Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

de Haute-Normandie

2012-2017

Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

ARRETE du 7 mars 2012

portant adoption du schéma régional d'organisation des soins de Haute-Normandie

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 1er octobre 2010 relatif à la définition des territoires de santé ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 19 décembre 2011 arrêtant le plan stratégique régional de santé

Vu le décret du 13 janvier 2011 portant nomination de M. Claude d'Harcourt en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie ;

Vu l'avis de consultation sur les schémas du projet régional de santé de Haute-Normandie publié le 3 janvier 2012 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Haute-Normandie;

Vu l'avis du préfet de la région Haute-Normandie en date du 23 février 2012 ;

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de santé et de l'autonomie en date du 14 février 2012 sur les 3 schémas du projet régional de santé ;

Vu l'avis du conseil régional de Haute-Normandie en date du 29 février 2012 ;

Vu l'avis du conseil général de Seine-Maritime en date du 20 février 2012 ;

Vu le courrier de saisine adressé en date du 23 décembre 2011 au président du conseil général de la de l'Eure pour recueillir son avis et les observations recueillies au cours des réunions du 13 février 2012 et du 6 mars 2012 ;

Vu les courriels de saisine adressés en date du 26 décembre 2011 aux maires des communes de Haute-Normandie ;

Vu les observations de la conférence de territoire de Dieppe en date du 8 décembre 2011 et du 23 février 2012 ;

Vu les observations de la conférence de territoire d'Evreux-Vernon en date du 15 décembre 2011 et du 16 février 2012 ;

Vu les observations de la conférence de territoire de Rouen-Elbeuf en date du 12 décembre 2011 et du 24 février 2012 ;

Vu les observations de la conférence de territoire du Havre en date du 7 décembre 2011 et du 14 février 2012 ;

Arrête :

Article 1er

Le schéma régional d'organisation des soins de Haute-Normandie est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de cinq ans.

Article 2

Le schéma régional d'organisation des soins de Haute-Normandie peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie à l'adresse suivante : http://ars.haute-normandie.sante.fr.

Il peut également être consulté :

a) à la préfecture de la région Haute-Normandie – 7 place de la Madeleine - Rouen;
b) à la préfecture du département de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;
c) au siège de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie – 31 rue Malouet - Rouen ;
d) ainsi que dans la délégation territoriale de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;

Article 3

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Haute-Normandie et de la préfecture du département de l'Eure.

Fait à Rouen, le 7 mars 2012,

Claude d'HARCOURT

Avant-propos

La santé, un bien, une valeur

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

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

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

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

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

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

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

Le projet régional de santé, un projet différent pour une époque différente

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

C'est une première différence avec les anciens plans et schémas.
Le cœur du sujet c'est bien la personne : la personne comme usager qui, à ce titre, a des droits mais aussi des devoirs à commencer par celui d'agir de manière responsable.

La personne comme patient aussi : sa prise en charge dans une logique de parcours de santé répond à des priorités claires comme le maintien à domicile, les actes ambulatoires, la pluridisciplinarité de l'approche ou la coordination des offres.

Avant-propos

Le cœur de l'action c'est le territoire, un territoire défini au plan régional à partir des habitudes de vie et des solidarités économiques et sociales de ses habitants.

La Haute-Normandie compte quatre territoires de santé. Le projet régional ce sera donc à terme quatre projets territoriaux, un par territoire de santé, des projets définis et mis en œuvre avec les quatre conférences de territoires. Rendre les territoires attractifs si l'on veut y faire venir les meilleurs professionnels est un impératif catégorique pour les élus comme pour les administrations.

L'époque aussi est différente.

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

L'hôpital public se sent vulnérable alors qu'il demeure quoiqu'il arrive la pierre d'angle du service public et le creuset du savoir faire hospitalier. Le secteur médico-social et de la prévention, notamment le monde associatif craint de perdre sa liberté et sa capacité d'innovation alors même que l'expérimentation et l'esprit d'initiative sont une des conditions du progrès.

La différence vient également des évolutions radicales que rendent à présent possibles les techniques nouvelles.

A titre d'exemple télémédecine et interventions chirurgicales non invasives démultiplient l'efficacité des actes en même temps qu'elles obligent les acteurs de santé à redéfinir leur cœur de métier et à développer de nouvelles compétences.

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

La santé n'a pas de prix disait-on. Certes, mais elle a un coût, celui que fixe à présent chaque année l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

La contrainte financière agit sur chaque acteur, particulièrement sur le système sanitaire dans l'exigence d'un équilibre budgétaire qui est la condition des modernisations futures.

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

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

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

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

Ce projet soumis à votre avis est un projet de confiance et d'exigence, deux attitudes qui caractérisent bien la relation existante entre nos concitoyens et les acteurs de santé.

Claude d'Harcourt
Préfet, directeur général

Préambule

Le Contexte

Composante essentielle du PRS, le schéma régional d'organisation des soins (SROS), fixe pour 5 ans les orientations régionales de l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires.

Ce SROS comporte deux innovations majeures par rapport au précédent schéma : d'une part, il s'inscrit dans le projet régional de santé ce qui implique une approche globale et concertée avec les acteurs des schémas de prévention et médico-social, d'autre part, il porte sur les 2 champs hospitalier et ambulatoire qui contribuent ainsi conjointement à apporter une réponse adaptée aux besoins de la population. Le SROS fixe aussi pour la première fois les besoins en implantations concernant les laboratoires de biologie médicale publics et privés.

Cependant, si la partie hospitalière du SROS est opposable en totalité, la partie ambulatoire reste indicative à l'exception de la définition des zones prioritaires en matière de renforcement de l'offre de soins de ville.

La cohérence avec le plan stratégique régional de santé (PSRS)

Les propositions portées par le SROS contribuent à la mise en œuvre des priorités du PSRS, qu'il s'agisse des axes stratégiques généraux ou des thèmes spécifiques.

Cette démarche implique un décloisonnement entre les champs et les acteurs concernés qui a été une préoccupation forte à toutes les étapes de l'élaboration du SROS. Ce décloisonnement s'est appuyé sur les éléments suivants :

- approche territoriale commune basée sur les 3 niveaux définis par le PSRS (territoires de santé, territoires de proximité, territoires de premier recours), lieu de déclinaison de toutes les politiques de santé,
- approche transversale par filière de soins ou parcours de santé, pour les activités qui le nécessitent,
- concertation avec les acteurs du système de santé au travers de la Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie, de sa commission spécialisée de l'organisation des soins et des groupes de travail mis en place avec les représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux et des usagers.

Une situation démographique défavorable

La situation démographique défavorable de la région pèse déjà aujourd'hui très fortement sur l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers et va s'accentuer au cours de la prochaine décennie. Les tensions sont variables selon les activités et les territoires de santé et doivent désormais être prises en compte pour fixer des choix prioritaires en matière de création ou de développement d'activité. Cette situation impose également de chercher des gains d'efficience au travers de nouveaux modes d'organisation des soins.

Un niveau d'équipement inférieur à la moyenne nationale

Malgré un effort de rattrapage important engagé sur la période des deux précédents SROS, la Haute-Normandie reste déficitaire dans plusieurs disciplines, comme l'atteste le plus faible niveau de recours aux soins de la région. Sont concernées principalement la médecine, les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie, disciplines qui devront continuer à faire l'objet d'un suivi attentif et d'un soutien spécifique.

Un contexte économique contraint

Le SROS vise à garantir l'adéquation de l'offre de soins régionale aux besoins de la population, tout en assurant la qualité du service rendu dans un contexte de contrainte économique forte. Les créations d'activité et d'équipements matériels lourds et les progressions d'activité envisagées dans ce contexte doivent donc être réalistes et compatibles avec l'évolution de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) et des enveloppes financières allouées à la région. Une évaluation de l'impact financier du SROS est réalisée dans ce sens en lien avec le niveau national afin de définir les niveaux d'activité qui pourront être réalisés.

LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS REGIONAUX

Le SROS est l'outil de mise en œuvre des trois objectifs prioritaires de la politique régionale de santé dans le champ sanitaire.

1. Mieux répondre à l'évolution de la demande de soins

Les facteurs de cette évolution sont bien connus pour la région : il s'agit notamment du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du cancer, de la nécessité de mieux organiser la prise en charge de certaines pathologies telles que les accidents vasculaires cérébraux.
L'ensemble des acteurs hospitaliers et ambulatoires sont concernés. Ce schéma a pour objectif de définir les cibles prioritaires, les filières de soins à mettre en œuvre et de donner plus de lisibilité au parcours de soins des patients.

2. Garantir l'accessibilité et la qualité des soins

C'est un enjeu essentiel pour la région compte-tenu de la disparité de la répartition territoriale de l'offre et de l'importance de la part des patients pris en charge hors région pour les territoires d'Evreux-Vernon et Dieppe.

Les orientations suivantes pourront contribuer à la réalisation de cet objectif :

- renforcer l'offre de soins dans les territoires déficitaires,
- adapter et rationaliser les modes d'organisation et de coopération des acteurs de la santé qu'il s'agisse de professionnels ou de structures publiques et privées, afin de maintenir l'accès aux soins (imagerie..),
- organiser les filières de soins au sein du territoire de santé ou de la région (AVC, cardiologie, nutrition..),
- afficher le parcours de soins des patients (personnes agées, cancer..),
- assurer la qualité de prise en charge du patient par le respect des règles et des procédures de bonnes pratiques,

- développer les nouvelles technologies de l'information et de la communication au travers plusieurs chantiers prioritaires : la télémédecine (partage des images en radiologie..), le répertoire opérationnel des ressources et le dossier médical personnel. Cet objectif fait l'objet d'un programme spécifique du PRS.

3. Améliorer l'efficience des organisations

Cet objectif répond à la nécessité d'optimiser l'utilisation des équipements et des ressources et de promouvoir les pratiques qui assurent la qualité des soins au meilleur coût.

Le SROS décline cet objectif au travers des orientations suivantes :

- concentrer les structures et/ou les équipes médicales sur certains sites : génétique, réanimation, biologie...,
- favoriser les coopérations public-privé,
- mutualiser les moyens,
- développer les modes d'hospitalisation alternatifs : médecine de jour, chirurgie ambulatoire, psychiatrie de secteur, HAD…

L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

L'élaboration du volet ambulatoire constitue un exercice nouveau, partagé avec les professionnels de santé libéraux, condition nécessaire à la reconnaissance des actions mises en œuvre sur le terrain dans un contexte de liberté d'installation du médecin et de libre choix du patient.

L'ambition principale de ce volet est de fixer les priorités qui permettront de structurer et de conforter l'offre de soins de premier recours dans la région Haute-Normandie, premier recours dont nous rappelons les missions essentielles, définies par la loi HPST :

- mise en œuvre des soins proprement dits : diagnostic, orientation et traitement,
- coordination du parcours du patient,
- relais des politiques de santé publique : prévention, dépistage et éducation pour la santé.

L'accent est donc mis dans ce schéma ambulatoire sur le développement des modes d'exercice coordonnés entre professionnels de santé libéraux : maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, centres de santé. Parallèlement, la qualité des pratiques est un objectif qui doit être au centre de nos préoccupations et la coordination des soins entre les professionnels de santé en constitue un facteur essentiel.

Au-delà du médecin généraliste, pivot de l'organisation des soins de premier recours, c'est l'ensemble de l'offre de soins de proximité, pharmaciens, dentistes, professions para-médicales qui est concernée par le dispositif, en lien avec l'environnement sanitaire, social et médico-social.

En matière d'organisation territoriale, l'organisation proposée doit s'adapter à la réalité de l'offre existante dont la répartition géographique ne respecte pas toujours le découpage des territoires de premier recours et de proximité. Il importe ainsi de donner de la souplesse à des modes de coopération fonctionnelle qui devront répondre cependant à un cahier des charges régional qui en précisera le contenu et les modalités. L'enjeu est bien de parvenir à développer ces coopérations sur le territoire haut-normand de façon la plus large possible, en particulier dans les zones déficitaires en professionnels de santé.

Le SROS ambulatoire décrit par ailleurs le dispositif d'accompagnement des professionnels de santé et notamment la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé qui en est le point d'entrée principal et qui est opérationnelle depuis le 1er juillet 2011.

Enfin, le SROS établit une cartographie des zones fragiles ou s'appliqueront les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Pour la Haute-Normandie, ces zones fragiles couvrent près de 9 % de la population régionale.

LES RESEAUX DE SANTE

Une attention particulière est portée aux réseaux de santé. Des restructurations importantes sont nécessaires avec comme objectif, l'amélioration de l'accès aux soins, la coordination avec le premier recours, avec les établissements de santé et les structures médico-sociales, enfin l'amélioration de l'efficience.

Afin d'améliorer la lisibilité du dispositif, les réseaux de santé sont reclassés en 3 types : les réseaux d'appui aux soins impliqués sur la coordination des soins du territoire de santé, les réseaux d'éducation thérapeutique, enfin les réseaux régionaux ayant une vocation d'expertise et de recours.

La recomposition des réseaux de santé se traduit par :

- l'extension de la couverture territoriale des réseaux d'appui aux soins,
- le regroupement de réseaux thématiques,
- le recentrage de l'activité des réseaux sur leur mission de coordination,
- la mutualisation de moyens et de ressources entre réseaux,
- la mise en place d'un dispositif de coordination au niveau du territoire de santé.

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Le guide méthodologique proposé par la Direction Générale de l'Offre de Soins définit 15 activités devant figurer dans le SROS et notamment les activités de soins et les équipements matériels lourds soumis à la procédure d'autorisation. Ont été ajoutés par rapport au SROS précédent, les soins aux personnes détenues et l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne.

En outre, le choix a été fait par l'ARS de Haute-Normandie de traiter 2 activités supplémentaires : l'hospitalisation à domicile (HAD) et la prise en charge de la douleur. Ce sont ainsi 17 activités qui font l'objet d'un volet identifié dans le schéma d'organisation hospitalière de la Haute-Normandie.

Par ailleurs, 2 filières de prise en charge identifiées dans le précédent SROS sont expertisées dans le cadre d'autres activités : la filière AVC a été intégrée au volet médecine et la filière traumatisés crâniens et médullaires a été intégrée au volet soins de suite et de réadaptation.

Deux activités transversales comportant une part hospitalière importante ont été traitées en totalité dans le schéma d'organisation médico-sociale par soucis de cohérence : la prise en charge des personnes âgées, dont le chapitre sur les USLD est repris dans le SROS, et la prise en charge des addictions.

Il faut enfin souligner que les activités de médecine et de chirurgie sont en attente de textes réglementaires : une révision du schéma interviendra le moment venu.

L'organisation territoriale

Le territoire de santé est le niveau d'organisation des établissements de santé : il doit répondre aux besoins de proximité et aux principales activités spécialisées hormis celles relevant du niveau de recours régional. C'est le lieu privilégié de l'organisation des filières de soins, des coopérations, de la mutualisation des plateaux techniques et des ressources médicales, de l'organisation de la PDSES. Les 4 territoires de santé définis par le précédent SROS se sont avérés pertinents et ont donc été confirmés.

Au-delà des recompositions en cours et à poursuivre dans la région, en particulier celles des établissements sans plateau technique, tous les territoires de santé ont vocation aujourd'hui à développer les coopérations entre établissements de santé, le cas échéant, dans le cadre juridique le mieux adapté (groupements de coopérations sanitaires…). Celles-ci permettent en effet, au travers d'un projet médical commun, de répartir leurs activités en fonction du niveau de leur plateau technique et de mutualiser leurs moyens.

Dans la mesure où seuls les établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT, d'autres modes de coopérations ouverts aux établissements de santé privés et aux professionnels de santé libéraux du type groupement de coopération sanitaire (GCS) sont également à promouvoir.

La gradation des soins hospitaliers

Les soins hospitaliers se déclinent dans la région à 3 niveaux :

- *Les activités de proximité*, structurées autour d'une offre ville-hôpital, en lien avec l'offre médico-sociale. Il importe de conforter cette offre dans le respect des objectifs régionaux, afin de maintenir un bon niveau d'accessibilité aux soins de la population. En corolaire, le principe de subsidiarité doit s'appliquer ici : ce qui peut être réalisé dans des conditions satisfaisantes de qualité à ce niveau ne doit pas être déporté au niveau supérieur. Il est donc important que l'ensemble des acteurs de la proximité, professionnels de santé, établissements et réseaux de santé participent de manière concertée à ce niveau de premier recours.

- *Le niveau de recours* conjugue l'accès à un plateau technique adapté et des compétences médicales et soignantes spécifiques, en fonction des activités réalisées. Compte-tenu des contraintes énoncées précédemment, les établissements de santé publics et privés doivent maintenant s'organiser conjointement pour assurer ce niveau, c'est l'objectif des coopérations. Si le territoire n'est pas en mesure d'assurer ce niveau pour certaines activités, une solution doit être recherchée à un niveau extra-territorial.

- *Le niveau de recours régional* est assuré dans la région par le CHU de Rouen et par le CRLCC pour les activités de traitement du cancer de l'adulte. Il n'est pas souhaitable d'étendre ces activités, dont certaines relèvent d'ailleurs d'une organisation inter-régionale, à d'autres établissements. Le rôle de recours régional du CHU de Rouen est ainsi affiché et réaffirmé.

Les missions de service public

Le SROS fixe en fonction des besoins de santé et par territoire de santé les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L 6112-2 du code de la santé publique : maisons de santé, pôles de santé, centres de santé, GCS, titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd, praticiens exerçant dans ces structures.

Pour la région Haute-Normandie, 14 missions de service public sont présentées dans un chapitre spécifique du SROS : ce sont par exemple la recherche et l'enseignement, les actions de santé publique, la permanence des soins en établissement de santé ou la prise en charge de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

Une fois attribuées, elles seront inscrites dans les CPOM des établissements ou des structures concernées.

Sommaire

1. L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

2. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

3. BIOLOGIE MEDICALE

4. ENJEUX ET OBJECTIFS TERRITORIAUX

1. L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

1.1 L'organisation des soins de ville 12

1.2 Les réseaux de santé 44

2. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

2.1 Activités de soins relevant du SROS

2.1.1 Médecine 60
2.1.2 Hospitalisation à domicile 87
2.1.3 Chirurgie 98
2.1.4 Périnatalité 115
2.1.5 Psychiatrie 127
2.1.6 Soins de suite et de réadaptation 176
2.1.7 Soins de longue durée 203
2.1.8 Activités interventionnelles sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie 207
2.1.9 Médecine d'urgence 223
2.1.10 Réanimation, soins intensifs et surveillance continue 262
2.1.11 Traitement de l'IRC par épuration extrarénale 277
2.1.12 Traitement du cancer 294
2.1.13 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne 331
2.1.14 Imagerie médicale 344
2.1.15 Prise en charge de la douleur 369
2.1.16 Soins palliatifs 382
2.1.17 Soins aux personnes détenues 395

2.2 Les missions de service public

2.2.1 Présentation du dispositif 416
2.2.2 La recherche 421
2.2.3 L'enseignement universitaire et post universitaire 424
2.2.4 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers 428

2.2.5 La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences 429
2.2.6 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination 431
2.2.7 Les actions de santé publique 433
2.2.8 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté 437

2.2.9 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés 438
2.2.10 La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) 439
2.2.11 La prise en charge des soins palliatifs 447
2.2.12 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans ce domaine 449
2.2.13 La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale 452
2.2.14 Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier 455
2.2.15 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile 458

3. BIOLOGIE MEDICALE 461

4. ENJEUX ET OBJECTIFS TERRITORIAUX

4.1 Note de présentation

4.2 Implantation des activités

4.3 Pilotage de l'activité des établissements

N.B. : ce chapitre non constitutif du schéma régional d'organisation des soins sera complété ultérieurement.

5. ANNEXE

Avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie du 14 février 2012

① L’offre de soins ambulatoire

1.1 L’organisation des soins de ville

1.2 Les réseaux de santé

1.1

L'organisation des soins de ville

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

    - article L1434-7 du code de la Santé Publique (CSP) : schéma régional d'organisation des soins – 4ème alinéa sur la partie ambulatoire.
    - article L1411-11 du CSP : accès aux soins de premier recours.
    - article L1411-12 du CSP : soins de second recours.
    - article L4130-1 du CSP : médecin généraliste de premier recours.
    - article L5125-1-1 A du CSP : Missions de premier recours des pharmacies d'officine.

- **Loi n° 2011-940 DU 10 août 2011** modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

CONTEXTE

Le schéma régional d'organisation des soins a vu son champ d'application étendu à l'offre de soins ambulatoire par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009.

L'offre de soins ambulatoire se caractérise par la multiplicité de ses intervenants, qui exercent majoritairement à titre libéral dans le cadre de conventions avec l'assurance-maladie, dans un environnement moins structuré que le secteur hospitalier.

Ce premier schéma d'organisation des soins ambulatoires a l'ambition de déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires, en proposant des priorités permettant une modernisation et une rénovation de l'offre qui sont partagées avec les professionnels de santé.

Le périmètre des soins ambulatoires est vaste. Il comprend les soins de premier recours et les soins de second recours.

Les soins de premier recours ont été définis par la loi HPST (article L1411-2 du code de la santé publique) et s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement.
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social).
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l 'éducation à la santé.

Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel.

Néanmoins, ces missions sont exercées notamment par les professionnels de santé du premier recours: les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes. D'autres professions contribuent également aux soins de premier recours mais dans une moindre mesure compte tenu de leur faible démographie ambulatoire : ce sont les sages-femmes, les pédicures podologues, les orthoptistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.

Les soins de second recours sont les soins non couverts par l'offre de premier recours. Il s'agit de soins nécessitant le recours à des médecins spécialistes.

Le volet ambulatoire concerne donc l'ensemble des professionnels et structures de ville, les soins de premier et de second recours. Le mode d'exercice des professionnels de santé exerçant en ambulatoire est libéral, salarié ou mixte. Les professionnels de santé libéraux constituent néanmoins la majorité de l'offre aussi bien en termes de nombre de professionnels de santé que d'actes réalisés.
Dans le cadre de ce premier schéma ambulatoire, il est proposé de traiter l'offre de soins de premier recours exercés par les professionnels de santé libéraux.

A la différence des autres volets du schéma régional de l'offre de soins, le volet ambulatoire n'a pas de caractère opposable. Toutefois, la détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé prévues à l'article L1434-7 du code de la santé publique auront un caractère opposable.

Les réseaux de santé ainsi que l'organisation de la permanence des soins ambulatoire seront traités dans le cadre de deux documents spécifiques. Ils constituent un complément au présent volet.

I. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE

1.1 Démographie et activité des professionnels de santé libéraux

a) Les médecins généralistes

Situation régionale

La région Haute-Normandie est classée au 17ème rang des régions françaises en terme de densité d'omnipraticiens. L'activité moyenne des omnipraticiens est en moyenne supérieure de 14% au niveau national (*sources EcoSanté SNIIR 2009*).

Territoires de santé	Dieppe	Evreux Vernon	Le Havre	Rouen/ Elbeuf	Haute Normandie	Rang de la région (3)	France métropol. (3)
Omnipraticiens							
▪ Nombre	141	293	384	809	1 627		*61 359*
Dont MEP(1)	*9*	*26*	*51*	*93*	*179*		*7 663*
▪ *Densité(2)*	*8,3*	*7,4*	*8,5*	*10*	*8,9*	*17/22*	*9,8*

Sources : Insee RP 2008, Assurance-Maladie Vprat Janv.2011
(1) *Médecins généralistes et médecins à exercice particulier*
(2) *Nombre de professionnels pour 10 000 habitants*
(3) Sources : Eco-Santé, Assurance-Maladie 2008

Carte de densité des omnipraticiens en annexe 1

Disparités infrarégionales

Le territoire connait de grandes disparités, avec des situations préoccupantes dans les zones rurales (Sud-est de l'Eure, pays de Caux et une partie du pays de Bray). Dans de nombreux territoires, le niveau d'activité dépasse 6.200 actes par an, soit près d'un tiers au dessus de la moyenne nationale. Cette « sur activité » médicale peut être mise en relation avec la faible densité de professionnels dans ces territoires. A contrario l'activité moyenne est plus faible dans les territoires urbanisés qui présentent une densité médicale plus forte.

Ainsi, la carence ou le départ de professionnels sur un territoire entraîne un effet report sur les professionnels restants, engendrant un surcroît d'activité, voire de saturation, susceptible de conduire certains à anticiper leur départ.
Dans les zones de suractivité et de faible densité des professionnels, le niveau moyen de consommation d'actes / an /bénéficiaire reste inférieur à la moyenne régionale, laissant supposer une incomplète satisfaction des besoins de soins par insuffisance relative de l'offre.

On ne constate pas de réelles zones blanches (zones ne comportant aucun médecin généraliste sur le territoire). Peu de communes sont éloignées de plus de 9 km d'un médecin généraliste installé (éloignement maximum observé : 12km). Ces communes présentent une très faible densité d'habitants.

Part de la population selon son éloignement au généraliste le plus proche

Au sein de la commune	72%
1 à 4 km	13%
5 à 9 km	14%
10 à 14 km	0.5%

Evolution

L'évolution de la situation est préoccupante, avec une baisse sensible des effectifs et un vieillissement marqué des professionnels, d'autant que l'activité moyenne des médecins a tendance à diminuer.

OMNIPRATICIENS	2004	**2005**	2006	2007	2008	2009	**2010**	EVOL. 2005/2010
EFFECTIF au 31/12[(1)]	1653	**1661**	1665	1671	1666	1645	**1627**	*-2.0%*
DENSITE [(2)]	9.2	**9.2**	9.2	9.2	9.1	9.0	**9**	*-3.6%*
Part des plus de 60 ans	7%	**9%**	11%	14%	17%	19%	**21%**	*132.2%*
ACTIVITE MOYENNE [(3)]	5438	**5630**	5457	5415	5337	5363	**5254**	*-6.7%*
Conso CV / BEN RG [(3)]	5.7	**5.7**	5.5	5.6	5.4	5.3	**5.2**	*-9.0%*

Sources : [(1)] Vrpat
[(2)] INSEE EPL
[(3)] C@rtoSanté

Si les tendances se poursuivent, les projections démographiques prévoient entre 2010 et 2015 352 départs et 200 arrivées.

b) Les infirmiers libéraux

Situation régionale

La région Haute-Normandie est classée au 20ème rang des régions françaises pour sa densité d'infirmiers libéraux.

Territoires de santé	Dieppe	Evreux/ Vernon	Le Havre	Rouen/ Elbeuf	Haute Normandie	Rang de la région [(2)]	France métropol. [(2)]
Infirmiers							
– Nombre	136	190	385	513	1 224		*58 207*
– *Densité[(1)]*	*8*	*4,8*	*8,5*	*6,4*	*6,7*	*20/22*	*9,3*

Sources : Insee RP 2008, Assurance-Maladie Vprat Janv.2011
[(1)] Nombre de professionnels pour 10 000 habitants
[(2)] Sources : Eco-Santé, Assurance-Maladie 2008

Carte de densité des infirmiers libéraux en annexe 2

Disparités infrarégionales

La région est marquée par de très fortes disparités infrarégionales, les densités variant de 4,8 pour le territoire de santé d'Evreux-Vernon à 8,5 sur celui du Havre. Ce contexte de forte densité sur la région havraise est récent du fait de l'installation massive d'infirmiers exerçant auparavant au centre hospitalier. Ces installations sont venues s'ajouter au contexte local de forte démographie dans la zone de Fécamp (lieu d'implantation d'un IFSI).
On ne constate pas de réelles zones blanches.

Part de la population selon son éloignement à l'infirmier le plus proche

Au sein de la commune	70%
1 à 4 km	15%
5 à 9 km	15%
10 à 14 km	0.5%

Evolution

La mise en place de l'avenant 1 de la convention infirmière, les restructurations hospitalières, les effets de la revalorisation des capacités de formation des IFSI, ont contribué à l'augmentation des effectifs d'infirmiers libéraux.
Parallèlement, le vieillissement de la population ainsi que la réponse à un déficit d'offre des années précédentes ont impliqué une augmentation des activités moyennes, avec une part croissante des actes techniques.

INFIRMIER LIBERAUX	2004	**2005**	2006	2007	2008	2009	**2010**	EVOL. 2005/2010
EFFECTIF au 31/12	975	**991**	1020	1052	1109	1172	**1224**	*23.5%*
DENSITE	5.4	**5.5**	5.6	5.8	6.1	6.4	**6.7**	*21.6%*
Part des plus de 60 ans	3%	**3%**	4%	4%	5%	5%	**5%**	*59.5%*
ACTIVITE MOYENNE coef AIS	3443	**3300**	3022	3023	3066	3017	**3206**	*-2.9%*
ACTIVITE MOYENNE coef AMI	12738	**13300**	13569	14078	14553	14630	**14556**	*9.4%*
Tx de Bénéf. de soins infi. dans la pop.	14.6%	**14.9%**	14.8%	15.4%	15.9%	16.4%	**16.1%**	*8.6%*

c) Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Situation régionale

La région Haute-Normandie est classée au 21ème rang des régions françaises pour sa densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Territoires de santé	**Dieppe**	**Evreux/ Vernon**	**Le Havre**	**Rouen Elbeuf**	**Haute Normandie**	**Rang de la région** *(2)*	**France métropol.** *(2)*
M -Kiné							
✓ Nombre	82	185	256	412	935		*47 887*
✓ *Densité*[1]	*4,9*	*4,7*	*5,7*	*5,1*	*5,1*	*21/22*	*7,7*

Sources : Insee RP 2008, Assurance-Maladie Vprat Janv.2011.
(1) Nombre de professionnels pour 10 000 habitants.
(2) Sources : Eco-Santé, Assurance-Maladie 2008.

Carte de densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en annexe 3

Disparités infrarégionales

Les disparités régionales sont moins marquées pour les masseurs-kinésithérapeutes, bien que l'Eure soit là encore plus touchée par le déficit d'offre.
Les zones blanches semblent plus nombreuses, même si la part de la population concernée demeure faible. Cette profession a une plus forte tendance à centraliser son activité sur des bourgs de taille importante.

Part de la population selon son éloignement au kinésithérapeute le plus proche

Au sein de la commune	67%
1 à 4 km	13%
5 à 9 km	19%
10 à 14 km	1.4%
15 à 19 km	0.1%

Evolution

Les effectifs de professionnels ont tendance à augmenter ces dernières années. L'activité moyenne demeure stable du fait du vieillissement de la population. Il est difficile d'effectuer une projection de l'évolution des kinésithérapeutes en ville, qu'il s'agisse des départs ou des arrivées, en raison d'une importante mobilité professionnelle, en particulier en début de carrière.

M.-KINE	2004	**2005**	2006	2007	2008	**2009**	**2010**	EVOL. 2005/2010
EFFECTIF au 31/12	821	**829**	833	841	882	**922**	**935**	*12.8%*
DENSITE	4.6	**4.6**	4.6	4.6	4.8	**5.0**	**5.1**	*11.0%*
Part des plus de 60 ans	10%	**11%**	13%	14%	13%	**13%**	**14%**	*23.7%*
ACTIVITE MOYENNE		**4851**	4855	5060	4984	**4843**	**4985**	*2.8%*
Taux de Bénéf. de soins Kiné. dans la pop.	9.1%	**9.2%**	**9.1%**	**9.6%**	**9.6%**	**9.7%**	**9.9%**	*7.3%*

d) Les Chirurgiens-Dentistes

Situation régionale

La région Haute-Normandie est classée au 22ème rang des régions françaises pour sa densité de Chirurgiens-Dentistes libéraux. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la région ne dispose pas de faculté dentaire.

Territoires de santé	**Dieppe**	**Evreux Vernon**	**Le Havre**	**Rouen Elbeuf**	**Haute Normandie**	**Rang de la région** (2)	**France métropol.** (2)
Chir-dentistes							
✓ Nombre	46	129	147	318	640		*36 355*
✓ *Densité*(1)	*2,7*	*3,3*	*3,3*	*3,9*	*3,5*	*22/22*	*5,8*

Sources : Insee RP 2008, Assurance-Maladie Vprat Janv.2011
(1) *Nombre de professionnels pour 10 000 habitants*
(2) Sources : Eco-Santé, Assurance-Maladie 2008

Disparités infrarégionales

L'ensemble de la région est lourdement déficitaire. Seules les grandes agglomérations disposent de professionnels en nombre. Celles-ci desservent donc une aire d'attraction beaucoup plus vaste que les zones intra-urbaines.
Des zones blanches semblent plus nombreuses, ainsi que les zones en très faible densité. L'éloignement au plus proche demeure « raisonnable » pour la majeure partie de la population. Néanmoins, il convient de souligner, particulièrement pour cette profession, que l'offre au plus proche n'est pas toujours disponible. Il existe ainsi de fortes différences entre la distance au plus proche, et la distance au professionnel consulté.

Evolution

Les effectifs de professionnels sont relativement stables depuis quelques années. Mais ils risquent de chuter très prochainement du fait du vieillissement très rapide de la profession.
Du fait de ces effectifs maintenus, mais aussi très certainement d'un effet de saturation de l'offre, l'activité demeure également stable.

CHIR-DENTISTE	2004	**2005**	2006	2007	2008	2009	**2010**	EVOL. 2005/2010
EFFECTIF au 31/12	654	**655**	654	643	639	639	**640**	*-2.3%*
DENSITE	3.6	**3.6**	3.6	3.5	3.5	3.5	**3.5**	*-3.8%*
Part des plus de 60 ans	9%	**11%**	12%	15%	18%	20%	**20%**	*120.0%*
ACTIVITE MOYENNE			2573	2551	2569	2555	**2595**	*-0.7%*
Tx de Bénéf. de soins Dent. dans la pop.	30.4%	**30.7%**	**31.5%**	**31.6%**	**32.4%**	32.7%	**32.2%**	*7.6%*

La pyramide des âges montre une augmentation nette des praticiens les plus âgés, en particulier chez les hommes, comparativement à 1995.

A tendance constante, on peut s'attendre à une réduction des effectifs d'ici 2015 de près de 4%, avec dans certains territoires de proximité, des chutes de plus de 30%.

T.Prox.	Population 2008	Effectif 2011	Densité 2011 Pour 10 000 hab.	Evolution 2010/2015
BERNAY	61 516	13	2.1	-4%
DIEPPE	121 984	35	2.9	-23%
ELBEUF	163 026	59	3.6	0%
EU	35 768	12	3.4	-9%
EVREUX	153 162	57	3.7	-6%
FECAMP	64 551	15	2.3	-4%
GISORS	29 431	9	3.1	-32%
GOURNAY	26 474	6	2.3	7%
Les ANDELYS - GAILLON	38 513	13	3.4	-28%
LE HAVRE	257 018	91	3.5	-6%
LILLEBONNE	81 480	23	2.8	-11%
NEUFCHATEL	42 140	11	2.6	18%
PONT AUDEMER	49 154	19	3.9	3%
ROUEN	532 396	229	4.3	-1%
VERNEUIL	45 255	12	2.7	-3%
VERNON	65 652	25	3.8	6%
YVETOT	54 493	15	2.8	3%
REGION	**1 822 013**	**644**	**3.5**	**-4%**

e) Les officines

Situation régionale

La région Haute-Normandie est classée au 21ème rang des régions françaises pour sa densité de pharmaciens titulaires d'officines (*sources Ecosanté CNOP*).

Territoires de santé	Dieppe	Evreux Vernon	Le Havre	Rouen Elbeuf	Haute Normandie	Rang de la région (2)	France métropol. (2)
Officines							
✓ Nombre	50	102	133	270	**555**		*22 590*
✓ *Densité*(1)	*3*	*2,6*	*2,9*	*3,3*	***3***	*21/22*	*3.6*

Sources : Insee RP 2008, Assurance-Maladie Vprat Janv.2011
(1) *Nombre de professionnels pour 10 000 habitants*
(2) Sources : Eco-Santé, Assurance-Maladie 2008

Evolution

Certaines officines rencontrent des difficultés de rentabilité et plusieurs fermetures ont été constatées dans la région du Havre.

Territoire de santé	janv-05	janv-11	BILAN
Nombre de pharmaciens			
DIEPPE	51	50	-1
EVREUX	105	102	-3
LE HAVRE	149	133	-16
ROUEN	279	270	-9
HAUTE-NORMANDIE	**584**	**555**	**-29**

Sources : Assurance-maladie Vprat janv.05 & janv11

f) Les orthophonistes

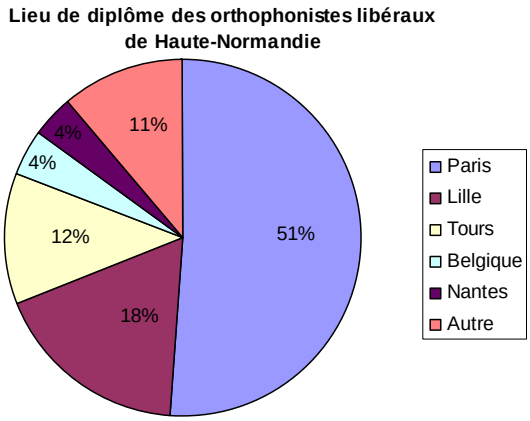
La région compte 313 orthophonistes libéraux.
Selon le fichier Adeli, 77% des orthophonistes hauts-normands exercent une activité libérale.

La profession est jeune, puisque 47% des professionnels ont moins de 40 ans (Eure : 35%, Seine-Maritime : 55%).

La densité est, en 2008, de 14,9 orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants, donc bien inférieure à la densité France entière qui est de 22 p.100 000 habitants. L'Eure atteint une densité de 13,3 contre 15,7 en Seine-Maritime.

En 20 ans, la densité de professionnels a doublé en France ainsi que dans notre région (Seine-Maritime : x 2,3, Eure : x1,9).

La moitié des professionnels sont des diplômés parisiens et 18% viennent de Lille. A souligner, seul 1 professionnel est diplômé de Caen.



L'activité des orthophonistes libéraux se mesure en nombre d'actes ou en nombre de coefficients. En moyenne, dans la région, les orthophonistes ont effectué en 2010 :

- 1 767 actes (1 732 dans l'Eure, 1 780 en Seine-Maritime).
- soit un coefficient moyen de 21 146 (21 022 dans l'Eure, 21 191 en Seine-Maritime).

g) Les sages-femmes

La région compte 50 sages-femmes libérales en cabinet principal ainsi que 2 cabinets secondaires.

Selon le fichier *Adeli*, 10% des sages-femmes de la région haut-normande exercent à titre libéral, alors que la proportion nationale est de 18%.

62% des professionnelles ont entre 40 et 54 ans.

En 2008, la région affiche une densité de 2 Sages-femmes libérales pour 100 000 hab. (France : 4,3). La région se positionne ainsi à la 3ème place des régions les moins dotées. L'Eure a une densité de 1,7 contre 2,1 en Seine-Maritime.

En 20 ans, la densité de professionnelles a augmenté en France de 115%, contre 43% en Haute-Normandie.

Carte de densité des sages-femmes en annexe 5

h) Les orthoptistes

La Haute-Normandie comprend 43 orthoptistes libéraux. 13 d'entre eux exercent également en cabinet secondaire.

Les professionnels exercent à 89% à titre libéral (France : 71%).

La profession est jeune (42% de moins de 40 ans), et très fortement féminisée (86% de Femmes).
60% des orthoptistes exerçant en Haute-Normandie ont été formés à Paris.

En 2008, la région affiche une densité de 2,08 orthoptistes libéraux pour 100 000 habitants. (France : 2,78). L'Eure a une densité de 1,9 contre 2,16 en Seine-Maritime.

En 20 ans, la densité de professionnels a augmenté en France de 66%, contre 55% en Haute-Normandie.

Carte de densité des orthoptistes en annexe 6

i) Les pédicures-podologues

Les pédicures-podologues sont au nombre de 238 en région. Les effectifs ont augmenté de 39 professionnels depuis janvier 2005.

La densité reste également chez ces professionnels en dessous de la densité nationale : 10,2 p.100 000 habitants en Haute-Normandie et 13,4 p.100 000 en France.

1.2 Les centres de santé

Les centres de santé sont au nombre de 41 dans notre région. 26 centres ont une activité de soins dentaires, 9 effectuent des soins infirmiers, et 4 sont des centres de prélèvements de l'établissement français du sang (EFS). Il existe également un centre de planning familial et un centre de médecine du sport.
Les professionnels de santé exerçant dans ces centres sont des chirurgiens-dentistes (65 ETP) des infirmières (45 ETP) et 7 médecins.
La place des centres de santé dans l'offre de soins ambulatoire est particulièrement importante dans le domaine dentaire car les effectifs de chirurgiens- dentistes correspondent à 1/10 des effectifs des libéraux.

1.3 Les modes d'exercice

Le mode d'exercice libéral se caractérise par une liberté du lieu d'installation des professionnels de santé. Ainsi, les praticiens exercent dans des cabinets, seuls, ou au sein de cabinets de groupes.
On assiste depuis plusieurs années au développement des maisons de santé qui ont pour caractéristique, au-delà de l'exercice dans un même lieu, de permettre la mise en œuvre d'un projet professionnel et d'un projet médical communs. Ces structures sécurisent durablement les professionnels de santé dans leur exercice et sont plébiscitées par les jeunes professionnels de santé et en particulier les médecins[1].

Le développement des maisons de santé est soutenu financièrement. Un comité de sélection réunissant les financeurs (ARS, Etat, conseil régional et conseils généraux) et les représentants des URPS détermine les projets à financer et le type de financement octroyé (FIQCS pour l'ingénierie, Etat et collectivités territoriales pour l'investissement).

A la date du 1er janvier 2012, il existe cinq maisons de santé dans la région situées à Rouen Saint Eloi, Le Havre Mont-Gaillard, Romilly sur Andelle, Val de Reuil, Fontaine le bourg.

1.4 Bilan des dispositifs de soutien aux professionnels de santé

Des dispositifs destinés à favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé libéraux ont été mis en place depuis 2005.

a) Médecins généralistes

Un dispositif de soutien au maintien et à l'installation des médecins généralistes, sous forme de versement d'une aide financière représentant 20% du montant des actes réalisés annuellement, a été instauré en 2005 dans le cadre de l'avenant 20 de la convention médicale.
Celui-ci a permis l'installation dans les territoires déficitaires de Haute-Normandie de huit médecins généralistes supplémentaires et les départs des médecins de ces territoires ont été remplacés. Le bilan de ce dispositif est modeste au regard de son coût de 1 million d'euros pour la région, au bénéfice de 32 médecins installés dans les zones déficitaires.

Ce dispositif a été supprimé dans la nouvelle convention médicale de 2011 et remplacé par l'option démographie (chapitre III.3.2).

b) Infirmiers libéraux

La convention nationale des infirmiers , dans son avenant 1, a introduit en avril 2009, un dispositif de régulation de l'offre infirmière, à partir d'une classification des bassins de vie en 5 catégories allant de zones très sous-dotées (2 dans la région), où l'installation d'une infirmière libérale est accompagnée financièrement, à zones sur-dotées (2 également) ou le conventionnement d'une infirmière libérale est conditionné à la cessation d'activité d'une infirmière installée dans la même zone. Le bilan de la première année d'application est positif en région avec 6 infirmières installées en zones très sous-dotées.

Le dispositif du tutorat infirmier a été mis en place dans la région Haute-Normandie par les instances paritaires régionales de la convention des infirmiers. Il consistait à permettre aux jeunes diplômés de s'installer en secteur libéral dès l'obtention du diplôme, alors que deux ans d'exercice hospitalier sont requis dans le dispositif conventionnel classique. Il a rencontré un franc succès car il a bénéficié, depuis 2006, à 64 infirmières qui se sont installées ou exercent en qualité de remplaçantes. L'évolution favorable de la démographie infirmière en milieu libéral ne nécessite plus le maintien de ce dispositif dérogatoire qui s'est interrompu fin 2011.

[1] Baudier F., Thomas D. (2009) « Les Maisons de santé : une solution d'avenir ? ». Santé publique, vol 21, suppl n°4 : 111p.
IRDES. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé n°157 – Septembre 2010.

II. ORIENTATIONS

La région Haute-Normandie est déficitaire de façon globale en professionnels de santé libéraux et les travaux de prospective indiquent que cette situation perdurera dans les dix prochaines années.
Ainsi, la problématique de l'accès aux soins de premier recours est au premier plan. Maintenir et favoriser l'installation des professionnels de santé libéraux sur le territoire haut-normand constitue donc une priorité régionale.

Parallèlement, la qualité des pratiques est un objectif qui doit être au centre de nos préoccupations et la coordination des soins entre les professionnels de santé en constitue un facteur essentiel. Cette vision est partagée par les jeunes professionnels de santé, lesquels sont attirés par un exercice de groupe et coordonné. Le succès rencontré par le dispositif de soutien au développement des maisons de santé confirme cette orientation.

C'est pourquoi le développement des structures d'exercice coordonné, maisons de santé et pôles de santé constitue un axe central de ce schéma organisationnel.

2.1 Développer les structures d'exercice coordonné

a) Les maisons de santé

Il s'agit de poursuivre le développement des maisons de santé.

Les maisons de santé sont définies par l'article L6323-3 du CSP. Il s'agit d'une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Ceux-ci assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et le cas échéant de second recours, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.
Les professionnels de santé constituant ces maisons de santé doivent élaborer un projet de santé respectant un cahier des charges déterminé par arrêté, conformément aux dispositions de l'article L6323-3 du CSP.

Le projet de santé comprend les éléments suivants : *le diagnostic territorial des besoins, le projet professionnel, le projet d'organisation de la prise en charge des patients.*
Le projet de santé est utilisé en appui à l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens que la structure sera amenée à conclure avec l'agence régionale de santé.

Ces maisons de santé peuvent solliciter une aide. Il peut s'agir d'une aide à l'ingénierie de projet, d'un soutien financier au fonctionnement ou à l'investissement. Dans ce dernier cas, le projet de santé tel que décrit ci-dessus est complété d'un projet immobilier et d'une présentation du montage juridique et financier. Un comité de sélection réunissant les financeurs (ARS, Etat, conseil régional et conseils généraux) et les représentants des URPS détermine les projets à financer et le type de financement octroyé (FIQCS pour l'ingénierie et le fonctionnement, Etat et collectivités territoriales pour l'investissement). Des critères d'éligibilité aux financements publics ont été fixés : outre l'existence du projet de santé, le lieu d'implantation doit se situer dans une des zones fragiles telle qu'elles ont été définies au sein de cette instance.

A la publication du SROS, il sera proposé au comité de sélection régional d'appliquer le nouveau zonage tel que défini à l'article L1434-7 du CSP pour sélectionner les projets (voir chapitre 4).

La région Haute-Normandie comporte actuellement 5 maisons de santé pluri professionnelles.
Plusieurs projets sont actuellement en cours ou programmés à Neufchâtel en Bray, Saint Romain de Colbosc, Saint André de l'Eure, Gaillon/Aubevoye et Bourth. Par ailleurs, une dizaine de nouveaux projets sont à l'étude par le comité de sélection.

La couverture territoriale des maisons de santé

Les maisons de santé implantées en zone rurale ont vocation à couvrir un territoire de premier recours.

Ces territoires de premier recours ont été construits selon une logique d'aménagement du territoire, tenant compte de la présence de services de proximité et au sein desquels sont déjà présents des professionnels de santé du premier recours. Ces 96 territoires de premier recours forment par regroupement 17 territoires de proximité qui relèvent des 4 territoires de santé de la région.

Ces derniers ont été élaborés par l'ARS dans l'objectif de disposer d'un découpage territorial unique pour l'ensemble de ses champs de compétence, hospitalier, ambulatoire, prévention et médico-social. Cependant, afin de tenir compte des réalités de terrain et de soutenir la dynamique de projets déjà engagés, les projets de maisons de santé pourront proposer une couverture territoriale différente.

b) Les pôles de santé

Les pôles de santé, définis par l'article L6323-4 du CSP, sont une organisation territoriale de professionnels de santé et le cas échéant de structures de santé : maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire et groupements de coopération sociale et médico-sociale.
Ainsi, les pôles de santé sont à géométrie variable. Il existe une différence importante entre un pôle constitué uniquement de professionnels de santé libéraux et un pôle comprenant des structures hospitalières. Les thèmes de coopérations seront alors beaucoup plus larges.

La notion de pôle de santé diffère de celle des maisons de santé dans le sens ou il s'agit de structures fonctionnelles, permettant également une collaboration formalisée entre les différents acteurs de santé sur un même territoire, mais sans regroupement physique. Ces organisations sont communément appelées « maisons de santé hors les murs ». Les pôles de santé sont plus souples à mettre en œuvre (la phase immobilière est absente) et répondent mieux aux aspirations des professionnels de santé libéraux consultés lors de l'élaboration de ce schéma. Ils ont en outre l'avantage, par rapport aux maisons de santé, d'éviter l'écueil possible de provoquer le départ de professionnels de leur lieu d'exercice, tels les pharmaciens.

La création de pôles de santé devra être réalisée dans le cadre d'un projet de santé qui sera un véritable projet à l'échelle du territoire couvert et auquel l'ensemble des acteurs impliqués devra adhérer.

