
MANCHE	3	
ORNE	3+1/2	

ZONES	Ligne de PDS biologie	Ligne de PDS EEG	Ligne de PDS parasitologie	Ligne de PDS pharmacie
ROUEN - ELBEUF	4	1	1	2
ÉVREUX-VERNON	1			1
LE HAVRE	2			1
DIEPPE	1			1
CALVADOS				1
MANCHE				
ORNE				

AUTRES

ZONES	Ligne de PDS médecine d'urgence	Ligne de PDS activités de greffes
ROUEN - ELBEUF		3
ÉVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	2	
MANCHE		
ORNE		



GLO SSAI RE

A

AAH

Allocation adulte handicapé

AAP

Appel à projets

ACI

Accord conventionnel
interprofessionnel

ACT

Appartement de coordination
thérapeutique

ADEME

Agence de l'environnement et de la
maîtrise de l'énergie

ALD

Affection longue durée

ANESM

Agence nationale de l'évaluation et
de la qualité des établissements et
services sociaux et médico-sociaux

ANSM

Agence nationale de sécurité du
médicament et des produits de
santé

ARS

Agence régionale de santé

ASE

Aide sociale à l'enfance

ASR

Assistant spécialiste régional

ASV

Adaptation de la société
au vieillissement

B

BPCO

Bronchopneumopathie chronique
obstructive

C

CAF

Caisse d'allocations familiales

CAMSP

Centre d'action médico-sociale
précoce

CAQES

Contrat d'amélioration de la qualité
et de l'efficacité des soins

CARSAT

Caisse d'assurance retraite et de la
santé au travail

CD

Conseil départemental

CDCA

Conseil départemental de la
citoyenneté et de l'autonomie

CDU

Commission des usagers

CESCI

Comité d'éducation à la santé et à la
citoyenneté inter-dégré

CESER

Conseil économique, social et
environnemental régional

CFPPA

Conférence des financeurs de la
prévention de la perte d'autonomie

CEGIDD

Centre gratuit d'information,
de dépistage et de diagnostic

CHU

Centre hospitalier universitaire

CJC

Consultation jeunes consommateurs

CLCC

Centre de lutte contre le cancer

CLIC

Centre local d'information et de
coordination

CLMS

Conseil local de santé mentale

CLS

Contrat local de santé

CME

Commission médicale
d'établissement

CMP

Centre médico-psychologique

CNS

Conférence nationale de santé

CNSA

Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie

COMMUE

Communauté d'universités et d'établissements

COFIL

Comité de pilotage

COREVIHST

Comité de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

COS

Cadre d'orientation stratégique

CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF

Centre de planification et d'éducation familiale

CPOM

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPS

Compétences psychosociales

CPTS

Communauté professionnelle territoriale de santé

CRSA

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC

Commission des relations avec les

usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAMS

Commission spécialisée des accompagnements médico-sociaux

CSAPA

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSDU

Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers

CSOS

Commission spécialisée de l'organisation des soins

CSP

Commission spécialisée prévention

CTS

Conseil territorial de santé

CVS

Conseil de vie sociale

DDCS

Direction départementale de la cohésion sociale

D

DIRECCTE

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DMP

Dossier médical partagé

DPC

Développement professionnel continu

DRAAF

Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

DRDJSCS

Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DREAL

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DS

Déterminants de santé

E

EHPAD

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP

Équipe mobile psychiatrie précarité

ES

Établissements de santé

ESMS

Établissement et service médico-social

ESP

Équipe de soins primaires

ETAPES

Expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

ETP

Éducation thérapeutique du patient

F

FIR

Fonds d'intervention régional

FISS

Fonds national pour l'innovation du système de santé

FSV

Fonds de solidarité vieillesse

G

GCS

Groupement de coopération sanitaire

GEM

Groupe d'entraide mutuelle

GHT

Groupement hospitalier de territoire

GRADES

Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé

H

HAD

Hospitalisation à domicile

HAS

Haute autorité de santé

I

ICAPS

Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité

INSEE

Institut national de la statistique et des études économiques

IRAPS

Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

IREPS

Instance régionale d'éducation pour la santé

ISS

Inégalités sociales de santé

IST

Infection sexuellement transmissible

IVG

Interruption volontaire de grossesse

L

LFSS

Loi de financement de la sécurité sociale

LHSS

Lits halte soins santé

M

MAIA

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH

Maison départementale des personnes handicapées

MILDECA

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MSA

Mutualité sociale agricole

MSP

Maison de santé pluridisciplinaire

MS SANTÉ

Messagerie sécurisée en santé

O

OMS

Organisation mondiale de la santé

ONDAM

Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

OPCA

Organisme paritaire collecteur agréé

P

PA

Personnes âgées

PAERPA

Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAPRAPS

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PAPS

Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PASS

Permanence d'accès aux soins de santé

PDSes

Permanence des soins en établissement de santé

PH

Personnes en situation de handicap

PJJ

Protection judiciaire de la jeunesse

PMI

Protection maternelle et infantile

PMP

Projet médical partagé

PMRC

Projet médical régional de cancérologie

PNGDREES

Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PPRGDRESS

Plan Pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PNMD

Plan national maladies neurodégénératives

PNNS

Programme national nutrition santé

PNRT

Programme national de réduction du tabagisme

PPCA

Pôle de prévention compétent en addictologie

PPS

Prévention et promotion de la santé

PRAPS

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins pour des personnes les plus démunies

PRIAC

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRITH

Plan régional d'insertion pour les travailleurs handicapés

PRS

Projet régional de santé

PRSE

Plan régional santé-environnement

PRST

Plan régional santé au travail

PSFP

Programme de soutien aux familles et à la parentalité

PSLA

Pôle de santé libéral et ambulatoire

PSP

Projet de soins partagés

PSSBE

Plan sport santé bien-être

PTSM

Projet territorial de santé mentale

PTA

Plateforme territoriale d'appui

PATS

Plan d'appui à la transformation du système de santé

PTS

Projet territorial de santé

Q

QVT

Qualité de vie au travail

R

RAPT

Réponse accompagnée pour tous

RDRD

Réduction des risques et des dommages

REAAP

Réseau d'appui et d'accompagnement à la parentalité

REEVA

Réseau régional de vigilances et d'appui

RI

Recherche interventionnelle

ROR

Répertoire opérationnel des ressources

RSA

Revenu de solidarité active

S

SAAD

Service d'aide et accompagnement à domicile

SAMSAH

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU

Service d'aide médicale urgente

SAVS

Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SFP

Soutien aux familles et à la parentalité

SICO

Système d'information des coordinations

SMUR

Service mobile d'urgence et de réanimation

SNAC

Service numérique d'appui à la coordination

SNQVT

Stratégie nationale de la qualité de vie au travail

SNS

Stratégie nationale de santé

SPASAD

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPIS

Service public d'information en santé

SRADDET

Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

SSE

Situation sanitaire exceptionnelle

SSIAD

Service de soins infirmiers à domicile

SSR

Soins de suite et de réadaptation

T

TROD

Test rapide à orientation diagnostique

U

UCC

Unité cognitive comportementale

URAASS

Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

URML

Union régionale des médecins libéraux

URPS

Union régionale des professionnels de santé



Agence régionale de santé de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille – CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96

Courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr
Site : www.normandie.ars.sante.fr
Compte twitter : [@ars_normandie](https://twitter.com/ars_normandie)