L'ARS prévoit l'élaboration d'un cahier des charges régional des projets de santé des pôles de santé structuré autour des axes présentés ci-dessous, lesquels sont destinés à être enrichis au cours des travaux :

Un projet médical pour organiser la prise en charge des patients

- la continuité et la permanence de soins,
- l'accès à la prévention dont les dépistages organisés et individuels,
- la prise en charge des maladies chroniques, des personnes âgées, le maintien à domicile,
- l'entrée et la sortie d'hospitalisation,
- l'accès à l'éducation thérapeutique,
- le recours aux spécialités médicales en ville ou à l'hôpital sur le territoire.

Ce projet médical devra comporter un volet territorial permettant de définir les complémentarités des pôles de santé vis-à-vis des autres acteurs médico-sociaux du territoire, parmi lesquels on peut citer les réseaux de santé, les SSIAD, les centres de santé, les EHPAD, la PMI, la médecine scolaire, la médecine du travail.

Les pôles sont également voués à constituer un maillon des filières thématiques telles les filières gériatriques ou de soins palliatifs, actuellement intra hospitalières.

Au-delà de ces missions de soins, des missions spécifiques impliquant les professionnels dans des plans de santé publique pourront être développées.

Un projet professionnel pour,

- décrire le fonctionnement de la structure,
- organiser la collaboration entre les professionnels de santé,
- développer les pratiques collaboratives et la protocolisation des pratiques,
- développer le système d'information,
- organiser la formation, l'évaluation des pratiques,
- prévoir l'accueil des étudiants.

Le lien avec les démarches locales de santé existantes, notamment celles des collectivités territoriales seront à développer par le biais de l'élaboration de contrats locaux de santé.

Coordination des pôles de santé

Pour mener à bien les missions des pôles, en particulier ceux ayant des composantes multiples, le recours à un coordonnateur du dispositif pourra être envisagé. Cela est actuellement possible dans un cadre expérimental, nommé « nouveaux modes de rémunération », dispositif décrit plus loin dans ce document.

Les thèmes du projet de santé relatifs à la prévention seront développés dans le schéma régional de prévention.

Les pôles de santé seront amenés à élaborer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé.

La couverture territoriale des pôles de santé

Idéalement, le territoire couvert par chacun des pôles de santé suivra les contours des territoires de premier recours ou de proximité, selon le nombre et le type d'acteurs inclus dans la structure (pouvant varier de quelques professionnels libéraux à plusieurs structures de santé). La couverture géographique de ces pôles de santé pourra toutefois être distincte de ces territoires, sous réserve d'une validation de l'ARS.

L'ambition régionale en termes d'implantation de structures d'exercice coordonné, qu'il s'agisse de maisons de santé ou de pôles de santé, est de parvenir à les développer sur le territoire haut-normand de façon la plus large possible, en particulier dans les zones déficitaires en professionnels de santé.

2.2 Encourager l'installation des professionnels de santé libéraux et parvenir à une meilleure répartition sur le territoire

La démographie des professionnels de santé exerçant en secteur libéral est fortement défavorable, comme cela a été démontré dans le bilan de l'offre de soins.
L'ensemble des professions sont concernées : médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pharmaciens, psychomotriciens, ergothérapeutes.

Pour améliorer l'attractivité de la région et inciter les professionnels de santé à s'installer dans les lieux les plus défavorisés, nous ne disposons que de moyens incitatifs. Seule la convention infirmière a introduit la possibilité de non-conventionnement, limitant ainsi de fait les installations en zones sur dotées.

Il existe plusieurs leviers

La formation initiale

Il s'agit du partenariat avec les universités pour les futurs médecins et chirurgiens-dentistes, en facilitant notamment la réalisation des stages des étudiants. Les futurs dentistes pourront effectuer une partie de leur internat à Rouen et au Havre. Le FIQCS finance actuellement la formation des maîtres de stage en médecine générale.

L'amélioration de l'attractivité d'un territoire par l'existence d'un projet professionnel abouti : c'est l'objet de la création des maisons et pôles de santé.

Les mesures incitatives financières mises en œuvre dans les conventions liant l'assurance maladie avec les professionnels de santé libéraux.

Ces mesures se sont révélées beaucoup plus efficaces dans notre région pour les infirmiers que pour les médecins généralistes, et pourraient également favoriser le maintien ou l'installation d'autres catégories de professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes.
Un avenant à la convention des masseurs –kinésithérapeutes (avenant 3) introduisant un dispositif de régulation démographique associé à des mesures incitatives à l'installation dans les zones fragilisées a été signé le 03 novembre 2011.

L'arrêté approuvant l'avenant 3 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, a été publié le 25 novembre 2011. Cet avenant comporte des dispositions visant à la régulation de l'offre globale de soins infirmiers en adaptant le dispositif mis en place dans l'avenant 1. Ces dispositions seront mises en œuvre après publication du nouveau zonage conformément à l'article L1434-7 du CSP (voir Chapitre IV).

La nouvelle convention des médecins du 26 juillet 2011 prévoit une option démographie. Ce dispositif sera déployé au sein des zones déficitaires qui seront définies conformément à l'article L1434-7 du CSP (voir chapitre IV).

L'option s'adresse :

- aux médecins exerçant en groupe : le médecin installé dans une zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5km en zone rurale et 2km en zone urbaine, peut adhérer à l'option démographie dès lors qu'il exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire.
- aux médecins exerçant dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini par l'article L6323-4 du CSP.

Il n'est pas fait référence explicitement aux maisons de santé telles que définies par l'article L 6323-3 du CSP, néanmoins leur composition est compatible avec celle de « groupe » de la convention médicale.

Les deux mesures proposées sont une aide à l'investissement pour les nouveaux installés pendant 3 ans et une aide à l'activité, proportionnée à l'activité du professionnel.

Des mesures fiscales ont également été mises en place, depuis 2005, notamment au sein des zones de revitalisation rurale.

Le contrat d'engagement de service public (CESP)

Créé par la loi HPST, ce contrat s'adresse aux étudiants en médecine dès la deuxième année et aux internes à tous les stades du 3eme cycle. Les signataires d'un CESP bénéficient d'une allocation de 1200 € bruts mensuels. En contrepartie, ils s'engagent à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle ils auront perçu cette allocation, laquelle ne peut être inférieure à deux ans.

Les lieux d'exercice susceptibles d'être proposés aux signataires du CESP sont les zones déterminées selon les modalités de l'article L-1434-7 du CSP. Ces lieux d'exercice pourront être modifiés le cas échéant en fonction de l'évolution de la réglementation en vigueur et de la démographie médicale.

Pour l'année 2011, les 6 bourses disponibles pour les étudiants de deuxième cycle ont été attribuées, et 4 l'ont été pour les internes sur 10 possibles.

L'Indemnité régionale de déplacement et de logement

Versée par le conseil régional, cette aide s'adresse aux internes de médecine générale qui effectuent leur stage pratique d'une durée de 6 mois en cabinet libéral dans une zone rurale ou semi rurale déficitaire ou fragile en offre de soins. Elle est plafonnée à 400 euros par mois.

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

Celle-ci sera décrite plus loin dans le document.

L'application C@rtoSantéPRO

Cet outil est un décisionnel géographique qui a pour objectif d'aider les futurs médecins généralistes à sélectionner leur lieu d'installation, en proposant une base d'informations statistiques sur une zone d'activité précise. Implanté dans les caisses d'assurance maladie et en ARS, il est utilisé dans le cadre d'entretiens individuels d'installation avec les professionnels de santé. C@rtoSanté Pro permet l'édition de plusieurs simulations d'implantation : il s'agit d'une étude personnalisée, qui propose pour chaque simulation la confrontation de plusieurs indicateurs tels que la zone d'influence, la population concernée, la démographie médicale et para-médicale, l'offre de soins hospitalière, l'activité et la consommation de soins.

L'articulation avec les démarches locales de santé existantes

Les contrats locaux de santé que l'ARS peut conclure avec les collectivités territoriales (Art. L14134-7 du CSP) permettront la construction d'un partenariat durable au service de la santé entre acteurs du territoire.

2.3 Soutenir les actions relatives à l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles

Améliorer la qualité de l'offre de santé passe par le soutien à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé.

Des mesures incitatives sont d'ores et déjà mises en œuvre. Certaines relèvent du dispositif conventionnel établi entre chaque catégorie de professionnels de santé et l'assurance maladie : la formation professionnelle conventionnelle, le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique.

D'autres actions ont été initiées par les professionnels de santé tels les Groupes qualité et financées par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Elles continueront à être soutenues lorsque leur évaluation aura été positive.

Dans le cadre du projet régional de santé, l'ARS établit, en lien avec l'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque. Ce programme prévoit la diffusion de recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de Santé auprès des professionnels de santé libéraux. On peut citer à titre d'exemple les recommandations sur les modalités de dépistage de l'insuffisance rénale chez les diabétiques.

C'est dans le cadre de ce programme, en cours de rédaction, que des actions régionales spécifiques pourront être proposées, en sus des thèmes retenus au niveau national.

Le développement professionnel continu, notion introduite dans la loi HPST, comportera, lorsqu'il sera mis en place, à la fois la formation professionnelle continue et l'évaluation des pratiques.

2.4 Encourager l'approche préventive et favoriser les missions coordonnées

Des expérimentations, initiées au niveau national, ont pour objectif de promouvoir l'exercice de nouvelles missions, en développant de nouveaux modes de rémunération pour celles-ci. Ne sont éligibles à ces expérimentations que les structures pluri professionnelles ayant un exercice coordonné dont témoigne l'existence d'un projet de santé formalisé.

Deux modules sont actuellement disponibles

Le module « éducation thérapeutique »

Le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques s'est enrichi d'un nouveau mode de prise en charge, l'éducation thérapeutique. Cette prise en charge est par définition pluri professionnelle et doit être incluse dans le parcours de soins des patients.

Les modalités de développement de l'offre d'éducation thérapeutique en région Haute-Normandie sont présentées dans le schéma régional de prévention.

Le module « missions coordonnées »

Dans ce cas, ce sont le temps de management et le temps nécessaire à la coordination qui sont rémunérés.

Ces expérimentations ont débuté récemment, en avril 2011 et doivent se poursuivre jusqu'en 2013. Cinq sites sont concernés dans la région à Gaillon-Aubevoye, Mont-Gaillard, Neufchâtel, Saint-Romain de Colbosc, Val de Reuil.

2.5 Développer les pratiques collaboratives

Les coopérations professionnelles consistent en la réalisation, par les professionnels de santé non médicaux, d'activités ou d'actes de soins sous la responsabilité du praticien, voire à une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Elles peuvent concerner tous les professionnels de santé, quelque soit le secteur et cadre d'exercice (public, privé, MSP, centre de santé).

Pour être mise en œuvre, la démarche de coopération doit s'inscrire dans le cadre de protocoles soumis à l'agence régionale de santé qui détermine si le contenu répond à un besoin de santé de la région, puis soumis à la HAS pour validation scientifique.

Ce dispositif est en cours d'expérimentation et une évaluation de chaque action sera faite avant une éventuelle généralisation.

Pour le moment, deux protocoles de coopération ont été validés en Haute-Normandie par la HAS : imagerie médicale (échographie) et bilan urodynamique. Ces pratiques collaboratives auraient toute leur place dans les projets de santé des structures d'exercice coordonné. Un objectif de deux protocoles supplémentaires en 2012 est retenu.

2.6 Accompagner les professionnels de santé

L'ARS proposera un accompagnement aux professionnels de santé souhaitant s'investir dans le développement d'une structure d'exercice coordonné ou à tout porteur de projet ayant un impact sur le maintien des professionnels de santé sur le territoire ou sur la qualité des pratiques dans le domaine ambulatoire. Une cellule d'accompagnement chargée de conseiller, orienter les porteurs de projet sera créée, en lien avec les partenaires extérieurs à l'ARS à même de constituer une aide à l'aboutissement des projets.

L'une des finalités de cet accompagnement sera l'aide à l'obtention de financements, en particulier à partir de l'enveloppe FIQCS gérée par l'ARS, enveloppe appelée à être intégrée dans le futur fonds d'intervention régional.

Des outils aidant les professionnels de santé à mettre en œuvre leur projet professionnel ont d'ores et déjà été mis en place :

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) est un projet national, décliné régionalement, destiné à accompagner les professionnels de santé à des moments clés de leur vie professionnelle : informer les futurs professionnels de santé en formation ; aider à l'installation de tous les professionnels de santé ; faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné ; suivre le développement des professionnels et leurs projets.

La création de la PAPS répond à l'article L 1431-2 du Code de la Santé publique qui stipule que « les ARS contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ».

Un site Web a été ouvert le 1er juillet 2011, site commun partagé avec tous les acteurs nationaux, régionaux et locaux comportant des liens vers des sites ou des bases de données déjà existantes (ordres professionnels, faculté, écoles/instituts, URPS, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie…). La mise en œuvre de la PAPS est concertée avec les partenaires et progressive (des rubriques prioritaires mises en ligne dès le 1er juillet, d'autres rubriques à création différée au 2ème semestre 2011 ou 1er trimestre 2012).

Les technologies de l'information et de la communication et la Télémédecine

Les besoins identifiés comme prioritaires concernent les dispositifs de communication permettant des échanges d'information rapides et simplifiés :

- la mise à disposition d'une messagerie sécurisée,
- la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Ces outils seront développés en région dans le cadre du GCS Télésanté. Le dossier médical personnel est très attendu afin de rendre la coopération entre professionnels de santé beaucoup plus aisée et permettre à tous les professionnels de santé d'accéder à une information médicale plus fiable.

Les orientations concernant la Télémédecine sont :

- la possibilité d'organiser des visio-staffs, afin de participer à des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie,
- la demande d'avis spécialisé à distance sur la base de la transmission de documents médicaux (imagerie en pneumologie, électrocardiogramme en cardiologie).

Ces orientations seront intégrées au programme régional de Télémédecine.

Le cadre juridique

Jusqu'à maintenant, il n'existait pas de structure juridique véritablement adaptée à l'exercice partagé entre professionnels libéraux. La création récente des sociétés interprofessionnelles des soins ambulatoires (Loi du 10 août 2011) constitue une forme juridique qui permettra la mise en commun de moyens pour favoriser l'exercice professionnel de chacun de ses associés et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique et de coopération entre les professionnels de santé.

III. PRIORISATION DES PROJETS

Etablissement d'un nouveau zonage

Les ARS doivent établir avant le 1er janvier 2012 un nouveau zonage, opposable, (article L1434-7 du CSP) destiné à la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé. La détermination de ces zones sera réalisée conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 qui indique notamment le taux de la population régionale résidant dans ces zones (9 % en Haute-Normandie).

Ce nouveau zonage sera utilisé à des fins d'application des mesures conventionnelles, et sera notamment utilisé pour l'application des dispositions de l'option démographie de la convention médicale de 2011.

Un projet a été établi sur la base des critères suivants :

- sélection de territoires de premier recours et de zones urbaines sensibles (ZUS) de niveau 1, 4 ou 5a au sein desquels la densité de médecins généralistes hors MEP est inférieure de 30% au niveau national soit 6.1 pour 10.000 habitants ou zones dans lesquelles plus de 40% des actes sont réalisés par des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans,
- existence d'un pôle urbain de plus de 1500 habitants afin de retenir les communes bénéficiant d'un certain niveau d'équipement.

Ces critères ont été complétés d'éléments spécifiques :

- 6 territoires de premier recours dont le (seul) pôle est inférieur à 1500 habitants. L'Eure est particulièrement concernée,
- 3 pôles limitrophes de pôles sélectionnés afin de respecter les découpages territoriaux et d'assurer un continuum géographique,
- les zones déficitaires en médecins généralistes telles qu'elles ont été déterminées en 2005 et n'ayant pas connu d'évolution démographique favorable.

L'ARS a fait le choix de sélectionner au sein de ces zones identifiées les communes-pôles, constituant les lieux à privilégier pour les implantations de professionnels de santé et de maisons de santé compte tenu du niveau d'équipement qu'elles offrent en termes de services à la population.
Les zones déficitaires seraient ainsi constituées au total de 56 communes-pôles. *(carte en annexe 7 : projet de pôles déficitaires 2012),* regroupant au total plus de 169.000 habitants.

Ce nouveau zonage pourra également être proposé au comité régional de sélection de maisons de santé, en substitution de la carte « zones fragiles » servant actuellement de référence.

Le zonage spécifique aux infirmiers libéraux sera actualisé selon les critères présents dans l'arrêté du 21 décembre 2011. Les zones prévues sont classées en 5 niveaux.
Un projet, élaboré en concertation avec l'URPS infirmier est présenté en annexe 8. Il comprend 14 zones très sous-dotées, 3 zones sous-dotées, 76 zones intermédiaires, 2 zones très dotées et 3 zones sur-dotées *(carte en annexe 8 : zonage infirmier 2012).*

La détermination des zones déficitaires dans un cadre réglementaire a pour finalité de permettre de concentrer les aides financières sur les zones les plus en difficulté selon des critères objectifs.
Cependant, l'ARS de Haute-Normandie souhaite, compte tenu des éléments de bilan disponibles et en particulier des projections très défavorables en matière de démographie médicale, que tout projet soit concerté et bénéficie d'un accompagnement à la conduite de projet tel que décrit plus haut, même en l'absence de l'octroi d'éventuelles aides financières.

Dispositions transitoires

Durant la période qui précédera la détermination définitive des zones déficitaires selon l'article L1434-7 du CSP, les différents zonages déjà établis continueront à être utilisés aux fins de déterminer :

- pour les projets de maisons de santé, ceux éligibles à un financement *(carte en annexe 9 : zones fragiles).*
- les zones géographiques déficitaires en médecins généralistes faisant référence pour l'octroi des aides financières décrites dans l'avenant 20 de la convention médicale de 2005, et reconduites à titre provisoire par la convention médicale de 2011 *(carte en annexe 10 : zones déficitaires).*
- le zonage des infirmiers réalisé fin 2008, qui propose un classement des zones en 5 catégories, de très sous-dotées à sur-dotées, et qui sert de base aux mesures visant à rééquilibrer l'offre de soins des infirmiers libéraux contenues dans l'avenant 1 de la convention des infirmiers *(carte en annexe 11 : zonage infirmier 2009).*

IV. INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'installations/cessation d'activité par catégories de professionnels de santé.
- Nombre de structures d'exercice coordonné créées.
- Nombre de professionnels de santé exerçant dans les structures d'exercice coordonné.
- Nombre d'installations de professionnels de santé en structure d'exercice coordonné / Nombre total d'installations.
- Population couverte par les structures d'exercice coordonné.
- Territoire couvert par les structures d'exercice coordonné.
- Nombre de CESP contractés avec les étudiants en médecine.
- Nombre de sites ayant développé les nouveaux modes de rémunération.
- Nombres de pratiques collaboratives développées en région.

V. ANNEXES

Annexe 1 : Densité d'omnipraticiens libéraux en 2010

Annexe 2 : Densité d'infirmiers libéraux en 2010

Annexe 3 : Densité de kinésithérapeutes libéraux en 2010

Annexe 4 : Densité de chirurgiens dentistes libéraux en 2010

Annexe 5 : Répartition des sages-femmes libérales en 2010

Annexe 6 : Densité des orthoptistes libéraux en 2011

Annexe 7 : Projet de pôles déficitaires 2012

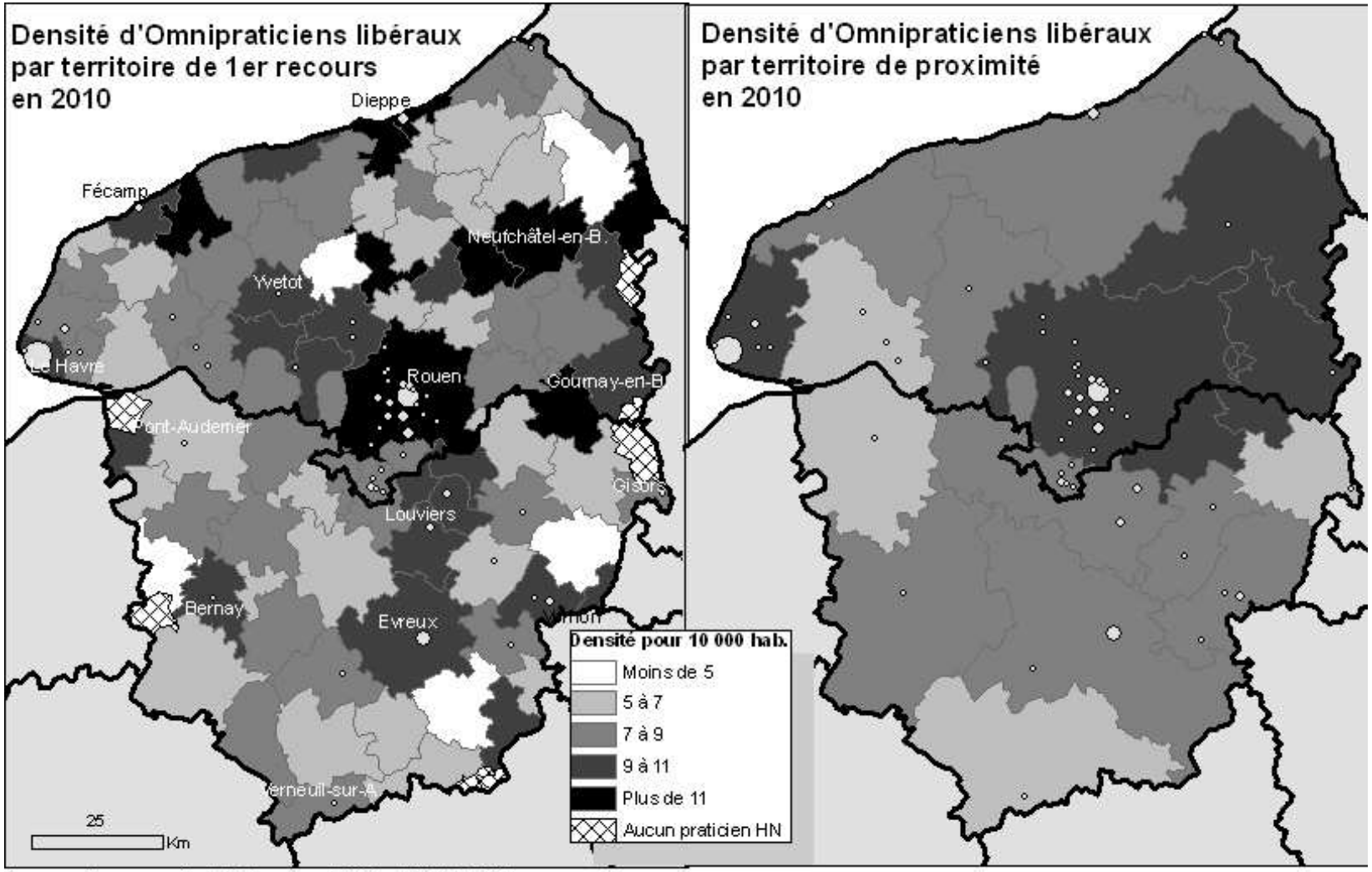
Annexe 8 : Zonage infirmier 2012

Annexe 9 : Zones fragiles 2011

Annexe 10 : Zones déficitaires en médecins généralistes 2005

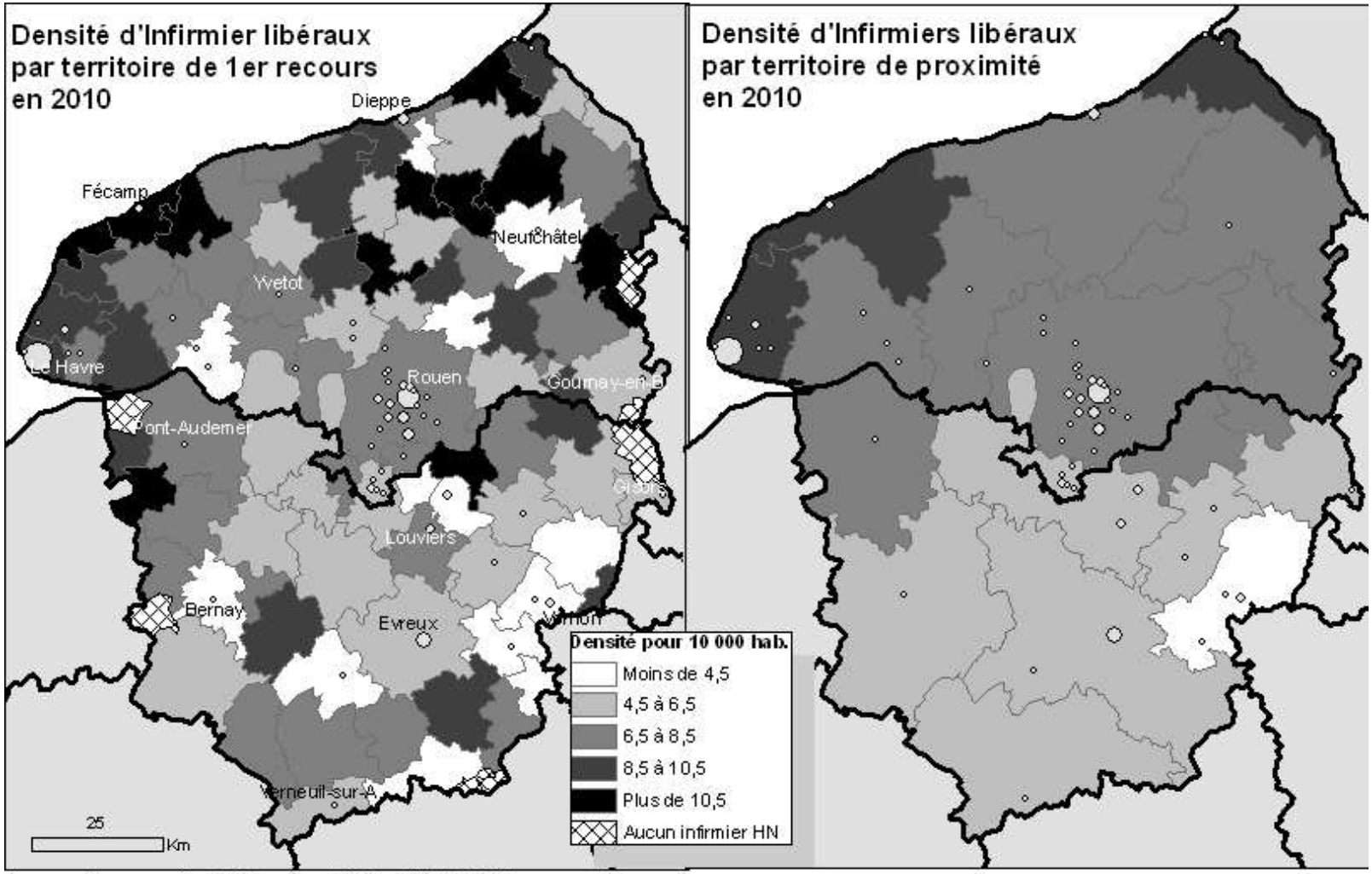
Annexe 11 : Zonage infirmier 2009

Annexe 1 : Densité d'omnipraticiens libéraux



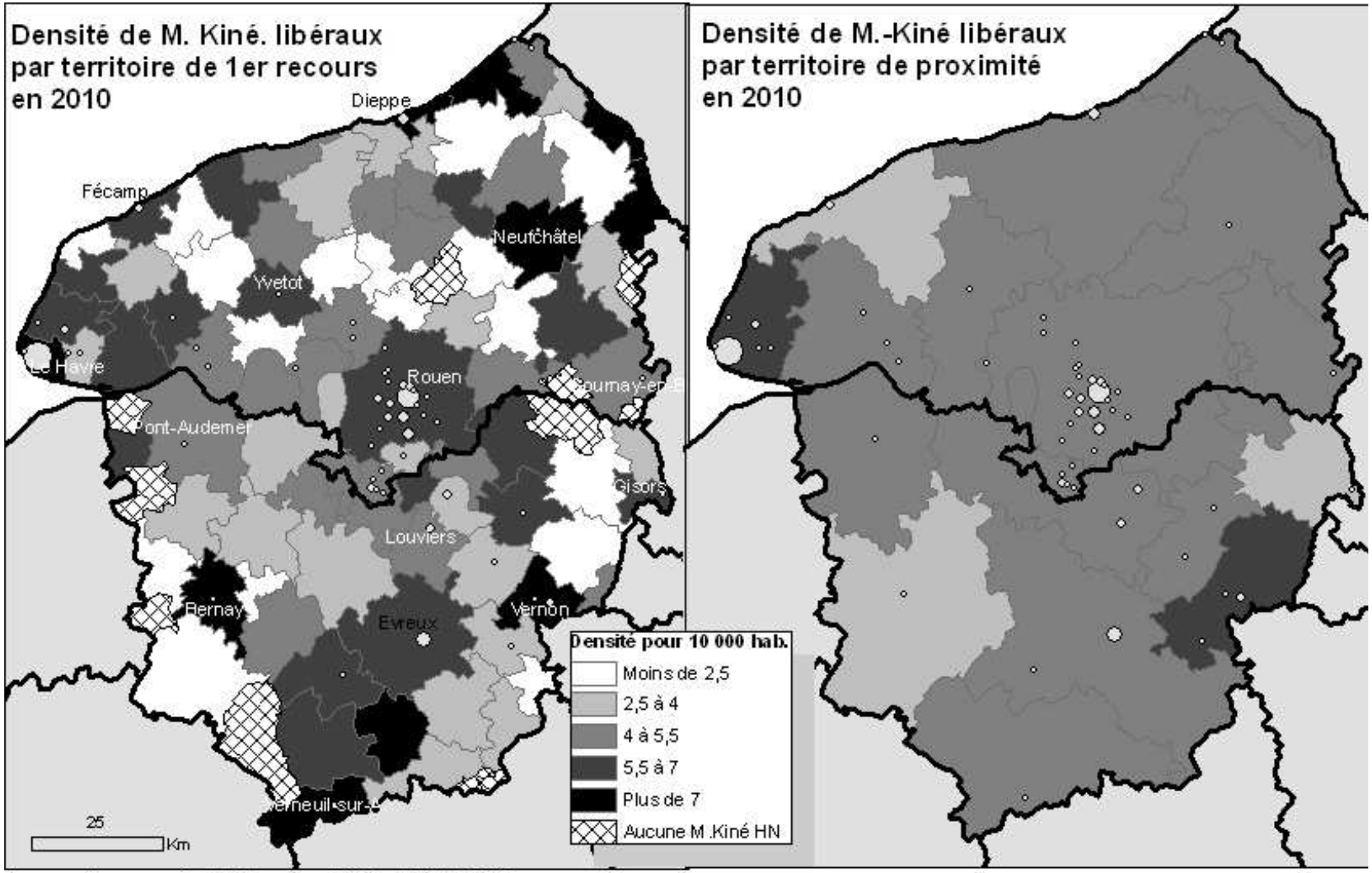
Sources: Assurance-Maladie Vprat sept.2010 INSEE RP07

Annexe 2 : Densité d'infirmiers libéraux



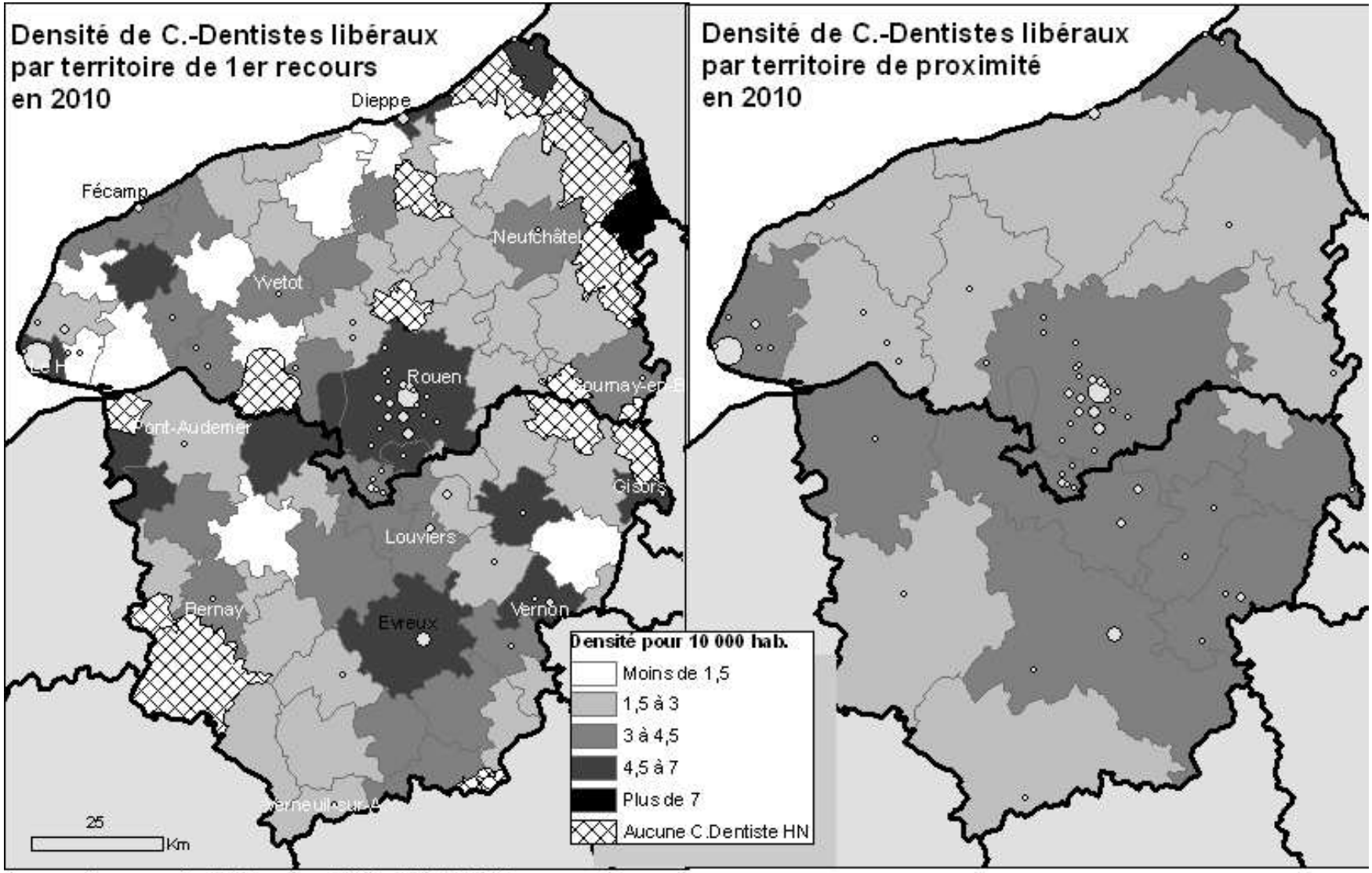
Sources: Assurance-Maladie Vprat sept.2010 INSEE RP07

Annexe 3 : Densité de kinésithérapeutes libéraux



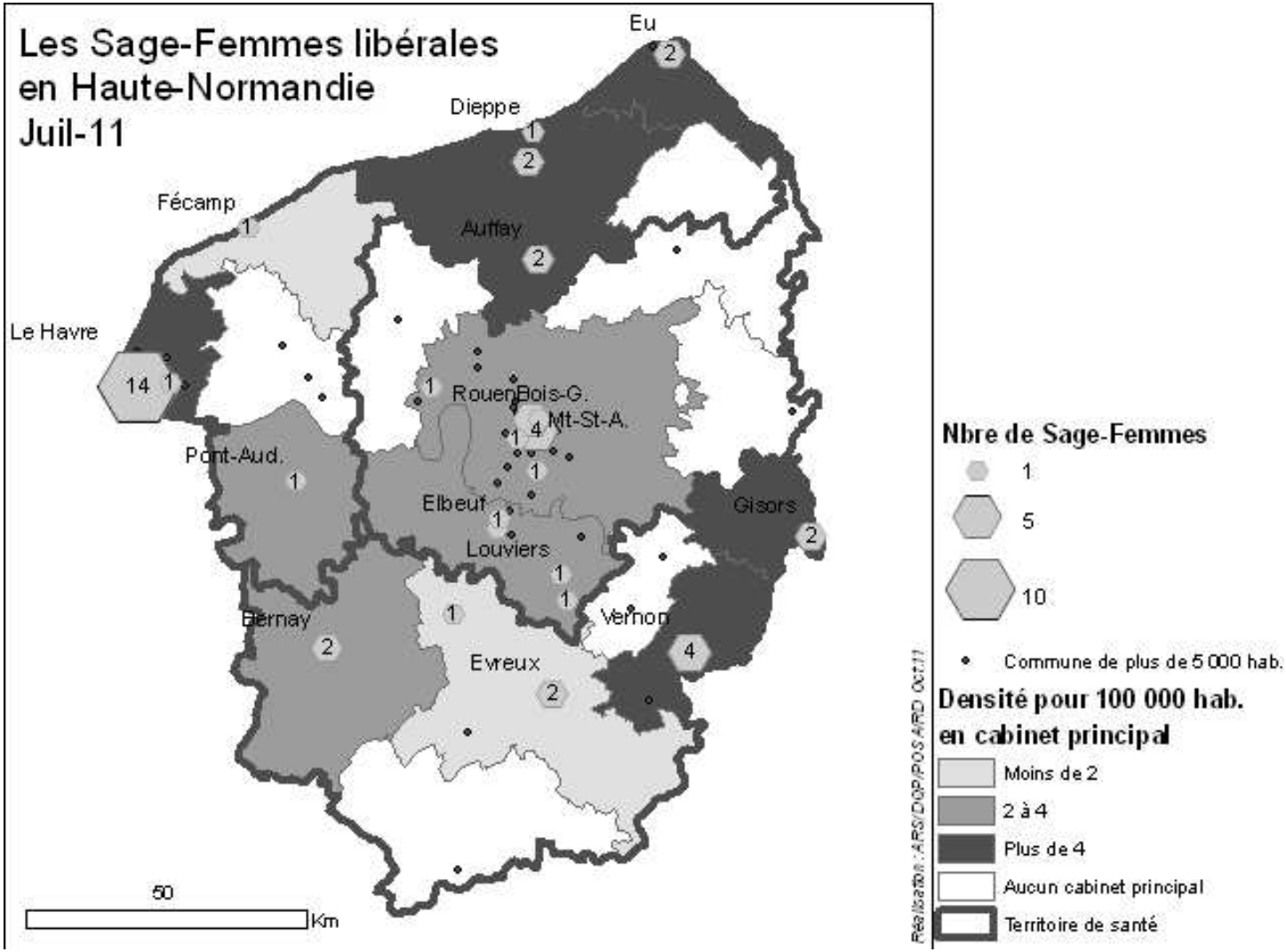
Sources: Assurance-Maladie Vprat sept.2010 INSEE RP07

Annexe 4 : Densité de chirurgiens dentistes libéraux

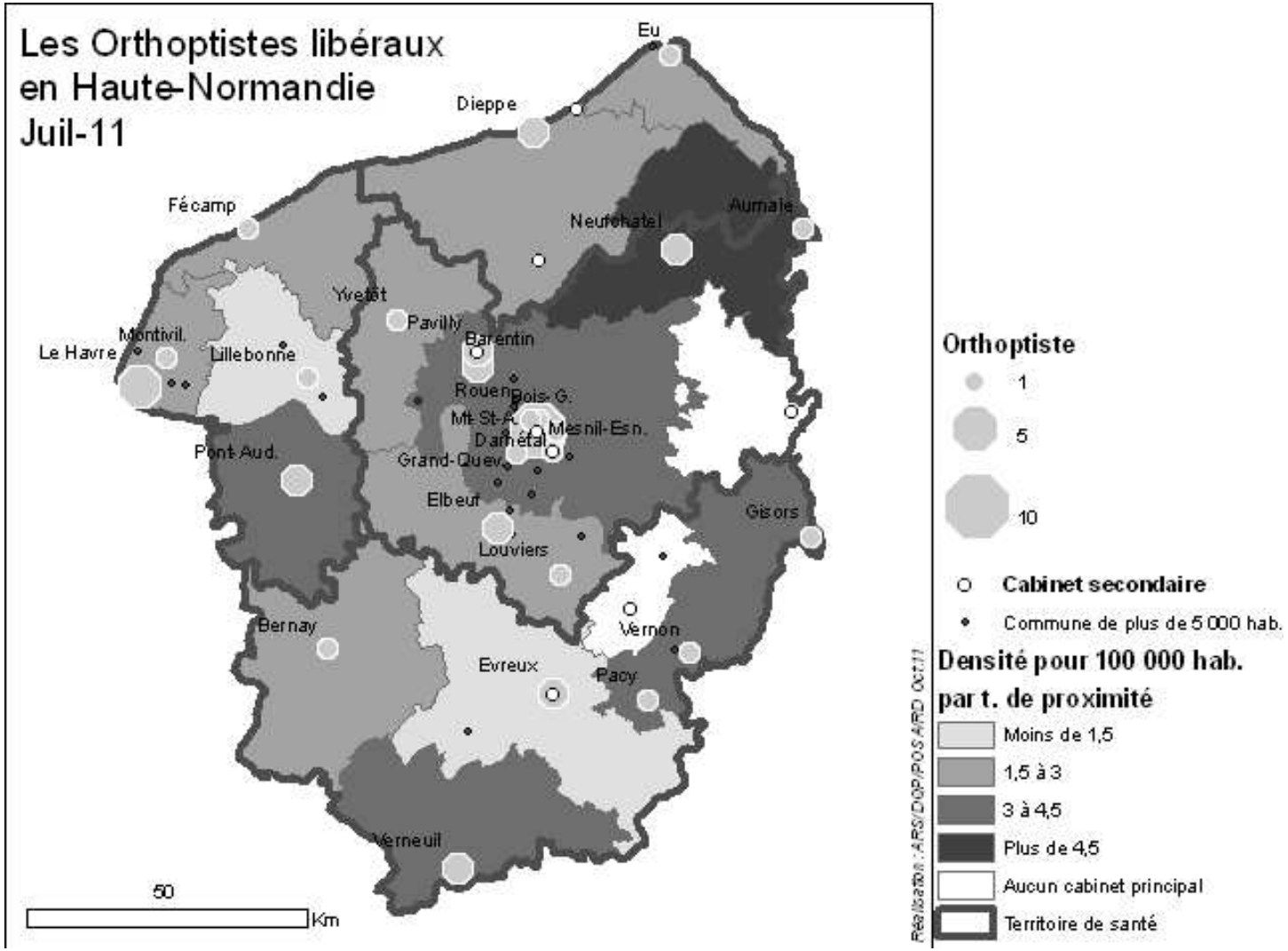


Sources: Assurance-Maladie Vprat sept.2010 INSEE RP07

Annexe 5 : Répartition des sages-femmes libérales en 2010



Annexe 6 : Densité des orthoptistes libéraux en 2011

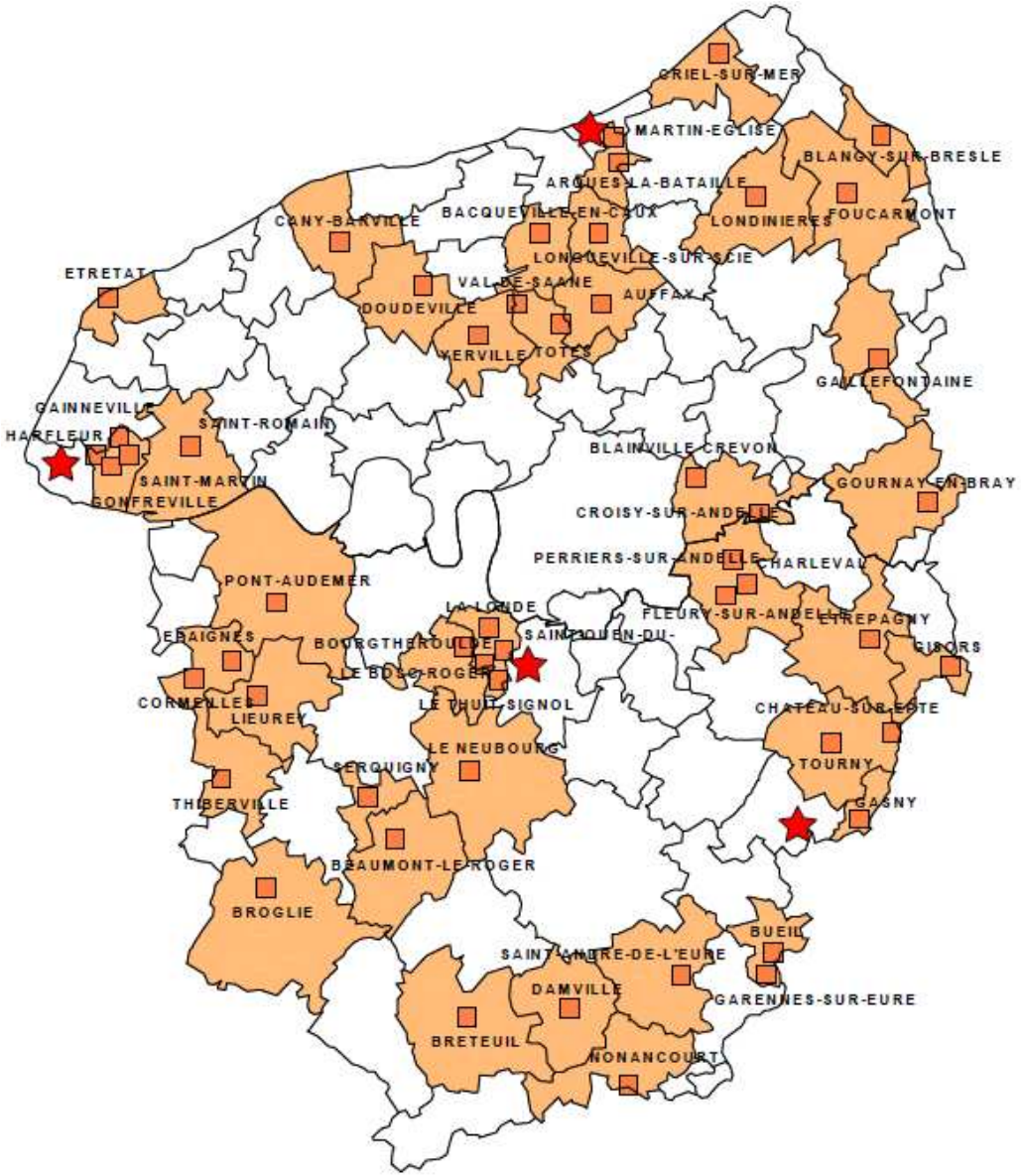


Annexe 7 : Projet de pôles déficitaires au sein des territoires de 1er recours

Pôle déficitaire

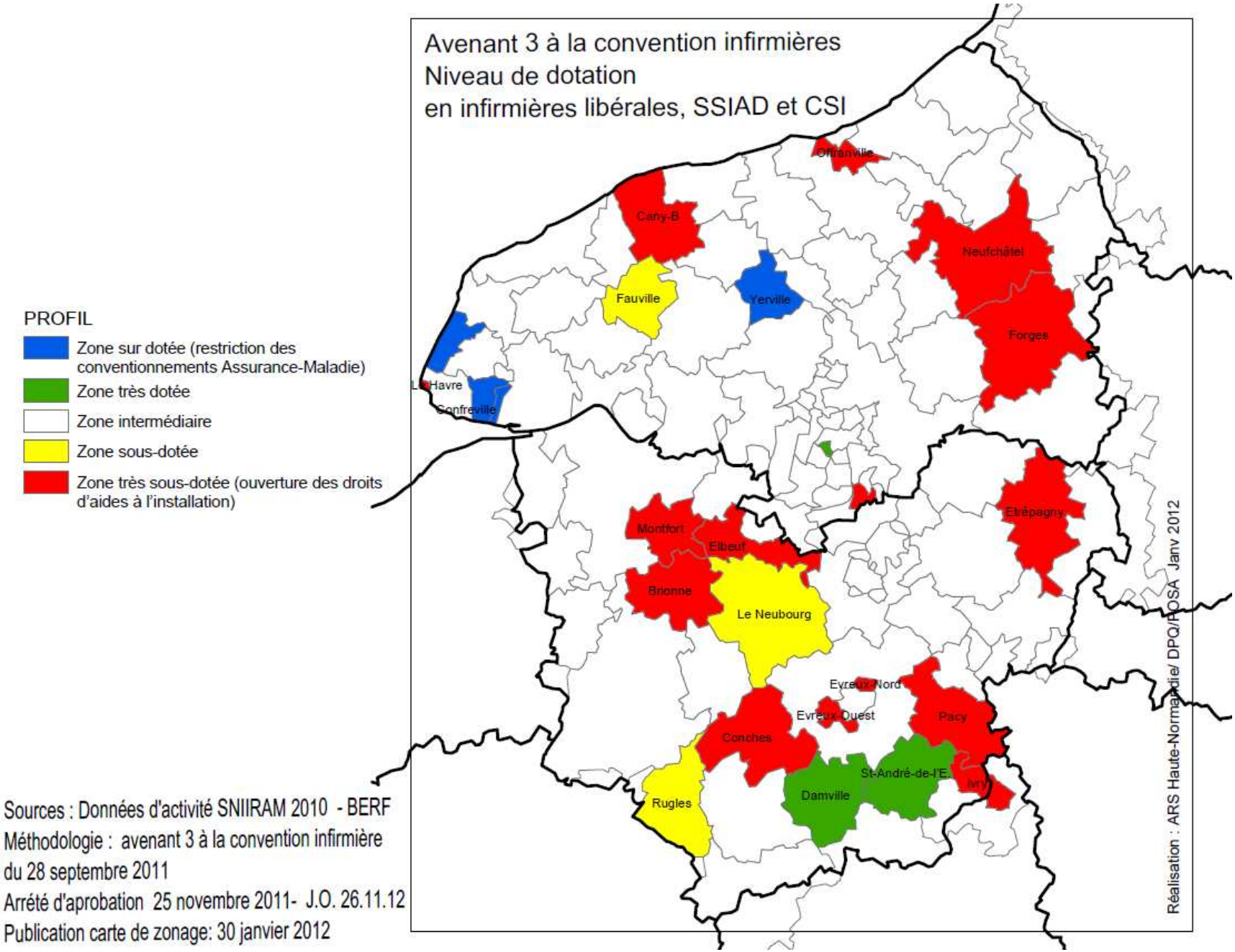
ZUS déficitaires

Zone de 1er recours avec pôle(s) déficitaire(s)



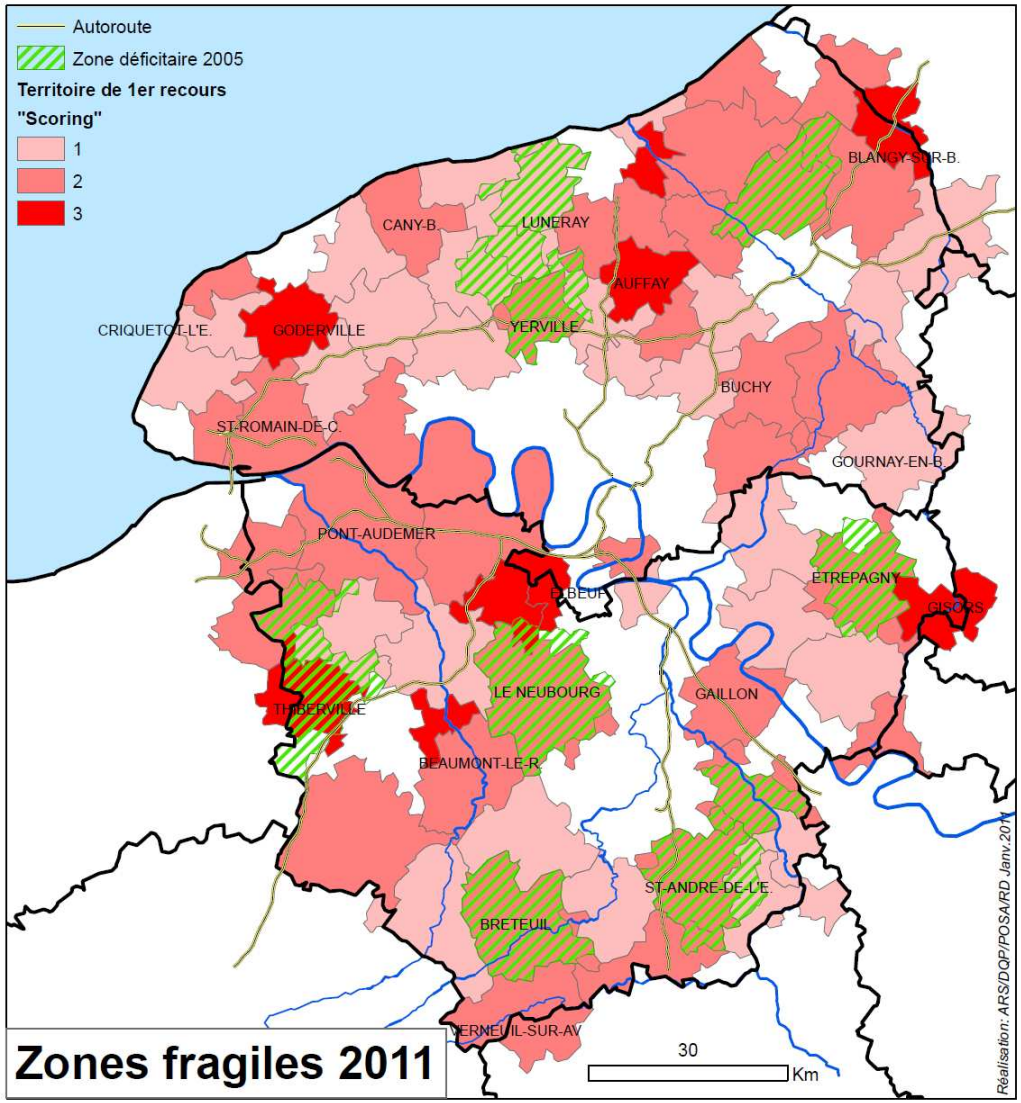
Territoire 1er recours	Commune pôle déficitaire	Critères de décision
ANDELLE	FLEURY-SUR-ANDELLE	SCORING
	CHARLEVAL	
	PERRIERS-SUR-ANDELLE	
ARQUES	ARQUES-LA-BATAILLE	
	MARTIN-EGLISE	
AUFFAY	AUFFAY	
BACQUEVILLE	BACQUEVILLE-EN-CAUX	
BLANGY	BLANGY-SUR-BRESLE	
BOURGTHEROULDE	BOURGTHEROULDE-INFREVILLE	
BRETEUIL	BRETEUIL	
BUEIL	GARENNES-SUR-EURE	
	BUEIL	
CANY	CANY-BARVILLE	
CRIEL	CRIEL-SUR-MER	
DAMVILLE	DAMVILLE	
DOUDEVILLE	DOUDEVILLE	
ETRETAT	ETRETAT	
GASNY	GASNY	
GISORS	GISORS	
GOURNAY	GOURNAY-EN-BRAY	
HARFLEUR	GONFREVILLE-L'ORCHER	
	HARFLEUR	
	GAINNEVILLE	
	SAINT-MARTIN-DU-MANOIR	
LE NEUBOURG	LE NEUBOURG	
NONANCOURT	NONANCOURT	
PONT-AUDEMER	PONT-AUDEMER	
SERQUIGNY	SERQUIGNY	
ST-ANDRE	SAINT-ANDRE-DE-L'EURE	
ST-OUEN	LE BOSC-ROGER-EN-ROUMOIS	
	LA LONDE	
	LE THUIT-SIGNOL	
	SAINT-OUEN-DU-TILLEUL	
ST-ROMAIN	SAINT-ROMAIN-DE-COLBOSC	
THIBERVILLE	THIBERVILLE	
YERVILLE	YERVILLE	
BROGLIE	BROGLIE	ZRR
LIEUREY	LIEUREY	
GAILLEFONTAINE	GAILLEFONTAINE	
FOUCARMONT	FOUCARMONT	
TOURNY	CHÂTEAU SUR EPTE	ZRR/MSP
	TOURNY	
BLAINVILLE-CREVON	CROISY SUR ANDELLE	
	BLAINVILLE-CREVON	
ETREPAGNY	ETREPAGNY	MSP
LONDINIERES	LONDINIERES	
CORMEILLES-EPAIGNES	CORMEILLES	
	EPAIGNES	
BEAUMONT-LE-ROGER	BEAUMONT-LE-ROGER	CONTINUITE
LONGUEVILLE-SUR-SCIE	LONGUEVILLE-SUR-SCIE	
TOTES	TOTES	
	VAL-DE-SAANE	
VERNON	Valmeux	ZUS
ELBEUF	le Puchot	
DIEPPE	Neuville	
LE HAVRE	Caucriauville	

Annexe 8 : zonage infirmier 2012



Sources : Données d'activité SNIIRAM 2010 - BERF
Méthodologie : avenant 3 à la convention infirmière du 28 septembre 2011
Arrété d'aprobation 25 novembre 2011- J.O. 26.11.12
Publication carte de zonage: 30 janvier 2012

Annexe 9 : Zones fragiles 2011



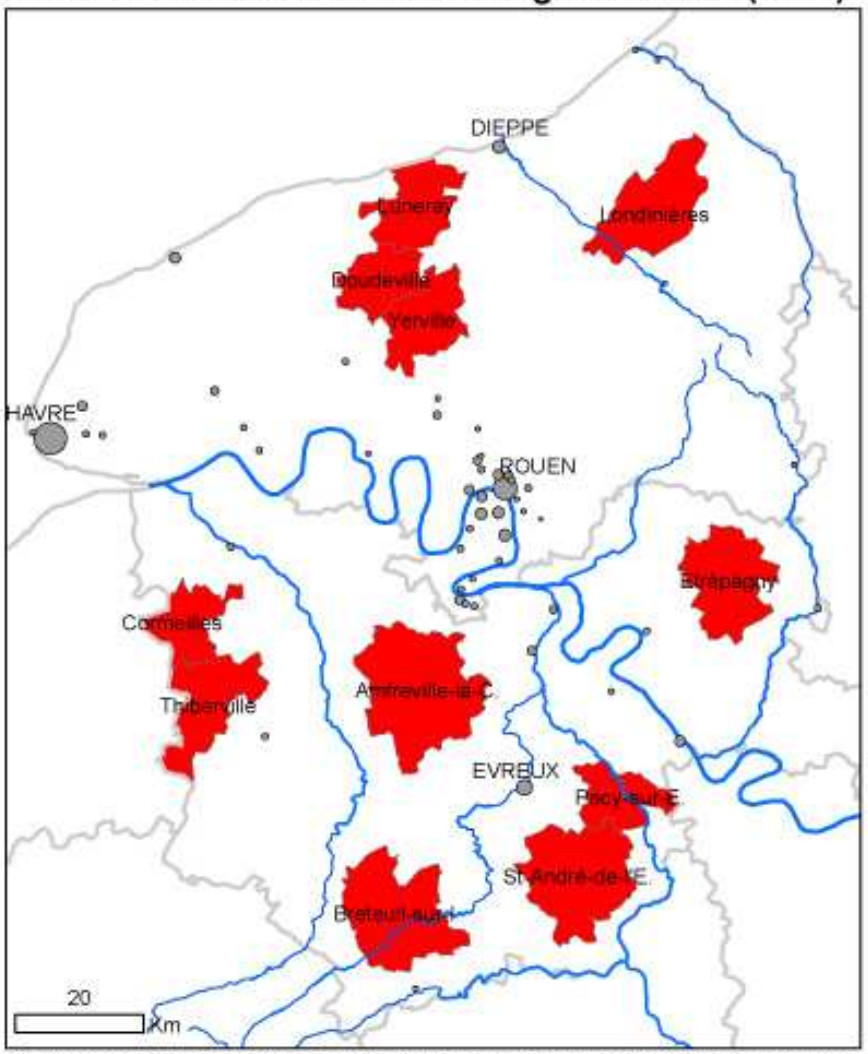
Zones fragiles 2011

Sélection selon au moins 1 des 3 critères suivants:
Densité inférieure à 8 pour 10000 hab.
Activité supérieure à 5750 actes (soit 20% supérieur au niveau national 2009)
Part des plus de 60 ans supérieure à 40% ou perte de professionnels en 10 ans supérieure à 20%

Sources assurance-maladie: Omnipraticiens présents en sept.2010, activité SNIIR 2009
population INSEE 2007

Annexe 10 : Zones déficitaires 2005

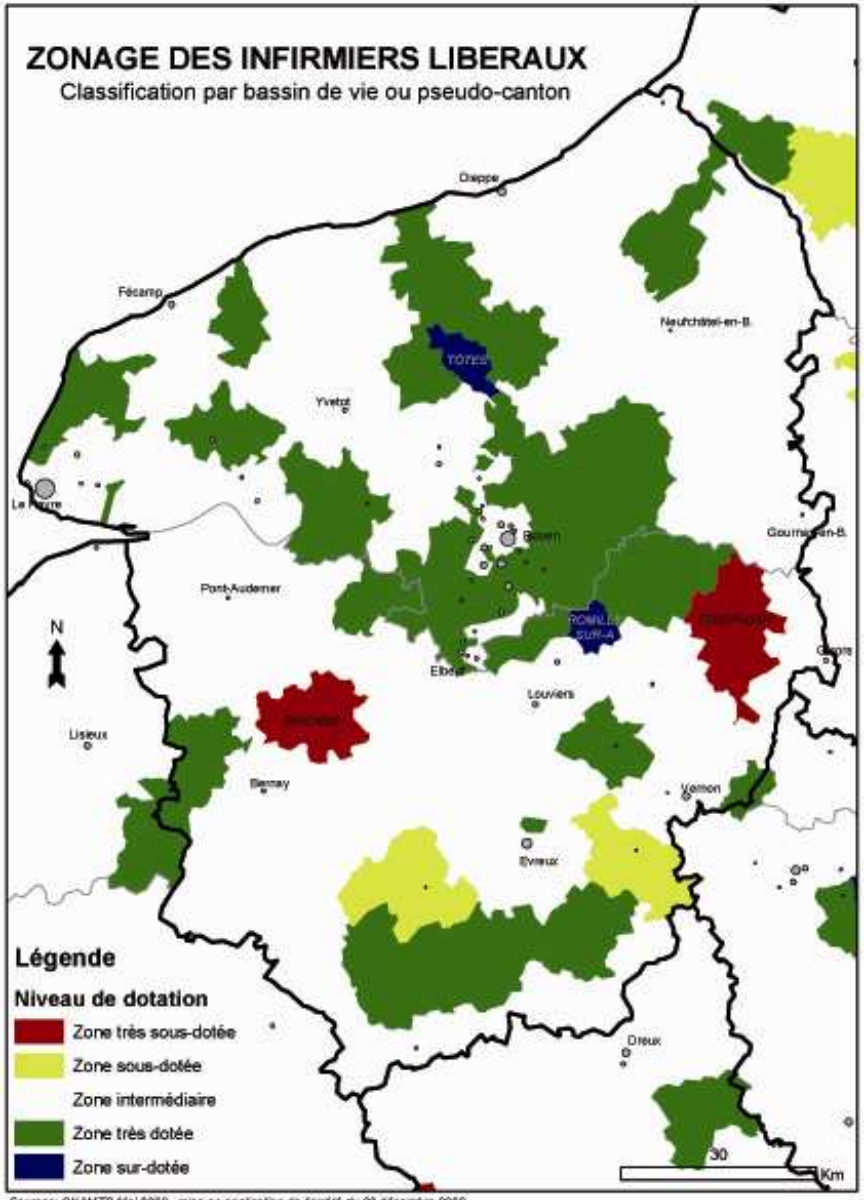
Zones déficitaires en médecins généralistes (2005)



Ce découpage, établi en 2005, se base sur l'échelle du canton ou du bassin de recours au généraliste, établi par les URCAM sur la base des flux de patients inter-régime 2002. Ont été sélectionnée les zones dont :

- la densité sur la base d'équivalents temps plein est inférieur de 30% au niveau national, soit 7 Omnipraticiens pour 10000 hab. Il a été établi qu'un temps plein représente au minimum 4500 actes annuels. Les implantations de praticiens âgés de plus de 60 ans ont été prises en considération(Sources : INSEE 1999, SNIIR 2003)
- plus de 75% des praticiens à temps pleins ont une activité supérieure à 7000 actes.
- Les taux de personnes âgées de plus de 75 ans, de personnes bénéficiant d'ALD, du RMI ou d'allocations (API, AAH, ASS…) sont particulièrement élevés.

Annexe 11 : Zonage infirmier 2009



Sources: CNAMTS Mai 2009_ mise en application de l'arrêté du 29 décembre 2008
Conception: URCAM _ Argis _ GeoFLA

Ce zonage a été arrêté en mai 2009, selon un découpage en pseudo-cantons et bassins de vie. Il établit un score selon :

- La densité d'infirmiers libéraux et SSIAD selon une population standardité en âge
- La part des infirmiers de plus de 55 ans

Sources : Population résidente au RP 1999 INSEE - Activité IDEL 2007

1.2

Les réseaux de santé

Le volet Réseaux avec les soins de ville, est un des deux volets du SROS ambulatoire : il a vocation à préciser le positionnement de ces structures par rapport aux secteurs des soins de ville et institutionnels, notamment dans le cadre de la fluidification des filières d'amont et d'aval.

Créés par la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Sans se substituer aux actes et prestations des professionnels libéraux, auprès desquels ils viennent en appui, ni aux autres intervenants en coordination (HAD, SSIAD, CLIC) dont ils sont complémentaires, les réseaux de santé se définissent comme une forme d'exercice réunissant l'ensemble des professionnels (libéraux, hospitaliers, travailleurs sociaux…) intervenant autour d'un patient et qui coordonnent leurs interventions afin de lui assurer une prise en charge globale, adaptée et continue. A ce titre, ils assurent le lien entre l'organisation des soins telle qu'elle est prévue par les schémas du Programme Régional de Santé et les projets médicaux territoriaux.

Historique

Si les premières initiatives de réseaux remontent aux années 1980, ce sont les ordonnances d'avril 1996 (dites « Juppé) qui, en modifiant les codes de la santé publique (CSP) et de la sécurité sociale (CSS), donnent leur première assise juridique aux réseaux.

La première prévoit la constitution de réseaux de santé pour « …*assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient* » et la seconde introduit, aux côtés des filières de soins, *« …des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ».*

En 2002, la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, stipule que les réseaux relèvent d'une définition unique et de critères de qualité identiques, qu'ils soient d'origine hospitalière ou libérale.

Elle indique qu'ils *« ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins… Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».*

CONTEXTE REGLEMENTAIRE

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) intègre les réseaux de santé dans un dispositif plus large :

- d'organisation territoriale avec le schéma régional d'organisation sanitaire et son volet ambulatoire.
- de coordination des soins avec de nouveaux partenaires : les pôles et maisons de santé.
- de contractualisation par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Dans ce nouveau contexte, ils doivent poursuivre leur inscription dans les orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé décrites par la circulaire du 2 mars 2007, de même qu'ils doivent respecter les référentiels d'organisation thématiques déclinant leur place dans la réalisation des plans de santé publique et édictés, notamment, par voie de circulaires (25 mars 2008 pour les soins palliatifs, 15 mai 2007 pour les personnes âgées, 25 septembre 2007 pour la cancérologie, 30 mars 2006 pour la périnatalité).

Les réseaux pratiquant l'Education Thérapeutique du Patient sont soumis, quant à eux, à l'obligation d'autorisation prévue aux décrets et arrêtés du 2 août 2010.

I. ETAT DES LIEUX

Le nombre de réseaux de santé en Haute-Normandie a été multiplié par 6 de 2003 à fin 2010 (4 en 2003 contre 25 en 2010).

A la suite de la restructuration des réseaux de soins palliatifs, ce nombre est de 23 en 2011.

1.1 Les réseaux hauts-normands

Ils se décomposent en 2 grands types de réseaux : les réseaux régionaux et les réseaux thématiques.

a) Les réseaux régionaux

Leur création est prévue dans les plans de santé publique ou correspond à une priorité régionale. Ils sont au nombre de quatre. Ce ne sont pas des réseaux de prise en charge et d'inclusion directe des patients.

Les réseaux prévus aux plans de santé publique : ils fédèrent l'ensemble des établissements concernés par la thématique :

- onco-normand : le plan de mobilisation nationale contre le cancer 2003-2007 inscrit le réseau régional de cancérologie dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

- péri natalité : prévu par le Plan Périnatalité 2005-2007 visant la réduction des mortalités périnatale et maternelle, il organise, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant.

- le réseau régional action psychiatrie précarité (RRAPP) : le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 a retenu, dans l'un de ses axes, de favoriser la prise en charge des besoins des personnes en situation de précarité et d'exclusion. L'objectif du réseau est de structurer régionalement l'offre de soins en santé mentale pour les publics précaires.

Les réseaux issus de priorités régionales (SROS) :

- le réseau des Intervenants en Alcoologie Hauts Normands (RIAHN) : créé au regard des indicateurs de surmortalité en région, l'objectif général du réseau est d'améliorer la prévention et les soins dans le domaine de l'alcoologie en fédérant les acteurs médicaux et sociaux.

b) Les réseaux thématiques

D'initiatives locales, ils s'inscrivent dans les plans de santé publique. Ils sont au nombre de dix-neuf et ont une circonscription géographique d'intervention très variable.

Les soins palliatifs

Les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif de permettre l'amélioration de la prise en charge de la douleur et/ou des patients en fin de vie en assurant la coordination de ces soins à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.
Les six réseaux locaux existants en 2010 ont fait l'objet d'une restructuration pour assurer la couverture des quatre territoires de santé. Il demeure aujourd'hui quatre réseaux :

- douSoPal pour le territoire de Rouen-Elbeuf.
- résopal pour le territoire de Dieppe.
- respect pour le territoire du Havre.
- resPa 27 pour le territoire d'Evreux-Vernon.

La douleur

Deux réseaux assurent cette prise en charge :

- ampa intervient sur l'agglomération du Havre pour la prise en charge de la douleur rebelle chronique.
- normanDos est spécialisé dans la prévention, le suivi et la prise en charge du mal de dos en milieu scolaire et professionnel et a vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire haut-normand.

La gérontologie

Trois réseaux favorisent le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes :

- AG3C sur les cantons de Bolbec, Lillebonne et Saint-Romain-de-Colbosc.
- réseau gérontologique du Pays Dieppois sur huit cantons de l'arrondissement de Dieppe.
- réseau multithématique sur le Pays des Hautes Falaises.

La diabétologie

Deux réseaux visent à améliorer la prise en charge, la qualité des soins et la prévention des risques des patients diabétiques de type II, avec une composante éducative et diététique.

Ils sont autorisés à la pratique de l'Education Thérapeutique du Patient :

- diabète de l'Estuaire sur l'agglomération havraise.
- marédia sur le territoire de Rouen et le département de l'Eure.

Les maladies respiratoires

Deux réseaux sont spécialisés dans la prise en charge des patients asthmatiques et/ou de broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO).

Ils sont autorisés à la pratique de l'Education Thérapeutique du Patient :

- asthme 76 pour la Seine-Maritime.
- résalis pour l'Eure.

Le surpoids et l'obésité

Un réseau consacre son activité au dépistage précoce et à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.
Il est autorisé à la pratique de l'Education Thérapeutique du Patient :

- repop-HN pour l'ensemble du territoire haut-normand.

Les troubles des apprentissages et/ou du langage

Deux réseaux visent à la prévention et au dépistage précoce des enfants atteints de troubles des apprentissages et/ou du langage afin de prévenir les risques de déscolarisation ou, à terme, de désinsertion sociale :

- esope sur la région havraise.
- réta 27 pour le département de l'Eure.

Les affections neurologiques

Deux réseaux œuvrent au domicile de patients présentant une pathologie neurologique évolutive :

- res-Sep, sur l'ensemble de la région, vise les patients jeunes atteints de sclérose en plaques, ayant une activité professionnelle.
- mémoire Eure, sur le département de l'Eure, vise les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

L'addictologie

Un réseau a pour objet d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients usagers de substances psycho-actives en fédérant les intervenants autour de la problématique d'un patient identifié lors de séances d'intervision :

- toxEnVille sur l'agglomération rouennaise.

1.2 Les moyens des réseaux

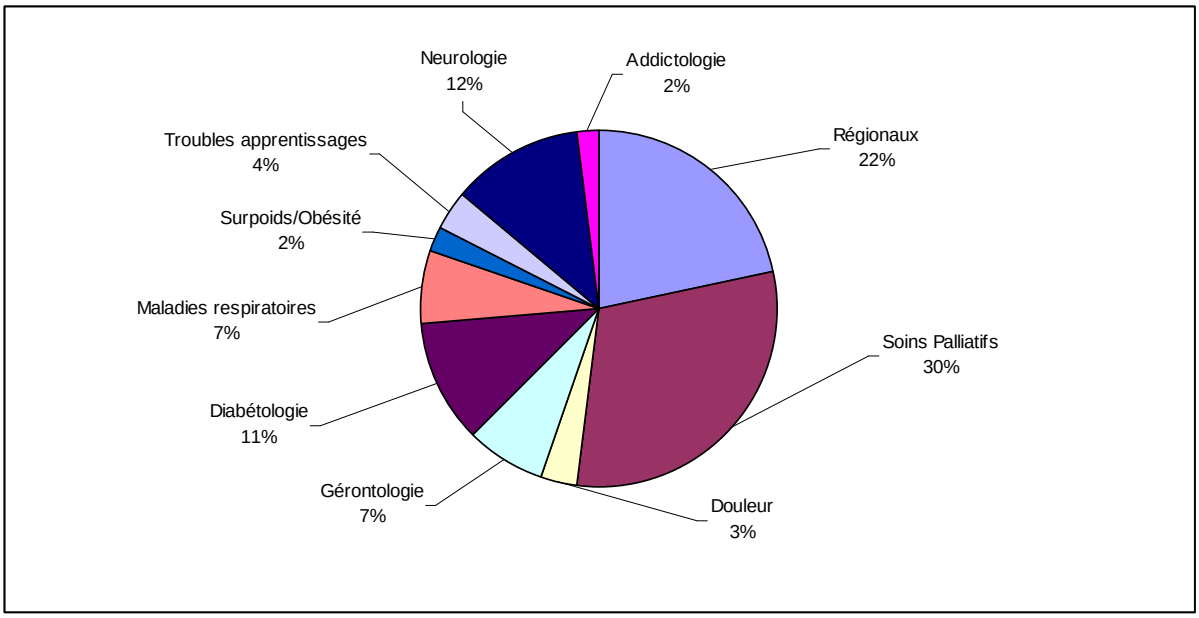
Pour réaliser leurs missions, les réseaux de santé disposent de moyens financiers et de moyens humains.

a) Les ressources financières

Si les réseaux peuvent bénéficier de diverses subventions (Etat, collectivités territoriales, assurance maladie…), ils sont essentiellement financés par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).
Environ 70 % de la dotation régionale annuelle est consacrée au financement des réseaux.
Les montants alloués aux réseaux, sur cette enveloppe, ont été multipliés par 16.5 de 2003 à 2010, passant de 260 000 € à 4,3 millions d'euros, tandis que l'allocation moyenne par réseau est affectée d'un coefficient de 2.65 sur la même période (65 000 € en 2003 contre 172 000 € en 2010).

Ces ressources permettent de financer les frais de structures des réseaux (personnel, équipement, système d'information, frais généraux), les formations des professionnels de santé libéraux, les dérogations tarifaires ou rémunérations spécifiques des professionnels de santé dans le champ du soin (éducation du patient à la mise sous insuline, prise en charge psychologique…) ou hors champ (participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire).

En 2010, le financement des réseaux se répartit, par thématique, de la manière suivante :



Il est à noter que, sur les deux derniers exercices, la dotation régionale a connu un écrêtement de, respectivement, 5 % puis 6 % et qu'elle est aujourd'hui saturée.

Le Comité National de Gestion du FIQCS a engagé un processus de convergence sur cinq ans afin de faire évoluer les allocations régionales vers une dotation qui a vocation, progressivement, à s'ajuster à la démographie et aux besoins régionaux.

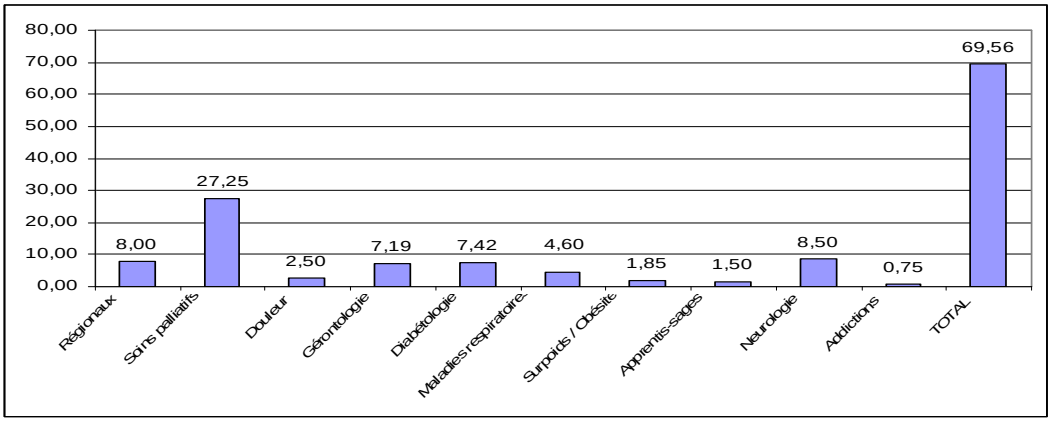
Il prend en compte la part de la population régionale résidant en zone déficitaire, calcul favorable à la région. Toutefois, des objectifs d'optimisation du Fonds sont affichés.

b) Les moyens humains

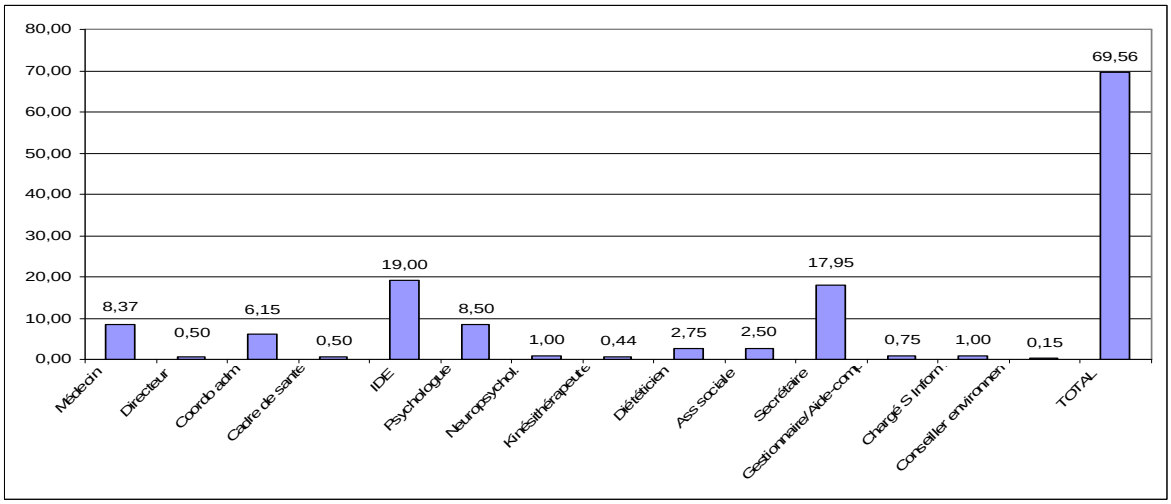
Les frais de rémunération des personnels représentent environ 75 % des dépenses de fonctionnement des réseaux.

Les effectifs financés pour 2011 sont de 69,56 Equivalents Temps Plein (ETP). Ils se répartissent comme suit :

Par thématique



Par profession



Il est à noter l'émergence de nouveaux métiers tels la fonction de directeur de réseau ou de conseiller environnemental et le petit nombre d'emplois de gestionnaire imposant l'externalisation ou la contribution des coordonateurs à ces activités.

1.3 Les activités des réseaux

Plus de 11 000 patients ont été pris en charge, au titre de la coordination des soins, par les réseaux de santé existants.

Leur activité, pour 2009 et 2010, s'établit comme suit :

Thématiques	Files actives			Moyenne 2010 par territoire(*)
	2009	2010	Evolution	
Soins palliatifs	511	466	-45	117
Douleur	120	173	53	87
Gérontologie	260	353	93	177
Diabétologie	1 022	1 182	160	394
Maladies respiratoires	259	307	48	154
Surpoids/Obésité	263	285	22	71
Apprentissages	31	50	19	25
Neurologie	632	669	37	167
Addictologie	21	27	6	27
Total	**3 119**	**3 512**	**393**	

(*) Territoire(s) de santé sur lesquels interviennent effectivement des réseaux sur la thématique

Ainsi, en 2010, un peu plus de 3 500 patients ont bénéficié des services des réseaux de santé qui ont connu une croissance d'activité globale de 13 %, les réseaux Marédia (diabète) et Asthme 76 enregistrant les plus fortes progressions (+ 31 et 45 % pour 172 et 54 patients).

Les activités de soins palliatifs, maintien à domicile des personnes âgées et éducation thérapeutique du patient (diabétologie, maladies respiratoires et surpoids/obésité) représentent 74 % de l'activité totale des réseaux.

1.4 La couverture territoriale

Pour ce qui concerne leurs territoires d'intervention, les réseaux (hors réseaux régionaux) couvrent, en théorie, des zones allant du regroupement de cantons à un département, voire la région.
Dans les faits, leur activité se développe essentiellement autour des sièges sociaux et des sites secondaires.

La couverture territoriale thématique s'établit comme suit :

Territoires de santé	Soins Palliatifs	Douleur	Personnes Agées	Neurologie	Troubles apprentissages et/ou langage	Addictions	Total
Le Havre	1	1(*)	2(*)	1	1(*)		6
Dieppe	1		1(*)	1			3
Rouen	1			1		1(*)	3
Evreux	1	1(*)		1	1		4

(*) Couverture partielle du territoire

Il est à souligner que les territoires de Rouen-Elbeuf, d'Evreux-Vernon et le sud du territoire de Dieppe sont dépourvus de réseau de maintien à domicile des personnes âgées de même que les territoires de proximité de Pont-Audemer, Le Havre, Eu et Neuchâtel ne sont pas couverts.

De plus, le réseau spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer n'intervient pas pour les patients séno-marins.

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type II n'est pas assurée en ambulatoire sur le territoire de Dieppe.

La couverture régionale en réseaux de soins palliatifs est assurée depuis la restructuration intervenue fin 2010.

1.5 Le recrutement des patients

Ce recrutement est soit ambulatoire (médecins généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé libéraux…) soit hospitalier (public ou privé).

Le secteur ambulatoire a adressé 85 % des patients inclus aux réseaux de santé tandis que, pour les activités de soins palliatifs, personnes âgées et éducation thérapeutique, seulement 13 % de l'orientation est hospitalière.

1.6 Les systèmes d'information

L'enquête réalisée par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de TéléSanté de Haute-Normandie a permis de disposer d'une cartographie des systèmes d'information existants dans les réseaux.

Hormis les réseaux Onco-Normand et Périnatalité disposant de systèmes d'information répondant à des cahiers des charges nationaux, il est relevé un faible niveau d'informatisation, tant au niveau du dossier patient informatisé qu'au niveau des autres fonctions (messagerie sécurisée, annuaires, etc...). Un logiciel de dossier patient est utilisé par un réseau de soins palliatifs et un autre va l'être pour des réseaux de maintien à domicile des personnes âgées.

Par ailleurs, l'identification des patients au sein des réseaux est imparfaitement maitrisée.
Enfin, la compatibilité des logiciels avec le système du Dossier Médical Personnel (DMP) n'est pas garantie.

II. IDENTIFICATION DES PROBLEMATIQUES ACTUELLES ET DES BESOINS NON COUVERTS

2.1 La structuration thématique

En conséquence de leur structuration par thématiques, les zones d'intervention des réseaux se superposent, plusieurs réseaux coexistent et certains sont susceptibles d'intervenir au domicile d'un même patient pour évaluer ses besoins et coordonner les différentes interventions.

Cette situation n'est pas de nature à fluidifier le parcours de soins, à introduire de la cohérence dans la prise en charge ou encore mobilise les professionnels de santé du premier recours, parfois en sous-densité, de manière non appropriée.

Toutefois, les réseaux intervenant au domicile des patients ont un socle-métier d'évaluation commun.

2.2 Le zonage actuel et la couverture territoriale

Les zones d'intervention des réseaux hauts-normands sont très hétérogènes allant du pays (réseaux gérontologiques) à la région (sclérose en plaques) induisant une difficulté à atteindre les objectifs d'activité fixés par les circulaires (200 inclusions annuelles pour les réseaux gérontologiques et 150 pour les soins palliatifs).

Les thématiques sont inégalement réparties sur le territoire régional, voire inexistantes comme le maintien à domicile des personnes âgées.

2.3 La lisibilité des réseaux

Au regard de l'orientation des patients, il apparaît un déficit de lisibilité des réseaux et une méconnaissance de leur action par les institutions sanitaires et médico-sociales, les professionnels du premier recours et les structures de proximité. Cette situation a un impact très direct sur le niveau de leur activité.

2.4 Les moyens des réseaux

Les réseaux disposent de moyens disparates en personnel, en expertise (juridiques, financières…) et en système d'information. Peu d'entre eux ont mis en œuvre les recommandations de mutualisation de moyens, situation défavorable compte tenu des enjeux de maîtrise médico-économique à venir.

De plus, et du fait de leur taille, les réseaux éprouvent des difficultés à assurer la permanence de la réponse et les personnels de coordination réalisent des tâches administratives et/ou financières qui ne relèvent pas de la seule coordination.

III. LES ORIENTATIONS

3.1 Les objectifs

Prévus dans les plans nationaux de santé publique (Bien vieillir, Soins Palliatifs, Maladies Chroniques, Cancer…) et à l'interface de l'institutionnel et du premier recours, les réseaux de santé, en conjuguant leur niveau de spécialisation avec la prise en charge généraliste, ont vocation à participer à :

- l'amélioration de l'accès aux soins par une couverture de l'ensemble du territoire haut-normand et une augmentation du niveau de leur activité (Cf circulaires thématiques).
- le développement de la transversalité et des coopérations avec les professionnels du premier recours, les structures sanitaires, médico-sociales et sociales existantes et entre réseaux.
- l'amélioration de l'efficience :
    - d'une part, des réseaux par le développement des files actives (parallèlement à une stagnation, voire une diminution des moyens), le développement des mutualisations, le recentrage des activités sur le cœur de métier de coordination, le développement d'un système d'information commun et la généralisation de l'analyse médico-économique des réseaux.
    - d'autre part, de l'offre de santé régionale par la participation à la fluidification des filières d'amont et d'aval des institutions médico-sociales (par anticipation de l'institutionnalisation) et sanitaires (par anticipation des sorties, prévention des hospitalisations évitables ou du recours aux structures d'urgence).

3.2 Les principes généraux d'organisation

En préalable, il convient de reclasser les réseaux en trois typologies en fonction de leurs spécificités :

Appui aux soins

- patients peu mobiles.
- dominante de soins médicaux directs.
- situation aigüe pouvant induire une évolution de la décision médicale.

Education Thérapeutique du Patient

- patients mobiles.
- situation chronique.
- application d'une décision médicale.

Régionaux

- situation d'expertise et/ou de recours.

Dans la perspective d'améliorer la couverture territoriale par les réseaux d'appui aux soins :

- création d'un point d'entrée focal par territoire de santé, correspondant à une coordination de 1er niveau en charge de l'organisation des évaluations et de la composition des équipes issues, en tant que de besoin, des personnels des réseaux implantés sur le territoire.
- création de coordinations de 2ème niveau, en lien avec le 1er recours et les structures existantes, avec mission d'évaluation des besoins du patient (appui éventuel d'experts d'autres réseaux) et suivi du plan personnalisé d'intervention.

Dans la perspective d'améliorer la transversalité et la lisibilité :

- inscription dans les filières de soins hospitalières existantes (gériatrie, soins palliatifs) ou à venir (troubles des apprentissages).
- inscription dans un partenariat rapproché avec les professionnels de santé du premier recours des maisons et pôles de santé, notamment dans le cadre des Contrats Locaux de Santé à venir.
- rapprochement / fusion des réseaux douleur et soins palliatifs en application des recommandations de la circulaire du 25 mars 2008.

Dans la perspective d'une extension des activités vers d'autres maladies neurologiques chroniques et vers les personnes en situation de handicap et/ou de dépendance dans le cadre d'un maintien à domicile :

- élargissement de la prise en charge à d'autres maladies neurologiques invalidantes.
- développement de l'activité spécifique aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées à l'ensemble de la région.

Dans la perspective d'améliorer l'efficience des réseaux :

- afin de recentrer les équipes de coordination et d'évaluation sur leur cœur de métier, création d'une structure régionale porteuse de mutualisations (fonctions support, système d'information, analyse médico-économique…).
- rationalisation des effectifs (composition des équipes de coordination de 1er et de 2ème niveau), redéploiements sur les territoires déficitaires.
- création d'un dossier réseau régional du patient, commun à tous les réseaux, et pouvant alimenter le DMP du patient à des fins de coordination avec les offreurs de soins.
- inscription dans une démarche qualité (protocoles, recommandations…).
- adhésion au GCS de TéléSanté pour accès à l'ensemble des prestations proposées (web conférences, messagerie sécurisée, outils collaboratifs…).

3.3 Les déclinaisons opérationnelles des orientations de l'ensemble des schémas prévus au PRS

a) Les déclinaisons spécifiques aux réseaux d'appui aux soins

La mise en œuvre de cette organisation requiert la réalisation des préalables dont la mise en œuvre est la suivante :

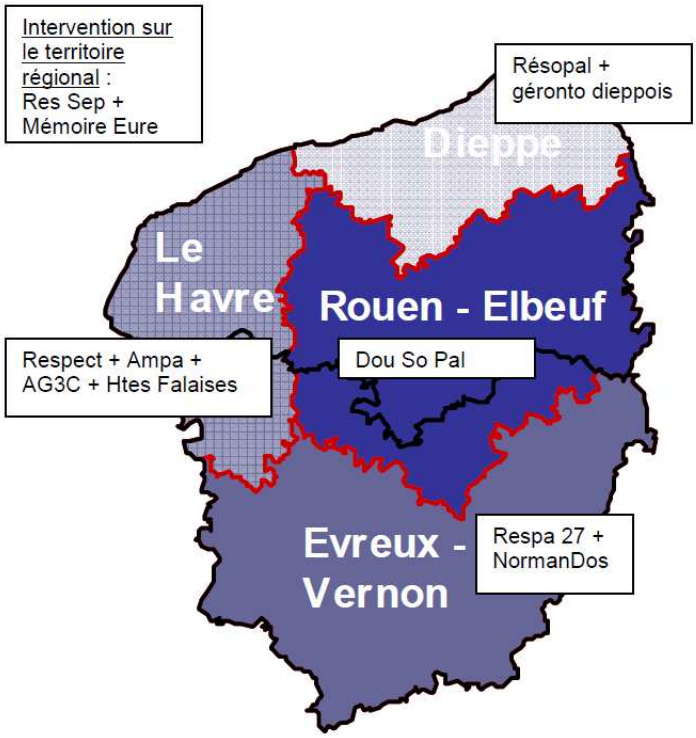
1. détermination des territoires d'intervention des équipes d'évaluation de 2ème niveau, pertinents et utiles aux partenaires et au public.
2. détermination des métiers et besoins en personnel nécessaires au fonctionnement de ces équipes.
3. formation de ces personnels.
4. mise en place progressive d'outils informatiques permettant le transfert et l'échange sécurisés de données entre les 2 niveaux de coordination et avec la structure régionale supra.

Sont concernés les réseaux de maintien à domicile des personnes âgées, de soins palliatifs, douleur, sclérose en plaques et Alzheimer.

Ces réseaux auront pour objectifs :

- la couverture complète de leur territoire de santé et s'appuieront sur les 2 niveaux de coordination mis en place et, en tant que de besoin, sur les réseaux de prise en charge de maladies neurologiques.
- l'inscription dans les filières hospitalières existantes ou à venir.
- augmentation du nombre de patients pris en charge en conformité avec les circulaires thématiques.

Le nouveau schéma d'organisation territorial se décline comme suit :



b) Les déclinaisons applicables à l'ensemble des réseaux

Outre le développement du nombre de patients pris en charge et l'amélioration de leur lisibilité par une communication adaptée, les réseaux doivent s'inscrire dans le processus d'efficience médico-économique promu par le Comité national de gestion du FIQCS à travers le recueil et la restitution d'indicateurs :

- d'activité (patients, médecins libéraux, établissements et services adhérents, équipe du réseau en ETP).
- de qualité et d'analyse des procédures (indicateurs traceurs des procédures de qualité et de sécurité, de continuité des soins, d'atteinte des objectifs).
- de coût.

A cet effet, ils adhéreront à la structure régionale porteuse de mutualisations, au GCS de TéléSanté, rechercheront la rationalisation des ressources humaines, logistiques et financières (dont le développement de recettes subsidiaires).

Ils s'inscriront dans une démarche qualité commune.

Les rapprochements et/ou fusions seront privilégiés.

Enfin, et à la lumière du cahier des charges proposé par l'ASIP-Santé, il sera mis en place un dossier régional commun informatisé compatible avec le DMP afin de permettre la continuité des soins. D'ores et déjà, le portail régional de télésanté facilite les échanges d'informations médicales entre réseaux (messagerie sécurisée) et les coordinations (outils collaboratifs).

c) Articulation avec les autres schémas (SROS, SROSM, Prévention)

Personnes âgees

Articulation avec les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG), inscription dans la filière gériatrique qui vient en appui du domicile.

Réseaux concernés : tous les réseaux d'appui aux soins.

Cancérologie

Participation au développement de l'oncogériatrie.

Réseau concerné : OncoNormand.

Soins palliatifs

Intégration dans la filière soins palliatifs, articulation avec l 'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), participation à la coordination régionale (harmonisation des pratiques, positionnement des structures)

Réseaux concernés : tous les réseaux d'appui aux soins.

Troubles des apprentissages

Inscription dans la filière régionale, adossement au centre de référence du CHU, déploiement du dépistage précoce en lien avec l'éducation nationale.

Réseaux concernés : Esope, Réta 27.

Médico-social (volet Addictions)

Positionnement du nouveau réseau (issu de la fusion des 2 réseaux existants) dans le maillage régional de la prise en charge des addictions.

Réseaux concernés : RIAHN, ToxEnVille.

Prévention

Couverture régionale pour les maladies les plus fréquentes (cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires) et consolidation du rôle de sensibilisation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient.
Réseaux concernés : tous les réseaux d'éducation thérapeutique.

Déploiement régional, élargissement des inclusions, intervention dans des établissements médico-sociaux (établissements. connaissant une prévalence d'obésité importante, dans un 1er temps).
Réseau concerné : repophn.

Extension de l'activité sur le territoire de Dieppe en lien avec les CH de Dieppe et de Eu.
Réseau concerné : marédia.

Extension de l'activité sur le territoire de Pont-Audemer.
Réseau concerné : Diabète de l'Estuaire.

IV. LES INDICATEURS DE SUIVI

ACTIVITE

Réseaux d'ETP :

- nombre de réseaux ayant fait l'objet d'un renouvellement d'autorisation.
- nombre de réseaux ayant mis en place les indicateurs qualité au regard des recommandations HAS.

Tous les réseaux (hors régionaux) :

- nombre de patients inclus.
- file active.
- nombre de patients pour lesquels un projet personnalisé de soins a été établi par le réseau ou auquel participe le réseau.

MEDICO-ECONOMIQUE

Nombre de réseaux :

- ayant mis en place une comptabilité analytique,
- ayant mis en place les indicateurs médico-économiques (dont coût par patient) retenus par la région.

ORGANISATION, PARTENARIATS

Nombre de réseaux :

- ayant adhéré à la structure régionale de mutualisation.
- participant aux filières de soins (soins palliatifs, douleur, personnes âgées, autres…).

Nombre de :

- contrats locaux de santé dans lesquels les réseaux sont inscrits.
- conventions de partenariat signées avec les établissements et services sanitaires, médico-sociaux et/ou sociaux.

SYSTEME D'INFORMATION

Nombre de réseaux :

- ayant adhéré au GCS de TéléSanté.
- ayant un dossier réseau régional informatisé.

② L’offre de soins hospitalière

2.1 Activités de soins relevant du SROS

2.2 Missions de service public

2.1

Activités de soins relevant du SROS

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Médecine

Les projets de décrets réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine et de chirurgie, visent à définir précisément le champ de la médecine et de la chirurgie des établissements de santé publics ou privés qui ont pour mission « de dispenser avec ou sans hébergement des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë ».

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.

Ce volet aborde (à l'exclusion de la cancérologie et de l'addictologie qui font l'objet de volets spécifiques) les disciplines médicales dans leur globalité, c'est à dire dans un dispositif d'ensemble, prises en charge polyvalentes en médecine interne et spécialités médicales, incluant le champ de la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Le présent volet s'inscrit dans une cohérence d'ensemble et renvoie à différents points du Projet Régional de Santé (PRS), en particulier :

- les thématiques transversales : handicap et vieillissement, prise en charge des maladies chroniques, santé mentale et addictions.
- schéma régional de prévention.
- schéma régional d'organisation des soins dans ses volets ambulatoire, Soins de suite et de réadaptation, Soins de longue durée.
- schéma régional d'organisation médico-sociale.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004** relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

- **Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010** relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

- **Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2003-517 du 3 novembre 2003** relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

- **Circulaire DHOS/O4 no2007-108 du 22 mars 2007** relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.

NB : Il convient par ailleurs de prendre en compte le Plan d'actions national AVC 2010-2014, le programme national nutrition santé 2011-2015 et le Plan obésité 2010-2013.

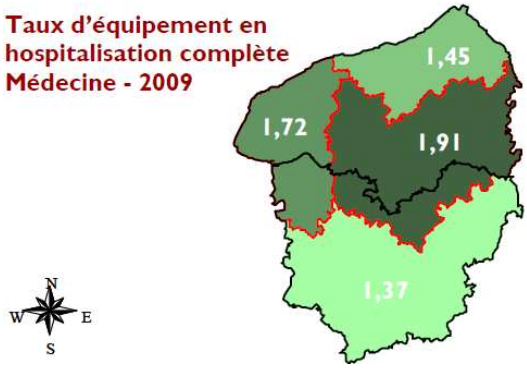
I. DIAGNOSTIC REGIONAL

1.1 L'offre de soins

a) Etat des lieux de l'équipement et des organisations

Son taux d'équipement en lits et places de médecine (y compris HAD) fait figurer la Haute-Normandie à la 17ème place des 22 régions de France métropolitaine *(sources: Statiss 2010).*

3099 lits et 326 places étaient installés en région en 2009 soit un taux d'équipement de 1,71 lits et 0,18 places pour 1000 habitants (*vs* respectivement 1,86 et 0,18 France métropolitaine) avec de fortes disparités intra-régionales : les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon se situent au dessous du taux moyen national. En matière de médecine pédiatrique, le territoire d'Evreux-Vernon, au regard de sa population des moins de 18 ans, a de loin le niveau d'équipement le plus faible de la région.



Court séjour de médecine Territoire de santé/région	Nombre d'implantations au 31.12.2009	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle	
		Nombre de lits	Taux d'équipement pour 1000 hab	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1000 hab
Dieppe	4	244	1,45	21	0,12
Evreux-Vernon	11	536	1,37	50	0,13
Le Havre	10	779	1,72	108	0,24
Rouen-Elbeuf	16	1540	1,91	147	0,18
Total région	**41**	**3099**	**1,71**	**326**	**0,18**

Sources : ARS – SAE 2009

Médecine pédiatrique Territoire de santé/région	Etablissements	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Dieppe	CH de Dieppe	14	2
Evreux-Vernon	CHI Eure Seine / site Evreux	16	2
Le Havre	Groupe hospitalier du Havre	66*	5
	CH des Hautes Falaises	8	
Rouen-Elbeuf	CHU de Rouen	76**	12**
	CHI d'Elbeuf site des Feugrais	12	

** dont 7 lits d'hémato-cancérologie et 12 lits « d'hiver »*
*** dont 18 lits et 6 places d'hémato-cancérologie 10 lits saisonniers au CHU*

Sur le plan des infrastructures régionales, on dénombre 39 implantations au 1er janvier 2011. Les 10 établissements privés rassemblent 12,5% des capacités en lits et places. La région compte 7 établissements de proximité (ex-hôpitaux locaux) dotés de très petites unités de médecine (12 lits au plus), pour la plupart en zone rurale.

22 établissements publics ou privés offrant une activité de médecine sont le siège de structures d'urgences hospitalières. Parmi eux le CHU de Rouen et le Groupe Hospitalier du Havre disposent de structures autonomes des urgences pédiatriques (SUP). Aux CHI Elbeuf (site des Feugrais), CHI Eure Seine (site d'Evreux) et CH de Dieppe, une permanence médicale pédiatrique permet la prise en charge des urgences pédiatriques dans le cadre de leurs structures d'urgences.

b) Activité des établissements

Activité des services de Médecine (données déclaratives SAE)

L'activité déclarée de médecine est prépondérante au sein des établissements de santé, totalisant 148 009 entrées hospitalisation complète en 2009, soit 49,7 % des entrées en soins de courte durée). La région enregistre 942460 journées réalisées en hospitalisation complète et 44 339 venues en hospitalisation de jour hors chimiothérapie.

Production de soins de médecine (PMSI)

Il s'agit de l'activité produite au sens du PMSI par les établissements. L'activité inclut notamment des séjours médicaux produits par les services de chirurgie ou d'obstétrique. Le champ de la médecine pédiatrique est celui des patients de moins de 18 ans, hors nouveaux nés (CMD 15).

Activité globale

Territoire/région	Médecine adultes		Médecine pédiatrique*	
	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de séjours	Nombre de journées
Dieppe	13001	67700	1387	2054
Evreux-Vernon	34253	140868	1724	2276
Le Havre	46736	225408	5268	11229
Rouen-Elbeuf	99133	399339	10713	29089
Total région	**193123**	**831266**	**19092**	**44648**

Sources : PMSI 2009 hors séances
** hors CMD15 (nouveaux nés)*

La médecine pédiatrique représente environ 9% des séjours de médecine (à l'exception du territoire d'Evreux-Vernon où ce taux n'est que de 4,8%). 92.% de ces séjours ont été effectués dans les 6 établissements publics de la région disposant d'un service identifié de pédiatrie.

Séjours de médecine avec actes techniques médicaux

Il s'agit de séjours comportant, avec sous sans anesthésie générale ou locorégionale, au moins un acte technique médical relevant du code générique ATM de la CCAM : actes d'endoscopie et divers actes diagnostiques (audiométrie, petits actes ophtalmologiques, dermatologiques,…), actes de radiologie et cardiologie interventionnelle, actes de chimiothérapie, actes de radiothérapie, actes de médecine nucléaire thérapeutique.

Territoire/région	Nombre de séjours avec actes techniques médicaux	
	Médecine adultes	Médecine pédiatrique*
Dieppe	5505	179
Evreux-Vernon	18734	520
Le Havre	22598	4699
Rouen-Elbeuf	35839	9257
Total région	**82676**	**14655**

Sources : PMSI 2009 hors séances
** hors CMD15 (nouveaux nés)*

Globalement, 35,5% des séjours avec actes techniques médicaux sont réalisés dans les cliniques privées.

Dans le domaine de la médecine adulte, les séjours avec actes techniques médicaux représentent environ 43% des séjours, avec de faibles variations selon les territoires. En revanche, dans le champ de la pédiatrie, la proportion des séjours avec actes techniques médicaux est majoritaire dans les territoires du Havre (90%) et de Rouen-Elbeuf (86%), de 30% pour Evreux-Vernon et seulement de 13% pour le territoire de Dieppe.

Concernant les séances avec actes techniques médicaux chez les enfants de 11 ans et plus, les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon subissent des fuites non seulement vers le territoire de Rouen-Elbeuf (respectivement de 35,2% et 24,8%), mais aussi hors région (respectivement 22,2% et 39,1%).

c) Situation démographique des professionnels de santé

En matière de démographie des professionnels de santé la région est globalement déficitaire avec des disparités infrarégionales (voir 1.1 l'organisation des soins de ville).

Le département de l'Eure détient la densité de médecins la plus basse de France et DOM réunis, tant pour les généralistes que pour les spécialistes dans leur ensemble. Ce déficit concerne plus particulièrement les salariés exclusifs.

S'agissant de l'offre hospitalière publique la situation de la pédiatrie, la pneumologie et de la neurologie sont les plus préoccupantes, mais toutes les disciplines sont en difficultés démographiques.

A souligner que la densité régionale de pédiatres (libéraux et salariés) est très inférieure à la moyenne nationale, avec 33 pédiatres pour 100 000 personnes de moins de 18 ans contre 46 pour la France hexagonale. Ce déficit est particulièrement marqué dans l'Eure (densité 12).

d) Interfaces d'amont et d'aval

Le premier recours, en première ligne dans l'accès et la dispensation des soins primaires et le maintien à domicile, subit les phénomènes précédemment décrits de pénurie démographique des professionnels, pénurie qui fragilise d'autant les organisations hospitalières existantes et rend difficile le développement des prises en charge ambulatoire ou au domicile.

La fréquentation des services d'urgences adultes et pédiatriques dans la région est particulièrement élevée. Si celle-ci est restée stable de 2008 à 2010, la proportion de primo passages des plus de 75 ans a augmenté de 4,8% (+10% sur le territoire du Havre, +9,4% sur le territoire d'Evreux-Vernon) entrainant mécaniquement une part croissante d' admissions non programmées de personnes âgées (source : Cellule INVS en région- ARS Haute-Normandie).

Notre région présente des capacités insuffisantes en SSR, HAD, plus marquées sur certains territoires, et un manque de structures de prises en charge pour des patients jeunes porteurs de handicaps lourds. En matière de prises en charge des personnes âgées en EHPAD, on constate des difficultés relatives à l'accessibilité financière au dispositif et à l'impossibilité de nombre d'EHPAD à répondre la nuit aux besoins de prises en charge de malades très âgés et fragiles, nécessitant des soins continus, en raison de l'absence d'infirmière. Ces difficultés retentissent sur la fluidité de l'aval de l'hospitalisation complète en médecine, expliquant en partie une durée moyenne des séjours supérieure de 10% à la moyenne nationale (6,4 jours vs 5,8).

1.2 La demande de soins

a) La demande appréciée au regard de l'évolution de la démographie

La population de Haute-Normandie est relativement moins âgée que la moyenne nationale : en 2009 la population des 0-19 ans représentait 25,8% de la population totale (contre 24,6 % pour la France métropolitaine), les 75 ans et plus 8,2% de la population régionale (France métropolitaine : 8,8%).

Entre 2009 et 2016 (projections OMPHALE actualisées fin 2010 par l'INSEE) la population régionale augmentera plus faiblement (2,1%) qu'en moyenne nationale (3,7%), et le nombre des 75 ans et plus devrait, comme France entière, augmenter de 9,7%. Le territoire Evreux-Vernon connaitra une croissance plus marquée de sa population générale (4,75%), et particulièrement des 75 ans et plus (+12,1%).

b) La demande appréciée au regard du recours aux soins

Le contexte régional

Les indicateurs sociaux comme les indicateurs de mortalité sont plus défavorables que ceux de la moyenne nationale. La situation la plus préoccupante concerne la mortalité prématurée avant 65 ans, en particulier du fait des cancers, des suicides ou maladies liées à une consommation excessive d'alcool. De par son contexte industriel, la région paie un lourd tribut aux maladies et accidents professionnels (cancers, affections liées à l'amiante).

D'une façon plus générale, plusieurs indicateurs situent la région dans celles les plus touchées par des déterminants de santé que sont l'alcool, le tabac, les pathologies qui en découlent, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux. A noter que la Haute-Normandie est l'une des régions les plus touchées par l'obésité : Avec 15,2% de personnes adultes obèses, elle se classe en neuvième position des régions françaises les plus touchées par l'obésité *(Etude ObEpi.2009).* D'après l'enquête Escapad, 10,2% des adolescents (17-18 ans) seraient en surpoids en Haute-Normandie (contre 7,1% France entière).

Par ailleurs les situations de précarité que connaît notre région sont un élément favorisant le recours aux soins hospitaliers. Dans les 6 Permanences d'Accès aux Soins de Santé, rattachées aux principaux centres hospitaliers de la région, on note une proportion en constante augmentation du public ayant une couverture sociale insuffisante ou n'en ayant pas ou plus.

Recours aux soins

Le niveau de recours aux soins représente la « consommation de soins » de la population d'un territoire donné, quelque soit le lieu d'hospitalisation (dans la région ou hors région).

La DGOS propose une analyse du PMSI 2009 selon deux angles :

- une approche agrégée mais distinguant l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation complète, ainsi que « la pratique d'actes techniques de médecine à visée diagnostique ou thérapeutique avec anesthésie générale ou locorégionale utilisant le cas échéant l'imagerie médicale », appelée «techniques interventionnelles».
- une approche détaillée par groupe d'activité (Groupe type planification).

Type d'activité	Mode de prise en charge	Taux de recours 2009 standardisés pour 10000 hab.					Taux de recours 2009 ajustés pour 10000 hab.					Taux national
		Région	Rouen/ Elbeuf	Dieppe	Le Havre	Evreux/ Vernon	Région	Rouen/ Elbeuf	Dieppe	Le Havre	Evreux/ Vernon	
Médecine	Hospitalisation Complète	**856**	811	854	915	881	**798**	779	743	834	819	844
	Hospitalisation Partielle	**279**	303	222	263	271	**279**	303	222	263	271	279
Techniques inter-ventionnelles	Complète et partielle	**348**	366	288	340	345	**348**	366	288	340	345	384

Sources : Insee projections OMPHALE actualisées fin 2010- DGOS activité PMSI 2009 soumise à OQOS

Après ajustement sur l'âge, le sexe et l'état de santé, les taux de recours des résidents haut-normands aux soins de médecine en hospitalisation complète se situent au dessous du taux moyen national, tant au niveau régional que pour chacun des 4 territoires de santé, le taux le plus bas étant constaté pour les patients du territoire de Dieppe.

Cette sous activité relative de la région et en particulier de Dieppe est le reflet du mauvais état de santé de la population : l'écart entre les taux de recours standardisés et ajustés est de -6,7% pour la région, mais de -13% pour les résidents du territoire de Dieppe, - 9% pour le territoire du Havre.

Au niveau régional, considérant le recours aux soins hospitaliers de médecine au travers de l'analyse du PMSI 2009 selon les Groupes type planification, hors chimiothérapie, radiothérapie, séances et endoscopies, les taux de recours standardisés les plus importants sont observés dans les groupes suivants : hépato-gastro-entérologie (160,7 séjours pour 10 000 habitants), pneumologie (122), cardiologie (114), neurologie médicale (91,5), uro-néphrologie (65,9).

Les chiffres sont assez comparables aux taux de recours médians nationaux.

L'approche par territoire met en évidence un taux de recours standardisé très élevé dans les groupes hépato-gastro-entérologie (184,5) Toxicologie, Alcool (58,3) au Havre, dans le groupe Fièvre, Infection, Septicémie (40,1) et VIH (7,4) sur Rouen/Elbeuf, élevé dans le groupe pneumologie sur Evreux-Vernon (144) dans le groupe Endoscopies génito-urinaires (24,7) sur Dieppe , contrastant avec des taux de recours très bas dans les groupes endoscopies digestives et bronchiques dans ce même territoire.

Sur le plan de la médecine avec actes techniques, on notera un taux de recours aux endoscopies digestives avec ou sans anesthésie en dessous de la médiane France entière (160,6 vs 187,8).

La situation démographique des professionnels de santé est un des facteurs explicatifs d'écarts de recours aux soins (exemple du territoire d'Evreux-Vernon où l'absence de pneumologues libéraux pourrait expliquer un report vers le secteur hospitalier).

Cette approche analytique ne doit pas faire perdre de vue le recrutement croissant en médecine adultes, de personnes âgées porteuses de poly-pathologies.

Dans le domaine pédiatrique une caractéristique particulière est la saisonnalité de certains recrutements (pics d'admissions de novembre à mars de bronchiolites chez les nourrissons, asthme, grippe, gastro-entérites). La région Haute Normandie est parmi les plus touchées, en nombre et sévérité, par les affections respiratoires de l'enfant et de l'adolescent (bronchiolites, broncho-pneumopathies, asthme …) qui représentent le quart des pathologies rencontrées et la première cause d'hospitalisation dans les services de pédiatrie de la région.

Flux des patients (fuite et attractivité)

En raison des fuites extrarégionales (9,9%), la Haute Normandie subit un impact négatif des flux sur l'activité de soins de médecine de - 6,7%.

Territoire de santé/région	Séjours d'hospitalisation en médecine des patients du Territoire/région	Taux de fuite
Rouen-Elbeuf	113578	8,7%
Le Havre	68163	15,3%
Evreux-Vernon	59975	38,8%
Dieppe	26354	41,6%
Total région	**268070**	**9,9%**

Sources : Cartographie Parthage PMSI 2009

La région présente par ailleurs de fortes disparités inter-territoriales : les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon présentent des taux de fuites très importants avec une forte attraction de l'agglomération rouennaise du fait notamment du rôle de recours régional du CHU, qui réalise 26% des séjours des patients hauts-normands. Le tiers des séjours consommés par les résidents de Dieppe sont réalisés sur Rouen-Elbeuf. Le quart des séjours consommés par les résidents d'Evreux-Vernon sont réalisés hors région (essentiellement Ile de France).

Hors champs très techniques et cancérologie, l'étude des flux des patients (tous âges) par grand Domaine d'activité (production et consommation) montre les éléments suivants :

- les fuites de Dieppe vers Rouen-Elbeuf portent sur l'ophtalmologie (52,6%), la rhumatologie (42,4%), l'endocrinologie (36%).
- les fuites depuis le territoire d'Evreux-Vernon (en et hors région) portent sur les maladies infectieuses et VIH (65%), l'hématologie (48%), la rhumatologie (46%), la neurologie (44,8%), l'endocrinologie-diabète (41%).

Chez les moins de 18 ans l'analyse des taux de fuites hors et en région par Groupe de Planification montre que les fuites sont bien plus importantes depuis Evreux-Vernon (61% globalement) et dans quasiment tous les groupes.

Ces flux intra-régionaux sont le reflet d'une organisation territoriale hospitalière qui suscite des forces centripètes vers le Grand Rouen mais aussi des forces centrifuges aux limites de la région avec de nombreux sites hospitaliers de petite ou moyenne importance qui y sont localisés et rencontrent des difficultés pour attirer des praticiens. La région compte en effet 7 pôles d'attraction majoritaires (c'est-à-dire au-delà de 4000 séjours) d'inégale importance : agglomérations de Rouen (44,6% des séjours), du Havre (18,5), d'Evreux, Dieppe, Vernon, Fécamp, et Lillebonne.

1.3 Principales évolution sur la période du SROS III

Le développement de l'offre, attendu en priorité sur les modes alternatifs d'hospitalisation, s'apprécie par une augmentation de 21,6% du nombre de places d'hospitalisations de jour sur la période du SROS III.
Toutefois, cette augmentation ne s'est pas traduite par une évolution proportionnelle de l'activité déclarée par les établissements, mais à contrario par un infléchissement que l'on peut expliquer par des évolutions réglementaires en matière de facturation (publication de l'arrêté sur les forfaits sécurité et environnement hospitalier SE). Par ailleurs, l'activité déclarée globale en hospitalisation complète a cru très sensiblement malgré une quasi stabilité de l'équipement.

Activité de médecine		2006	2007	2008	2009
Hospitalisation complète	journées réalisées	894128	887292	913740	912 329
	entrées totales	119121	121754	130064	132 309
Hospitalisation de semaine	journées réalisées	25904	24882	24483	30 131
	entrées totales	15143	13693	13819	15 700
Hospitalisation de jour hors chimiothérapie	venues		51763	50831	44 339

Source SAE

Les recompositions et modernisations suivantes ont été opérées ou sont en cours depuis la publication du SROS 3 en 2006 :

- sur le territoire Rouen-Elbeuf : à l'Hôpital de Gournay-en-Bray, arrêt de l'activité de médecine au profit des soins de suite et de réadaptation. Au site St Julien du CHU Hôpitaux de Rouen, requalification en lits de soins suite réadaptation de 20 lits de médecine fonctionnant en mode SSR.
- sur le territoire du Havre : construction du Pôle-Mère-Enfants-Urgences du groupe hospitalier du Havre ; ouverture en 2010 de l'Hôpital privé de l'Estuaire, né du regroupement des cliniques du Petit Colmoulins et François 1er ; à l'Hôpital de Bolbec, arrêt de l'activité de médecine au profit des soins de suite et de réadaptation dans le cadre de la fusion avec l'Hôpital de Lillebonne (CHI Caux Vallée de Seine).
- sur le territoire de Dieppe : création en 2008 de la clinique Mégival, issue de la fusion juridique et du regroupement physique des Cliniques Saint Pierre et Les Fougères de Dieppe sur la commune de Saint Aubin sur Scie.
- sur le territoire Evreux-Vernon : ouverture en 2010 du nouvel hôpital d'Evreux (CHI Eure Seine) sur le site de Cambolle ; poursuite de la démarche de rapprochement des cliniques Pasteur et Bergouignan sur un site unique.
- par ailleurs, 6 ex-hôpitaux locaux de la région, dotés de très petites capacités de médecine et de SSR, et compte tenu de la réalité des prises en charge, sont actuellement en cours de restructuration.
- substitution de la médecine par le renforcement l'activité SSR pour les Hôpitaux Saint-Valéry-en-Caux, St Romain-de-Colbosc, les Andelys, le Neubourg, Breteuil-sur-Iton.
- réorientation globale de l'Hôpital Local de Conches-en-Ouche vers un EHPAD.

En matière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, sur les 3 unités neuro-vasculaires prévues par le SROS 3 (CHU de Rouen, GHH au Havre, CHI Eure Seine site Evreux), seule la première est pleinement opérationnelle.

En matière de prise en charge sanitaire des personnes âgées, le maillage du territoire est en voie d'achèvement au travers de filières de soins gériatriques déclinées à partir des 7 établissements support dotés de services de court séjour gériatrique: CHU de Rouen, CHI Elbeuf-Louviers, GHH, CHI Eure-Seine, CH Dieppe, CH Fécamp, CH Gisors.

Sur le plan quantitatif, l'objectif du SROS était de dédier au sein de chaque territoire de proximité 7 lits de médecine polyvalente pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans et au niveau des 4 territoires de santé de la région, 1 lit de court séjour gériatrique pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans. Sur ce dernier point, si la densité régionale en 2009 atteignait 1,4 lit de court séjour gériatrique pour 1000, seul le territoire Evreux-Vernon, avec 0,8, restait en deçà de l'objectif.

En matière de prévention et d'éducation à la santé, pour participer au développement des actions de prévention et d'éducation à la santé des patients, le SROS 3 avait proposé qu'un dispositif multi-partenarial de proximité puisse relayer les actions de santé publique inscrites notamment au plan régional de santé publique. Des actions de prévention (tabac, addictions…) et d'éducation ciblées sur certains publics ou pathologies se mettent en place et s'organisent au sein des établissements.

Les maisons de santé et du patient sont pour certaines mises en place. La mise en œuvre d'unité de prévention et d'éducation au sein de chaque établissement de santé de recours reste un projet à confirmer dans le cadre du schéma régional de prévention, et à décliner.

En matière de coordination, l'ARS finance et soutient la mise en place de l'outil informatique "Trajectoire", porté par la cellule de coordination SSR de Haute Normandie créée en 2009, et permettant aux services de court séjour d'orienter les patients vers le service de Soins de Suite et de Réadaptation ou d'HAD le plus adapté. Le déploiement du dispositif doit permettre de réduire les inadéquations en aval du court séjour et d'optimiser les trajectoires des patients.

1.4 Identification des problématiques et des besoins non couverts

Les indicateurs régionaux de morbi-mortalité défavorables, des représentations de la santé influant négativement sur les comportements individuels et l'estimation des pathologies dans certains territoires, soulignent l'importance en amont des actions de prévention, de l'accessibilité aux soins, de l'éducation à la santé, dont les insuffisances actuelles peuvent être parmi les facteurs explicatifs.

Une augmentation attendue des besoins liée au vieillissement de la population : la région devra faire face à un nombre croissant de personnes âgées nécessitant une prise en charge particulière, comportant des soins complexes et multiples, non seulement à domicile (pour la majorité d'entre eux), mais aussi en court séjour de médecine. De fait, hormis les troubles cognitifs, la frontière devient de plus en plus ténue entre la médecine interne au recrutement de patients d'âge croissant, et la médecine gériatrique spécialisée. En corollaire se pose la question de l'organisation de la réponse aux problématiques psycho-gériatriques et la formation des équipes.

Un certain nombre d'inadéquations et d'hospitalisations évitables en lien avec la situation des interfaces d'amont et d'aval

- La fragilisation de la réponse de premier recours, l'inadaptation des organisations aux prises en charge de malades institutionnalisés très âgés et fragiles, nécessitant des soins continus, participe à la mise sous tension du secteur de la médecine par un certain nombre de flux hospitaliers pour partie inappropriés ou évitables, via les admissions par les urgences. En aval, ces situations de fragilité peuvent être un frein au retour à domicile.
- La redéfinition des lits d'USLD, aboutissant à une nouvelle répartition des capacités de lits d'USLD vers les USLD redéfinies et vers les EHPAD, a conduit à admettre en EHPAD des patients requérant un haut niveau de médicalisation qui, s'il n'est pas assuré, peut être source de transferts éventuellement itératifs en court séjour.

- Par ailleurs notre région connaît des difficultés récurrentes d'aval liées à des capacités insuffisantes en SSR, HAD, en structures de prises en charge pour des patients jeunes porteurs de handicaps lourds, et à l'impossibilité de nombre d'EHPAD à répondre aux besoins de prises en charge de malades très âgés et fragiles, nécessitant des soins continus, en raison de l'absence d'infirmière la nuit.
- Les structures hospitalières pédiatriques sont souvent occupées de façon inadéquate par des grands enfants ou adolescents, présentant des problématiques psycho-sociales et/ou des troubles du comportement, entrés par les urgences en provenance de structures médico-sociales.

La région devra faire face plus particulièrement à un certain nombre d'enjeux pointés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, et réévalués en 2009 (rapport de décembre 2009 du Haut Conseil de la santé publique)

- L'augmentation de la prévalence de l'obésité, tant chez l'adulte que chez l'enfant, et ses conséquences médicales (cardio-vasculaires, diabète, respiratoires, ostéoporose). A noter que l'obésité est en passe de devenir la première cause d'insuffisance respiratoire chronique en France comme en Haute Normandie, avec un nombre croissant d'hospitalisations pour décompensations aiguës.
- L'insuffisance cardiaque, dont la prévalence globale est en augmentation du fait du vieillissement de la population et des progrès réalisés dans le traitement de la maladie coronaire. Une part importante des ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie et le développement de programmes d'éducation thérapeutique.
- L'asthme de l'enfant et de l'adulte dont un contrôle insuffisant peut être à l'origine de décompensations donnant lieu à un certain nombre d'hospitalisation évitables.
- Les AVC première cause de handicap moteur de l'adulte, deuxième cause de démence, troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources.
- Les addictions, avant tout alcool et toxicomanie, et leurs multiples conséquences.

Des inégalités dans l'accès aux soins, sur les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon, avec un report de la demande sur l'agglomération rouennaise

Ces deux territoires cumulent les indicateurs les plus faibles en matière d'offre hospitalière et de professionnels de santé, de taux de recours aux soins, de production de séjours avec actes techniques médicaux, et affichent les taux de fuite les plus importants avec une attraction marquée vers l'agglomération rouennaise. Celle-ci subit par voie de conséquence un report dans la demande de soins.

La situation démographique, en particulier dans l'Eure, des professionnels de santé est source de difficultés d'accès aux soins non seulement médicaux (médecine générale, pédiatrie, pneumologie, endocrinologie-médecine interne, neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie, notamment) mais aussi paramédicaux (notamment kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, domaines particulièrement concernés par le champ pédiatrique).

Une fragilité de l'offre hospitalière de proximité en dehors des grands pôles urbains

La région compte 7 établissements de proximité (ex-hôpitaux locaux) dotés de très petites unités de médecine (12 lits au plus) : CH de Barentin, le Neubourg, St Romain de Colbosc, St Valéry-en-Caux, Les Andelys, Pacy-sur-Eure, Pont de l'Arche (la médecine demeurant, pour ces deux derniers, la seule activité sanitaire).

La faible capacité de telles unités les expose, au regard des enjeux de la future tarification à l'activité, à des difficultés d'équilibre des recettes. Par ailleurs, pour la majorité d'entre elles, le fonctionnement médical et la sécurisation de la continuité des prises en charge sont tributaires de la situation démographique locale des médecins généralistes libéraux, particulièrement préoccupante dans l'Eure.

D'une façon générale, du fait du vieillissement et des poly-pathologies, si le modèle univoque de prises en charge par filières spécialisées n'est pas pertinent, la construction de filières et organisations spécifiques demeure indispensable dans un certain nombre de domaines: en matière de prise en charge des AVC, des syndromes coronariens aigus, mais aussi des maladies rares…

En matière de coordination des soins entre la ville, l'hôpital et le médicosocial

Les réseaux de santé, dont la vocation est la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social autour des patients justifiant de prises en charge complexes, n'assurent qu'une couverture incomplète de la population à ce jour et leur développement connaît beaucoup d'incertitude. Pour autant, le besoin d'une coordination des professionnels des différents secteurs reste indispensable.

En matière de prise en charge des AVC, le dispositif est incomplet

Seul le territoire de Rouen-Elbeuf dispose d'un accès permanent à l'UNV du CHU. Rapportée à la région, l'activité de thrombolyse en 2010 reste inférieure de moitié à l'activité potentielle attendue (AVC ischémique éligible à la technique). L'accès à l'IRM en urgence, 24h sur 24, n'est possible sur aucun des territoires.

En matière de prise en charge des syndromes coronariens aigus, la pratique des transports secondaires induit un allongement des délais de prise en charge et donc une perte de chance pour les patients.

1.5 Identification des enjeux et perspectives

Les principaux enjeux du présent volet médecine du SROS sont :

- la prise en compte du vieillissement démographique et, par conséquent, du développement des maladies chroniques et des situations de poly-pathologies impliquant de nouveaux besoins et une adaptation de l'offre.
- le rééquilibrage nécessaire entre les territoires de santé au regard des enjeux d'inégalité d'accès aux soins ne pourra pas se faire sans un renforcement de la ressource médicale, hospitalière comme ambulatoire. Les besoins sont insuffisamment couverts sur les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon, appelant un renforcement de la ressource médicale dans plusieurs spécialités identifiées.
- La consolidation du premier recours, l'amélioration de la situation des interfaces hôpital/ville/médico-social d'amont et d'aval afin de limiter les inadéquations, les hospitalisations évitables, et améliorer la réactivité des prises en charge non programmées.
- de maintenir une réponse hospitalière de proximité, en tenant compte de la situation préoccupante de la démographie médicale, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière. Au regard des impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins attendus, le recentrage sur une activité sanitaire de type SSR sera privilégié dans les ex-hôpitaux locaux dotés de très faible capacités de médecine, en lien avec les établissements de recours sur lesquels un report de l'offre est à prévoir.
- achever la construction des filières de prise en charge des urgences neuro-vasculaires (AVC) sur l'ensemble du territoire régional.

II. ORIENTATIONS ET EVOLUTIONS

2.1 Axes généraux

Les soins de médecine hospitalière sont destinés à des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Ils prennent en compte les aspects physique, psychique et social des patients.

Les soins de médecine hospitalière consistent :

- en des prises en charge polyvalentes en médecine interne, pour les diagnostics complexes ou en vue de répondre aux situations de poly-pathologies,
- en des prises en charge médicales spécifiques dans une ou plusieurs disciplines ou spécialités médicales.

Ils comportent, le cas échéant, des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des actes techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale.

Compte tenu des indicateurs régionaux de santé préoccupants, le développement des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé des patients et leurs familles à l'hôpital comme en ambulatoire est un enjeu important. Ces actions doivent être relayées et portées par l'ensemble des professionnels de santé, dont les établissements de santé. Les cibles prioritaires pour la région seront l'insuffisance cardiaque, et, chez l'enfant et l'adulte, l'asthme, le diabète, l'obésité, les addictions.

Les activités favorisant l'implication et la maîtrise de la personne atteinte de maladie chronique dans la gestion de son parcours de soins doivent en outre être favorisées, notamment l'éducation thérapeutique, et l'utilisation des principes dits de gestion de la maladie (*disease management*) et leur mise en œuvre auprès de chaque personne atteinte de maladie chronique (*case management*).

Les principaux objectifs opérationnels du présent volet médecine du SROS sont :

- le développement et le renforcement de l'offre de prise en charge polyvalente en médecine interne,
- de maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière en tenant compte de la démographie médicale,
- de répondre aux enjeux de sécurité des soins, d'accès aux soins et d'égalité d'accès aux plateaux techniques de médecine spécialisés,
- la prise en compte du vieillissement de la population prise en charge et, par conséquent, du développement des maladies chroniques et des situations de poly-pathologies,
- de favoriser la fluidité des parcours de soins des patients,
- d'améliorer la situation des interfaces hôpital/ville/médico-social d'amont et d'aval afin de limiter les inadéquations, les hospitalisations évitables, et améliorer la réactivité des prises en charge non programmées.

2.2 Principes d'organisation

a) Accès aux soins

La structuration forte au niveau ambulatoire du premier recours, est un élément déterminant dans l'accès aux soins hospitaliers. Le dispositif est en première ligne dans l'entrée dans le système de soins, la prévention, la prise en charge du patient, son suivi et la coordination de son parcours, ainsi que dans l'éducation au bon usage des structures de santé.

Dans ce domaine, le décloisonnement du système de santé doit être encouragé, notamment par la promotion de nouvelles pratiques collaboratives, de modes de coopération interprofessionnelle, des réseaux et maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, en particulier sur une base territoriale.

L'accès direct aux unités de médecine hospitalières sera recherché autant que possible via un dialogue entre médecins demandeurs et hospitaliers, permettant une admission souvent plus rapide, adéquate, et sans passage préalable aux urgences.

L'insertion sanitaire des patients en difficultés sociales sera facilitée par le déploiement des PASS, en lien avec les services d'urgences, notamment dans certaines zones, pour des patients dont la santé fait l'objet d'une représentation médiocre, d'une faible motivation pour les soins, en particulier pour la prévention.

b) Gradation de soins hospitaliers et l'organisation territoriale

Quatre niveaux de soins hospitaliers sont définis :

Un niveau d'activité de médecine exercée hors permanence des soins

Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité incluant les unités de médecine des établissements sans plateau technique, ainsi que les unités spécialisées ou non d'établissements pour lesquelles, si la continuité des soins est requise, l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés ne le sont pas. Ce niveau comprend le cas échéant les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie.

Les établissements sans plateau technique couvrent les besoins de prises en charge polyvalentes des populations et du territoire de proximité. Ils participent à l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients, en particulier les personnes âgées, et contribuent à structurer les articulations ville-hôpital-médico-social. ils constituent des points d'appui privilégiés pour la structuration de l'offre de premier recours avec les professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé, en première ligne dans l'accès et la dispensation des soins primaires ainsi que le maintien à domicile.

Des consultations hospitalières spécialisées avancées pour le dépistage et le diagnostic doivent être organisées dans les établissements sans plateau technique, en lien avec les établissements de recours.

Un niveau de recours territorial

Il se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et non programmée en lien avec le réseau des urgences, avec une obligation de permanence des soins. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie. Relèvent de ce niveau les pôles d'expertise d'établissements privés avec accès 24h/24 sécurisé par une permanence des soins dès l'admission dans l'établissement.

Un niveau de recours régional

Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées dans des disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation, à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.
A ce niveau se situent les centres de compétence et de référence dédiés aux maladies rares, les unités ressources assurant le bilan préalable et le suivi des transplantations.

Un niveau de recours interrégional

Il correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Le CHU représente le centre interrégional de référence et d'expertise :

- dans le domaine pédiatrique pour l'hémodialyse, les maladies rares du métabolisme phospho-calcique, l'épilepsie profonde et complexe, les greffes de cellules hémato-poietiques.
- chez l'adulte pour l'exploration et la prise en charge des pathologies relevant de neurochirurgie et notamment épilepsies profondes et complexes relevant éventuellement d'un traitement chirurgical en liaison avec le CHU de Lille, l'exploration et la prise en charge de pathologies neurologiques nécessitant une prise en charge en radiologie interventionnelle.

  A ces activités spécifiques sont associées la prise en charge des maladies rares par le biais des centres de référence ou des centres de compétences.
- L'organisation de la transplantation cardiaque et rénale.

c) Amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

- Tout établissement de santé porteur d'une autorisation d'activité de médecine doit garantir :
  - une organisation en interne ou par voie de convention permettant d'assurer au patient, en fonction de ses besoins, un accès à l'imagerie médicale, à la biologie médicale, et au plateau technique de recours.
  - la continuité médicale des soins pour les patients hospitalisés dont il a la charge.

- L'offre de prises en charge polyvalentes en médecine interne et en médecine gériatrique sera renforcée si nécessaire et structurée sur les sites hospitaliers comportant une activité d'urgences pour faire face à l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de poly-pathologies.

- Compte tenu des taux de fuites constatés et en réponse à des besoins avérés :
  - sur le territoire de Dieppe : développer une offre de médecine spécialisée Hôpital ou coordonnée Ville/Hôpital, en neurologie, endocrinologie-médecine interne, ophtalmologie, et rhumatologie.
  - sur le territoire d'Evreux-Vernon : développer une offre de médecine spécialisée hospitalière, inter-hospitalière ou coordonnée Ville/Hôpital, en pédiatrie, pneumologie, neurologie, endocrinologie-médecine interne, rhumatologie, infectiologie et hématologie.

- La structuration de filières spécialisées pour lesquelles les temps et les conditions d'accès à un plateau technique adéquat sont particulièrement importants est indispensable :

Filière des syndromes coronariens aigus

Tout syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST justifie une prise en charge dans la filière cardiologique via la régulation par le 15 pour orientation vers un plateau technique de cardiologie interventionnelle dans un délai de 60 mn à partir du diagnostic confirmé.

Filière des urgences neuro-vasculaires (AVC)

L'entrée dans la filière de l'ensemble des AVC passe par une régulation par le 15, pour orientation vers un des deux centres hospitaliers disposant de compétences neuro-vasculaires, au sein des UNV de Rouen et du Havre. L'accès par les CHI Eure-Seine, site de Cambolle, à titre transitoire, et de Dieppe s'organisera grâce à l'outil Télémédecine en lien avec le CHU. L'organisation du transfert vers l'UNV devra impérativement être organisée pour respecter le délai inhérent à la réalisation de la thrombolyse (AVC ischémiques). Chaque UNV organisera dès l'admission les prises en charge multidisciplinaires qu'il s'agira de développer. La réinsertion professionnelle sera assurée via les SSR, mais sera envisagée le plus précocement possible dès le court séjour.
A l'avenir, l'accès en urgence à l'IRM devra être organisé 24h sur 24, conformément aux recommandations.
Il conviendra enfin de dédier une consultation de suivi des patients en post-AVC et de développer un programme d'éducation thérapeutique commun.

Dans le domaine gériatrique

Le maillage du territoire sera finalisé au travers des filières de soins gériatriques déclinées à partir de 7 établissements support, inscrits sur le niveau de recours territorial: CHU de Rouen, CHI Elbeuf-Louviers, GHH, CHI Eure-Seine, CH Dieppe, CH Fécamp, CH Gisors. L'orientation vers leurs unités de court séjour gériatrique doit privilégier les cas aigus et les plus complexes de patients âgés les plus fragiles, porteurs de poly-pathologies actives, en situation de perte d'autonomie physique et cognitive.

Les Unités Mobiles Gériatriques intra-hospitalières existantes, adossées à ces services, ont vocation à apporter leur compétence spécifique auprès des personnes âgées hospitalisées dans les autres services de soins et à assurer un rôle de liaison entre ces derniers et les différentes structures gériatriques intra et extra hospitalières ainsi que les intervenants du domicile.
Les unités de médecine interne relevant du niveau d'activité exercée hors permanence des soins, sont une des portes d'entrée et un maillon à part entière de la filière de soins gériatriques. Les atteintes mono-pathologiques relèvent plus des services de spécialités d'organe en lien alors avec les services de gériatrie par les équipes mobiles.

Compte tenu de l'augmentation attendue du recrutement de patients âgés, porteurs de poly-pathologies et de troubles cognitifs, l'organisation de la réponse aux problématiques psycho-gériatriques et la formation des équipes seront renforcées dans l'ensemble des structures de médecine adulte.

Dans le domaine pédiatrique

En matière de pédiatrie aiguë, la filière de prise en charge s'articule autour des 4 unités pédiatriques de recours territorial (CHI Eure Seine site Evreux, Groupe Hospitalier du Havre, CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil site Elbeuf, CH de Dieppe), des unités pédiatriques de recours régional du CHU, et des structures d'urgences (pédiatriques s'agissant du CHU et du GHH) de ces établissements.

Pour faire face aux fluctuations saisonnières d'activité en médecine pédiatrique, des lits saisonniers seront mis en place dans les structures pédiatriques n'en disposant pas (Dieppe, Evreux, Elbeuf).

En réponse à des besoins avérés, développer sur les territoires d'Evreux-Vernon et de Dieppe une offre pédiatrique spécialisée et coordonnée Ville/Hôpital en neurologie, endocrinologie-métabolisme, et pneumologie.

Pour la réalisation d'actes techniques de médecine spécialisés, à visée diagnostique et thérapeutique, l'accès aux autres établissements (hors établissements sans plateau technique) ne disposant pas de structure de pédiatrie sera organisé sous réserve des compétences requises et dans le cadre d'une convention avec une structure de pédiatrie.

Pour certaines maladies chroniques très spécifiques seront organisées des filières régionales d'expertise assurant le continuum de la prise en charge et du suivi de l'enfant devenu adulte: il est ainsi préconisé de créer au CHU un poste de filière cardiologique enfant-adulte de suivi des cardiopathies congénitales.

***Dans le domaine de la maltraitance**,* en établissement de santé, les services de pédiatrie, lieu de la prise en charge psycho-sociale des enfants et adolescents, sont en première ligne dans le repérage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. Les urgentistes, chirurgiens, radiologues sont également très concernés par ce sujet, y compris dans les cliniques, sans oublier les centres d'accueil spécialisés dans les agressions (CASA)**.** Il en va de même pour les gynécologues qui peuvent être confrontés à des mineures victimes de violences sexuelles. En amont le repérage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance impliquent également : la PMI, la médecine scolaire, les médecins généralistes et pédiatres libéraux. La spécificité du sujet justifie l'intégration dans le cursus universitaire d'un module de pédiatrie sociale comportant des informations précises sur l'enfance en danger.
Toute information préoccupante relative à un mineur en danger ou qui risque de l'être doit être transmise à la cellule départementale chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation de ces informations, à tout moment et qu'elle qu'en soit l'origine, conformément à la Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Sur le département de la Seine Maritime cette cellule est dénommée Cellule Enfance en Danger (CED) et sur le département de l'Eure Cellule Départementale Signalements.

Au sein de chaque cellule les services du conseil général travaillent en collaboration avec la Justice et les différents partenaires concernés (Police, Education Nationale, santé, Conseil de l'Ordre des Médecins…).

Les pratiques de prise en charge de la maltraitance sont hétérogènes entre établissements de santé :

- en matière de dépistage de l'enfant victime,
- en matière d'activité de constat : existence d'une unité médico -judiciaire identifiée au GHH, au CH de Dieppe, en cours de constitution au CHI Eure Seine site Evreux.
- en matière de suivi des enfants et de leurs familles.

Afin d'organiser une réponse harmonisée et coordonnée en matière de maltraitance, est préconisée dans chaque établissement de recours pédiatrique et en partenariat avec le Conseil Général, la mise en place d'une cellule identifiée multidisciplinaire, rassemblant pédiatre référent, médecin légiste, gynécologue, psychologue, assistant de service social.

Au niveau régional, le CHU constituera le centre d'expertise et de référence, tant dans le domaine médical que judiciaire pour les situations les plus complexes, et chargé d'établir des critères de convergence des pratiques, de mettre en place des formations interdisciplinaires.

S'agissant des troubles des apprentissages,

Les principaux troubles des apprentissages scolaires que sont la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographie et la dyspraxie sont le plus souvent préludes à des échecs scolaires et, à terme, à de grandes difficultés d'insertion.

L'acquisition de la parole et du langage entre 0 et 3 ans a une forte influence sur le développement des apprentissages scolaires. Un trouble spécifique du langage oral est donc important à prendre en considération avant 5 ans et si possible dès 3 ans. L'enseignant, en lien avec les parents, est le plus à même de repérer un enfant qui présente des difficultés d'apprentissage. La PMI doit également permettre ce repérage.

L'enfant doit pouvoir bénéficier d'un dépistage individuel de première intention par les médecins de l'Éducation nationale, les psychologues et enseignants spécialisés appartenant aux Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED).

Le diagnostic précis nécessite alors le recours à des compétences le plus souvent pluridisciplinaires. La prise en charge est individuelle et comporte une approche adaptative couplée à un projet individualisé de scolarisation.

Notre situation régionale de pénurie démographique de médecins scolaires et d'orthophonistes, le manque de lisibilité du dispositif, les disparités des organisations sont autant de facteurs d'inégalités dans l'accès aux soins ou de retard à des prises en charge appropriées.

La structuration d'une organisation régionale graduée ville/hôpital est indispensable autour du centre de référence identifié, conformément aux textes, dans le secteur pédiatrique du CHU de Rouen, et de ses antennes du Havre et d'Evreux. Le centre de référence sera chargé notamment de l'animation des filières et de la diffusion des compétences.

Les réseaux ESOPE (Seine Maritime) et RETA27 (Eure) ont vocation à coordonner les actions des intervenants dans ce champ spécifique en matière de repérage, de prise en charge, de formation, en lien avec le centre de référence et ses antennes, et d'assurer une interface avec les professionnels du premier recours, les familles, et les établissements médicaux sociaux.

Il s'agira par ailleurs de soutenir le déploiement au niveau de la région de l'expérimentation menée par l'Education Nationale au Havre en matière de dépistage.

En matière de prise en charge de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire

L'objectif est de proposer un parcours de soins lisible et gradué, dont la porte d'entrée, s'agissant de dépistage et d'orientation, implique la médecine scolaire, la PMI, les services d'urgences adultes et pédiatriques, ainsi que les médecins généralistes et pédiatres libéraux assurant une prise en charge de première ligne.

La réponse de seconde ligne est une prise en charge spécialisée assurée par les médecins nutritionnistes, endocrinologues, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, appuyés par les diététiciennes, psychologues et éducateurs sportifs.

Le Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique de Haute-Normandie REPOP-HN a un positionnement intermédiaire de proximité, de la ville à l'hôpital. Il s'agira de promouvoir son déploiement à l'ensemble du territoire régional, d'élargir son champ d'inclusion aux adolescents de 17 ans et son champ d'intervention aux établissements médico-sociaux.

En troisième ligne, la prise en charge hospitalière en médecine de court séjour doit s'appuyer sur des équipes interdisciplinaires médicales (médecin nutritionniste/psychiatre chez l'adulte, dans le cadre des Unités Transversales de Nutrition, et pédiatre/pédopsychiatre de liaison en pédiatrie) et paramédicales (diététicienne, psychologue, éducateurs sportifs) positionnées sur le niveau de recours territorial. L'éducation thérapeutique est au cœur de leur programme de prise en charge des patients.

Ces équipes contribuent à la stratégie nutritionnelle des établissements et dispensent des avis en interne. Elles pourraient servir de base à la création d'équipes mobiles pour des interventions hors les murs. Par ailleurs, elles peuvent servir d'appui au bilan préalable à une chirurgie bariatrique de l'adulte ainsi qu'au suivi postopératoire.

Les modalités de prise en charge hospitalière peuvent être différentes selon les cas, privilégiant l'hospitalisation de jour, pour les bilans multidisciplinaires, et les consultations externes. L'hospitalisation complète est réservée aux cas les plus complexes ou nécessitant une intensification des soins. La prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans relève par principe des compétences pédiatriques et pédopsychiatriques, mais la plus grande souplesse est de mise au cours de la 17ème année (en fonction du choix du jeune et de sa famille, de sa scolarité…).

Le niveau de recours régional se compose :

- pour les adultes, de l'unité de court séjour nutrition du site de Petit-Quevilly du CHU, prévue à ce jour mais non encore installée, avec un appui de la psychiatrie générale pour les situations les plus complexes.
- pour les enfants et adolescents, le département de pédiatrie médicale du CHU de Rouen qui comprend notamment l'unité d'hospitalisation de "Psychopathologie et de Médecine de l'adolescent" en hospitalisation complète, une équipe pluridisciplinaire de médecine pédiatrique, et le site CHU de la Maison de l'adolescent de Rouen. Une hospitalisation de jour pédiatrique pourrait compléter ce dispositif.

Les structures hospitalières requièrent un équipement adapté aux personnes obèses (lits, portage etc.).

La construction de cette organisation régionale graduée devra s'inscrire dans une véritable dynamique de réseau et fera l'objet d'un répertoire interprofessionnel des ressources. Elle devra s'inscrire dans la gradation des soins décrite dans le Plan obésité 2010-2013 comportant notamment un niveau recours régional assuré par le CHU de Rouen, reconnu Centre Spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi compliquée et chargé de la coordination régionale de la filière (cf. instruction N°DGS/DGOS/2011/1-190 du 2 9 juillet 2011).

- La création de consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques, notamment de l'enfant et de l'adolescent, sera favorisée.
- La télémédecine peut contribuer à réduire certaines inégalités de prises en charge en aidant dans un certain nombre de situations à assurer la gradation des soins entre les établissements grâce à des téléconsultations et des télé-expertises spécialisées.

Concernant l'organisation de la filière addictologie

Elle est définie par la circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Les orientations concernant ce thème figurent dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social du plan régional de santé.

d) Efficience du dispositif

L'importance du premier recours doit être soulignée, en particulier dans le suivi des maladies chroniques, afin de limiter les exacerbations voire décompensations et par là même d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.

La télémédecine, grâce à la télésurveillance médicale au domicile permettant une éducation thérapeutique prolongée et un suivi clinique régulier, doit être encouragée dans la prévention secondaire des complications de certaines maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète notamment). Il s'agira également de faciliter les articulations avec le deuxième recours en privilégiant les trajectoires ambulatoires.

S'agissant des ex-hôpitaux locaux dotés de très faible capacités de médecine, au regard des impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins attendus, le recentrage de l'activité sanitaire sur une offre de type SSR sera privilégié. Ces restructurations devront s'inscrire dans le cadre d'une contractualisation entre l'ex-hôpital local et le Centre Hospitalier de recours avec accès privilégié au plateau technique, et organisations de consultations avancées en proximité.

Pour pallier le déficit préoccupant des professionnels de santé dans la région, des solutions en termes de formation, d'organisations et d'ordre technique devront être recherchées :

- défendre un nombre de postes d'internes affectés à la région adapté besoins de la population, en renforçant les capacités de formation.
- développement et renforcement du nombre de postes dédiés au post internat, pour partie vers les CH non universitaires (assistants spécialistes régionaux, assistants des hôpitaux).
- développement d'un exercice partagé ville-Hôpital et de consultations avancées.
- mutualisation des équipes, développement d'équipes mobiles.
- délégations de tâches (pratiques infirmières avancées…).
- télémédecine avec primo consultations avancées et suivi en téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise…

Pour renforcer l'adéquation des séjours non programmés de médecine, devront être encouragées les démarches visant à favoriser le bon usage du recours aux urgences ainsi que le maintien à domicile. Des mesures seront engagées favorisant l'accessibilité des maisons médicales de garde en privilégiant leur proximité avec les services d'urgences, la création d'unités mobiles gériatriques, de services de post-urgences gériatriques (exemple du CHI d'Evreux, du CHU de Limoges).

L'offre en médecine sera diversifié par le développement les prises en charge en hôpital de jour et de semaine et par une évolution de l'hospitalisation à domicile (HAD) vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds, par substitution de l'hospitalisation à temps complet.

Pour favoriser la fluidité des parcours de soins des patients les solutions d'aval seront renforcées en créant des capacités suffisantes en SSR, HAD, en structures de prises en charge pour des patients jeunes porteurs de handicaps lourds, en USLD, et en améliorant les organisations permettant la continuité des soins en structures d'accueil de personnes âgées.

Le déploiement du dispositif "Trajectoire", porté par la cellule de coordination SSR de Haute Normandie, permet aux services de court séjour d'orienter les patients vers le service de Soins de Suite et de Réadaptation ou d'HAD le plus adapté. Le dispositif doit permettre de réduire les inadéquations en aval du court séjour et d'optimiser les trajectoires des patients.

2.3 Modalités spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Il s'agit de structurer et formaliser les liens ville-hôpital-secteur médico-social :

Dans le cadre des filières de soins

- Pour les pathologies nécessitant une gradation des soins, en particulier concernant l'asthme, l'obésité, le diabète et les addictions.
- Pour la prise en charge des enfants en menant des actions coordonnées entre les acteurs ambulatoires (pédiatres libéraux, PMI, médecins généralistes) et hospitaliers.
- Pour organiser la prise en charge des enfants atteints de troubles du langage et de l'apprentissage, y compris ceux atteints de dyspraxie, en tenant compte des enjeux de l'accessibilité aux bilans diagnostiques pluridisciplinaires.
- Sur les territoires d'Evreux-Vernon et de Dieppe, le développement d'une offre pédiatrique spécialisée et coordonnée Ville/Hôpital doit permettre d'améliorer l'attractivité des structures pédiatriques de recours et de limiter les fuites.
- Le développement de l'outil Trajectoire et son élargissement en direction des établissements médico-sociaux doivent être soutenus pour optimiser la coordination entre les champs sanitaire et médico-social.
- En matière de filière de prise en charge des AVC, une coordination régionale sera mise en place pour organiser et fluidifier le parcours des patients.

Dans le cadre des filières de prise en charge populationnelle

- Pour préparer la sortie de l'hospitalisation en médecine en lien avec les structures de SSR, l'HAD, la médecine de ville et le secteur médico-social y compris les SSIAD, afin de répondre notamment aux enjeux des inadéquations hospitalières.
- Pour répondre aux enjeux des maladies chroniques, de la santé psychique, du handicap et de prévention de la maltraitance et éviter les ruptures entre parcours de soins et parcours de vie.
- Pour coordonner et structurer les prises en charge en soins palliatifs quelque soit la porte d'entrée dans le système de soins.
- Pour l'adéquation de la prise en charge sanitaire des adolescents dans les lieux d'accueil, d'écoute et d'information et de soins ouverts aux adolescents (maisons des adolescents qui devront être implantées sur chacun des quatre territoires de santé).

III. PRECONISATIONS OPERATIONNELLES

3.1 Axe prioritaire de développement

En réponse aux difficultés d'accès aux soins hospitaliers liées essentiellement à la situation de l'offre médicale hospitalière mais aussi libérale :

- sur le territoire de Dieppe : développer une offre de médecine spécialisée Hôpital ou coordonnée Ville/Hôpital, en neurologie, endocrinologie-médecine interne, ophtalmologie, et rhumatologie.
- sur le territoire d'Evreux-Vernon : développer une offre de médecine spécialisée hospitalière, inter-hospitalière ou coordonnée Ville/Hôpital, en pédiatrie, pneumologie, neurologie, endocrinologie-médecine interne, rhumatologie, infectiologie et hématologie.

3.2 Création/ suppression d'implantations prévues

a) Suppressions d'implantations de médecine

Les restructurations des établissements sans plateau technique dotés de très petites unités de médecine et/ou de SSR seront poursuivies :

- remplacement de l'activité de médecine par du SSR pour les Hôpitaux de St Valéry-en-Caux, St Romain-de-Colbosc, les Andelys, le Neubourg, Barentin avec transfert de l'activité de médecine sur les autres établissements.
- réorientation globale de l'Hôpital (ex-local) de Pacy-sur-Eure en EHPAD avec transfert de l'activité de médecine sur les autres établissements.

b) Regroupement d'activité

A Evreux, regroupement de l'ensemble des activités des cliniques Pasteur et Bergouignan sur le site de Pasteur dans le cadre de la fusion des 2 établissements.

c) Renforcement d'activité de médecine

Renforcement d'activité des centres hospitaliers de recours dans le cadre du report de l'offre de médecine des établissements sans plateau technique faisant l'objet des restructurations précédentes.

Pour faire face aux fluctuations saisonnières d'activité en médecine pédiatrique, des lits saisonniers seront mis en place dans les structures pédiatriques n'en disposant pas (Dieppe, Evreux, Elbeuf).

3.3 Projets de coopération

Les restructurations des établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR et/ou de médecine devront s'inscrire dans le cadre d'une contractualisation avec le Centre Hospitalier de recours pour un accès privilégié au plateau technique, et organisations de consultations avancées en proximité.

IV. EVALUATION ET SUIVI

Un Groupe Thématique de Suivi (GTS) sera chargé de l'évaluation et du suivi du volet médecine du SROS, le PMSI et les données de Trajectoire constituant les principales sources d'informations utiles.

OBJECTIFS	INDICATEURS
Recensement de l'offre de médecine par territoire	Implantations par territoire (répertoire régional des structures)
Suivi de l'évolution de l'activité de médecine	- Nombre de séjours et journées produites - Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. - Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence - Taux d'entrées directes en médecine
Réalisation des objectifs de répartition territoriaux	- Mise en place des moyens : implantations avec équipements en lits et places installés - Volume d'activité cible au niveau régional et par territoire: nombre de séjours
Identification des filières et des coopérations	- Recensement des conventions de partenariat formalisées en inter-établissements, par filière. - Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, HAD, SSIAD)
Mise en œuvre des dispositifs de régulation et de coordination	- Nombre de transferts de patients réalisés avec l'appui de « Trajectoire » - analyse des flux par Trajectoire
Amélioration de la prise en charge des AVC	- Nombre d''UNV - Proportion de patients AVC confirmés admis en UNV -Taux de réalisation de l'IRM pour toute suspicion d'AVC
Amélioration de la prise en charge de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire	Nombre d'Unités Transversales de Nutrition créées

V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé ROUEN / ELBEUF	2011	2017
Rouen*	**5**	**5**
Petit-Quevilly**	**1**	**1**
Bois-Guillaume***	**3**	**3**
Grand Couronne	**1**	**1**
Barentin	**1**	**0**
Yvetot****	**1**	**2**
Neufchatel-en-Bray	**1**	**1**
St Aubin-les-Elbeuf	**1**	**1**
Louviers	**1**	**1**

** CHU-CRLCC-Clinique Europe-Clinique Mathilde-Clinique St Hilaire*
*** CHU St Julien : gériatrie aigue*
**** CHU-Croix Rouge-Clinique du Cèdre*
***** CH Yvetot et Clinique Cleret (techniques interventionnelles)*

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Le Havre*	**3**	**3**
Montivilliers	**1**	**1**
Fécamp**	**1**	**2**
Pont Audemer	**1**	**1**
Lillebonne***	**1**	**2**
St-Romain-de Colbosc	**1**	**0**

** HPE-Clinique des Ormeaux -GHH site Flaubert*
*** CH des Hautes Falaises et Clinique ABBAYE (techniques interventionnelles)*
**** CH Lillebonne et Clinique Tous Vents (techniques interventionnelles)*

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Evreux*	**3**	**2**
Vernon	**1**	**1**
Bernay	**1**	**1**
Verneuil-sur-Avre	**1**	**1**
Les Andelys	**1**	**0**
Le Neubourg	**1**	**0**
Pacy-sur-Eure	**1**	**0**
Gisors	**1**	**1**

***** *CHI-Clinique Bergouignan-Clinique Pasteur*

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Dieppe	**1**	**1**
St Aubin sur Scie	**1**	**1**
Eu	**1**	**0 ou 1***
St-Valéry-en-Caux	**1**	**0**

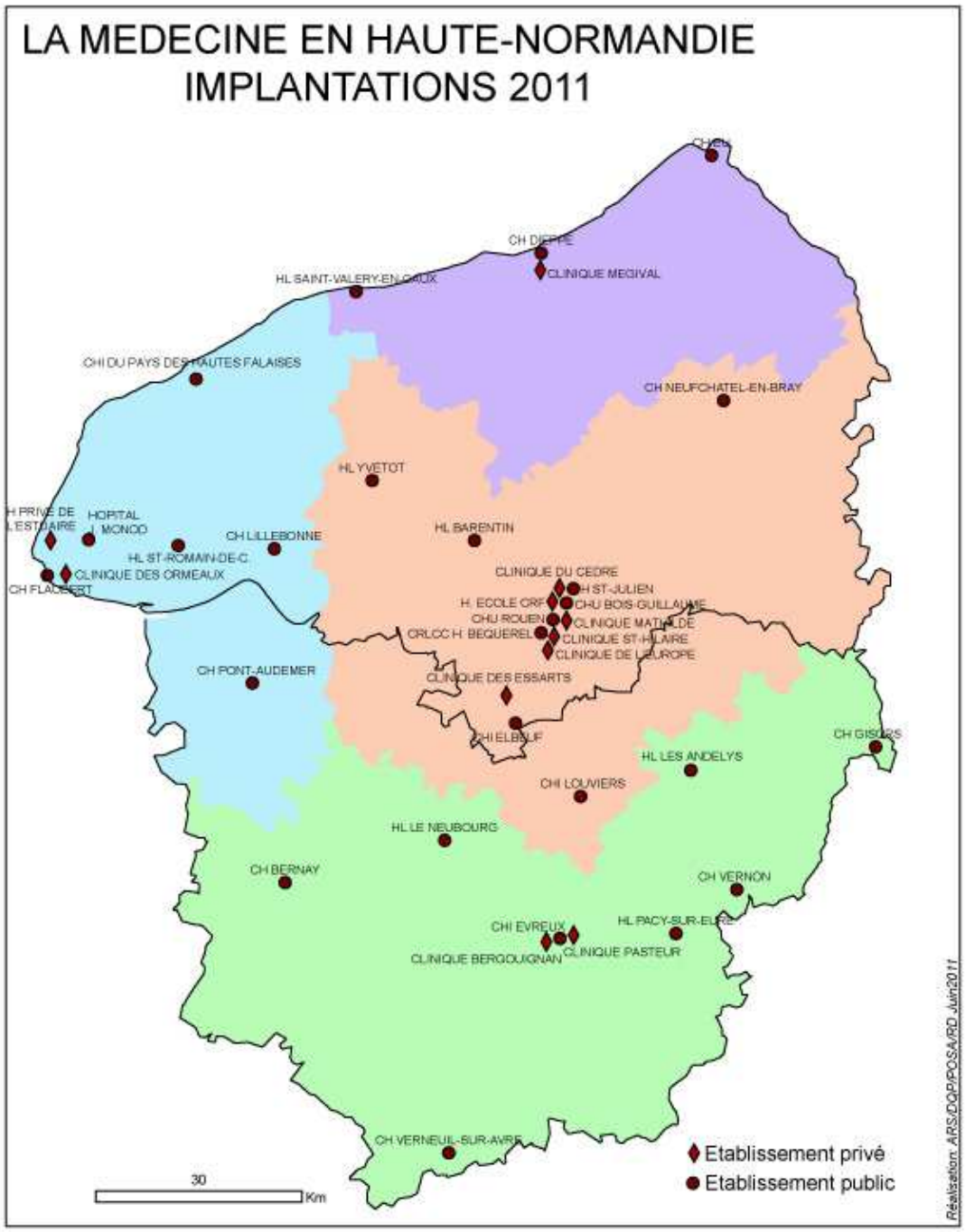
***** *selon résultats audit en cours*

VI. ANNEXES

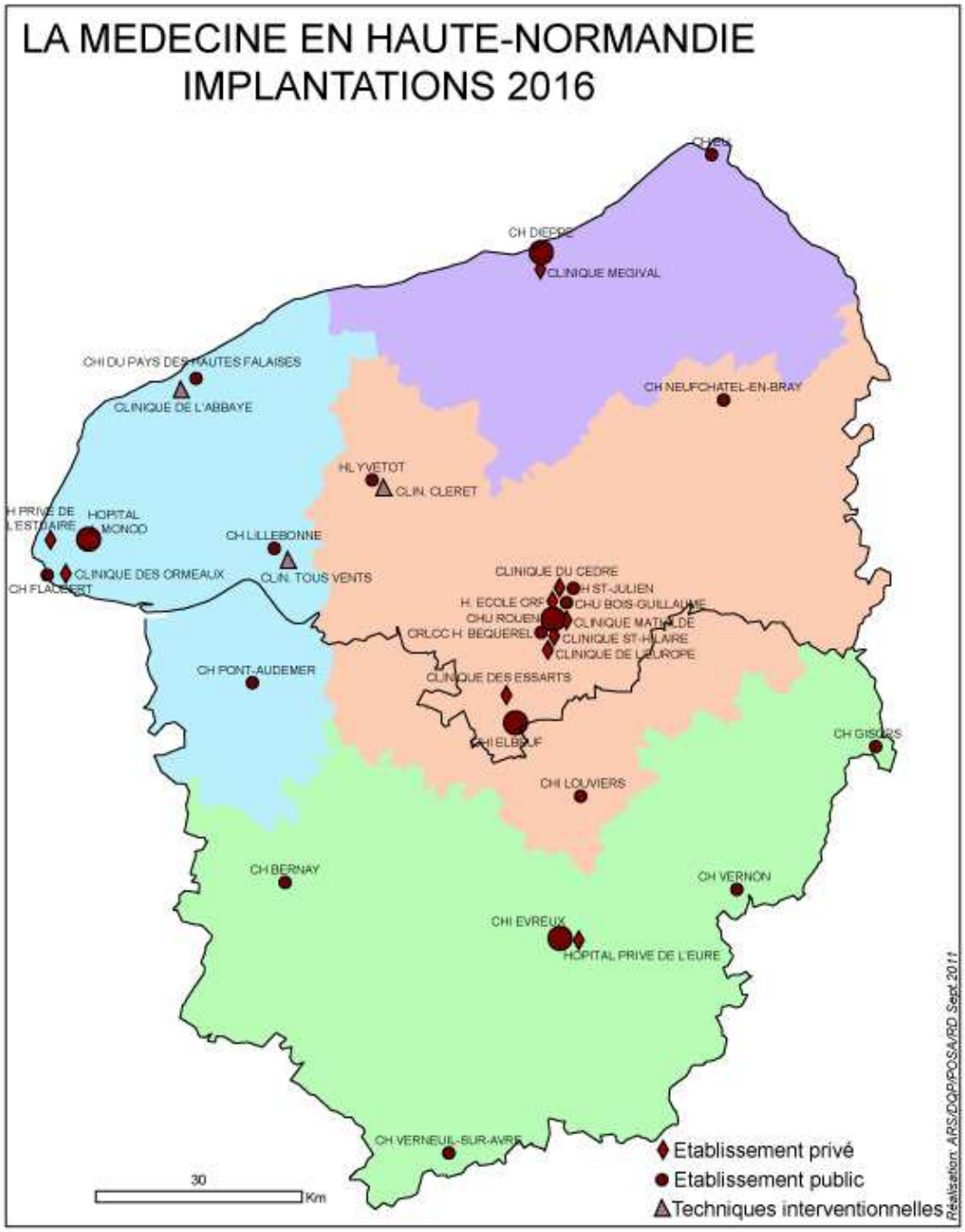
Annexe 1 : Carte, la médecine en Haute-Normandie – implantations 2011.

Annexe 2 : Carte, la médecine en Haute-Normandie – implantations 2016.

Annexe 1 : Carte, la médecine en Haute-Normandie – implantations 2011.



Annexe 2 : Carte, la médecine en Haute-Normandie – implantations 2016.



Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile est une modalité d'hospitalisation à part entière qui a pour objet d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé.

Les établissements d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période qui est fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes *(Article R6121-4-1 du CSP).*

L'hospitalisation à domicile n'a pas vocation à se substituer aux actes et prestations délivrés par les professionnels de santé libéraux et doit être réservée aux prises en charges les plus lourdes, pour les malades les plus graves.

La loi HPST accorde à l'HAD une place spécifique dans le paysage hospitalier :

- en définissant le domicile comme l'un des lieux de possible exercice des missions des établissements de santé. En contrepartie, l'HAD doit assumer des contraintes d'autorisation et de fonctionnement pour garantir la sécurité et la qualité des soins en établissement de santé.
- son champ d'intervention est élargi : la notion de domicile est en effet étendue à l'ensemble des structures médico-sociales avec hébergement.
- l'appellation HAD est désormais protégée par la loi.
- la loi assouplit les règles de gestion du médicament et de rémunération des professionnels de santé libéraux intervenant en HAD.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Code de la Santé Publique :** articles R6121-4-1, D6124-306, D6124-307, D6124-308, D6124-309, D6124-310, D6124-311.

- **Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006** relative à l'hospitalisation à domicile.

- **Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007** relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

I. DIAGNOSTIC REGIONAL

1.1 Etat de l'offre en HAD

Avec un taux de recours de 363 journées pour 10 000 habitants, la Haute-Normandie se situe en 2009 à la 16ème place des 22 régions de France Métropolitaine.

Le développement de l'HAD en région est relativement récent, la plupart des structures ayant été créées après 2005.

a) Equipement

Territoire de santé	Etablissements autorisés en 2010	Capacités autorisées	Typologie	Statut	Année d'ouverture
Rouen/Elbeuf	HADAR Croix-Rouge	60	Polyvalente et obstétricale (5 places)	ESPIC	1997
	HAD du Cèdre	30	Polyvalente	Privé	2006
	HAD Elbeuf-Louviers	40	Polyvalente	Public	2007
Le Havre	Hospidomi	25	Polyvalente	Privé	2005
		5	Obstétricale	Public	
	HAD de l'Estuaire	30	Polyvalente	Privé	2009
	HAD de Bernay et Pont Audemer (2 antennes*)	15	Polyvalente	Association	2008
		15			
Evreux/Vernon	HAD Eure Seine	40	Polyvalente	Association	2006
	HAD du Sud de l'Eure	25	Polyvalente	Public (ex-HL)	2006
	HAD CHI Eure-Seine	6	Obstétricale	Public	2000
Dieppe	HAD Caux Maritime	30	Polyvalente	Privé	2006
Total région	**10**	**321**			

** Par ses deux antennes, la zone d'intervention de l' HAD de Bernay et de Pont-Audemer, dont le siège social est Pont Audemer, est à cheval sur les territoires de santé du Havre et d'Evreux-Vernon.*

10 établissements HAD sont actuellement autorisés pour un total de 321 places, soit un taux d'équipement autorisé de 17,7 places pour 100 000 habitants.

Sur les 10 établissements, 4 sont juridiquement autonomes, 6 sont rattachés à un établissement de santé public ou privé.

9 des 10 établissements HAD autorisés sont de nature polyvalente. 3 structures proposent des prises en charge de périnatalité :

- à titre exclusif : HAD du CHI Evreux (6 places),
- pour partie : HOSPIDOMI (5 places GHH) et HADAR Croix-Rouge (5 places).

A noter par ailleurs l'existence de l'HAD psychiatrique 76 G 01 (8 places), portée par le CHS du Rouvray dans le cadre de la psychiatrie de liaison avec l'hôpital des Feugrais (CHI Elbeuf/Louviers/Val-de-Reuil). Comme toute HAD psychiatrique, elle se positionne comme une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie, et reste soumise aux dispositions règlementaires propres à la psychiatrie.

b) Couverture territoriale

En 2010, l'ensemble des 4 territoires de santé sont équipés en HAD.
Il existe un potentiel de développement géographique avec deux zones « blanches » :

- au nord est : région d'Aumale.
- à l'est : région des Andelys, de Gisors.

1.2 Activité des établissements HAD

En dépit d'un fort développement dans notre région (entre 2006 et 2009, le nombre de journées a cru de 177% contre 69% au niveau de la France entière), le volume d'activité moyen des HAD régionales s'établissait en 2009 à 6594 journées, soit 40 % en dessous de la moyenne d'activité nationale. Seuls 2 établissements HAD dépassaient en 2009 les 9000 journées d'hospitalisation par an, « niveau d'activité minimum souhaitable » selon la circulaire du 1er décembre 2006.

Le niveau d'activité actuel est le reflet du développement plutôt récent de l'HAD dans la région, et donc de sa montée en charge.

L'HAD en Haute-Normandie (toutes structures)	Nombre de séjours	Nombre de journées
2005	407	10029
2006	1598	23750
2007	2429	40152
2008	3030	52520
2009	3366	65945
2010	3581	73419

En HAD polyvalente, les pansements complexes et les soins palliatifs représentent les modes de prise en charge principaux (MPP) les plus fréquents en termes de journées (respectivement 26,3% et 26,1%) ce qui est comparable à la moyenne nationale.

Les prises en charge de rééducation ne représentent que 2,4% des journées contre 7% en moyenne nationale, à rapprocher de la situation démographique régionale déficitaire des kinésithérapeutes. Les prises en charge de chimiothérapie sont relativement moins nombreuses en région qu'au niveau national (0,4% vs 2,6%).

Les prises en charge d'HAD en EHPAD sont encore peu nombreuses, avec une activité restant très marginale (2,6% des journées), mais comparable à la moyenne nationale (2,18% source FNEHAD).

En matière d'obstétrique et de périnatalité, les 3 structures de la région réalisent 10,3% des journées, contre 7% en moyenne nationale.

1.3 Coordination en HAD

- Une plateforme régionale HAD (Association PREHAD 276) à vocation fédérative, lieu d'échange, de réflexion, d'information, et force de proposition, a été mise en place dès 2006.
- L'ARS finance et soutient la mise en place de l'outil informatique "Trajectoire", porté par la cellule de coordination SSR de Haute Normandie créée en 2009, et permettant aux services de court séjour d'orienter les patients vers le service de Soins de Suite et de Réadaptation ou d'HAD le plus adapté.

L'outil Trajectoire comporte un volet HAD avec :

- un annuaire des établissements HAD de la région, en cours de constitution, qui a vocation à identifier finement les structures, les capacités de prises en charge, les aires d'intervention, les compétences et les ressources techniques, la typologie des patients qui peuvent y être admis.

- un logiciel expert qui propose aux patients hospitalisés en court séjour, notamment une orientation selon leurs besoins pour une prise en charge optimale en HAD et qui gère les modalités pratiques de demande d'admission.

1.4 Principales évolutions sur la période du SROS III

- Un développement significatif de l'offre avec un nombre de structures autorisées passé de 7 à 10 et le nombre de places a progressé de 201 à 321 entre 2006 et 2010. Ainsi le ratio d'équipement est-il passé de 11 places au début du SROS 3 à 17,7 places pour 100.000 habitants à ce jour.

Au 1er janvier 2006, seuls 2 territoires (Rouen-Elbeuf et Le Havre) disposaient d'une offre opérationnelle. En 2010, l'ensemble des 4 territoires de santé sont équipés en HAD.

- L'objectif d'une capacité minimale (antennes comprises) de 30 places est atteint à l'exception de l'HAD du sud de l'Eure (25 places). L'HAD obstétricale du CHI Evreux (6 places) demeure toutefois une exception de par sa spécificité.
- En matière de coordination, outre la création de la plateforme régionale HAD (Association PREHAD 276) a été mis en place en 2010 le module HAD de l'outil web « Trajectoire » de la cellule régionale de coordination SSR.
- La plateforme PREHAD 276 s'est associée à la création du GCS Télésanté et s'inscrit dans son développement.

1.5 Identification des problématiques et des besoins non couverts

- L'Hospitalisation à Domicile dans notre région est en plein développement mais les structures porteuses et les niveaux d'activité sont encore fragiles. En 2010, l'ensemble des 4 territoires de santé sont équipés en HAD à l'exception de zones « blanches » d'Aumale, des Andelys et de Gisors.
- Le maillage du territoire régional en HAD étant pratiquement achevé, l'enjeu pour la Haute Normandie est d'optimiser le recours à des structures dont l'équilibre financier est fragile, mais qui pourraient supporter un recrutement de patients (« masse critique ») bien plus important (quasiment le double). Il existe en effet d'importantes marges de progression :
    - s'agissant de la cancérologie, principalement constituée de chimiothérapie, l''intérêt de l'HAD est avéré mais l'hospitalisation de jour, les recommandations régionales en matière de chimiothérapie orale et le coût des molécules ont limité son développement.
    - l'HAD peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation.
    - le développement des prises en charge HAD en EHPAD, afin d'éviter les hospitalisations, ainsi l'inscription véritable de l'HAD dans les filières gériatriques.
    - les situations locales de pénurie démographique médicale libérale peuvent être un frein aux prises en charge en HAD.
    - d'une façon générale, l'inscription de l'HAD dans les filières d'aval de l'hospitalisation complète est encore insuffisante.
- L'HAD a encore du mal à trouver sa place dans le système de soins : sa singularité (critères d'admissions, périmètre se référant plus à des profils de soins requis qu'à des profils pathologiques) est source de difficultés dans son appropriation par les professionnels prescripteurs hospitaliers ou libéraux.
- S'agissant la continuité des soins, si sur le plan paramédical elle est assurée 24h sur 24 sur l'ensemble des structures, sur le plan médical les organisations sont hétérogènes.
- L'articulation avec les réseaux de soins palliatifs est à améliorer.

II. ORIENTATIONS ET EVOLUTIONS

1.1 Axes généraux

L'hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation à part entière apportant des soins continus et coordonnés à des patients souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Par principe polyvalente et généraliste, l'HAD collabore avec de multiples acteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux.

L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants, tendance qui devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement.

Dans le champ de l'activité de médecine dont elle relève pour l'essentiel, l'HAD, dans la limite de ses indications, a vocation à participer à la diversification de l'offre, parallèlement au développement de l'hospitalisation de jour, en substitution à l'hospitalisation à temps complet.

Dans les parcours de soins, l'HAD se situe de fait le plus souvent en aval de l'hospitalisation complète (en particulier du MCO) dont elle permet de raccourcir la durée. Dans ce cadre le relais d'une hospitalisation complète doit être organisé de façon suffisamment précoce.

L'HAD doit s'inscrire dans le comportement des prescripteurs avec lesquels les relations ont un rôle essentiel, dans le domaine hospitalier comme avec les médecins libéraux. Son développement requiert donc une dynamique d'information et de promotion sur la durée auprès des différents acteurs concernés.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées

L'HAD doit s'inscrire dans les filières gériatriques, en apportant, à domicile, des méthodes hospitalières adaptées aux cas les plus complexes et en favorisant les transferts de savoir faire vers les intervenants libéraux. Pour se substituer utilement à l'hospitalisation complète (polyvalente ou gériatrique), dans les limites de ses indications, l'HAD doit être présente auprès des services les plus concernés par le retour à domicile des personnes très âgées. Son positionnement au sein de la filière devra être clarifié en identifiant les apports respectifs des différents maillons. L'élargissement de l'offre gériatrique de l'HAD doit se faire en veillant à maintenir un continuum avec celle des SSIAD.

Par ailleurs, une priorité forte doit être d'éviter les hospitalisations complètes à partir des EHPAD, ce qui suppose notamment un repérage des patients à risque par les médecins des deux structures. Le développement des prises en charge HAD en EHPAD sera évalué par la mise en place d'indicateurs réciproques.

Dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs doit être poursuivi, en respectant la graduation des prises en charges alternatives. La prise en charge des soins palliatifs est réalisée en HAD au titre du recours.

Dans le domaine des pathologies chroniques

L'HAD a sa place dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, que ce soit en amont, en aval, ou en substitution d'une hospitalisation complète.

Dans le domaine de la périnatalité

L'activité obstétricale doit favoriser la surveillance de grossesses à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le *post partum* pathologique; le suivi médical et psycho-social du post-partum physiologique relevant d'autres types de prise en charge (notamment sages-femmes libérales).

Dans le domaine de la pédiatrie

La pédiatrie doit être développée, qu'il s'agisse de périnatalité ou d'enfants plus âgés présentant des pathologies graves ou chroniques.

Dans le domaine de la réadaptation

L'HAD peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation, notamment dans le domaine des pathologies neurologiques invalidantes, en particulier celles victimes d'AVC.

Dans le domaine du traitement des cancers

La mise en œuvre de chimiothérapies doit être développée à condition que soient prises en compte les contraintes de sécurité (cytotoxiques) et les évolutions thérapeutiques.

L'HAD doit se positionner en coordination avec les autres prises en charge hospitalières et ambulatoires (médecine d'urgence, soins en gérontologie, réseaux de santé territoriaux, maisons pluri-professionnelles de santé, médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux …) ainsi que les établissements de santé autorisés au traitement du cancer.

La montée en charge de l'HAD dans le domaine des traitements curatifs du cancer fera l'objet d'un indicateur régional de suivi qui est la part des séjours en cancérologie en HAD pour poursuite de traitement de chimiothérapie.

Il est souhaitable que les établissements d'HAD s'intègrent dans le Réseau Onco-Normand.

1.2 Principes d'organisation

a) Accès aux soins

Dans notre région où le maillage du territoire est en voie d'achèvement, l'enjeu pour la Haute Normandie est d'améliorer le recours à des structures qui n'ont pas encore atteint leur taille optimale. A ce titre, pour achever la couverture du territoire régional, la création d'antennes à partir d'établissements déjà autorisés doit être privilégiée.

L'extension de l'HAD en zone rurale nécessite un partenariat étroit avec les intervenants libéraux et les SSIAD.

L'accès direct à l'HAD doit être favorisé sans passage préalable par un établissement de santé avec hébergement, notamment pour des patients souffrant de pathologies chroniques et déjà connus des services d'HAD.

Le développement de la télésanté en HAD doit favoriser l'amélioration de la prise en charge des patients. La télésurveillance permet un suivi rapproché pour certaines pathologies chroniques ; les téléconsultations et télé-expertises peuvent faciliter les prises en charge en HAD dans les territoires qui souffrent d'une faible densité de professionnels de santé.

L'amélioration de l'insertion dans l'offre de soins passe par une politique de contractualisation exigeante, au travers des CPOM, tant avec les structures d'HAD (volumes d'activité par grands regroupements de modes de prise en charge, sécurité et qualité de service, coordination avec les autres acteurs…) qu'avec les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire potentiellement adresseurs (objectifs quantifiés d'adressage, référent HAD…).

b) Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé ce qui implique qu'ils assument les contraintes d'autorisation et de fonctionnement garantissant sécurité et qualité des soins en établissement de santé. Sur le deuxième point les HAD s'inscrivent naturellement dans les procédures de certification des établissements de santé.

S'agissant de la continuité des soins, l'organisation exacte doit être fixée dans les CPOM, en fonction du contexte local et des activités de l'HAD, tenant compte des recommandations qui seront émises prochainement par la DGOS.

L'amélioration de la sécurité et de la qualité de service nécessite par ailleurs une amélioration des systèmes d'information à travers l'élaboration de solutions partagées, en particulier dossier médical partagé.

En matière de gestion des médicaments chaque HAD recourt, selon son statut et ses besoins, à une pharmacie à usage intérieur (PUI) et/ou aux officines. Les spécificités de l'HAD doivent être prises en compte dans les contrats de bon usage du médicament.

Une réflexion devra être menée (avec les unités existantes sur les agglomérations de Rouen et du Havre) visant une équité d'accès des populations à une offre HAD obstétricale non exclusive d'un seul établissement, bien articulée de préférence au sein des HAD polyvalentes de ces agglomérations, et viables économiquement.

c) Efficience du dispositif

Une assise minimale pour les structures d'HAD doit permettre de garantir leur viabilité économique. A ce titre, pour achever la couverture du territoire régional, la création d'antennes à partir d'établissements déjà autorisés doit être privilégiée ainsi que la mutualisation des ressources entre établissements.

Dans le domaine obstétrical, les HAD spécialisées seront obligatoirement adossées à des établissements d'HAD polyvalente.

Le recours à du personnel paramédical libéral varie selon les HAD avec toutefois une part importante et croissante de modèles prometteurs « mixtes ». Avec les SSIAD, les conventions de relais doivent être développées afin d'améliorer le continuum des soins.

d) Modalités spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

L'HAD doit contribuer à la coordination des différentes formes de prise en charge à domicile en apportant son expérience et son savoir faire (continuité des soins, pluridisciplinarité des compétences, globalité de la prise en charge, coordination, protocolisation…). L'élaboration des projets territoriaux de santé peut être l'occasion de faire émerger des coopérations (opérateurs polyvalents, structures de coordination,…), selon des modalités adaptées aux besoins des acteurs de terrain du premier recours, en particulier ceux des professionnels de santé libéraux.

Dans les liens avec le médico-social, les points importants concernent l'articulation avec l'activité des SSIAD, et l'intervention des HAD en EHPAD. D'une façon générale, l'aval de l'HAD, notamment vers des établissements médico-sociaux, doit être anticipé de façon suffisamment précoce pour garantir la fluidité des prises en charge.

En matière d'articulation avec les urgences, il est important que chaque HAD ait élaboré des protocoles de transfert des patients vers les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence.

Une analyse de l'activité des prestataires de matériel à domicile doit être effectuée afin de bien la positionner par rapport aux activités d'hospitalisation et de suivi à domicile.

III. PRECONISATIONS OPERATIONNELLES

3.1 Création/suppression d'implantations prévues

Comblement des zones non couvertes :

- création d'une antenne d'une HAD existante pour couvrir le bassin d'Aumale.
- création d'une antenne d'une HAD existante pour couvrir le bassin de Gisors /les Andelys.

3.2 Projets de coopération

- Repositionnement de l'HAD Sud de l'Eure dans le cadre d'une plate-forme HAD-SSIAD avec les SSIAD publics de Rugles, Breteuil-sur-Iton, Verneuil-sur-Avre.
- Développements de partenariats entre les HAD Croix-Rouge, HAD Hospidomi et les différentes maternités des agglomérations respectives de Rouen et du Havre visant une équité d'accès des populations des deux agglomérations à une offre HAD obstétricale non exclusive d'un seul établissement.
- Inscription de chaque établissement d'HAD polyvalente dans la ou les filières gériatriques territoriales, par voie de conventions.

3.3 Principaux axes de développement

Les prises en charge en EHPAD représentent un axe de développement des HAD qui doit être privilégié.

IV. EVALUATION ET SUIVI

Le Groupe Thématique de Travail (GTT) est chargé de l'évaluation et du suivi du volet HAD du SROS, le PMSI HAD et les données de Trajectoire constituant les principales sources d'informations utiles.

OBJECTIFS	INDICATEURS
Recensement de l'offre HAD par activité autorisée	- Implantations et antennes, par activité autorisée (répertoire régional des structures) - Taux de couverture territoriale : pourcentage de communes de la région bénéficiant d'une offre opérationnelle en HAD.
Suivi de l'évolution de l'activité HAD	- Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants - Taux d'adressage par les établissements - Taux d'entrées directes
Réalisation des objectifs de répartition territoriaux	- Mise en place des moyens : implantations et antennes avec équipements en places installées
Identification des filières et des coopérations	- Nombre de conventions de coopération signées dans le cadre des filières gériatriques territoriales - Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD, EHPAD, MAS…)
Mise en œuvre des dispositifs de régulation et de coordination	- nombre de transferts de patients réalisés avec l'appui de « Trajectoire » - analyse des flux par Trajectoire
Développement des prises en charge en EHPAD	- Part des séjours en EHPAD

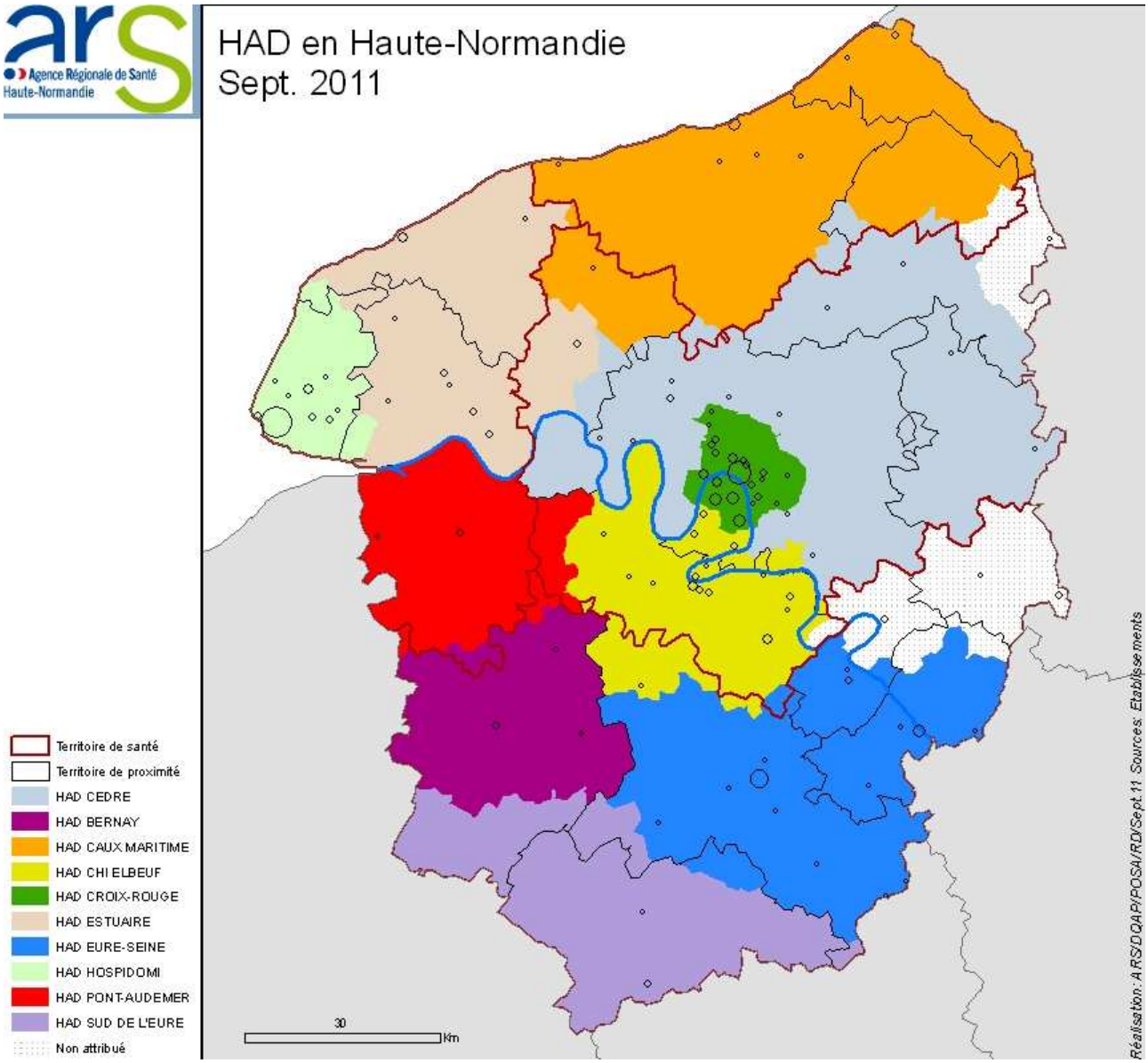
V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé	2011	2017
ROUEN/ELBEUF	3	3
LE HAVRE	3	3
EVREUX/VERNON	3	2 ou 3*
DIEPPE	1	1

** regroupement attendu de l'HAD Eure Seine avec l'HAD 0bstétricale du CHI Eure Seine.*

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Carte, HAD en Haute-Normandie.



Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Chirurgie

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Guide méthodologique de la DGOS version 2.1.**
- **Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010** relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.
- **Code de la santé publique :**
    - Article R 6121-4 et D 6124-301 à D 6124-306
    - Article D 6124-91 à D 6124-103
    - Article D 6124-401 à D 6124-408
    - Article R 6123-32-1 à R 6123-32-6
- **SROS III Chirurgie.**
- **Bilan de la mise en œuvre du volet chirurgie du SROS III de Haute Normandie** - Février 2011 Dr LAFAYE et Melle CALAIS - ARS de Haute-Normandie.
- **Etat des lieux sur la chirurgie ambulatoire** – Rapport à la DGOS en application de l'instruction DGOS/R3/2010/457.
- **Circulaire DHOS 2004-517 du 28 octobre 2004.**
- **Circulaire DHOS 2004-101 du 5 mars 2004.**
- **Colloque chirurgie ambulatoire** : « quel projet pour la chirurgie en France » novembre 2010.
- **Abécédaire chirurgie ambulatoire** : réglementation – organisation – pratique. Janvier 2009.

I. ETAT DES LIEUX - DIAGNOSTIC - ENJEUX

1.1 Rappel des principales orientations du SROS précédent

- **Poursuite de la rationalisation des plateaux techniques** sur les agglomérations disposant d'offres redondantes : offre privée dans les agglomérations de Dieppe, le Havre, Evreux :
    - les recompositions prévues dans le SROS III ont dans l'ensemble été réalisées à l'exception du regroupement des 2 cliniques Ebroïciennes, en cours mais non réalisé. Cet objectif sera à reconduire dans le SROS IV. Passage de 28 à 25 sites avec plateau technique opératoire.

- Définition de modalités pour essayer de **pérenniser une offre chirurgicale de proximité** sur les bassins de Bernay, Yvetot, Gisors et Pont-Audemer avec évolution des modes d'organisation et de fonctionnement des plateaux techniques tout particulièrement pour les deux derniers sites et mise en place d'un suivi régulier, notamment pour vérifier l'atteinte des seuils minima d'activité (1.500 séjours chirurgicaux annuels) :
    - CH de Bernay : développement des coopérations avec le CH de Pont-Audemer.
    - CH de Pont-Audemer : arrêt programmé de la chirurgie en hospitalisation complète limitant l'activité à la chirurgie ambulatoire exclusive. Développement de coopération avec les CH de Bernay et du Havre.
    - CH de Gisors : développement de coopération avec des partenaires publics et privés. maintien de l'activité dans le SROS IV.
    - Clinique Cléret : statu quo.

- **Développement de la chirurgie ambulatoire** dans le respect des conditions techniques réglementaires de fonctionnement : objectif de réalisation en ambulatoire entre 25% et 30% des séjours dans les établissements publics et à hauteur de 40 % dans les établissements privés.

Principaux constats

- Le taux de chirurgie ambulatoire passe de 32,5 % en 2006 à 38 % en 2009.
- Réalisation dès 2009 des objectifs chiffrés du SROS III (échéance 2011) pour un grand nombre d'établissements.
- Absence de développement pour le CH de Dieppe.

Points Forts

- Important développement régional du taux de recours ainsi que du taux de réalisation des séjours en chirurgie ambulatoire, plus rapide que la moyenne régionale. En 2009, notre région a comblé, après quatre années, la plus grande partie du retard constaté.
- Réalisation du maillage territorial prévu dans le SROS.
- Les recompositions hospitalières inscrites dans le SROS ont été ou sont en cours de réalisation.
- Généralisation des autorisations et installations des structures d'anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACA) à l'ensemble des plateaux techniques généralistes autorisés pour l'activité de soins de chirurgie.
- Dynamisme particulier du développement de la chirurgie ambulatoire de certains territoires : Evreux-Vernon – le Havre.
- Dynamisme particulier du développement de la chirurgie ambulatoire de certains établissements : CHU – CH de Gisors – Clinique Cléret – GHH.
- Rééquilibrage public/privé des volumes d'activité et des taux de réalisation ambulatoire des séjours.

Points Faibles

- La région reste exportatrice nette de séjours aussi bien pour l'ensemble des séjours de chirurgie que pour la chirurgie ambulatoire.
- Absence de réduction des fuites des patients des territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon. Les taux de fuite constatés se situent à un niveau anormalement élevé.
- Absence globale de montée en puissance de la chirurgie ambulatoire pour le territoire du Havre. (Taux de recours et taux de réalisation des séjours).
- Absence de dynamisme de certains établissements : CH de Dieppe, Clinique Bergouignan, cliniques de l'agglomération du Havre, clinique Saint Antoine, CH de Pont-Audemer. Pour certains de ces établissements, l'importance de la baisse des volumes ou des taux devrait amener à réaliser une analyse spécifique sur ces établissements.
- La situation de fragilité de certains établissements déjà ciblés dans le SROS III : CH de Gisors, CH de Bernay, CH de Pont-Audemer.

- **Développement de la chirurgie programmée dans les établissements publics** et organisation de son articulation avec les prises en charge non programmées (filières spécifiques de prises en charge, optimisation des conditions techniques de fonctionnement du bloc opératoire, démarche qualité concernant l'accueil,…) :
  - un outil a été créé et proposé à l'ARH par la DRSM afin de pouvoir décliner cette préconisation forte dans les CPOM (concept des GHM traceurs).
  - Il a été actualisé en 2009 pour ce bilan (adaptation au PMSI V11).
  - cet outil n'a pas été utilisé dans les CPOM.
  - les professionnels réaffirmaient en 2008, la nécessité de mettre en œuvre les moyens nécessaires au développement de ce type d'activité. Il en va de la fidélisation des équipes et de la pérennisation des plateaux techniques : volume d'activité suffisant, développement de pôles d'excellences intra-spécialités…
  - le développement de l'activité programmée est intimement lié au développement de la chirurgie ambulatoire.
  - absence de gains en part de marché des établissements publics sur la durée du SROS,
  - il s'agit clairement de la non réalisation de l'objectif dont la pertinence reste cependant d'actualité. Il devra être repris dans le SROS IV, avec identification de leviers.

- **Réalisation d'un seuil minimal d'activité** avec un objectif de 1.500 séjours chirurgicaux au titre du PMSI :
  - en dehors des sites spécialisés dans le traitement du cancer (1 site) et ceux spécialisés dans la seule chirurgie gynécologique (4 sites) qui n'atteignent pas les seuils mais qui ne seraient pas concernés par l'application des futurs seuils d'activité de chirurgie :
    - 2 sites (CH de BERNAY – CH de GISORS) n'atteignaient pas en 2009 le seuil mais se situent au dessus des 70 % du seuil qui conditionneraient la possibilité de déposer une autorisation.
    - 1 site, CH de Pont Audemer, se situe en deçà des 70 % du seuil qui lui interdirait, après publication des décrets de déposer une demande d'autorisation.
  - la Clinique Cléret atteignait le volume plancher en 2009, alors qu'elle ne l'atteignait pas lors de la publication du SROS.

- **Organisation et formalisation de fortes coopérations entre les plateaux techniques** et les acteurs, publics et privés, pour : l'accès aux soins et la permanence 24h/24, l'accès en tant que de besoin à un plateau technique complet, la constitution de pôles d'activité de taille et de qualification suffisante, l'optimisation des équipes et des plateaux techniques proches :
    - les établissements restent dans une logique de concurrence et de gestion des parts de marché, ce qui limite les coopérations.
    - objectif non atteint.

- **Organisation du niveau de recours** à l'échelle du territoire de santé par coopérations inter établissements axées sur une logique de complémentarité :
    - mis à part les conventions de réanimation, les établissements restent dans des logiques individualistes.

- **Organisation de la permanence des soins des spécialités** chirurgicales entre structures publiques et structures privées au niveau territorial :
    - 24 sites sur 24 sont accessibles H24 et participent donc à la permanence des soins.
    - sur la région Haute-Normandie, il existe 129 lignes d'astreintes médicales concernant l'activité des blocs opératoires.
    - absence d'optimisation des plateaux techniques pour la permanence des soins.
    - objectif non réalisé.

- Coopérations inter-établissements en chirurgie pédiatrique dans le cadre d'un réseau régional :
    - le réseau régional de chirurgie pédiatrique n'a pas été mis en œuvre. Son principe n'a pas été repris dans le volet pédiatrie du SROS publié postérieurement au volet chirurgie.

- Réalisation de l'annexe territoriale :

Territoires de santé	Nombre d'implantations pour l'activité de soins de chirurgie		Créations, suppressions, transformations, regroupements, coopérations…inscrites dans l'annexe du SROS	Bilan au 31/12/2010
	Inscrites dans l'annexe du SROS pour 2011	Bilan au 31/12/2010		
ROUEN ELBEUF	10	10 (dont une limitée à la chirurgie gynécologique).	- Mise en œuvre en 2006 de la transformation de l'activité de la clinique de La Ravine.	- Activité transférée - Répartition des OQOS vers Rouen – Elbeuf.
LE HAVRE	8	8 (dont 2 limitées à la chirurgie gynécologique)	- Regroupement des cliniques du Petit Colmoulins et François 1er. - Transfert de la chirurgie pédiatrique du site Flaubert au site Monod au sein du GHH. - Adaptation des modalités des activités de chirurgie du CH de Pont-Audemer, en coopération avec l'agglomération havraise. Bilan à faire début 2009.	- Fait - Fait - Audit réalisé en 2009. - Evolution vers une activité de chirurgie ambulatoire exclusive.

Territoires de santé	Nombre d'implantations pour l'activité de soins de chirurgie		Créations, suppressions, transformations, regroupements, coopérations…inscrites dans l'annexe du SROS	Bilan au 31/12/2010
	Inscrites dans l'annexe du SROS pour 2011	Bilan au 31/12/2010		
DIEPPE	3	3 (dont 1 limitée à la chirurgie gynécologique).	- Regroupement des cliniques Saint Pierre et les Fougères sur un seul site.	- Fait
EVREUX VERNON	5	6 (le regroupement des 2 cliniques Ebroïciennes n'est pas réalisé).	- Regroupement des cliniques Pasteur et Bergouignan sous une forme juridique d'abord, sur un seul site à l'horizon 2010. - Adaptation des modalités des activités de chirurgie du CH de Gisors, notamment par la création d'un GCS. Bilan à faire début 2009.	- Protocole d'accord validé en COMEX ARH. Projet non réalisé actuellement. - GCS en activité depuis octobre 2006. Audit réalisé en 2009.

1.2 Repérages des problématiques actuelles et identification des enjeux

Chirurgie ambulatoire

- Les établissements vont devoir mettre en place rapidement les organisations nécessaires à la montée en charge de la substitution à un haut niveau de l'activité de chirurgie en hospitalisation classique vers la chirurgie ambulatoire.
- Cette adaptation conditionnera leur survie (convergence tarifaire).

Réduction des fuites

- Absence de corrections des fuites de patients constatées à l'écriture du SROS III :
  - La région est exportatrice nette de séjours avec des taux de fuites de 10 % pour l'ensemble des séjours et 9 % pour la chirurgie ambulatoire.
  - *Territoire de Dieppe* : ce territoire, du fait de sa petite taille et de par sa situation géographique à proximité de l'abondante offre de soins de l'agglomération Rouennaise et malgré l'existence d'une offre de soins largement rénovée au cours de la période observée, n'a pas réussi l'enjeu de récupération d'une partie des fuites constatées qui se situent à un niveau anormalement élevé de l'ordre de 45 %.
  - *Territoire d'Evreux-Vernon* : nous ne pouvons que faire le constat d'une aggravation des fuites dont le niveau, à hauteur de 44 % apparaît trop élevé. Il sera intéressant de mesurer l'impact de l'ouverture du nouveau site d'Evreux du CHI Eure-seine et ultérieurement de la restructuration des deux établissements privés ébroïciens.
- Maintenir une réduction des fuites pour les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon.
- Réduction des fuites extrarégionales.

Optimisation des plateaux techniques

- Les restructurations mises en œuvre au cours des SROS II et III devront être poursuivies afin de garantir un accès optimum aux soins.
- Le développement des coopérations inter-établissements tant en ce qui concerne la permanence des soins que le niveau de recours ou la création de pôles d'excellence est le point faible du constat. Cet axe a été intégré de façon insuffisante dans les CPOM.

- Un certain nombre de plateaux techniques ont une activité inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux. L'enjeu du SROS devra être de déterminer les établissements qui seront accompagnés pour dépasser ce seuil et ceux dont l'activité devra être restructurée.

Démographie médicale

- Prévision d'une évolution défavorable de la démographie médicale (chirurgiens et anesthésistes) qui aura pour effet de fragiliser la majorité des plateaux techniques chirurgicaux.
- Les enjeux sont :
  - optimisation des plateaux techniques.
  - développement des coopérations inter établissements.
  - augmentation de l'attractivité des postes.

II. ORIENTATIONS - PRECONISATIONS

2.1 Préambule

Le volet chirurgie du SROS IV, dans la continuité du SROS III, se fixe pour objectifs stratégiques les trois axes suivants :

- poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.
- poursuivre le développement et l'optimisation des plateaux techniques et du maillage territorial.
- réduire les fuites interrégionales et infrarégionales de patients.

L'ensemble des préconisations du volet vise à décliner de façon opérationnelle ces trois axes.

2.2 Définition de la graduation des soins en chirurgie

a) Pour la chirurgie adulte

La graduation des soins, en chirurgie, se décompose en 4 niveaux, avec pour chacun des missions et moyens à mettre en œuvre.

Cette graduation ne s'applique qu'aux plateaux techniques polyvalents, à l'exclusion des établissements réalisant exclusivement une activité de chirurgie gynécologique ou aux centres dédiés au traitement du cancer.

Le niveau de 1er recours

Ce niveau se caractérise par les missions suivantes :

- une activité programmée pour des actes ou des patients ne nécessitant pas de suivi postopératoire relevant au minimum d'une unité de surveillance continue.
- ce niveau n'a pas pour vocation de prendre en charge la chirurgie externe non programmée en dehors des heures d'ouverture du bloc opératoire. Il devra néanmoins assurer une continuité des soins, tous les jours, 24 heures sur 24, avec possibilité d'une intervention en urgence, pour les patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement.
- les patients nécessitant la réalisation d'un acte chirurgical ne pouvant être différé, en dehors des heures normales d'ouverture du bloc opératoire, ont vocation à être transférés vers un autre établissement apte à les prendre en charge. Les modalités de ces transferts seront organisées dans le cadre du réseau urgences.
- c'est à ce niveau que seront positionnés d'éventuels établissements réalisant uniquement une activité de chirurgie ambulatoire.

Le niveau de recours territorial

- **Missions :** devra assurer, tous les jours, 24 heures sur 24, la prise en charge de la chirurgie non programmée, au moins pour les patients relevant des spécialités de chirurgie viscérale et de chirurgie ortho-traumatologique, hors pathologies ou patients dont la lourdeur relève du niveau régional. En outre, la prise en charge non programmée de certaines spécialités chirurgicales pourra être assurée par ce niveau. Ces établissements seront identifiés pour ces missions au sein du réseau des urgences.

- **Moyens en personnel médical :** devra assurer, dans des conditions conformes à la réglementation, au minimum :
    - une astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale, et donc devra disposer d'une équipe d'au moins 3 chirurgiens viscéraux en propre ou par convention.
    - une astreinte opérationnelle en chirurgie ortho-traumatologique, et devra donc disposer d'une équipe d'au moins 3 chirurgiens ortho-traumatologistes en propre ou par convention.
    - une astreinte opérationnelle d'anesthésiste-réanimateur, et devra donc disposer d'une équipe d'au moins 3 anesthésistes réanimateurs en propre ou par convention.

- **Moyens du plateau technique** : devra comporter :
    - Au niveau du bloc opératoire :
        - au moins une salle d'intervention suffisamment équipée opérationnelle et mobilisable dans des délais brefs pour la chirurgie non programmée.
        - une salle de soins post-interventionnelle (SSPI) ouvrable 24h/24.
        - une équipe paramédicale de bloc opératoire en astreinte opérationnelle pour la chirurgie non programmée. Cette équipe comportera :
            - une IDE, et si possible une IBODE pour la salle d'intervention.
            - une aide opératoire ayant les compétences requises par la réglementation.
            - une IADE de préférence ou au moins une IDE pour la SSPI[1].
    - au moins une unité de surveillance continue.
    - un scanner opérationnel 24 heures sur 24, éventuellement dédié à l'urgence si le volume d'activité le justifie.
    - l'établissement devra être autorisé à l'activité de soins d'accueil des urgences.

Le recours régional

- **Missions :** devra assurer, tous les jours, 24 heures sur 24, la prise en charge de toutes les pathologies chirurgicales non programmées, hors celles de spécialités relevant du niveau interrégional. En outre assurera selon les mêmes conditions, un rôle de recours et d'expertise pour les établissements mettant en œuvre un niveau de plateau technique inférieur.

- **Moyens en personnel médical :** devra assurer, dans des conditions conformes à la réglementation, au minimum :
    - une garde en chirurgie viscérale.
    - une garde en chirurgie ortho-traumatologique.
    - une garde en anesthésie dédiée à l'urgence chirurgicale.
    - une astreinte opérationnelle en chirurgie urologique, en chirurgie vasculaire, en ophtalmologie, en ORL, en stomatologie.
    - une astreinte opérationnelle dédiée au fonctionnement de l'unité "SOS main".

[1] SSPI = Salle de Surveillance Post Interventionnelle

- **Moyens du plateau technique** : devra comporter :
    - au niveau du bloc opératoire : seront mis en œuvre, en terme de locaux et de personnels, des moyens dédiés à la chirurgie non programmée, opérationnels tous les jours, 24h sur 24.
    - une unité de réanimation chirurgicale ou médico-chirurgicale.
    - un scanner opérationnel 24 heures sur 24, dédié à l'urgence.
    - une IRM opérationnelle 24 heures sur 24.

Le recours interrégional

Ce niveau concerne, pour la chirurgie, des activités relevant du Schéma Interrégional de l'Organisation Sanitaire (SIOS) :

- chirurgie cardiaque.
- activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
- traitement des grands brûlés.
- greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques.

Les établissements de la région devront participer à la prise en charge dans le cadre de l'organisation prévue par les SIOS.

b) Pour la chirurgie de l'enfant et de l'adolescent

Par enfant et adolescent, on entend les patients ayant un âge compris entre 0 et 16 ans. Toutefois, pour certaines pathologies spécifiques justifiant une prise en charge spécialisée au long cours, la limite d'âge de prise en charge dans les centres de chirurgie pédiatrique pourra être portée jusqu'à 18 ans.

La graduation des soins est organisée en trois niveaux :

Centre de référence régional

- **Missions :** prise en charge de la totalité des pathologies chirurgicales pédiatriques, programmées ou non, quelque soit l'âge de l'enfant. En outre, permet la prise en charge de pathologies hautement spécialisées : chirurgie périnatale, malformations chirurgicales complexes, chirurgie des polyhandicapés, chirurgie oncologique. Organise le réseau régional de chirurgie pédiatrique.
- **Compétences médicales :** une équipe chirurgicale spécialisée ayant une activité exclusive en chirurgie pédiatrique, permettant d'organiser au minimum deux filières individualisées de chirurgie viscérale et orthopédique. L'équipe d'ORL comporte au moins un praticien ayant une expérience particulière pour la réalisation des actes chirurgicaux et endoscopiques chez l'enfant. Une équipe d'anesthésie - réanimation spécifique.
- **Permanence des soins :** un chirurgien pédiatrique est de garde sur place. Un anesthésiste - réanimateur avec expérience de la chirurgie pédiatrique est de garde sur place.
- **Plateau technique :** l'établissement devra disposer d'une unité de réanimation pédiatrique, d'un service de pédiatrie médicale ainsi que de places d'anesthésie et chirurgie ambulatoire. Des salles d'opérations sont réservées aux enfants, du matériel adapté est présent dans les salles d'intervention ainsi que dans la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI).

Etablissement de recours territorial

- **Missions** : prise en charge de la majorité des actes chirurgicaux pédiatriques, programmés ou non, quelque soit l'âge de l'enfant, sauf chirurgie lourde hautement spécialisée relevant du centre de référence.
- **Compétences médicales** : une équipe chirurgicale spécialisée en chirurgie pédiatrique. L'équipe d'anesthésie - réanimation comprend des praticiens ayant une expérience pédiatrique.

- **Permanence des soins**: un chirurgien et un anesthésiste - réanimateur avec expérience de la chirurgie pédiatrique sont en astreinte opérationnelle.

- **Plateau technique** : l'établissement devra disposer de lits situés en unité de surveillance continue ainsi que de places d'anesthésie et chirurgie ambulatoire. La collaboration avec un service de pédiatrie, au besoin par convention, est indispensable. Du matériel adapté est présent dans les salles d'intervention ainsi que dans la SSPI.

Autres établissements

Ils ne disposent pas d'équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique.

Les pathologies pouvant être prises en charge par ces établissements sont les suivantes :

- pour les actes programmés : pas d'acte chirurgical chez l'enfant de moins de un an en dehors des actes d'ORL réalisables en ambulatoire. Pour les enfants de 1 à 3 ans, réalisation d'actes simples essentiellement en ambulatoire. Pour les enfants de plus de 3 ans, réalisation d'actes simples. Cette activité sera possible, sous réserve d'un volume d'activité suffisant garantissant la compétence des professionnels notamment dans le domaine de l'anesthésie.
- pour les actes non programmés : pas d'actes chirurgicaux pour les enfants de 0 à 3 ans, dont la prise en charge ne peut se faire que dans les établissements disposant d'une équipe spécialisée.
- la nature des actes pris en charge par ces établissements sera à définir dans le cadre des conventions qui seront contractées avec un établissement disposant d'une équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique.

2.3 Améliorer l'accès aux soins

a) Développement de consultations avancées de chirurgie et d'anesthésie

Il a pour objectif de faciliter un accès de proximité pour la population de zones géographiques ne disposant pas ou plus d'implantation de chirurgie et donc de limiter les déplacements et de canaliser les flux de patients.

Peuvent être concernées les zones suivantes :

- Verneuil sur Avre (organisation possible avec le CH de Dreux).
- Neufchâtel en Bray (organisation avec les établissements de l'agglomération Rouennaise).
- Eu (organisation avec le CH de Dieppe).
- Gournay en Bray.

b) Garantir une prise en charge en secteur 1 à l'échelle du territoire de santé

L'ensemble des acteurs (établissements, praticiens, usagers) devront s'organiser afin que soit assuré à l'échelle du territoire, l'accès à des consultations et des actes donnant lieu à la perception d'honoraires relevant du secteur 1. Ces prises en charge devront être déclinées pour chaque spécialité chirurgicale réalisée sur le territoire ainsi que pour l'anesthésie.

Cette organisation donnera lieu à une formalisation qui sera validée par l'ARS.

c) Organiser le maillage territorial

Organisation territoriale pour la chirurgie adulte

Préconisations :

- chaque territoire de santé devra disposer d'au moins un site de recours territorial.
- la région ne disposera que d'un seul site de référence régionale.
- l'accès au plateau de recours territorial pour l'ensemble de la population sera favorisé par la constitution de conventions entre établissements.
- à l'échelle de la région, les établissements devront développer une organisation formalisée centrée sur le site de recours régional visant à identifier et organiser des filières de prise en charge spécifiques.

Le maillage territorial en nombre d'implantations tel que réalisé à l'issue du SROS III, apparaît suffisant pour assurer la couverture de l'ensemble des territoires.

La définition du maillage des implantations est décrite dans l'annexe territoriale.

Organisation territoriale spécifique pour la chirurgie de l'enfant

- **Territoire de Rouen - Elbeuf :** à vocation à disposer du centre de référence en chirurgie pédiatrique et éventuellement d'un établissement de recours territorial.
- **Territoire du Havre :** à vocation à disposer d'au moins un centre de recours territorial.
- **Territoire d'Evreux - Vernon :** pas d'implantation d'établissement de recours. La permanence des soins et les prises en charges programmées relevant d'un niveau de recours seront assurées par les équipes du territoire de Rouen - Elbeuf, dans le cadre d'une convention inter-établissements.
- **Territoire de Dieppe :** pas d'implantation d'établissement de recours. La permanence des soins et les prises en charges programmées relevant d'un niveau de recours seront assurées par les équipes du territoire de Rouen - Elbeuf, dans le cadre d'une convention inter-établissements.

2.4 Améliorer la qualité, la sécurité et l'efficience des soins

a) Développement de la chirurgie programmée dans les établissements

Il est indispensable, au niveau de chaque établissement et notamment des établissements publics, de mettre en place une politique de développement de la chirurgie programmée et d'organiser son articulation avec les prises en charges non programmées. Ce développement répond à quatre objectifs :

- attractivité pour les équipes chirurgicales,
- limitation des taux de fuite,
- développement du volume d'activité.

Pour permettre ce développement, les établissements devront :

- maintenir ou constituer des équipes chirurgicales de taille suffisante, au besoin en faisant intervenir des praticiens d'autres établissements, apportant des compétences spécifiques.
- mettre en place ou conforter une démarche qualité concernant l'accueil, la personnalisation des prises en charge, l'hébergement.
- organiser des filières spécifiques de prise en charge pour la chirurgie programmée, pour la chirurgie ambulatoire, pour la chirurgie non programmée. Ces organisations à mettre en place porteront sur l'optimisation des conditions techniques de fonctionnement du bloc opératoire, sur l'articulation entre bloc opératoire secteur d'hospitalisation et consultations. Cette organisation devra être formalisée au niveau de la charte du bloc opératoire.
- développer la prise en charge en chirurgie ambulatoire substitutive.

Des objectifs de développement pourront être repris au sein des contrats d'objectifs et de moyens. Pour suivre la montée en charge de ce développement, l'ARS en lien avec les établissements mettra en place un outil de suivi spécifique.

b) Seuil d'activité des établissements

Le maintien des compétences des équipes chirurgicales est en premier lieu lié au volume d'activité réalisée. La fixation d'un seuil minimal d'activité par établissement répond à quatre objectifs :

- assurer la qualité et la sécurité des soins.
- permettre la mise en place d'une organisation efficiente de l'activité chirurgicale.
- développer l'attractivité pour les patients.
- développer l'attractivité pour les équipes chirurgicales permettant la constitution et la pérennisation d'équipes de taille suffisante.

Préconisations

- sauf situations particulières liées à un isolement géographique **démontré**, chaque établissement devra réaliser une activité minimale annuelle correspondant à 1 500 séjours avec acte chirurgical (séjours classés dans un GHM en « C », hors CMD 14 dans le PMSI). Cette activité est appréciée par site géographique.
- cette préconisation ne concerne pas les établissements ayant une activité limitée à la chirurgie gynécologique ainsi que le CRLCC.
- les établissements ne réalisant pas lors de la publication du SROS ce volume minimal d'activité devront faire l'objet de préconisations d'organisations spécifiques ainsi que d'un suivi annuel de l'activité et des organisations.
- un établissement, qui au cours du SROS, franchirait à la baisse le seuil des 1 500 séjours fera l'objet d'une analyse approfondie de sa situation afin d'envisager son devenir.

Situations particulières

- CH de Pont-Audemer :
  - cet établissement n'atteignait pas en 2009 les 70 % du seuil préconisé. Un audit réalisé en 2009 avait démontré l'absence d'isolement géographique de son bassin de population ainsi que la fragilité des organisations mises en place.
  - une restructuration de son activité chirurgicale est en cours : réalisation d'une activité de chirurgie ambulatoire exclusive à compter du 1er janvier 2012. L'activité de chirurgie en hospitalisation complète sera réalisée sur les sites du CH de Bernay et du GHH dans le cadre d'un GCS.
  - en conséquence, le SROS préconise la réalisation d'un suivi annuel de la montée en charge de cette organisation qui devra, à terme, permettre à l'établissement d'atteindre le seuil minimal d'activité préconisé.

- CH de Gisors :
  - cet établissement réalisait en 2009 une activité égale à 76 % du seuil.
  - un audit réalisé en 2009 avait conclu à l'intérêt de la pérennisation du site tout en l'adossant à un établissement de référence.
  - en conséquence, le SROS préconise le maintien de l'activité de chirurgie, qui devra s'accompagner d'un renforcement de l'adossement de l'établissement avec un centre hospitalier public de recours.
  - un suivi annuel sera réalisé.

- CH de Bernay :
    - cet établissement réalisait en 2009 une activité égale à 81 % du seuil.
    - à partir de 2012, il va bénéficier d'un apport d'activité du fait de la mise en œuvre d'un GCS avec le CH de Pont-Audemer.
    - en conséquence, le SROS préconise le maintien de l'activité de chirurgie. Afin de s'assurer des conditions d'efficience et de sécurité de prise en charge, un audit de la chirurgie sera à réaliser d'ici fin 2012.

c) Permanence des soins chirurgicale

L'organisation de la permanence des soins fait l'objet d'un document spécifique (chapitre 2.2.10 des missions de service public).

d) Cas particulier des établissements mono activité en chirurgie

Etablissement ayant une activité de chirurgie gynécologique exclusive

Il s'agit de maternités qui doivent cependant disposer d'une autorisation de chirurgie pour pouvoir pratiquer une activité de chirurgie gynécologique. Quatre établissements sont concernés :

- **Clinique Les Aubépines**
    - Elle réalise une proportion non négligeable de l'activité de chirurgie gynécologique de son territoire.
    - Elle est titulaire d'une autorisation de traitement du cancer - modalité chirurgie du sein et chirurgie gynécologique.
    - En conséquence, le SROS préconise le maintien de l'activité limitée à la chirurgie gynécologique programmée.

- **CH de Lillebonne et de Fécamp**
    - Ces établissements, disposent d'un bloc opératoire en commun avec un établissement privé dans le cadre d'une organisation architecturale d'un hôpital clinique.
    - Les centres hospitaliers pratiquent les activités de médecine, maternité et de chirurgie gynécologique.
    - Bien que l'activité chirurgicale soit faible, le SROS préconise le maintien de l'autorisation.

- **CH du Belvédère**
    - Cet établissement, maternité de niveau II, réalise une importante activité d'obstétrique (3 400 naissances en 2009) mais son activité chirurgicale est faible.
    - L'analyse montre que cette activité mobilise un plateau technique sous-utilisé en termes d'efficience.
    - Dans ce contexte et compte tenu de la situation particulière de mono activité de l'établissement, une réflexion stratégique est actuellement en cours avec l'appui d'un prestataire extérieur, afin d'identifier les pistes et modalités de consolidation de l'établissement.

- **CRLCC**
    - Compte tenu de la contigüité géographique avec le CHU, il est préconisé d'étudier les conditions d'un partenariat entre les deux établissements afin d'optimiser les plateaux techniques et les ressources médicales.

e) Optimiser et renforcer l'utilisation des plateaux techniques

Optimisation des blocs opératoires

En 2012, l'efficience est devenue un critère majeur et nécessaire pour la mise en œuvre d'une activité de soins.

Le SROS préconise :

- Que l'ensemble des blocs opératoires répondent aux critères d'efficience conformes aux standards actuels (recommandations de l'ANAP).
- Que soit réalisée en 2012, dans le cadre d'une étude régionale coordonnée par l'ARS, une analyse de l'efficience de chaque site opératoire, reprenant les outils développés par l'ANAP (Benchmarking).

Contrer les effets négatifs de la démographie médicale

Les organisations actuelles doivent prendre en compte les évolutions prévisibles de la démographie médicale.

Pour cela, le SROS préconise :

- la mobilisation de praticiens visant à apporter une compétence technique vers un établissement qui en est dépourvue.
- de favoriser, pour les praticiens, la réalisation d'interventions lourdes sur un plateau technique de niveau supérieur. Ceci permettra en outre le maintien des compétences, et favorisera l'attractivité des postes pour les établissements de 1er recours.
- l'ouverture de postes de post clinicat permettant de fidéliser sur la région les praticiens formés en Haute-Normandie.

f) Favoriser les parcours de soins pour les patients hébergés en EHPAD

L'objectif est, pour les personnes âgées hébergées en EHPAD, de :

- fluidifier et humaniser l'accès aux soins chirurgicaux (en consultation, hospitalisation complète et ambulatoire).
- favoriser leur retour rapide en institution tout en garantissant la sécurité des soins.
- assurer le suivi à distance de l'intervention dans des conditions de confort maximisées.

Il est proposé que chaque EHPAD contracte une convention spécifique avec un ou plusieurs établissements de santé - plateau technique chirurgical, ayant pour objet la réalisation des objectifs sus mentionnés.

Par ailleurs, il est préconisé que les établissements chirurgicaux, prenant en charge de tels patients, mettent en place, en lien avec les EHPAD, des procédures spécifiques d'accueil, de soins (nursing…), de sortie et d'information.

2.5 Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

a) Préambule

Par chirurgie ambulatoire, on désigne la réalisation "*d'actes chirurgicaux et/ou d'exploration programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission*"[2]. Elle est substitutive à l'hospitalisation classique car elle permet la délivrance, dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité, de prestations habituellement réalisées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

La chirurgie ambulatoire ne comprend pas les actes réalisés dans un cabinet de consultation ou en salle de soins, qui correspondent à des soins externes.

Ce mode de prise en charge, centrée sur le patient, présente des bénéfices qui ne sont plus à démontrer tant pour le patient (en terme d'efficience de l'organisation des plateaux techniques hospitaliers) que pour la collectivité (moindre coût).

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité nationale et l'un des dix programmes prioritaires de la gestion du risque.

Il est important de rappeler que le développement de la chirurgie ambulatoire par un établissement doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne peut être un palliatif à une activité chirurgicale défaillante.

Le SROS III a permis sa généralisation sur l'ensemble des plateaux techniques en particulier les établissements publics et s'est accompagné d'une augmentation substantielle de cette prise en charge (passage de 32,5 % en 2006 à 38 % en 2009).

L'enjeu du SROS IV, outre la poursuite du développement de cette pratique en volume, est d'accompagner le second tournant de la chirurgie ambulatoire qui est le passage d'une alternative pour un certain nombre de gestes ou de patients à une véritable modalité de prise en charge, se hissant ainsi au même niveau que la chirurgie en hospitalisation complète.

b) Préconisations

Le SROS préconise :

- l'obligation d'une structure de chirurgie ambulatoire d'au moins 5 places pour tout établissement disposant d'une autorisation de chirurgie.
- la possibilité d'implantation de centres indépendants dédiés à la chirurgie ambulatoire (établissement de santé) à la condition d'un volume d'activité au moins égal à 3 000 actes par an et d'une convention spécifique avec au moins un établissement de recours territorial doté d'une hospitalisation chirurgicale complète.
- pour les structures réalisant plus de 3 000 actes de chirurgie ambulatoire par an, de s'organiser préférentiellement sous la forme d'un centre autonome voir d'un centre satellite.
- qu'il convient d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence. Ces modifications de pratique accompagneront les évolutions des préconisations des sociétés savantes.
- le développement de cette prise en charge pour les personnes âgées hébergées en EHPAD.
- l'inscription systématique d'objectifs portant sur la chirurgie ambulatoire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de ces établissements.

[2] Conférence de consensus, "la chirurgie sans hospitalisation", fondation de l'avenir de la recherche médicale appliquée, Paris Mars 1993.

- de favoriser la formation initiale et continue, des chirurgiens et anesthésistes, à l'anesthésie et chirurgie ambulatoire en rendant accessible aux internes ainsi qu'aux praticiens en exercice l'accès à des plateaux techniques performants publics ou privés.
- de poursuivre la sensibilisation et l'information des médecins de ville et des patients.
- que les établissements devront accompagner ce développement par une analyse critique de leurs organisations qui devra être adapté pour répondre aux standards d'efficience actuels (ANAP…).

c) Objectifs

Pour inciter les établissements au développement de la chirurgie ambulatoire, le SROS préconise l'utilisation de deux indicateurs chiffrés :

- taux de réalisation des 17 gestes marqueurs utilisés dans le cadre de la mise sous accord préalable : ce taux devra être au moins égal à 85 % pour l'ensemble des gestes à l'échelle de chaque territoire.
- taux global de réalisation en ambulatoire des séjours avec actes chirurgicaux : il sera mesuré par territoire et devra atteindre :
    - 2012 : 45 %
    - 2013 : 50 %
    - 2014 : 55 %
    - 2015 : 60 %
    - 2016 : 65 %

Le suivi de ces deux indicateurs donnera lieu à un bilan annuel réalisé par l'ARS en lien avec les établissements.

III. INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'établissement dont le niveau d'activité est inférieur à 1 500 séjours chirurgicaux avec actes (GHM en « C »).
- Taux de ré hospitalisation en chirurgie à 30 jours.
- Taux de réalisation des 17 gestes marqueurs.
- Taux global de réalisation en ambulatoire.
- Taux de fuite et d'attractivité des séjours chirurgicaux.
- Taux d'ouverture et d'occupation des blocs opératoires.
- Nombre de séjours chirurgicaux.
- Taux d'ambulatoire chez les personnes de 75 ans et plus.

IV. IMPLANTATIONS

Territoire de santé ROUEN / ELBEUF	2011	2017
AGGLOMERATION DE ROUEN	8	8
ELBEUF	1	1
YVETOT	1	1

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
AGGLOMERATION DU HAVRE	3	3
FECAMP*	2	2
LILLEBONNE*	2	2
PONT AUDEMER	1	1

** 1 implantation limitée à la chirurgie gynécologique programmée*

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
EVREUX	3	2
VERNON	1	1
BERNAY	1	1
GISORS	1	1

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
AGGLOMERATION DE DIEPPE	3	3

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Périnatalité

I. ETAT DES LIEUX

1.1 Evaluation de la mise en œuvre du SROS III : annexe opposable

Territoires de santé	Nombre d'implantation Inscrites dans l'annexe du SROS pour 2006	Nombre d'implantations Inscrites dans l'annexe du SROS pour 2011	Créations, suppressions, transformations, regroupements, coopérations… inscrites dans l'annexe du SROS	Bilan au 31/12/2010
Rouen Elbeuf	- Maternité : 5 - AMP : 2 - Diag. Prénat. : 1	- Maternité : 5 - CPP : 1 - AMP : 2 - Diag. Prénat. : 1	- Néant	- Maternité : 4 - CPP : 1 - AMP : 2 - Diag. Prénat. : 1 Transfert des activités d'AMP de la clinique St Antoine vers la clinique Mathilde : Réalisé
Le Havre	- Maternité : 5 - Maison périnatale : 1 - AMP : 1 - Diag. Prénat. : 1	- Maternité : 4 - CPP : 1 - AMP : 1 - Diag. Prénat. : 1	Ouverture du Pôle Femme-Mère-Enfant (PFME) avec maternité de niveau III sur le site de Montivilliers Une maternité de niveau I au Havre suite au regroupement des cliniques du Petit Colmoulins et François 1er Evolution de la maternité du CH de Fécamp du niveau II vers le niveau I Evolution de la maison périnatale expérimentale de Pont Audemer vers un CPP	-Maternité : 4 -CPP : 1 -AMP : 1 -Diag. Prénat. : 1 FAIT FAIT (Hôpital Privé de l'Estuaire) FAIT FAIT
Dieppe	- Maternité : 2	- Maternité : 2	Néant	- Maternité : 2
Evreux Vernon	- Maternité : 4 - CPP : 1	- Maternité : 4 - CPP : 1	La capacité à continuer une activité d'accouchement sur le site de Gisors devra être examinée en 2009 à la lumière des modalités de fonctionnement de la chirurgie	- Maternité : 4 - CPP : 1 Audit de l'activité de chirurgie sur le site du CH de Gisors réalisé en 2009. Conclusions : - maintien de l'activité de chirurgie - maintien de la maternité de niveau I

1.2 Offre de soins régionale au 31/12/2010

Au 31/12/2010, la Haute Normandie est dotée d'un plateau technique composé de 555 lits et 31 places d'obstétrique répartis sur 17 implantations.

En fonction du niveau du plateau technique on distingue :

- maternités de niveau III : 2 – 30 % des capacités installées.
- maternités de niveau II : 5 – 45 % des capacités installées.
- maternités de niveau I : 7 – 25 % des capacités installées
- CPP[1] : 3

Territoire	Niveau du plateau technique	Etablissement	Capacités d'obstétrique[2]	Taux d'équipement[3]
Rouen-Elbeuf	III	CHU	91 lits et 12 places	
	II	CH du Belvédère	71 lits et 6 places	
	II	Clinique Mathilde	62 lits	
	II	CH d'Elbeuf	44 lits et 3 places	
	CPP	CH de Louviers	-	
		5 implantations	**268 lits et 21 places**	**69,2**
Le Havre	III	GHH	70 lits et 4 places	
	I	HPE	24 lits	
	I	CH de Lillebonne	24 lits	
	I	CH de Fécamp	21 lits	
	CPP	CH de Pont Audemer	-	
		5 implantations	**139 lits et 4 places**	**61,2**
Dieppe	II	CH de Dieppe	32 lits + 6 places	
	I	Clinique des Aubépines	28 lits	
		2 implantations	60 lits et 6 places	76,0
Evreux-Vernon	II	CH d'Evreux	40 lits	
	I	CH de Vernon	20 lits	
	I	CH de Gisors	13 lits	
	I	CH de Bernay	15 lits	
	CPP	CH de Verneuil/Avre	-	
		5 implantations	**8 lits**	**43,9**
REGION		**17 implantations**	**555 lits et 31 places**	**62,4**

La taille moyenne des structures est fortement corrélée au niveau de la maternité :

- niveau III : 88,5 lits et places
- niveau II : 53 lits et places
- niveau I : 21 lits

Chaque territoire dispose au moins d'une maternité, d'au moins de niveau II, c'est-à-dire en capacité à prendre en charge des grossesses à risque ou compliquées. Nous notons l'absence de maternité de niveau I sur le territoire Rouen-Elbeuf. Le maillage territorial préconisé par le SROS est réalisé.

[1] CPP : centre périnatal de proximité
[2] Sources www.platine.sante.gouv.fr sauf HPE et CHI Eure-seine : source référent établissement
[3] Nombre de lits et places /100 000 femmes. Les données démographiques par territoires sont extraites *des données sanitaires et sociales régionales – données territoriales* – réalisé en novembre 2010 par l'ORS. Les données sont celles de la population de 2007.

Si nous regardons le ratio entre l'offre de soins des maternités de niveau I et celles de niveau II et III, nous constatons qu'il existe une forte disparité infrarégionale. Ce ratio est de :

- région : 0,33
- territoire Rouen-Elbeuf : 0
- territoire de Dieppe : 0,74
- territoire du Havre : 0,93
- territoire Evreux-Vernon : 1,2

En fonction du statut juridique nous constatons :

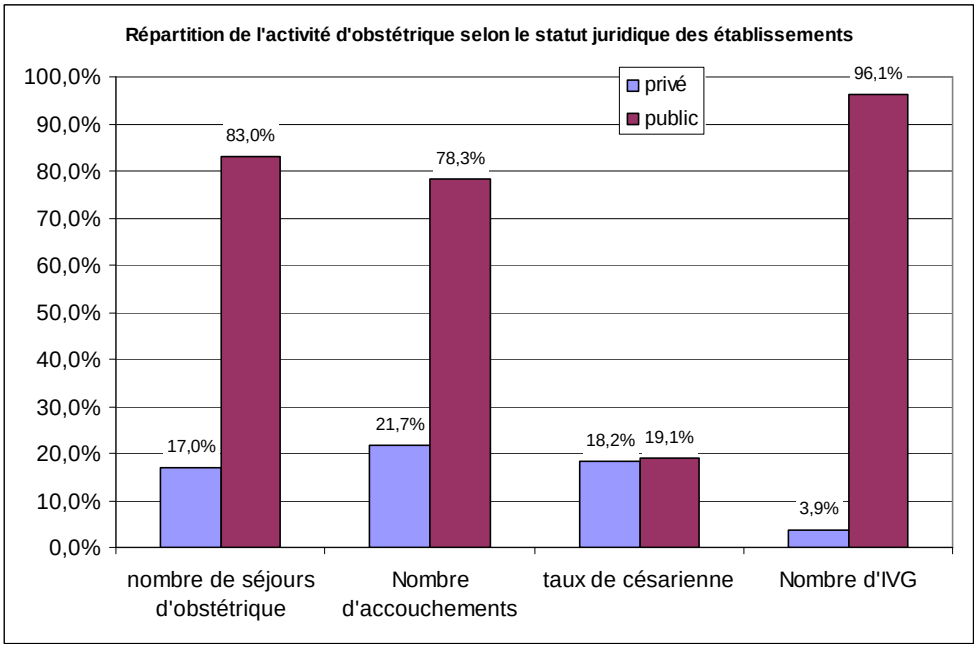
- que les structures publiques sont largement majoritaires (14 / 17 soit 82 %).
- que les agglomérations de Rouen, le Havre et Dieppe offrent à la population une alternative publique privée.

Activité	Territoire de santé	2006	2007	2008	2009	Evolution 2009-2006	
						Volumes	%
Nombre de séjours d'obstétrique	Dieppe	3202	2945	2655	2678	-524	-16,4%
	Evreux-Vernon	7543	7250	7481	7614	71	0,9%
	Le Havre	9526	9287	9030	9149	-377	-4,0%
	Rouen-Elbeuf	19224	18771	18276	18869	-355	-1,8%
	Total	39495	38253	37442	38310	-1185	-3,0%
Nombre d'accouchements	Dieppe	1762	1708	1697	1658	-104	-5,9%
	Evreux-Vernon	4118	4121	4128	4098	-20	-0,5%
	Le Havre	5514	5594	5437	5492	-22	-0,4%
	Rouen-Elbeuf	10653	10728	10894	10900	247	2,3%
	Total	22047	22151	22156	22148	101	0,5%
Taux de césarienne	Dieppe	20,5%	20,3%	21,7%	20,6%		
	Evreux-Vernon	19,4%	18,9%	19,6%	19,7%		
	Le Havre	16,6%	17,2%	18,5%	17,8%		
	Rouen-Elbeuf	16,9%	17,2%	17,5%	19,0%		
	Total	17,6%	17,7%	18,5%	18,9%		
Nombre d'IVG	Dieppe	248	238	195	259	11	4,4%
	Evreux-Vernon	1232	1239	1133	1144	-88	-7,1%
	Le Havre	1185	1316	1293	1150	-35	-3,0%
	Rouen-Elbeuf	2267	2141	1951	2038	-229	-10,1%
	Total	4932	4934	4572	4591	-341	-6,9%

1.3 Activité régionale

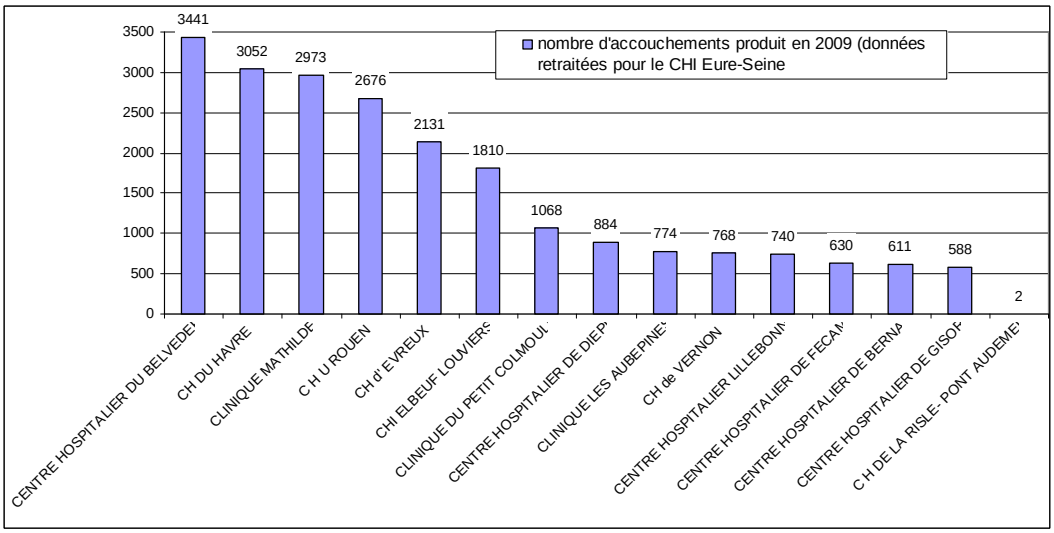
Le secteur public réalise 82 % de l'activité en 2010, ce qui est parfaitement superposable à la répartition des capacités installées. Cette proportion est retrouvée pour les territoires de Rouen-Elbeuf et du Havre. Le territoire de Dieppe est remarquable, les deux établissements réalisant des volumes d'activités proches. Aucune offre privée n'est proposée sur le territoire d'Evreux-Vernon.

A titre indicatif, en 2003 la répartition était de 77 % pour le secteur public.



Les accouchements

78 % des accouchements sont réalisés dans le secteur public. L'interprétation doit cependant être prudente, l'activité de niveau II et III est supérieure dans le secteur public.
Le nombre d'accouchements est stable entre 2006 et 2009 (+ 101 accouchements), légèrement au dessus de 22 000 accouchements par an.



Nombre d'accouchements par établissement en 2009

- 4 maternités réalisent plus de 2500 accouchements par an (3 maternités en 2003) et 55 % de l'activité régionale.
- 3 maternités réalisent plus de 1000 accouchements par an (6 en 2003).
- Aucune maternité ne réalise moins de 500 accouchements par an (2 en 2003).

Les césariennes

Nous constatons une augmentation du taux de césariennes qui passe de 17,6 % en 2006 à 18,9 % en 2009.

Le taux constaté pour certains établissements attire notre attention :

- le taux de la clinique des Aubépines, des CH de Fécamp et de Bernay apparaît trop élevé au regard de leur niveau de prise en charge théorique (maternité de niveau I)
- le taux du CH du Belvédère, maternité de niveau II, apparaît faible au regard de celui des autres établissements comparables.

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le taux brut de césarienne.

Les IVG

En 2009 : 983 IVG médicamenteuses et 4591 IVG chirurgicales (données PMSI).

En 2010 : 1143 IVG médicamenteuses et 4645 IVG chirurgicales (données PMSI).

L'activité d'IVG[4] est en baisse de 7 % entre 2006 et 2009, avec une cassure nette de l'activité entre 2007 et 2008, mais une reprise ensuite, en 2009 et 2010. Le taux d'IVG médicamenteuses augmente de manière progressive mais reste encore insuffisant, proportionnellement au taux d'IVG chirurgicales.

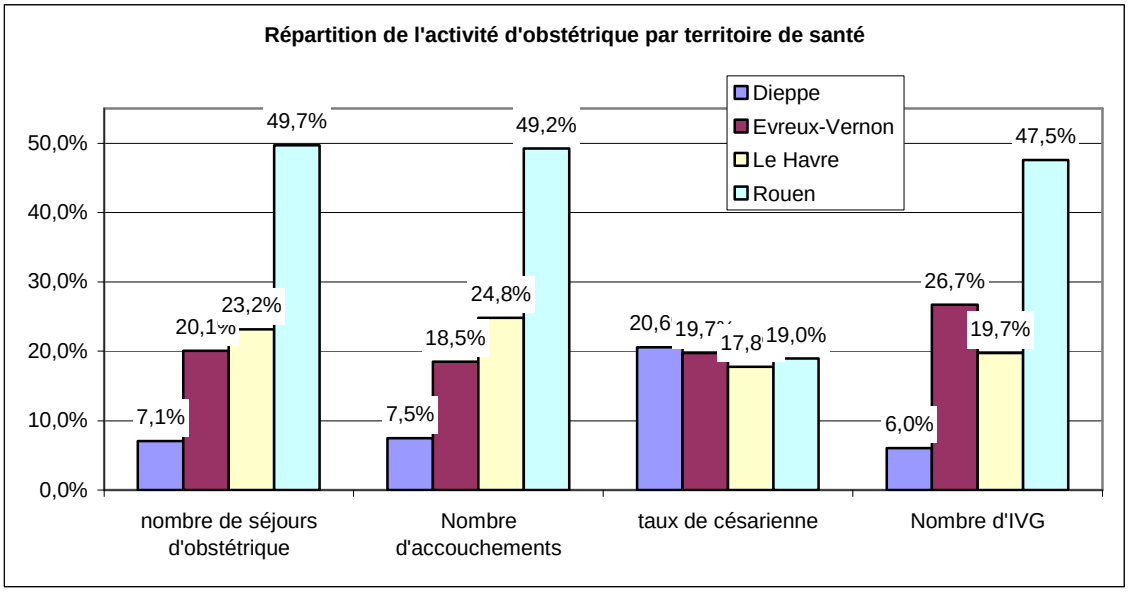
En 2010, 48 médecins libéraux avaient signé une convention avec un service de gynéco-obstétrique (majoritairement sur l'agglomération Rouennaise) pour pratiquer des IVG médicamenteuses en ville.

Ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG (27 pour 1 000 femmes en moyenne en 2007).[5]

En 2004, seules 28% des femmes qui ont eu recours à une IVG n'avaient pas pris de « précaution ».

Le secteur public a, globalement sur la région, le quasi-monopole de la réalisation des IVG avec hospitalisation (96.1% en 2009).

1.4 Activité par territoire



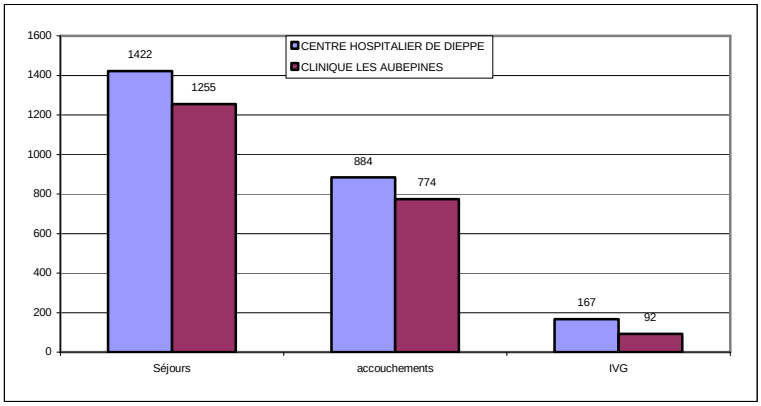
[4] Le PMSI ne recense que les IVG donnant lieu à une hospitalisation

[5] Etudes et résultats, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », n°713, décembre 2009.DREES

Territoire de santé de Dieppe

Le territoire de santé de Dieppe produisait, en 2009, 7 % de l'activité régionale d'obstétrique.

Le nombre de séjours a baissé de 16 % entre 2006 et 2009 soit un taux de 6 %. Le nombre d'accouchements a quant à lui baissé de 6 %.



L'activité est répartie entre 2 plateaux liés par convention :

– le centre hospitalier de Dieppe (maternité de niveau II) qui produit 53 % de l'activité. d'obstétrique et du nombre des accouchements.
– la clinique des Aubépines (niveau I).

Territoire de santé du Havre

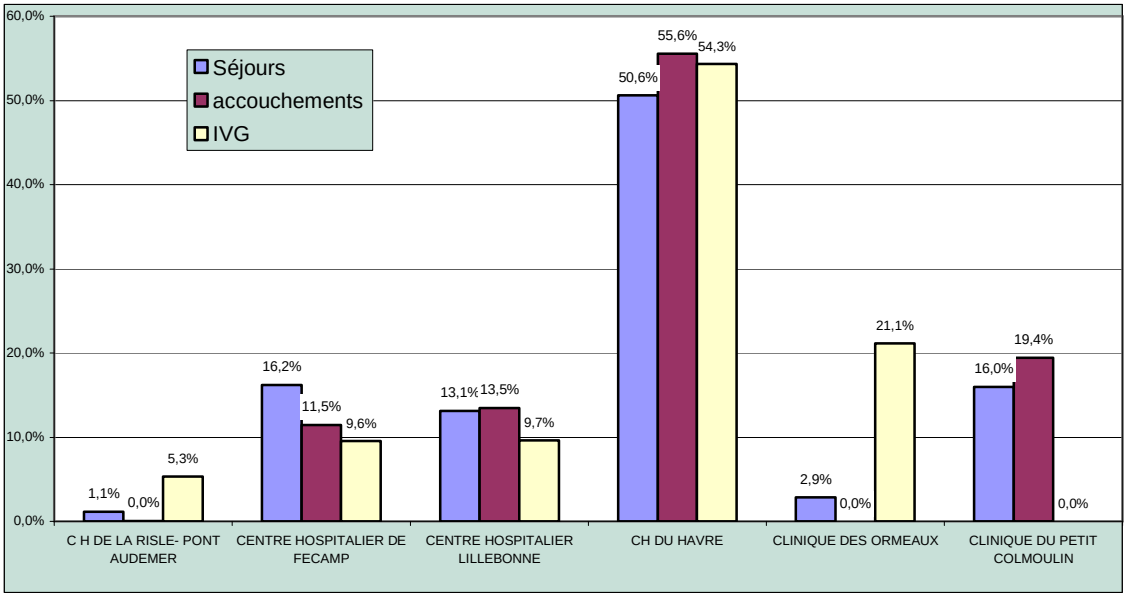
Le territoire de santé du Havre produisait, en 2009, 24 % de l'activité en nombre de séjours et 25 % des accouchements.

Le nombre de séjours d'obstétrique à baissé de 4 % entre 2006 et 2009. Le nombre d'accouchements est resté stable.

L'activité était répartie en 2009 entre 4 établissements autorisés. Deux autres établissements non autorisés pour l'activité de périnatalogie réalisaient cependant une activité d'IVG significative.

L'activité est concentrée à 70 % sur l'agglomération Havraise :

- le GHH réalise à lui seul plus de la moitié de l'activité territoriale.
- deux établissements non autorisés pour l'activité de périnatalité pratiquent, dans des volumes non négligeables une activité d'IVG (ce qui n'est pas incompatible avec la réglementation). Concernant le CH de Pont Audemer, cette activité semble cohérente, l'établissement accueillant un CPP. Sur l'agglomération Havraise, la déconnexion de l'activité d'IVG (clinique des Ormeaux) de celle d'obstétrique (HPE) nous semble plus discutable.

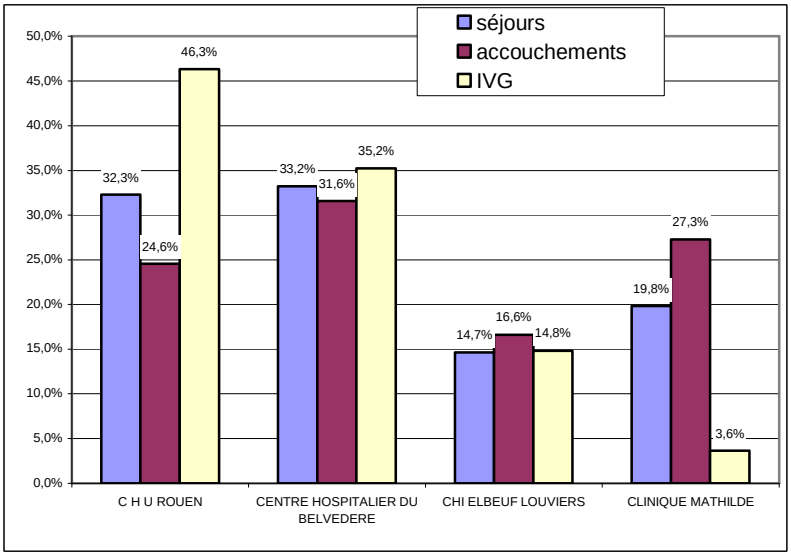


Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

Le territoire de santé Rouen-Elbeuf produisait, en 2009, 50 % de l'activité en nombre de séjours, 49 % des accouchements et 48 % des IVG.

Le nombre de séjours d'obstétrique à baissé de 2 % entre 2006 et 2009. Le nombre d'accouchements s'est accru de 2 %. Le nombre d'IVG a baissé de 10 %.

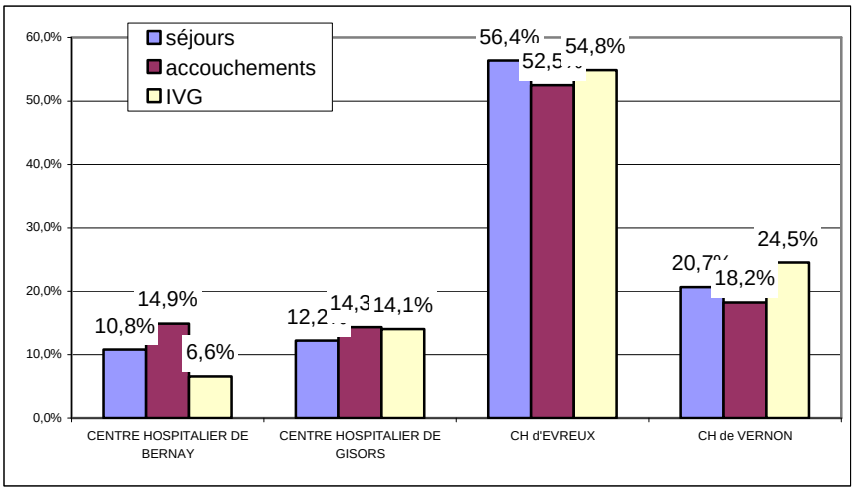
L'activité territoriale est concentrée à plus de 80 % sur l'agglomération Rouennaise. Le CH du Belvédère réalise à lui seul le tiers de l'activité du territoire.



Territoire de santé d'Evreux-Vernon

Le territoire de santé d'Evreux-Vernon produisait, en 2009, 20 % de l'activité en nombre de séjours et 18,5 % des accouchements.

Le nombre de séjours d'obstétrique ainsi que celui des accouchements est resté stable sur la période 2006 – 2009.



Ce territoire possède la particularité de ne pas disposer de maternité privée. Plus de la moitié des séjours sont concentrés sur le site d'Evreux du CHI. Les maternités des CH de Gisors et de Bernay sont les 2 plus petites maternités de la région, au regard de l'activité produite.

II. ORIENTATIONS REGIONALES ET PRECONISATIONS

2.1 Maintenir et renforcer l'accès aux soins de santé

- La gradation du niveau de soins pour l'obstétrique se décompose en 4 niveaux avec pour chacun, des missions et des moyens à mettre en œuvre. Cette gradation est définie par la réglementation :
    - Niveau de proximité : CPP.
    - Niveau de 1er recours : maternité de niveau I (prise en charge de grossesses normales).
    - Niveau de recours territorial : maternité de niveau II (prise en charge de grossesses sensibles).
    - Niveau de recours régional : maternité de niveau III (prise en charge de grossesses à haut risque).

- **Avoir un maillage territorial suffisant** pour maintenir un accès aux soins sur tout le territoire. Ce maillage étant satisfaisant sur tout le territoire, il n'est pas proposé d'évolution du nombre d'implantations :

Quelques situations particulières cependant :

Territoire du Havre

Le maillage du territoire est satisfaisant.
L'activité d'IVG réalisée sur le bassin géographique de Pont-Audemer doit être maintenue. Il sera nécessaire de réorganiser l'offre dans ce domaine, du fait de nombreux médecins partant à la retraite.

Territoire d'Evreux-Vernon

Gisors travaille en réseau avec la maternité de Beauvais et de Pontoise et doit poursuivre dans ce sens.
Le CPP de Verneuil-sur-Avre travaille en réseau avec le CH de Dreux et doit poursuivre dans ce sens.

- **Organiser l'accès pour les grossesses ou les accouchements compliqués, à un plateau technique adapté :** des conventions de coopération et de transfert sont nécessaires entre les maternités de niveau I et de niveau II. Et pour chaque maternité, une convention avec une maternité de niveau III.

- **Transport maternel et pédiatrique** : à articuler avec le SROS Urgences.

- **Maintenir le dépistage systématique de la surdité à la naissance,** dans toutes les maternités.

- **Réaliser un état des lieux de l'activité des techniques** d'assistance médicale à la procréation (AMP) ; de diagnostic prénatal (DPN) et de diagnostic pré-implantatoire (DPI), par territoire.

- **Maintenir systématiquement l'IVG dans l'offre de soins** de gynécologie-obstétrique et / ou de chirurgie. Chaque implantation d'activité de soins en obstétrique devrait développer une activité d'IVG.

  Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 12 et 14 SA, au niveau de chaque territoire de santé.

- Pour les femmes enceintes en situation de précarité, proposer aux soignants, sous l'égide du réseau périnatalité et avec les PMI, **un référentiel avec des critères permettant de repérer rapidement les femmes en situation de vulnérabilité et de les diriger vers des professionnels** ou des structures d'aide et de prise en charge préalablement identifiées.

- Elaborer une réflexion commune PSRS et PRAPS sur la question de la périnatalité dans ses aspects prévention, organisation des soins et prise en charge médico-sociale.

2.2 Renforcer et garantir la qualité et l'efficience des dispositifs ainsi que la performance des organisations

- L'HAD est une modalité d'hospitalisation substitutive à l'hospitalisation complète. Elle a vocation à délivrer des prises en charges médicales et paramédicales coordonnées non réalisables en soins de ville du fait de leur complexité et de leur fréquence.

Dans le domaine de la périnatalité, l'HAD a vocation à être développée pour la prise en charge de grossesses pathologiques (MAP par exemple) et le post partum pathologiques, favorisant ainsi le retour à domicile plus précoce. Par contre, le suivi médical et psycho-social des grossesses et du post partum physiologique relèvent d'autres modes de prise en charge (sages femmes libérales, médecins traitants, PMI…)

Sauf situation particulière à documenter au préalable, il n'est pas préconisé de développer des HAD obstétricales exclusives.

Il n'est pas préconisé une couverture territoriale exhaustive

Les établissements disposant d'une maternité devront, en lien avec une ou plusieurs HAD polyvalentes réaliser une étude de besoin et, le cas échéant, organiser en commun le développement d'une activité d'obstétrique au sein de l'HAD.

- Pour les femmes enceintes en situation de précarité, proposer aux soignants, sous l'égide du réseau périnatalité et avec les PMI, un référentiel permettant de repérer rapidement les femmes en situation de vulnérabilité et de les diriger vers des professionnels ou des structures d'aide et de prise en charge préalablement identifiées.
- Anticiper la sortie de maternité et structurer la prise en charge en période post-natale, notamment, en cas de prématurité.
- Besoin d'évaluation du télé monitoring à domicile pour le suivi conjoint des grossesses à risques.

- Encourager l'application des recommandations professionnelles de l'HAS sur "la préparation à la naissance et à la parentalité".
- Mettre en œuvre le DPP dans la région dans un délai de 2 ans.
- Développer l'entretien prénatal précoce.
- Améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.
- Améliorer la réanimation néo-natale par la formation du personnel impliqué.
- Développer les actions de formation du personnel soignant sur les risques liés à l'accouchement.
- Informer et accompagner les femmes qui ont choisi d'allaiter en les informant très tôt sur les bénéfices attendus de l'allaitement maternel.
- Intensifier la formation à l'EPP (Entretien Prénatal Précoce) des sages-femmes et des médecins qui le souhaitent.
- Identifier et orienter précocement les femmes enceintes présentant une situation à risque de complication de grossesse en élaborant (réseau périnatalité) des référentiels d'orientation.
- Anticiper la sortie de maternité et structurer la prise en charge en période post-natale en identifiant et coordonnant au niveau régional, grâce au réseau périnatalité, les structures intervenant à domicile en post-natal.
- Environ 8% des IVG sont réalisées chez des mineures, en Haute-Normandie, mais 5% à Vernon, 9% à Rouen et plus de 12% au Havre. Développer l'IVG hors établissement au sein des centres de santé et en collaboration avec les CG et les CPEF. Les établissements de santé doivent resserrer les liens de collaboration dans ce domaine, et notamment avec les CPEF.

III. IMPLANTATIONS

Territoire de santé **ROUEN / ELBEUF**	**2011**	**2017**
Maternité de niveau 2	**2**	**2**
Maternité de niveau 3	**1**	**1**
AMP	**3**	**3**
DPN	**2**	**2**
Elbeuf		
Maternité de niveau 2	**1**	**1**
Louviers		
CPP	**1**	**1**

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Maternité de niveau 3	**1**	**1**
AMP	**2**	**2**
DPN	**2**	**2**
Fécamp		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Lillebonne		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Pont Audemer		
CPP	**1**	**1**

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Evreux		
Maternité de niveau 2	**1**	**1**
DPN	**1**	**1**
Vernon		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Bernay		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Gisors		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Verneuil-sur-Avre		
CPP	**1**	**1**

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Agglomération de Dieppe		
Maternité de niveau 1	**1**	**1**
Maternité de niveau 2	**1**	**1**

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Psychiatrie

Introduction

La santé mentale figure parmi les six thèmes spécifiques du plan stratégique régional de santé (PSRS).

Pour traiter ce thème, la prévention des troubles psychiques pour l'ensemble de la population et l'organisation du dispositif de soins et médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiques constituent deux axes prioritaires d'évolution en plus des objectifs stratégiques de santé régionaux.

Pour définir la santé mentale, trois dimensions ne se situant pas dans un continuum sont communément distinguées :

- **les troubles mentaux** se référent à des classifications diagnostiques renvoyant à des actions thérapeutiques ciblées et correspondant à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants (ex. Schizophrénie, dépressions caractérisées, conduites addictives, troubles de la personnalité…),
- **la détresse psychologique** qui est un état de mal-être non forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental, mais qui si elle devient intense et perdure, peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique,
- **la santé mentale positive**, qui correspond à un état d'équilibre entre la structure de l'individu et celle du milieu auquel il doit s'adapter.

Ainsi, la santé mentale est la résultante de l'interaction de facteurs complexes à la fois contextuels (relatifs aux relations entre la personne et son environnement), psychologiques (liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels) et biologiques (relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne) qui évoluent de manière dynamique. Elle est influencée par de multiples conditions interdépendantes, en plus de caractéristiques individuelles, notamment les conditions économiques, sociales, culturelles et environnementales qui rendent son périmètre très vaste. Elle doit donc être pensée dans une politique de santé publique s'appuyant sur trois aspects indissociables, sanitaire, médico-social et social et concerne de multiples politiques publiques (social, formation, justice,…). La promotion de la santé mentale doit être intégrée dans les politiques et programmes des secteurs public et privé concernant l'éducation, l'emploi, la justice, les transports, l'environnement, le logement et la protection sociale, ainsi que dans ceux du secteur de la santé.

L'objectif général de la politique en santé mentale consiste donc à maintenir et à améliorer l'état de santé psychique de la population et ne doit pas limiter son champ d'action aux troubles mentaux tout en garantissant un accès équitable aux soins quand ceux-ci s'avèrent nécessaire.

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. La santé mentale constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

Pour l'ARS le champ d'intervention concerne la promotion de la santé et la prévention, l'amélioration de l'organisation pour les offres de premiers recours et le traitement spécialisé par la psychiatrie et la réhabilitation/réinsertion notamment par le secteur médico-social, avec un objectif de décloisonnement entre ces différents champs dans une approche globale de la personne. Ces différents aspects seront déclinés dans le schéma prévention (SP), l'organisation des offres de soins de premier recours dans le SROS ambulatoire, le volet psychiatrie du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et le volet handicap du schéma régional d'organisation médico-social (SROSM).

La région fait face à une offre en santé mentale globalement déficitaire par rapport à la moyenne nationale avec une situation inégalitaire de l'offre territoriale à laquelle se surajoutent de graves problèmes de ressources humaines que connaissent de nombreux établissements de soins et structures médico-sociales notamment en médecins psychiatres.

En Haute Normandie, les troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, arriération mentale) représentent entre 2006 -2007 la première cause d'ALD chez les moins de 15 ans, avec respectivement 41,2% et 28,3% des causes d'ALD chez les garçons et chez les filles.

Chez les 15-64 ans, les affections psychiatriques représentent la 4° cause d'ALD derrière les maladies cardiovasculaire, les tumeurs, et le diabète. Elles représentent respectivement 8,7% et 13,2% des causes d'ALD chez l'homme et chez la femme *(Source ORS HN).*

L'ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST, a pour mission de définir une politique globale de santé par territoire (santé, proximité, premiers recours). La psychiatrie est organisée sur le principe d'une organisation territorialisée depuis la loi sur la sectorisation, qui n'est pas toujours concordante avec celle des territoires de santé.

Dans ces conditions, le volet psychiatrique du SROS répond au triple enjeu, de s'inscrire dans une politique de santé globale, d'améliorer l'efficience et la lisibilité de l'ensemble du système de soins tout en luttant contre les inégalités territoriales et accroitre l'attractivité pour les jeunes psychiatres.

I. BILAN DU SROS III

Selon le constat posé dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2006-2011, la psychiatrie en Haute-Normandie rencontrait d'importantes difficultés pour répondre à la diversité et à l'augmentation des demandes qui lui étaient adressées, liées à une insuffisance de moyens et à leur disparité au sein de la région, à une démographie médicale très préoccupante, à la fragilité de certains secteurs, à des organisations trop cloisonnées, à une mobilité et réactivité souvent insuffisantes et à un manque de structures d'aval.

Les objectifs fixés dans le volet psychiatrie du SROS visaient à faire évoluer la sectorisation et à améliorer l'accès au dispositif de soins, à mieux faire correspondre l'offre de soins aux besoins en prenant en compte les caractéristiques de chaque territoire de santé, à développer les prises en charge de populations spécifiques et à renforcer les coopérations avec le secteur social et médico-social.

Ces préconisations n'ont été que partiellement suivies et les difficultés pointées en 2006 restent toujours d'actualité. C'est ainsi que la situation en matière de démographie médicale s'est aggravée et certains secteurs de pédopsychiatrie sont particulièrement touchés. Les améliorations qui sont intervenues sont à mettre au crédit d'un important travail collectif. Des moyens significatifs ont été dégagés tant en matière de fonctionnement (9 millions d'euros pour financer des mesures nouvelles) que d'investissement (35 millions € au titre du plan national « psychiatrie et santé mentale » et 2 à 3 millions de crédits non reconductibles par an).

Le bilan des évolutions constatées depuis 2006 est le suivant :

1.1 L'organisation de la sectorisation

Hormis le rattachement administratif et financier des personnels et des équipements d'Yvetot au CH du Rouvray, les objectifs figurant dans le SROS n'ont pas été atteints. Les hôpitaux de Bernay, Lillebonne qui sont dépourvus de lits d'hospitalisation complète, et Vernon, continuent de gérer des secteurs de psychiatrie sans que les rapprochements prévus avec les principaux hôpitaux de leur territoire de santé aient été mis en œuvre. L'équipe du territoire de Fécamp fonctionne en quasi autonomie.

Les travaux destinés à assurer une plus grande cohérence entre les territoires de santé et la sectorisation restent à mener.

1.2. L'accès au dispositif de soins ainsi que la réponse aux urgences et aux demandes non programmées

- **Des mesures importantes ont été mises en œuvre**

  - **Au CH du Rouvray**, création de l'unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) destinée à réguler le flux des patients, en lien avec les urgences du CHU, et à améliorer les conditions d'admission, lorsque celle-ci s'avère nécessaire.
  - **A Evreux**, création d'un centre d'accueil et de crise (CAC) implanté au centre hospitalier général et géré par le CH de Navarre, assorti d'une garde à vocation départementale.
  - **A Rouen**, mise en place d'un centre intersectoriel d'accueil et de soins psychiatriques non programmés (CASP), destiné à apporter sans délai une première réponse aux besoins des usagers et des professionnels médico-sociaux.

1.3 L'adéquation et l'adaptation de l'offre

- **Hospitalisation à temps plein pour adultes**

  - **Amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement.** Les principales opérations concernent la reconstruction complète du CH de Navarre qui a démarré récemment et sera terminée en 2012, celle du service de psychiatrie de Dieppe et de la clinique de la Mare ô Dans, ainsi que la réhabilitation de pavillons du CH du Rouvray et d'un pavillon de l'hôpital Pierre Janet au Havre. L'inconfort, la vétusté des locaux rendaient ces opérations indispensables.

  - **Création d'une offre de soins supplémentaires.** Compte tenu du faible taux d'équipement du territoire de Dieppe, le plus faible de la région, 25 lits supplémentaires ont été créés à l'hôpital de Dieppe, dans le cadre des travaux de reconstruction, ce qui porte la capacité du service à 75 lits. Dix lits ont été réouverts à Vernon, au sein du centre hospitalier général. Des autorisations ont été données pour la création de deux cliniques privées, l'une au Havre de 75 lits qui commencera à fonctionner en janvier 2012, et l'autre de 80 lits, spécialisé dans la réhabilitation et à vocation régionale, à Yvetot, qui ouvrira ses portes en 2013. Une attention toute particulière sera portée sur les conditions de coopération de ces établissements avec les hôpitaux publics et les secteurs de psychiatrie.

  - **Les situations d'hospitalisation inadéquate.** Ces situations concernaient en 2005 plus de 300 patients sur un total de 1200 personnes hospitalisées. Le travail engagé ces dernières années pour répondre à cette problématique, grâce notamment au développement de solutions d'aval sociales et médico-sociales, doit être poursuivi.

- **Développement et diversification des alternatives à l'hospitalisation et des prises en charge ambulatoires**

  Les réalisations, compte tenu des carences constatées dans certains secteurs, en particulier dans l'Eure, demeurent très insuffisantes.
  Au CH du Rouvray, la fermeture de trois hôpitaux de jour pour adultes a été compensée par l'ouverture d'un hôpital de jour intersectoriel situé à Rouen.

  Ont été créés :

  - **au CH de Navarre,** deux hôpitaux de jour, l'un pour adultes (Verneuil-sur-Avre), l'autre pour adolescents (Evreux),
  - **à Lillebonne,** un centre d'accueil à temps partiel (CATTP),
  - **à la clinique de la Mare ô Dans** aux Damps, un hôpital de jour,
  - **à la clinique Océane** au Havre, un hôpital de jour (ouverture en janvier 2011).

- **Prise en charge des adolescents**

  Plusieurs projets ont été mis en œuvre :

  - création d'une unité de 8 lits pour adolescents au Groupe Hospitalier du Havre,
  - création au CH de Navarre d'une équipe mobile destinée à se déplacer dans les institutions accueillant des adolescents (en cours de constitution),
  - création de deux maisons des adolescents, l'une à Rouen (maison des adolescents bi-site CHU et CH du Rouvray), l'autre à Evreux, le Havre disposant depuis plusieurs années d'une telle structure,
  - individualisation d'une unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent de 10 lits au sein du service de pédiatrie du CHU, permettant notamment la prise en charge de jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

La création d'un centre de soins-études interrégional à Rouen a été autorisée mais ce projet n'a pas abouti faute d'accord entre les trois régions concernées et de financement.

- **Prise en charge des personnes détenues et malades difficiles**

  - Au sein de la maison d'arrêt de Rouen, huit places d'hôpital de jour relevant du service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ont été ouvertes.
  - L'équipe psychiatrique relevant de l'unité de consultations et de soins avancés (UCSA) du Havre a été renforcée suite à l'ouverture du nouveau centre de détention de Saint-Aubin-Routot.
  - L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) permettant l'hospitalisation en psychiatrie des détenus atteints de troubles mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir en prison, qui desservira la Haute-Normandie avec une compétence interrégionale, sera créée à Lille en 2013.
  - Le CH du Rouvray a obtenu les moyens nécessaires pour mettre en place une unité pour malades difficiles (UMD) qui assurera l'hospitalisation de patients qui présentent un danger particulier pour autrui. La construction de cette unité est en cours. Elle aura une vocation interrégionale et commencera à fonctionner début 2012.

- **Santé mentale et périnatalité**

Afin de développer les prestations de psychologues dans les maternités, des temps de psychologue ont été créés dans les centres hospitaliers de Gisors, de Verneuil-sur-Avre, du Havre, d'Elbeuf et de Fécamp.

En revanche, deux projets figurant dans le SROS n'ont pas abouti : la création dans chaque grand bassin de naissances d'une structure référente de psychopathologie du post-partum afin de renforcer la psychiatrie de liaison et la création d'une unité régionale d'hospitalisation mère-enfant à Rouen qui a pourtant fait l'objet d'une autorisation. Ces deux projets doivent être réexaminés avec une attention particulière sur les relais et partenariats locaux.

- **Les populations précarisées**

L'objectif selon lequel chaque territoire de santé devait disposer d'une équipe mobile « psychiatrie - précarité » du type de celle qui existe à Rouen (l'UMAPP), a été atteint. Des équipes ont été créées au Havre, à Dieppe et Evreux qui développent des actions de prévention, d'orientation et de soins en direction des populations les plus fragiles et des actions de soutien et de formation auprès des professionnels socio-éducatifs. Un réseau régional « psychiatrie précarité » (RAPP) a été créé qui permet la confrontation d'expériences et de réflexions sur les pratiques professionnelles.

- **Les personnes âgées**

La filière de gérontopsychiatrie du CH du Rouvray a été consolidée et développée. C'est ainsi qu'une équipe mobile intervient auprès d'une trentaine d'établissements pour personnes âgées. Une équipe mobile a également été créée au CH de Navarre.

1.4 La continuité des prises en charge : les coopérations

- **Entre secteurs de psychiatrie**

Afin d'améliorer l'accès aux soins et afin de répondre à des besoins spécifiques (adolescents, personnes souffrant de comorbidité psychiatrie-addictions, personnes âgées, personnes précarisées, urgences, psychiatrie de liaison…) les structures intersectorielles ont connu un développement important en particulier au CH du Rouvray et à l'hôpital du Havre.

- **Avec la médecine de ville**

Cet objectif, en termes de développement de réseaux reconnus, reste à mettre en œuvre.

- **Avec les secteurs social et médico-social**

Les liens entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social se sont développés ces dernières années, mais de façon très inégale, tant en ce qui concerne les enfants que les adultes.

La reconnaissance du handicap psychique par la loi de 2005 constitue une avancée importante.

Pour les adultes, les besoins en matière de prise en charge dans des structures résidentielles (maisons d'accueil spécialisées, foyers, pensions de famille et résidences accueil), d'accompagnement à la vie quotidienne et à l'insertion sociale (services d'accompagnement, dispositifs d'accès au logement, groupes d'entraide mutuelle etc.…) ont été mieux pris en compte ces dernières années. Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), les schémas départementaux en faveur des personnes handicapées et le schéma régional « hébergement et insertion » donnent la mesure de ces avancées.

II. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC DE L'OFFRE SANITAIRE

Les éléments de diagnostic sont issus :

- d'une enquête lancée par l'ARS en 2009 auprès des établissements publics de santé ayant une activité de psychiatrie,
- du traitement des données du recueil d'informations médicalisées pour la psychiatrie (RIM-P 2010) par l'ARS,
- de l'analyse des données des enquêtes statistiques annuelles des établissements de santé (SAE 2009 et 2010).

2.1 Présentation générale

La région est organisée en 23 secteurs de psychiatrie générale (17 en Seine Maritime et 6 dans l'Eure), 10 secteurs de psychiatrie infanto juvénile (7 en Seine Maritime et 3 dans l'Eure et 1 secteur de psychiatrie pénitentiaire). 61% des secteurs sont rattachés à un établissement de lutte contre les maladies mentales (CH du Rouvray dans l'agglomération Rouennaise et CH de Navarre à Evreux) et 39 % à un établissement public de santé non spécialisé (CH de Dieppe, Groupe Hospitalier du Havre (GHH), CH de Lillebonne, CH de Bernay et CHI Eure Seine).

Elle dispose également de cinq dispositifs régionaux : le centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle (CRIAVS), le centre ressource autisme Haut Normand (CRAHN), le réseau régional d'action psychiatrie précarité de Haute-Normandie (RAPP), la cellule régionale d'urgence médico-psychologique (CRUMP) et l'unité régionale d'hospitalisation pour enfants et adolescents (URHEA) implantée au CH du Rouvray. En 2012, une unité pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale ouvrira au CH du Rouvray.

En 2010, un seul établissement de santé privé spécialisé dans la prise en charge à temps complet est installé dans la région : clinique de la Mare ô Dans située aux Damps dans l'Eure, entre Rouen et Louviers. Deux structures privées à but non lucratif assurent la prise en charge en hospitalisation de jour dans l'agglomération rouennaise, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) pour les adultes et une structure associative (AMPER) pour les enfants ainsi que la structure associative « Ateliers Sainte Claire » pour adultes handicapés psychiques.

2.2 L'organisation territoriale et en pôles

2.2.1. Des secteurs de taille disparate

On constate :

- une grande disparité des populations au sein des secteurs de psychiatrie générale (52 284 à 143 446 habitants) et de psychiatrie infanto juvénile (27 755 à 57 140 habitants de moins de 18 ans) *(cf. cartes en annexes 1 et 2).*
- une absence de concordance entre les territoires de santé (TS) et les secteurs et parfois une absence de concordance entre les découpages des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie infanto juvénile *(cf. cartes en annexes 3 à 6).*

2.2.2. Des secteurs qui ne sont pas homogènes

En psychiatrie générale, les hospitalisations à temps complet dans le secteur public sont gérées par un seul site hospitalier par territoire dans le département de Seine Maritime (Centre Hospitalier du Rouvray pour Rouen, Groupe Hospitalier du Havre et Centre Hospitalier de Dieppe) et dans l'Eure, l'immense majorité des cas par le CH de Navarre (le Centre Hospitalier Eure-Seine - CHIES sur le site de Vernon ne disposant que de 10 lits sectorisés).

Certains secteurs sont dans une situation particulière :

- **les secteurs de Lillebonne et de Bernay** ne disposent que de structures pour les soins ambulatoires ou à temps partiel. Ces secteurs utilisent les lits de médecine des hôpitaux généraux dont ils dépendent pour une partie des hospitalisations et transfèrent les malades qui nécessitent une hospitalisation dans un service de psychiatrie : secteur de Lillebonne au GHH, secteur de Bernay au CH de Navarre (essentiellement les hospitalisations sans consentement).
- **le secteur de Vernon** ne dispose que de 10 lits sectorisés qui ne peuvent couvrir les besoins d'un secteur de plus de 140 000 habitants. Comme pour le secteur de Bernay, les personnes qui le nécessitent sont hospitalisées au CH de Navarre.
- **la zone de Fécamp** appartient à un secteur dépendant du CH du Rouvray tout en étant située dans le territoire de santé du Havre. Sa gestion y compris de ressources humaines est assurée par le CH de Fécamp pour l'ambulatoire et le temps partiel. L'hospitalisation à temps complet est assurée par le CH du Rouvray ou par le CH de Fécamp avec le concours de la psychiatrie de liaison.

Depuis quelques années, une politique d'intersectorialité s'est développée qui contribue au rééquilibrage des moyens et à une meilleure efficience de l'offre de soins notamment pour prendre en compte des besoins spécifiques.

2.2.3. Des pôles à contenu variable

L'organisation polaire au sein des hôpitaux connaît des modalités différentes selon les hôpitaux et est en évolution.

Pour le CH du Rouvray, un pôle est équivalent à un ou plusieurs secteurs avec ou sans dispositif intersectoriel. Pour le CH de Navarre qui disposait de peu d'unités intersectorielles, le choix lors de sa reconstruction est la création de pôles cliniques par type d'activité (pôle admission, pôle long séjour, pôle extra hospitalier, pôle santé mentale et société, pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Dans les hôpitaux généraux, la psychiatrie est organisée avec un pôle de psychiatrie rassemblant l'ensemble des activités de psychiatrie (secteurs de psychiatrie générale, secteurs de psychiatrie infanto juvénile, dispositifs intersectoriels) et pour le Havre les activités d'addictologie.

2.3 La disparité des moyens

La Haute-Normandie connaît une offre de soins déficitaire. Les budgets attribués en 2010 au titre de la psychiatrie aux établissements publics s'élèvent au total à 207 millions d'euros, soit un coût de 110 euros par habitants. En 2009, le coût par habitant France entière ressortait à environ 140 euros.

Au sein de la région, en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto juvénile, il existe une disparité importante des moyens pour une population donnée entre les hôpitaux et/ou entre les secteurs, tant pour les équipements (lits d'hospitalisation à temps complet - HTC, places d'hôpital de jour - HDJ, nombre d'implantations de centres médico-psychologiques - CMP et de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel - CATTP) qu'en terme d'effectifs.

2.3.1 Hospitalisation à temps complet

a) Psychiatrie générale

▪ La région est globalement sous dotée par rapport à la moyenne nationale. Le taux d'équipement pour 1000 habitants de plus de 16 ans en 2010 est de 0,84 pour une moyenne en France métropolitaine de 1,10 *(source DRESS 2010).* En 2012-2013, avec l'installation de deux nouvelles cliniques (au Havre et à Yvetot), la région comptera 1358 lits de psychiatrie générale et le taux d'équipement régional atteindra 0,95.

En 2010, les capacités intersectorielles en hospitalisation à temps complet (HTC) représentent 12,7% du total et sont inégalement réparties.

Hôpitaux	Capacités HTC sectorisées des ES	Capacités HTC intersectorielles							
		Lits en hôpitaux généraux dédiés aux malades en hospitalisation libre	Géronto psy.	Hospitalisations sans consentement (HSC)	Addicto	Urgence et crise	Psychoses résistantes (lits régionaux)	Total capacités inter sectorielles	%
Rouvray	450	20 (CHU)	20	0	8	12	8	68	12,8%
Dieppe	50	0	0	25	0	0	0	25	33,3%
Le Havre Lillebonne	166	35	0	0	0	5	0	40	18,6%
Bernay Navarre Vernon	286	0	0	0	0	9	0	9	3%
Total région	**960**	**55**	**20**	**25**	**8**	**26**	**8**	**142**	**12,7%**

▪ Ce paysage est en constante évolution et le développement de l'intersectorialité se poursuit. Dans l'Eure, la reconstruction de l'hôpital de Navarre s'accompagne d'un projet de restructuration qui modifie les organisations avec pour l'intra hospitalier le maintien de quatre unités d'admission sectorisées et la création d'unités intersectorielles (centre d'accueil et de crise - CAC, unité fermée sécurisée, unité soins prolongés, unité pour anxio dépressifs, unité de géronto psychiatrie…).

En 2012, le CH du Rouvray créera une unité fermée intersectorielle à destination des malades hospitalisés sans consentement nécessitant une surveillance renforcée, notamment les personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention de Val-de-Reuil.

▪ Les unités d'hospitalisation connaissent une saturation quasi chronique depuis plusieurs années.

Il n'y a pas de lien univoque entre le taux d'équipement et ce phénomène qui est également étroitement dépendant du fonctionnement de l'ensemble des mécanismes de régulation. La somme des disparités régionales dans tous les domaines avec une inégalité d'articulation entre les différents secteurs et les services d'amont et d'aval aux hospitalisations, un accès aux lits d'Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des urgences variable selon les lieux, des unités de préparation à la sortie très inégalement réparties, l'absence de services de suite, des dispositifs d'aval de capacité très différente selon les territoires contribue à rendre complexes la recherche et la mise en place de solutions d'amélioration.

La question des patients hospitalisés au long cours et en situation d'inadéquation constitue un problème majeur (cf. 2.8).

b) Psychiatrie infanto-juvénile

▪ L'hospitalisation des enfants et des adolescents s'effectue selon les âges et/ou les problématiques dans des services de psychiatrie infanto-juvénile dédiés, dans des services de psychiatrie générale ou dans des services de pédiatrie avec le concours de la psychiatrie de liaison.

▪ Il existe en Haute-Normandie :

- une unité psychiatrique régionale pour enfants et adolescents (URHEA) jusqu'à 16 ans de 10 lits au CH du Rouvray,
- une unité psychiatrique adolescents de 12-17 ans de 8 lits sectorisée pour les secteurs du GHH et le secteur de Lillebonne au GHH,
- une unité pédiatrique de psychopathologie et médecine de l'adolescent jusqu'à 18 ans de 10 lits au CHU sous la responsabilité du PUPH (Professeur des Universités Praticien Hospitalier) de psychiatrie,
- une unité de liaison avec prise en charge à la journée pour adolescents de moins de 18 ans hospitalisés dans les services de psychiatrie générale au CH du Rouvray (unité mobile pour adolescents hospitalisés, UMAH),
- une plateforme adolescents au CH de Navarre comprenant une unité d'évaluation des adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie générale,
- les équipes de psychiatrie de liaison dans les services de pédiatrie, d'organisation différente selon les hôpitaux (équipes mobiles de liaison dédiées enfants et adolescents, participation directe des personnels des secteurs ou des maisons des adolescents).

▪ Les unités d'hospitalisation à temps complet du Rouvray et du Havre sont elles aussi saturées, avec des difficultés pour organiser les sorties des situations les plus complexes nécessitant le plus souvent des articulations avec des partenaires sociaux (aide sociale à l'enfance) et médico-sociaux, ce qui contribue à la présence chronique d'adolescents dans les services de psychiatrie générale.

2.3.2 Hospitalisation de jour

a) Psychiatrie générale

Les taux d'équipement en HDJ varient d'un secteur à l'autre, allant de 0 à 0,54 places pour 1 000 habitants et le nombre d'implantations est de 0 à 3 hôpitaux de jour par secteur.

L'Eure est globalement moins bien dotée que la Seine-Maritime, avec un taux d'équipement de 0,14 places pour 1 000 habitants contre 0,3 places en Seine-Maritime.

Il existe en plus de ces équipements, une offre intersectorielle à destination de publics spécifiques :

- l'agglomération Rouennaise dispose d'un HDJ intersectoriel spécialisé dans la réhabilitation psychosociale,
- le CH du Rouvray dispose d'un hôpital de jour intersectoriel de géronto psychiatrie.

b) Psychiatrie infanto juvénile

Les taux d'équipement en HDJ varient d'un secteur à l'autre, allant de 0,034 à 0,11 place pour 1000 habitants et le nombre d'implantations varie de 1 à 4.
Il existe trois hôpitaux de jour pour adolescents, deux dans l'agglomération de Rouen et un à Evreux.
L'agglomération Rouennaise dispose d'un hôpital de jour non sectorisé, géré par une association, spécialisé dans la prise en charge des enfants avec autisme.

2.3.3 Centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Les CMP et les CATTP sont inégalement répartis *(cf. cartes en annexes 7 à 12)* et les jours et les temps d'ouverture sont variables. Dans les zones rurales, des antennes de CMP ou des lieux de consultation s'y ajoutent, l'équilibre étant difficile à trouver entre dispersion et proximité. Les délais pour obtenir des premiers rendez-vous d'accueil ou médicaux peuvent varier d'un secteur à l'autre.

2.3.4 Moyens en personnel

Des disparités importantes existent selon les territoires :

Taux de personnels services de soins (hors personnels médicaux) pour 1 000 habitants par regroupement de secteurs en psychiatrie générale – données SAE 2009

Hôpitaux	Rouvray	Dieppe	Le Havre Lillebonne	Bernay Navarre Vernon
Taux personnels pour 1 000 habitants	1,07	0,48	1,03	0,82

Taux de personnels services de soins (hors personnels médicaux) pour 1 000 habitants par regroupement de secteurs en psychiatrie infanto juvénile – données SAE 2009

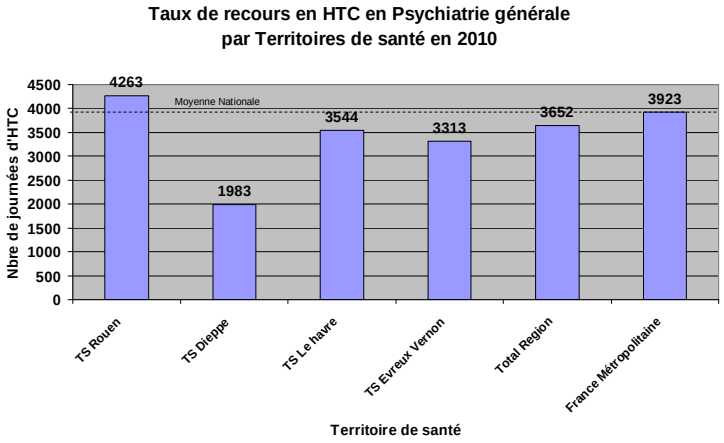
Hôpitaux	Rouvray	Dieppe	Le Havre	Lillebonne	Bernay	Navarre	Vernon
Taux personnels pour 1 000 habitants	1,53	0,59	1,87	0,95	0,85	0,85	0,57

2.3.5 Conséquences sur l'activité

L'importance des disparités conduit inévitablement à des files actives pour 1000 habitants variables d'un territoire à l'autre, mais ces variations dépendent aussi d'autres facteurs, notamment l'histoire des institutions (anciens hôpitaux départementaux ou hôpitaux généraux).
Les files actives pour 1000 habitants en hospitalisation complète en psychiatrie générale en 2009 vont de 2,5/1000 à 5,6/1000 pour une moyenne régionale de 4,1/1000 (données SAE 2009).

On note dans la région que, malgré des taux d'équipement inférieurs à la moyenne nationale, les taux de recours à l'hospitalisation complète pour 10 000 habitants en psychiatrie générale par territoire de santé en 2010 sont proches de ceux de la moyenne nationale à l'exception du territoire de Dieppe qui est de 50% inférieur. Le taux de recours concerne les patients Haut-Normands qui ont recours à l'hospitalisation que ce soit en établissements Haut-Normands ou en établissements hors région (source : DGOS-ATIH données 2009).

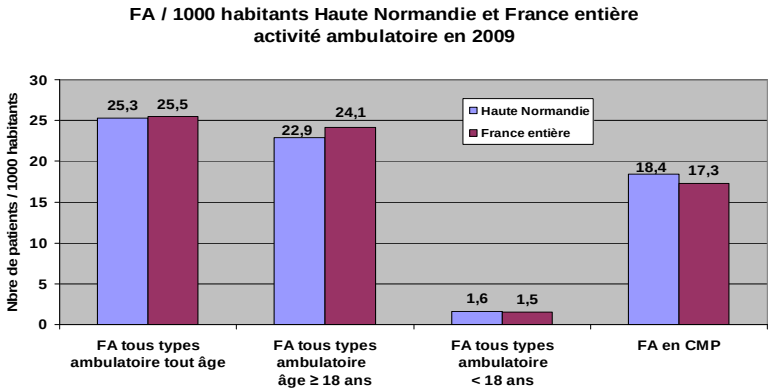
L'analyse des flux des patients (source PMSI 2010 régionales) montre que dans l'immense majorité des cas les patients sont hospitalisés au sein de la région (96% pour le territoire de santé de Rouen, 96% pour le territoire de santé du Havre, 85% pour le territoire de santé d'Evreux Vernon et 93% pour le territoire de santé de Dieppe). Ces données illustrent bien l'importance de l'activité et de la tension permanente qui règnent dans les services d'hospitalisation à temps complet qui sont tous saturés de manière chronique.
7% des patients du territoire de Dieppe ont été hospitalisés hors région et 11% en région en dehors de celui-ci. Le territoire de Dieppe, sous équipé en lits de psychiatrie, a vu sa capacité augmenter d'un tiers en 2011, ce qui devrait contribuer à corriger ce taux de recours très inférieur à la moyenne nationale et améliorer les soins.



Sources : DGOS – 2010 – données pour 10 000 habitants

Les files actives pour l'activité ambulatoire rapportées à 1000 habitants (données SAE 2009) sont variables d'un établissement à l'autre et ces variations sont à mettre en lien avec les taux d'équipement et les effectifs dédiés à ces activités.

Là encore, l'activité ambulatoire dans la région est proche de celle constatée au niveau national, avec une file active/1000 habitants de 25,3 en Haute-Normandie contre 25,5 en moyenne nationale, ce qui illustre bien l'importance de l'activité en Haute-Normandie.



Sources ATIH-PMSI 2009

2.4 La démographie médicale

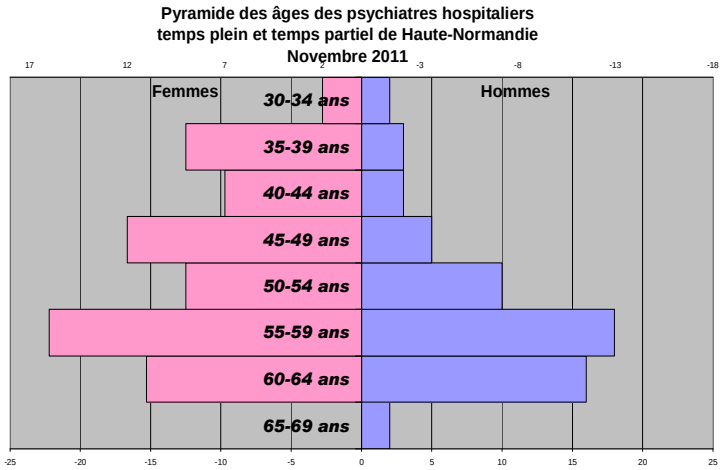
La région se trouve confrontée à un déficit préoccupant de médecins psychiatres.

Le nombre de psychiatres tous types d'exercice confondus est de 252 professionnels en 2011 *(DRESS 2011),* soit une densité inférieure de 37% à celle du niveau national.

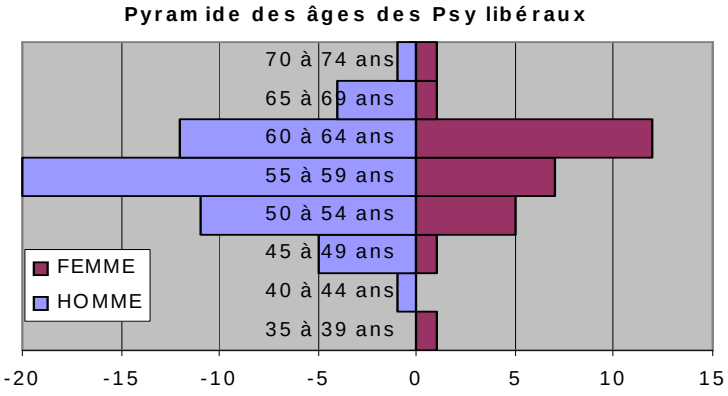
La densité régionale est de 14 médecins/100 000 habitants au 1ier janvier 2011 pour une densité nationale de 22, avec une inégalité entre les deux départements : 17/100 000 habitants en Seine-Maritime et 8/100 000 dans l'Eure.

Les hôpitaux fonctionnent avec des praticiens hospitaliers titulaires et également des praticiens contractuels. En novembre 2011, la pyramide des âges des praticiens hospitaliers (PH) laisse craindre une aggravation de la situation dans les années à avenir en l'absence de mesures correctrices. A cette date, la région comptait 125 PH, 101 en Seine-Maritime et 24 dans l'Eure.

Leur pyramide des âges est la suivante :



Le déficit en psychiatres libéraux est considérable et proportionnellement plus important que celui des psychiatres hospitaliers. L'offre en psychiatres libéraux est très inférieure à la moyenne nationale avec en 2009 une densité en médecins pour 100 000 habitants de 4,6 contre une moyenne nationale de 10,4 avec des disparités entre les départements (densités de 5,8 pour la Seine-Maritime et 2,1 pour l'Eure) et une pyramide des âges qui fait apparaître que sans nouvelles installations, la situation ne peut que s'aggraver.



2.5 L'accès aux dispositifs de soins et les soins ambulatoires

2.5.1 L'accès aux soins

En psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, on constate de manière chronique des délais importants pour obtenir un premier avis psychiatrique. Les équipements sont inégalement répartis et leurs modalités de fonctionnement différents d'un site à l'autre. Les mutualisations de structures extrahospitalières sont le fait d'initiatives locales.

Face aux difficultés pour les CMP d'assurer des suivis au long cours, de diversifier les modalités de prise en charge et dans le même temps de répondre aux besoins de consultations dans des délais rapides, les dispositifs d'urgence des hôpitaux généraux sont fréquemment utilisés comme moyen d'accès aux soins psychiatriques.

En psychiatrie générale, seul le centre d'accueil et de soins psychiatriques (CASP) rive droite à Rouen a développé le principe de consultations non programmées avec un accueil en horaires élargis (9h-20h) et des suivis de courte durée pour les habitants de l'agglomération rouennaise, permettant de faire tampon avant une prise en charge en CMP si nécessaire.

Le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) sur le site de l'hôpital Pierre Janet au Havre et l'unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) au CH du Rouvray remplissent cette mission de consultations non programmées, mais ces structures ne disposent pas de moyens pour assurer des prises en charge de courte durée, ni d'équipes mobiles.

Les maisons des adolescents d'Evreux, de Rouen et du Havre qui doivent notamment répondre aux demandes de consultations non programmées pour les adolescents ont des moyens très inégaux.

2.5.2 Les soins ambulatoires

a) Un fonctionnement global peu lisible et insuffisamment coordonné

A partir des CMP, des équipes de secteur assurent un travail dans la cité sous différentes formes (visites à domicile, interventions dans certaines structures sociales et/ou médico sociales, liens avec l'éducation nationale, liaison dans les hôpitaux généraux…). Ce travail fait l'objet d'une organisation singulière au sein de chaque secteur ou d'une organisation intersectorielle. La répartition des moyens attribués aux activités mobiles et au travail au sein des CMP manque de lisibilité.

Quelques lieux de consultations ciblées pour des pathologies ou des populations spécifiques (stress au travail, trouble anxieux, troubles des conduites alimentaires, addictions, adolescents, géronto psychiatrie...) existent, sans maillage territorial.

Actuellement, l'offre de soins proposée dans chaque CMP ne permet pas de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives aux modes de prises en charge pour les différentes pathologies rencontrées : thérapies de soutien, thérapies psychodynamiques, thérapies familiales et systémiques, thérapies interpersonnelles, thérapie cognitive et comportementale…

L'éducation thérapeutique est une modalité de prise en charge qui commence à se développer avec trois offres sur le territoire de Rouen (deux en direction des patients schizophrènes et une en direction des patients souffrant de troubles bipolaires) et une offre sur le territoire d'Evreux en direction des schizophrènes.

b) La psychiatrie infanto-juvénile : une offre insuffisamment diversifiée

En psychiatrie infanto-juvénile, les offres ambulatoires en CMP, et à temps partiel en hôpital de jour et en CATTP sont essentiellement centrées sur les enfants d'âge scolaire et se sont développées ces dernières années vers les adolescents, mais de manière inégale selon les territoires.

L'offre en direction de la petite enfance (0-3 ans) reste marginale :

- le centre hospitalier du Havre a développé des consultations médico-psychologiques intersectorielles dédiées en direction des femmes enceintes et des parents et enfants de moins de 3 ans,
- sur le territoire de Rouen, le CH du Rouvray a identifié une unité intersectorielle dédiée à la périnatalité rattachée à un secteur de psychiatrie générale,
- sur le territoire de santé d'Evreux, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Bernay a développé une consultation mères/enfants en direction des 0-3 ans,
- il existe par ailleurs des temps de psychologue dans les maternités, qui travaillent sans liens formalisés avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

c) Une prise en charge des auteurs de violences sexuelles innovante

Parmi les situations complexes suivies dans les secteurs figurent les auteurs de violences sexuelles pour lesquels le CH du Rouvray a développé une filière d'évaluation et de soins en lien avec la spécialisation du centre de détention de Val-de-Reuil en matière d'incarcération des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Les intéressés forment le second plus important contingent de sujets incarcérés (presque 17%) après les auteurs de coups et blessures volontaires.

Aujourd'hui, les auteurs de violences sexuelles peuvent bénéficier d'un suivi durant leur incarcération et de plus en plus souvent faire l'objet d'injonctions ou d'obligations de soins à leur sortie. Ces suivis peuvent être réalisés soit par le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) lors de consultations post pénales, soit dans les secteurs de psychiatrie générale, soit au centre de consultations intersectoriel de la Madeleine à Evreux, soit à Rouen au centre thérapeutique Saint Sever qui est pilote en matière d'évaluations.

Ce dernier a été créé pour les évaluations et les prises en charge des situations les plus complexes de personnes sous main de justice nécessitant une approche spécialisée (chimiothérapies spécifiques, groupes de parole, co-thérapie…).

d) Les programmes de soins

La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge qui introduit la notion de soins sans consentement ambulatoires avec la mise en place de programmes de soins est encore trop récente pour être évaluée.

2.6 Les urgences et la prise en charge des suicidants

2.6.1 Les urgences

Les situations d'urgence surviennent dans la majorité des cas dans le milieu de vie de la personne, (domicile, institution, travail...) et elles font le plus souvent l'objet d'un adressage dans deux grands types de structures :

- les services d'urgence des hôpitaux généraux qui ont pour mission d'effectuer une évaluation somatique puis psychiatrique de seconde ligne en cas de nécessité :
    - **Territoire de santé de Rouen** : 3 sites ; CHU de Rouen – CHI Elbeuf-Louviers site Elbeuf et site Louviers.
    - **Territoire de santé du Havre** : 4 sites ; GHH site Monod- CH de Lillebonne CH de Fécamp, CH de Pont–Audemer.
    - **Territoire de santé d'Evreux** : 5 sites ; CHIES site Evreux et site Vernon CH de Gisors - CH de Bernay - CH de Verneuil.
    - **Territoire de santé de Dieppe** : 2 sites ; CH de Dieppe – CH de Eu.

Conformément à la règlementation en vigueur, les établissements disposant d'une structure d'urgence et ne disposant pas d'autorisation à exercer une activité de psychiatrie ont passé convention avec un établissement ayant cette autorisation. D'une manière générale, les flux de patients dans les services d'urgence conditionnent les modalités d'organisation d'intervention de la psychiatrie qui sont donc très différentes d'un service à l'autre. Les lits porte de ces services d'urgence, quand ils existent, accueillent certains patients pour des motifs psychiatriques, notamment les suicidants pendant 48h.

- les lieux d'accueil et de crise gérés par des établissements qui ont une activité de psychiatrie et qui disposent de lits. Il en existe trois :
    - **Territoire de santé du Havre** : un centre d'accueil et de crise (CAC) de 5 lits de psychiatrie implanté à Pierre Janet.
    - **Territoire de santé Evreux/Vernon** : un centre d'accueil et de crise (CAC) de 9 lits de psychiatrie dépendant du CH de Navarre et implanté à l'hôpital général à proximité du service d'urgence du CHIES.
    - **Territoire de santé de Rouen** : une unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) au CH du Rouvray qui dispose de 12 lits porte de courte durée (48h).

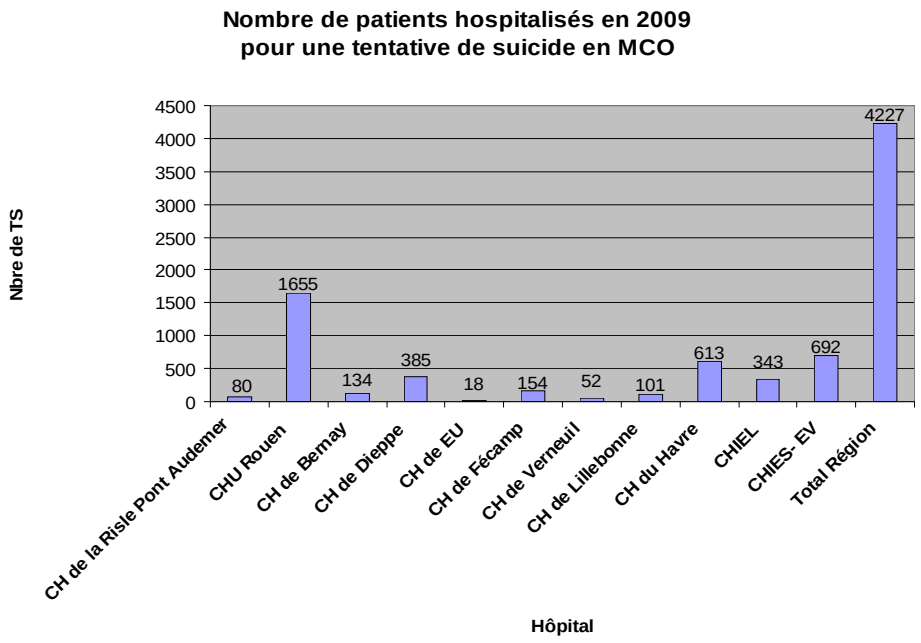
On constate une absence de répartition équilibrée en fonction des populations desservies des capacités de ces structures destinées à la prise en charge de courte durée sachant qu'il n'existe aucune norme.

2.6.2 La prise en charge des suicidants

La région connaît une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne nationale. Entre 2000 et 2008, la part des suicides représente chez l'homme 3,4% de l'ensemble des décès tous âges confondus contre une moyenne nationale de 2,9% et chez la femme 1,3% contre 1,1% au niveau national.

La tentative de suicide reste le plus important des facteurs de risque de suicide connus. Il est estimé que 10 à 15 % des suicidants décèderont par suicide et près de la moitié des suicidés ont réalisé au moins une tentative de suicide avant leur décès.

Dans la région, en 2009, 4227 patients ont été hospitalisés en MCO à la suite d'une tentative de suicide.



A Rouen existe en psychiatrie générale une équipe mobile pluridisciplinaire intersectorielle de suicidologie (UMIS) qui effectue les évaluations médicales, sociales et psychologiques aux urgences ou lits porte de médecine du CHU de Rouen et assure le suivi 6 à 8 semaines pendant la crise suicidaire, en l'absence de suivi antérieur ou d'orientation en hospitalisation à temps complet. En 2009 la file active a été de 938 personnes pour 1665 hospitalisations au CHU durant cette même période.

Le Centre de lutte contre l'isolement – prévention du suicide et de sa récidive (CLCIPS) à Rouen participe à la prise en charge des suicidants en intervenant auprès d'un public de plus de 18 ans pour des prises en charges groupales ou individuelles.

En psychiatrie infanto juvénile, la structure ATMO (aide thérapeutique en milieu ouvert) développée depuis 1999 permet l'évaluation des suicidants dans le département de pédiatrie du CHU et travaille en réseau avec l'ensemble des structures ambulatoires, en particulier la maison des adolescents, les CMP et les CMPP.

En dehors de ces cas, la prise en charge des suicidants dans les territoires se fait dans le cadre de l'intervention de la psychiatrie de secteur dans les services d'urgences. Des actions spécifiques sont mises en œuvres sur des initiatives locales : pratique de recontacts téléphoniques systématiques des suicidants dans le territoire de santé de Dieppe, mise en place d'un observatoire des tentatives de suicide depuis 2008 sur le secteur de Vernon avec plus de 700 tentatives de suicide enregistrées et la possibilité de détecter les récidivistes et surtout les multirécidivistes…

2.7 Les populations spécifiques

2.7.1 Les personnes âgées

Seul le CH du Rouvray a développé depuis plus de 15 ans une filière de gérontopsychiatrie, en articulation avec les partenaires sanitaires (filière gériatrique, neurologie, secteurs psychiatrie adultes,…) et médicosociaux. Le Rouvray gère ainsi 20 lits d'HTC intersectoriels, 15 places d'HDJ intersectorielles, 5 sites de consultations non sectorisées avec 1 CATTP, une unité spécifique de 15 lits de gérontopsychiatrie en EHPAD à l'hôpital de Gournay-en-Bray et une équipe mobile à destination des EHPAD (couvre 28 EHPAD). En 2010, cette équipe mobile a eu une file active de 422 patients avec une moyenne de 11,9 actes par patients.

Le territoire d'Evreux vient d'être doté d'une équipe mobile pour intervenir notamment en direction des EHPAD et travailler en lien avec les filières gériatriques d'Evreux/Verneuil/Vernon/Gaillon, Pont-Audemer/Bernay et Louviers/le Neubourg. Le CH de Navarre, a prévu d'individualiser 15 lits de gérontopsychiatrie.

Pour le territoire de santé du Havre, la clinique Océane prévoit l'ouverture de 10 lits de gérontopsychiatrie.

2.7.2 Les adolescents

L'offre en direction des adolescents s'est développée ces dernières années, mais des disparités importantes existent entre les territoires.

Les maisons des adolescents ont vocation à devenir le support des réseaux adolescents. Les territoires de santé de Rouen, du Havre et d'Evreux disposent chacun d'une maison des adolescents. Celles-ci sont de conceptions différentes et ont des moyens très variables qui conditionnent en grande partie leur fonctionnement. La plus ancienne, se situe en ville au Havre et dispose d'un CATTP. Elle a des horaires d'ouverture large avec des accueils sans rendez vous y compris les dimanches et jours fériés.

Le territoire de santé de Rouen dispose d'une maison des adolescents avec deux sites, un en ville avec un CATTP, avec horaires d'ouverture larges et des accueils sans rendez vous du lundi au vendredi. Un deuxième site situé au CHU dispense des consultations de seconde ligne sur rendez-vous.

A Evreux, une maison des adolescents (dont les accueils sont plus restreints) a été récemment ouverte en ville.

Les maisons des adolescents ont notamment été conçues pour favoriser l'accès aux soins des adolescents en souffrance physique, psychique et sociale La charte de l'association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) précise qu'au cœur du dispositif, il est indispensable de retrouver une plateforme d'évaluation des manifestations adolescentes, la possibilité de dispenser au moins à court terme, des soins somatiques et psychiques, et, si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d'une orientation rapide et adaptée.
Elles doivent travailler en étroite collaboration avec des structures d'amont ou d'aval, en particulier les Points Accueil Ecoute Jeunes, les Espaces Santé Jeunes, les missions locales, la santé scolaire, les services de pédiatrie et de médecine de l'adolescent, les centres de planning familial, l'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, les médecins libéraux et les structures d'accueil social et médico-social.

Il existe 5 implantations de lieux écoute adolescents sur le Territoire de Rouen, 1 sur le territoire de Dieppe et 1 accueil pour parents d'adolescents à la maison du patient au Havre.
Le territoire de santé d'Evreux n'en dispose pas.

Seuls les territoires de santé d'Evreux et de Rouen disposent de places d'hôpital de jour pour adolescents : 20 places à Rouen (10 places CH du Rouvray, 10 places MGEN) et 10 places CH de Navarre.
Il existe 1 CATTP au sein d'un CMP adultes à Evreux.
L'hospitalisation à temps complet des adolescents reste problématique (cf. 3.5.2).

2.7.3 Les personnes détenues (cf. SROS Soins aux personnes détenues)

La Haute-Normandie compte quatre établissements pénitentiaires : à Rouen, à Saint-Aubin-Routot à côté du Havre, à Evreux et à Val-de-Reuil. Les soins psychiatriques y sont dispensés par le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du CH du Rouvray à Rouen et à Val-de-Reuil et par des équipes psychiatriques du Groupe Hospitalier du Havre (GHH) à Saint-Aubin-Routot et du CH de Navarre à Evreux, intégrées dans les unités de consultations et de soins avancés (UCSA).
Un volet du SROS Soins aux personnes détenues a été élaboré.

2.7.4 Les personnes souffrant d'addictions

Les notions d'addiction et d'addictologie appellent des stratégies pluri-et transdisciplinaires.

Des collaborations entre les secteurs de psychiatrie et les dispositifs d'addictologie existent, mais leur développement et la formalisation des liens sont variables d'un territoire à l'autre.

Sur le territoire de santé de Rouen, le CH du Rouvray a développé une filière d'addictologie avec une unité de 8 lits régionaux pour la prise en charge intégrée de pathologies psychiatriques sévères avec conduites addictives associées, habilitée aux sevrages complexes, une unité mobile d'intervenants en toxicomanie (UMIT) et un CATTP.

Celle-ci travaille en lien avec la filière du CHU.

Sur le territoire de santé du Havre, l'addictologie est intégrée dans le pôle de psychiatrie, ce qui facilite le travail partenarial.

Sur le territoire de santé de Dieppe, la proximité géographique des services de psychiatrie et de la filière addictologie facilite également les collaborations.

Sur le territoire de santé Evreux-Vernon, Le CH de Navarre dispose d'une équipe de liaison et de soins en addictologie.

En 2010, les données RIM-P font apparaitre que 25% des patients hospitalisés en psychiatrie sont concernés par une addiction en diagnostic principal ou associé.

2.7.5 Les personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (cf. SROMS)

En psychiatrie générale, comme en psychiatrie infanto juvénile, les personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement peuvent être prises en charge dans l'ensemble des équipements sectoriels. Certaines équipes ont développé des compétences spécifiques tant dans le domaine du diagnostic, de l'évaluation que dans celui de nouvelles approches thérapeutiques.

Récemment, une équipe mobile à vocation régionale, qui articule ses actions avec le Centre de Ressource Autisme Haut Normand (CRAHN) vient d'être financée pour intervenir au sein des établissements médico sociaux qui en font la demande. Celle-ci a pour vocation à répondre à des situations cliniques complexes (personnes de plus de 15 ans) nécessitant des évaluations approfondies puis à accompagner les établissements dans la réalisation des propositions thérapeutiques.

2.7.6 Les personnes en situation de précarité

Chaque territoire de santé dispose d'une équipe mobile « psychiatrie précarité ».

Ces équipes ont des dotations variables et des files actives en 2009 allant de 32 à 466 patients. Elles permettent notamment de renforcer les moyens de repérage des troubles psychiques et doivent favoriser l'accompagnement vers les soins. Le réseau régional action psychiatrie précarité de Haute-Normandie (RAPP HN) est venu compléter ce dispositif en 2008 et a pour missions de soutenir l'activité des équipes mobiles territoriales, de concevoir et organiser la couverture en milieu rural, de développer des liens avec la médecine générale et d'établir des partenariats avec les services d'urgences et de psychiatrie existants.

Un volet du SROMS concerne l'accès aux soins somatiques, psychiques et médico sociaux des personnes en situation de précarité.

2.8 Les hospitalisations prolongées par défaut

La question des personnes en situation d'hospitalisation prolongée par défaut, est une problématique et un enjeu majeurs tant pour les personnes concernées que pour l'organisation de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social.

Différentes enquêtes conduites en région sur les hospitalisations prolongées mettent en évidence, nonobstant les écarts dans les approches et les méthodologies appliquées, qu'en moyenne un jour donné, 20 à 40% des hospitalisations sont des séjours longs et parmi eux 60 à 70% sont inadéquats.

Une enquête réalisée en 2005 en Haute-Normandie[1] a mis en évidence le fait que sur un total de 1 200 patients hospitalisés le 1er septembre 2005, 512 patients âgés de plus de 18 ans séjournaient depuis plus de 9 mois en hospitalisation complète. 65,8 % de ces 512 patients, soit 337 patients étaient susceptibles de bénéficier d'une autre prise en charge ou d'un autre accompagnement à caractère médico-social, social ou sanitaire, ce qui représente 28 % de la totalité des patients hospitalisés. 65,3 % de ces 337 patients, soit 220 patients, avaient un projet d'orientation, dont une centaine vers une structure médico-sociale (MAS, FAM…).

Il ressort du tableau ci-dessous qu'en 2010, malgré les créations de places d'hébergement et de services d'accompagnement destinées aux personnes atteintes de troubles psychiques, le nombre de patients hospitalisés depuis plus de neuf mois tourne toujours autour de 500.

Patients hospitalisés au long cours

La situation en 2010 - Données PMSI

Hôpital	Nombre de patients hospitalisés depuis plus de 9 mois	Equivalent en nombre de lits occupés	% par rapport au nombre de lits
C. H. du Rouvray	252	240	45%
C. H. S. de Navarre	155	146	49,5%
G.H.H.	91	89	41,5%
C.H. de Dieppe	19	17	35,4%
Total	**517**	**492**	**42%**

[1] « Hospitalisations prolongées en psychiatrie en Haute-Normandie » Septembre 2006. Enquête portant sur les patients présents le 1er septembre 2005, séjournant depuis plus de neuf mois en hospitalisation complète.

Pour l'ensemble de la région, 6% des patients hospitalisés le sont depuis plus de 9 mois en 2009 et 2010 et représentent respectivement une occupation de 41% et 42% des lits.

2.9 Les soins somatiques

Les liens entre la psychiatrie ambulatoire et la médecine de ville sont variables en fonction des pratiques individuelles.

Pour les patients hospitalisés, le CH du Rouvray dispose de deux équivalents temps plein (ETP) de médecin généraliste, le CH de Navarre de 2,4 ETP et le GHH d'1,5 ETP. Le CH de Dieppe n'en dispose pas.

III. ORIENTATIONS

Les progrès accomplis et les améliorations apportées ces dernières années au dispositif de psychiatrie n'empêchent pas de faire le constat d'une offre de soins inégalement répartie et globalement déficitaire, d'une organisation hétérogène, d'une saturation de l'hospitalisation complète et de l'ambulatoire et de difficultés pour répondre aux demandes non programmées.

Dans ce contexte, les orientations du SROS visent à impulser une politique de santé mentale diversifiée par territoire avec un souci de mutualisation et de coordination, à réduire les disparités de moyens, à améliorer l'accès aux soins, les articulations avec les secteurs médico-social et social afin de redonner des marges de manœuvres aux hôpitaux dans l'utilisation des moyens.

3.1 Impulser une politique de santé mentale par territoire de santé

3.1.1 Données générales

Dispositif centré sur le malade et non sur les établissements de santé, la sectorisation psychiatrique mise en place dans les années 1970 a été fondée sur le principe d'une organisation territorialisée qui constitue aujourd'hui un des fondements des plus récentes évolutions de l'organisation des soins. Il faut ajouter que, pour la psychiatrie, les relations avec le secteur social et médico social sont incontournables et nécessitent la mise en réseau des acteurs de proximité des différents champs.

Dans le même temps, l'étendue des missions qui lui sont assignées, notamment le développement d'une psychiatrie de liaison et de dispositifs intersectoriels, ainsi que la création d'urgences psychiatriques dans les hôpitaux généraux, l'oblige à évoluer pour mieux s'intégrer à une politique de santé globale territorialisée.

L'ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 29/07/2009, a pour mission de définir une politique globale de santé par territoire (territoire de santé, proximité, premier recours). Or actuellement, les découpages sectoriels en matière de psychiatrie ne sont pas concordants avec ceux des quatre territoires de santé.

Confuse, la situation actuelle décrite dans l'état des lieux rend nécessaire un redécoupage des secteurs pour faire coïncider autant que possible la sectorisation psychiatrique avec les territoires de santé et consolider ainsi l'approche territoriale. Cette orientation ne peut se faire que de manière progressive, en concertation avec les partenaires concernés et en prenant en compte le contexte de chaque secteur.

La région se trouve par ailleurs confrontée à un déficit préoccupant de médecins psychiatres. La nouvelle organisation doit participer à rendre les postes médicaux plus attractifs en les intégrant dans des communautés médicales plus importantes.

Ce contexte justifie de positionner un établissement de santé de référence pour la psychiatrie par territoire de santé et de formaliser les coopérations avec le CHU, les autres centres hospitaliers qui gèrent des activités de psychiatrie extra hospitalières et les établissements privés.

Des projets de santé mentale territoriaux seront élaborés afin de mieux définir à un niveau de proximité les différentes réponses aux besoins des patients et de leurs familles, besoins qui évoluent en fonction de la situation de la personne concernée (âge, maladie, handicap), de ses attentes et de son environnement. Les transitions dans l'accompagnement et la prise en charge sont des périodes difficiles qui peuvent être synonymes de rupture. Pour faciliter ces transitions, il convient de construire les passerelles permettant de dépasser les cloisonnements existants au sein du dispositif de psychiatrie, entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile, entre la psychiatrie et les dispositifs médico-sociaux et sociaux.

Une politique territorialisée est d'autant plus justifiée qu'intervient à présent la loi du 5 juillet 2011 relative *aux « droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».* Celle-ci introduit la notion de soins ambulatoires sans consentement avec la réalisation de programmes de soins qui nécessitent des articulations étroites entre les structures gérant les hospitalisations à temps complet et les unités de prise en charge ambulatoire ou à temps partiel.

3.1.2 Modifications des rattachements de secteurs

Les premières opérations visant à faire concorder les territoires de santé et la sectorisation psychiatrique concernent :

- le secteur de psychiatrie générale Yvetot / Fécamp actuellement rattaché au CH du Rouvray. La partie située autour de Fécamp qui dépend du territoire de santé et du bassin de vie du Havre sera rattachée au Groupe Hospitalier du Havre,
- le secteur de psychiatrie infanto-juvénile actuellement rattaché au CH de Lillebonne. Ce secteur est à cheval sur les territoires de santé du Havre et de Rouen. La partie située autour d'Yvetot qui fait partie du territoire de santé et du bassin de vie de Rouen sera rattachée au CH du Rouvray, et l'autre partie (Bolbec, Lillebonne, Fécamp, Cany-Barville) au Groupe Hospitalier du Havre. Ce secteur connaît une pénurie médicale qui renforce la justification de ces modifications.

Les deux secteurs relevant du CH de Bernay (psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile) sont également dans une situation de très grande fragilité. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne dispose plus d'aucun médecin. Un rattachement des deux secteurs au CH de Navarre, qui de surcroît assure les hospitalisations, sera donc effectué.

La localisation des équipements ambulatoires et d'hospitalisation de jour sera maintenue.

3.1.3 La place des établissements privés

La région ne comptait en 2011 qu'un seul établissement psychiatrique privé de 84 lits.

L'ouverture de deux nouveaux établissements privés est prévue :

- l'un en 2012 au Havre d'une capacité de 75 lits (50 lits de psychiatrie générale, 15 lits de courte durée, 10 lits de gérontopsychiatrie) et 15 places d'hôpital de jour,
- l'autre en 2013 à Yvetot de 80 lits (60 lits de post cure pour la réhabilitation psychosociale et 20 lits pour jeunes adultes).

En 2013, le secteur privé représentera près d'un quart des capacités en hospitalisation à temps complet de la région, contre 7,5% actuellement.

Dans ce contexte, il convient de garantir sur les territoires de santé des articulations entre structures privées et publiques et des coopérations doivent être formalisées par conventions dans une perspective de complémentarité. La question des besoins en hospitalisations sous contrainte devra être examinée à chaque dépôt de nouveau dossier par un promoteur privé.

3.1.4 La situation du CHU

Il faut souligner le cas particulier du CHU implanté sur le territoire de santé de Rouen. Cet établissement doit avoir un double positionnement :

- *Un positionnement régional* pour l'enseignement, la recherche, le développement de soins de recours, la formation des internes, l'accueil des assistants régionaux sur des temps partagés avec les secteurs…

- *Un positionnement territorial* sur le territoire de santé de Rouen, dans la mesure où il est également une structure de soins de proximité : urgences de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto juvénile avec la participation d'équipes de psychiatrie du CH du Rouvray, et filière de suicidologie, psychiatrie de liaison dans les services somatiques pour adultes et en pédiatrie, unité de 20 lits de psychiatrie générale gérées par le CH du Rouvray.

Aujourd'hui, les liens entre le CHU et le CH du Rouvray reposent sur une convention datant de 1999 qui a fait l'objet de 4 avenants et qui doit être révisée. Les évolutions ces dernières années, avec notamment la création d'une filière universitaire de psychiatrie infanto juvénile nécessitent de redéfinir les complémentarités entre le CHU et le CH du Rouvray.

Dans ces conditions, un projet médical commun devra être élaboré visant à définir :

- le contour de la fédération hospitalo universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sous la responsabilité du PUPH en précisant les unités fonctionnelles situées au CHU et au CH du Rouvray appartenant à cette fédération. Ces activités seront définies dans le cadre d'un GCS en cours d'élaboration.
  Une autorisation d'exercer la pédopsychiatrie sera donnée concomitamment au CHU de Rouen,
- les modalités de prise en charge de la psychiatrie générale et universitaire en précisant les unités fonctionnelles implantées au CHU et au CH du Rouvray,
- l'articulation des services d'urgence du CHU (Charles Nicolle et St Julien) avec les dispositifs psychiatriques mis en place par le CH du Rouvray (urgences psychiatriques à Charles Nicolle, UNACOR et CASP),
- l'organisation des liens entre la filière addictions du CHU et le CH du Rouvray.

  Ces trois derniers sujets feront l'objet d'une révision de la convention cadre.

A terme, ils pourront, le cas échéant, être intégrés dans le GCS.

Ce GCS pourra donc évoluer en fonction de l'évolution des projets communs entre les deux établissements.

OBJECTIF N°1 : IMPULSER UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE PAR TERRITOIRE DE SANTE
Positionner un établissement de santé de référence pour la psychiatrie par territoire **:** - Territoire de santé (TS) de Rouen : CH du Rouvray + axe CHU/CH du Rouvray - TS du Havre : Groupe Hospitalier du Havre - TS de Dieppe : CH de Dieppe - TS d'Evreux : CH de Navarre + axe CHIES/CH Navarre et formaliser les coopérations avec les autres centres hospitaliers qui gèrent une activité de psychiatrie extra hospitalière.
Elaborer des projets territoriaux de santé permettant d'assurer les continuités dans l'accompagnement et la prise en charge.
Assurer une concordance entre les territoires de santé et les secteurs psychiatriques et rendre les postes médicaux plus attractifs : - Secteur de psychiatrie générale Yvetot / Fécamp : rattachement de la zone de Fécamp au GHH - Secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Lillebonne : rattachement pour partie au GHH, pour partie au CH du Rouvray - Secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile de Bernay : rattachement au CH de Navarre.
Formaliser par conventions les coopérations public/privé dans une perspective de complémentarité.
Revoir la convention de 1999 entre le CH du Rouvray et le CHU et formaliser les complémentarités et les coopérations entre les deux établissements.

3.2. Réduire les disparités de moyens entre les territoires et les secteurs et élargir les offres ambulatoires

Des principes doivent être retenus pour atténuer la disparité des moyens tout en améliorant l'efficience des soins :

Les différents constats montrent bien l'évolution d'une organisation initialement purement sectorielle vers une organisation avec une offre de soins graduée alliant des dispositifs sectoriels généralistes de proximité et des dispositifs sur des échelles territoriales différentes.

Il convient, tout en conservant les principes fondateurs de la sectorisation, de marier les dispositifs sectoriels et intersectoriels dans une logique de réduction des disparités et de mise en commun de moyens et de complémentarité faute de pouvoir chacun répondre à tout.
L'organisation polaire au sein des établissements doit contribuer au rééquilibrage des moyens entre les secteurs.
Une formalisation des liens entre la psychiatrie, le secteur social et le secteur médico social à un niveau territorial doit également contribuer à atténuer les disparités entre secteurs, en établissant une priorité dans les organisations proposées pour les situations les plus complexes.

Concernant les offres généralistes de proximité (CMP, prises en charge de jour…) il est nécessaire d'assurer un maillage territorial les rendant accessibles à toute la population. Les organisations mises en place doivent nécessairement être pensées différemment en milieu urbain où des mutualisations sont envisageables et dans les zones rurales.
Les moyens du secteur de Vernon et de ceux relevant du territoire de Dieppe seront renforcés en priorité. Il convient d'encourager l'implantation de consultations dans des structures médicales, médico sociales ou sociales (maisons de santé pluridisciplinaires, maisons de retraite, PMI, centres médico-sociaux…) afin de faciliter le travail partenarial, la prévention, l'accès aux soins et diminuer la stigmatisation.

Les dispositifs intersectoriels correspondant à des offres spécifiques (adolescents, personnes âgées, personnes en grande précarité, toxicomanes, handicapés psychiques en institution, personnes avec autisme…) sont eux aussi inégalement répartis. Pour réduire cette disparité, il convient de promouvoir le déploiement de celles-ci dans l'ensemble de la région à partir des compétences existantes.

En effet, le développement d'activités spécifiques nécessite outre l'acquisition de compétences théoriques, des lieux de stages et de formation, tant pour le personnel médical que paramédical. Dans ce cadre, certaines filières spécifiques qui ont été développées au CH du Rouvray peuvent avoir un rôle de ressources et de coordination pour contribuer au développement de filières analogues sur les autres territoires.

Afin de mieux répondre aux besoins et demandes des usagers et ainsi que le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS), il y a également lieu de poursuivre la diversification des modalités de soins ambulatoires (thérapies familiales et systémiques, thérapies de soutien, thérapies psychodynamiques, thérapies interpersonnelles, thérapies cognitives et comportementales…) au sein de chaque territoire de santé. L'éducation thérapeutique doit aussi être développée en direction de personnes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires ainsi qu'en direction des familles et des aidants (cf. schéma prévention).

OBJECTIF N°2 : REDUIRE LES DISPARITES DE MOYENS ENTRE LES TERRITOIRES ET LES SECTEURS ET ELARGIR LES OFFRES AMBULATOIRES
Favoriser au sein des hôpitaux les organisations intersectorielles dans une logique de coopération et de mutualisation.
Assurer un maillage territorial rendant accessibles à toute la population les offres de proximité. Renforcer en priorité les moyens du secteur de Vernon et ceux relevant du territoire de Dieppe.
Encourager l'implantation de consultations dans des structures médicales, médico-sociales ou sociales afin de faciliter le travail partenarial, la prévention, l'accès aux soins et diminuer la stigmatisation.
Poursuivre le développement dans chaque territoire de santé de dispositifs intersectoriels correspondant à des offres spécifiques.
Développer par territoire des offres de soins ambulatoires diversifiées.
Donner un rôle ressource et de coordination à certaines filières spécifiques qui ont été développées par le CH du Rouvray pour contribuer à leur développement sur les autres territoires.

3.3. Améliorer la démographie médicale
(cf. chapitre démographie des professionnels de santé du PRS)

La démographie des professionnels de santé en Haute-Normandie fait l'objet d'une réflexion générale dans le Projet Régional de Santé. Concernant la psychiatrie, la situation démographique préoccupante qui risque de se dégrader justifie des mesures spécifiques.

OBJECTIF N°3 : AMELIORER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE
Renforcer la filière universitaire de psychiatrie générale et poursuivre le développement de la filière de psychiatrie infanto juvénile.
Augmenter le nombre d'internes et d'assistants spécialistes régionaux, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto juvénile.
Positionner le CHU en soutien des filières spécifiques en place au CH du Rouvray afin d'affecter des assistants régionaux dans les territoires.
Modifier les rattachements des secteurs de Bernay et de Lillebonne (cf.1).

3.4 Améliorer la réponse aux demandes non programmées, aux situations de crise et d'urgence, et la prise en charge des suicidants

Il existe plusieurs portes d'entrée dans le dispositif de soins et la réponse aux situations de crise et à l'urgence ainsi qu'aux demandes non programmées est différente selon les lieux sollicités. Cependant, les partenaires et les associations d'usagers de la psychiatrie évoquent fréquemment des difficultés dans la prise en charge de ces situations. Dans ce contexte, la nécessité d'une plus grande lisibilité du dispositif avec une meilleure identification des lieux d'intervention et de consultation pour améliorer la prévention, l'accueil et le traitement des demandes non programmées, des situations de crise et d'urgence est nécessaire.

La diversité des missions confiées aux secteurs (prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion) avec comme structures pivot pour les prises en charge ambulatoires les CMP rend difficile l'organisation de consultations non programmées dans un même lieu. En effet, le délai acceptable pour accéder aux soins est différent en fonction des problématiques mais la gestion des situations non programmées ne souffre aucun délai en l'absence d'évaluation préalable.

L'organisation à mettre en place pour le traitement des urgences et des situations de crise en santé mentale doit être placée au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge, mobilisant en amont et en aval toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de détection des troubles. Elle ne doit pas être appréhendée uniquement sous l'angle de consultations psychiatriques et de structures d'urgence.

3.4.1 L'accès aux soins et la réponse aux demandes non programmées dans les CMP

En amont des dispositifs d'urgence hospitalière, le maintien et le développement d'une offre alternative, en portant l'accent sur la prévention des situations de crise et d'urgence et en améliorant la réponse des équipes de secteur aux demandes non programmées restent essentielles.

Les secteurs, doivent garantir un fonctionnement offrant une disponibilité à l'accueil des situations non programmées en priorité pour les patients connus et s'organiser pour développer une activité de post urgence dans des délais compatibles avec l'état de la personne en concertation avec les équipes assurant les suivis de crise et d'urgence pour éviter toute rupture dans les soins. Une telle offre n'est pas facilement envisageable dans chaque CMP pour les secteurs qui en disposent de plusieurs et dans certains cas, des mutualisations peuvent être nécessaires entre secteurs pour permettre l'organisation de cette offre. Cette organisation pour les accueils non programmés dans les CMP doit être lisible et les horaires de permanence doivent être communiqués aux services d'urgence des hôpitaux généraux.

Dans les agglomérations, en plus des offres sectorielles, les possibilités de renforcer ou de créer des lieux complémentaires dédiés à l'accueil et/ou à la prise en charge des situations non programmées et travaillant en articulation avec les services d'urgence des hôpitaux généraux et les CAC au Havre et à Evreux ou l'UNACOR à Rouen sont à examiner. L'objectif est de désengorger les services d'urgence et de faire l'interface entre les acteurs du champ social, de la médecine générale et des CMP en contribuant à une meilleure orientation des personnes en fonction des problématiques.

Ces lieux devront à terme être dotés d'équipes pluridisciplinaires, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers ayant développé une compétence en psychiatrie…formés sur l'intervention en situation de crise pour assurer outre l'accueil non programmé, les orientations en milieu adapté, les suivis de courte durée et d'éventuels déplacements à domicile. Ces lieux doivent être connus des partenaires sociaux et sanitaires (notamment médecins généralistes). Ils doivent travailler en lien étroit avec les secteurs de psychiatrie.

Pour les adolescents, cette fonction doit être assumée par les maisons des adolescents au Havre, à Rouen et à Evreux et par le point écoute adolescents à Dieppe en articulation avec les CMP et les services d'urgence adulte et de pédiatrie.

OBJECTIF N°4-1 : AMELIORER LA REPONSE AUX DEMANDES NON PROGRAMMEES, EN AMONT DES DISPOSITIFS D'URGENCE ET EN ASSURER UNE MEILLEURE LISIBILITE
En psychiatrie générale et en psychiatrie infanto juvénile, rendre lisibles par territoire les lieux d'accueil sectoriels et/ou intersectoriels des demandes non programmées et leurs modalités d'accueil.
Conforter ou créer des lieux complémentaires dans les agglomérations dédiés à l'accueil et à la prise en charge de courte durée des situations non programmées.
Conforter les maisons des adolescents de la région et le point écoute de Dieppe dans la fonction d'accueil des demandes non programmées et de partenariat avec les services d'urgence adulte et de pédiatrie des hôpitaux généraux.

3.4.2 La réponse aux situations d'urgence psychiatrique (cf. SROS urgences)

Dans la région, le circuit pour les urgences d'ordre psychiatrique à partir des services d'urgence (SAU) des hôpitaux généraux vers les hôpitaux d'accueil, ayant des lits de psychiatrie, soit en passant par les CAC ou l'UNACOR, soit directement dans les unités d'admission (à Dieppe et au CH de Navarre) est d'une manière générale performant. Pour ces situations, une présence de psychiatre senior est organisée sous forme de garde ou d'astreinte en fonction des flux.

Les SAU sont identifiés par la population comme des lieux de réponse à l'urgence et à la crise. L'urgence psychiatrique ne se limite pas au tri, aux premiers soins et à l'orientation comme l'urgence générale mais doit permettre un travail sur la crise, en organisant une réponse graduée et coordonnée.

Il existe schématiquement deux types de crise :

- la crise psychosociale, la plus fréquente, qui est reliée à une situation de vie imprévue jugée menaçante, qui déstabilise une personne et met en péril ses conditions d'existence (ex. divorce, perte d'emploi, violence conjugale, deuil, problème financier…),
- la crise ou urgence psychiatrique lorsque l'état psychologique d'une personne change de façon soudaine et intense, créant un déséquilibre psychologique important et une incapacité à fonctionner normalement (ex. crise de panique, décompensation délirante...).

Quel que soit sa nature, le traitement de la crise vise des objectifs précis dont la réduction des facteurs qui l'ont précipitée quand cela est possible, le retour à l'état d'équilibre antérieur ainsi que la mobilisation des ressources personnelles et du milieu. Si le traitement de la crise n'a pas vocation à se faire dans les services d'urgence, il n'en demeure pas moins qu'il faut un temps nécessaire pour l'élaboration et pour l'organisation de celui-ci. Ce temps n'est pas toujours pris en compte dans l'organisation de ces services.

Le site d'urgences du CHU qui présente un volume d'activité important (moyenne journalière de 20 patients) connaît des difficultés dans son organisation. Une des difficultés concerne la surveillance des personnes compte tenu du flux de patients et de la temporalité nécessaire pour l'organisation des transferts des malades vers le Centre hospitalier du Rouvray (notamment les personnes faisant l'objet d'un transfert en hospitalisation sous contrainte) et du temps nécessaire pour l'évaluation et l'organisation du suivi des situations de crise. L'opportunité de lits dédiés permettant une phase d'observation pouvant aller au-delà de 24h mérite d'être étudiée en vue de diminuer le nombre d'hospitalisations, notamment les hospitalisations sous contrainte.

OBJECTIF N°4.2 : AMELIORER LA COORDINATION DES DIFFERENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES
Sous l'égide de l'ARS, organiser dans chaque territoire le circuit de l'urgence avec les partenaires impliqués (services d'urgences, SAMU, pompiers, police et gendarmerie, transporteurs sanitaires, médecine de ville).
Sous l'égide des établissements référents organiser et coordonner la prise en charge des urgences psychiatriques (de psychiatrie générale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) dans le cadre d'un réseau formalisé avec les différents établissements de santé sièges d'une structure d'urgence.
Dans l'ensemble des services d'urgences, examiner les conditions d'intervention et de présence de la psychiatrie pour une meilleure adéquation des moyens.
Organiser les filières de prise en charge à la sortie des urgences, d'une part, pour les personnes déjà suivies ou ayant un suivi antérieur, d'autre part pour les personnes n'ayant fait l'objet d'aucun suivi en lien avec les lieux de consultations non programmés assurant des suivis de courte durée.
Formaliser les liens entre les établissements de santé siège d'une structure d'urgence (adulte et pédiatrique) et les maisons des adolescents.
Assurer une formation à la santé mentale et aux situations de crise de l'ensemble des personnels soignants des structures d'urgence. A Rouen, renforcer les coopérations entre les urgences du CHU, l'UNACOR et le CASP.

3.4.3 La prise en charge des suicidants

Les données épidémiologiques régionales conduisent à considérer le suicide comme une priorité de santé publique.

Les démarches de repérage et de prise en charge des personnes en risque suicidaire, en place dans les établissements de santé doivent être confortées et, dans certains cas, améliorées en tenant compte des préconisations du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 du 9 septembre 2011.

Dans ce domaine, les filières de suicidologie développée par le CH du Rouvray depuis plusieurs années doivent avoir un rôle de coordination régionale pour faciliter la mise en place d'actions communes sur l'ensemble de la région.

OBJECTIF N°4-3 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS
Pour faciliter la mise en place d'actions sur l'ensemble de la région, donner un rôle de coordination régionale aux filières de suicidologie développées par le CH du Rouvray.
Etablir des protocoles de prise en charge conjointe entre les services d'urgence et les unités de soins de psychiatrie générale et infanto-juvénile.
Améliorer le suivi des suicidants à leur sortie en établissant un document annuaire ressource par territoire de santé.
Elaborer dans chaque territoire une carte d'appel d'urgence à remettre systématiquement aux suicidants à leur sortie comportant des coordonnées d'un professionnel à joindre 24h/24h.

3.5. Améliorer les prestations de psychiatrie infanto-juvénile

3.5.1 Une organisation par tranches d'âge

La psychiatrie infanto juvénile doit apporter des réponses pour la population de la naissance à 16 -18 ans. L'organisation des soins et les partenariats à développer sont différents en fonction des tranches d'âge.
Pour chaque tranche d'âge, par territoire, une offre de soins, d'une part pour les épisodes aigus, et d'autre part pour les soins de plus longue durée (consultations ambulatoires programmées, soins plus intensifs en CATTP, prises en charge groupales ou en hôpital de jour) doit être identifiée avec l'organisation d'un partenariat adapté à chaque tranche d'âge (maternités, CAMSP, PMI, ASE, IME, ITEP…).

La prévention du handicap psychique répond à une priorité. Dans ce cadre, l'accent doit être mis sur le dépistage précoce des troubles envahissants du développement, des dysfonctionnements parentaux précoces, des familles à problèmes multiples…en lien notamment avec les maternités, les services de Protection Maternelle et Infantile, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et les services de santé scolaire… (cf. SROSM et SROS périnatalité).

Les maisons des adolescents qui, comme déjà indiqué, ont vocation à devenir le support des réseaux adolescents doivent développer des antennes pour assurer un maillage territorial à partir des écoutes adolescents quand elles existent.
Sur le territoire de santé de Dieppe, le point écoute adolescent doit être renforcé et sur le territoire de santé du Havre, une offre d'hospitalisation de jour pour adolescents doit être développée.

D'une manière générale la psychiatrie infanto juvénile doit entretenir des liens forts avec les services de pédiatrie et assurer en amont et en aval les liens avec les structures ambulatoires.

3.5.2 Hospitalisation des enfants et des adolescents

Dans le parcours de soins des enfants et des adolescents, des réponses ambulatoires suffisamment intensives et coordonnées avec les partenaires doivent être priorisées, mais le recours à l'hospitalisation est parfois nécessaire.

Des adolescents sont aujourd'hui hospitalisés en psychiatrie générale et il y a lieu de renforcer les capacités d'hospitalisation spécifique et de mettre en œuvre un dispositif avec des unités régionales bénéficiant d'une gestion dans le cadre d'une fédération CHU – CH Rouvray.

OBJECTIF N°5 : AMELIORER LES PRESTATIONS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE
Formaliser dans chaque territoire l'organisation de l'offre ambulatoire existante par tranches d'âge (petite enfance, enfants d'âge scolaire et adolescents).
Développer dans chaque territoire une équipe périnatalité (mixte psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile).
Renforcer le point écoute adolescents de Dieppe.
Créer des antennes des maisons des adolescents pour assurer un maillage territorial.
Réorganiser et renforcer l'offre d'hospitalisation dans le cadre d'une fédération CHU – CH Rouvray : - Transformer l'unité de médecine et de psychopathologie de l'adolescent du CHU en une unité de psychiatrie régionale de recours pour adolescents. - Développer les évaluations de recours pour les enfants sur le site du CHU - Transformer l'unité Rimbaud en une unité régionale pour enfants et développer une offre en direction des adolescents pour les territoires de santé Rouen, Dieppe et Evreux-Vernon.
Développer une offre d'hôpital de jour pour adolescents sur le territoire de santé du Havre.

3.6. Améliorer les articulations de la psychiatrie avec le secteur social et médico-social

La pratique psychiatrique suppose des liens étroits avec le secteur social et le secteur médico-social. La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 va dans le sens du renforcement des coopérations entre les professionnels des différents champs. Les liens avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) devront être développés afin d'aboutir à une meilleure évaluation des situations de handicap psychique.

Un programme de développement de la télépsychiatrie est mis en œuvre afin d'aider la psychiatrie à assurer sa mission d'appui aux structures médico-sociales.

3.6.1 Psychiatrie générale

La place de la psychiatrie dans le domaine de la réhabilitation psychosociale doit permettre d'apporter une valeur ajoutée en termes d'évaluation, de soins et d'orientation. La réhabilitation psychosociale est une approche fondamentalement pluridisciplinaire qui nécessite une articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans une logique centrée sur la personne et non sur la maladie.

La cible de la réhabilitation psychosociale est le fonctionnement social de la personne et l'amélioration de sa qualité de vie et non pas la maladie elle-même. C'est un processus qui tend au rétablissement de la personne et se déroule dans un parcours individuel faisant référence aux dimensions de la santé mentale, de la communauté et de la solidarité.

Sur le versant sanitaire, la réhabilitation psychosociale repose notamment sur la dispensation de soins par des personnels formés à des techniques orientées neurocognition et sciences éducatives. Ces techniques ont pour objectif essentiel de faire progresser vers l'autonomie et le travail les patients concernés. Il convient qu'elles puissent être mises en œuvre dans les quatre territoires de santé.

Dans le même temps, la psychiatrie doit avoir un objectif de stabilisation dans l'autonomie de certains patients et éviter ainsi les ré-hospitalisations voire l'institutionnalisation. C'est le travail habituel des équipes de secteur en CMP, en visites à domicile, en hôpital de jour ou en CATTP. Dans le territoire de santé de Rouen, les ateliers thérapeutiques Sainte Claire assurent de manière intersectorielle des actions de réhabilitation en aval de l'hospitalisation Ce travail suppose des suivis au très long cours et de proximité, en lien avec les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Après de longues hospitalisations, la réinsertion met en œuvre un travail d'amont de préparation à la sortie qui se réalise dans certains secteurs au sein d'unités de préparation à la sortie, puis, en aval, une aide au maintien et à l'autonomie de la personne.

Ce travail spécifique a pour objectifs essentiels de faire progresser vers l'autonomie extérieure les patients, de diminuer les échecs autour de la sortie, d'accélérer des projets de sortie plus adéquats et d'éviter les ré-hospitalisations.

Cette réinsertion nécessite une articulation sanitaire et sociale spécifique. En effet, très souvent, c'est par la résolution du logement ou de l'hébergement que la marche vers l'autonomie peut s'engager. A chaque situation doit correspondre une solution adaptée. Les dispositifs existants, qu'ils relèvent du secteur sanitaire, médico-social ou social sont divers : dispositifs d'accès ou de maintien dans les logements (les associations la Clé à Rouen, Coté Cours au Havre et Interface à Evreux ont vocation à intervenir spécifiquement auprès des personnes handicapées psychiques), pensions de famille et résidences accueil, foyers de vie, appartements thérapeutiques, voire familles d'accueils. Ils sont actuellement insuffisants et inégalement répartis. Leur développement doit s'effectuer au niveau des territoires de santé.

En 2013, un établissement privé psychiatrique ouvrira à Yvetot. Il comportera 80 lits d'hospitalisation complète, divisés en une unité de 60 lits de « post cure » pour adultes et une unité de 20 lits pour « jeunes adultes » de 16 à 25 ans. Le projet médical repose sur la réhabilitation psychosociale et complète les dispositifs existants.

Sur le territoire de santé d'Evreux Vernon la création d'une offre en hospitalisation à temps complet assortie de prises en charge de jour, axée sur la réhabilitation psychosociale doit également compléter les dispositifs existants.

Dans le secteur médico-social, les personnes handicapées psychiques les moins autonomes sont prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS). Pour éviter toute rupture dans leur parcours de soins et répondre à leurs besoins, des liens privilégiés avec les secteurs psychiatriques doivent être établis. Le renforcement des liens avec les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) accueillant des handicapés psychiques est également nécessaire.

3.6.2 Psychiatrie infanto-juvénile

La psychiatrie infanto juvénile ambulatoire relève non seulement des secteurs, mais aussi des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), au nombre de quatre en Seine-Maritime et un dans l'Eure *(carte en annexe 13).*

Les liens et les complémentarités des activités effectuées au sein des CMP et des CMPP obligent à penser une politique territoriale incluant ces deux types de structures de soins, d'autant plus que dans la région, certaines antennes de CMPP ont une mission sectorielle.

La psychiatrie infanto-juvénile est confrontée à la situation d'enfants et d'adolescents dont les facteurs de vulnérabilité (sociale, psychique, somatique et environnementale) nécessitent une prise en charge globale, simultanée et coordonnée d'acteurs multiples. Dans ce contexte, un appui spécifique de la psychiatrie infanto-juvénile est attendu par différents partenaires pour la gestion des situations de crise et d'urgence, pour leur anticipation (prévention) et pour les suivis dans la durée. Les organisations mises en place doivent permettre de répondre aux besoins de la population concernée quels que soient le demandeur et le lieu de vie de l'enfant et/ou l'adolescent.

En ce qui concerne les maisons des adolescents, elles s'appuient sur un réseau de partenaires identifiés, couvrant les champs du soin (somatique et psychique, ambulatoire et hospitalier), de l'éducatif, du social, de la réinsertion et du juridique.

Certains enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques relèvent de prises en charge médico-sociales dans des instituts médico éducatifs (IME) ou des instituts thérapeutiques et pédagogiques (ITEP). Pour les enfants ou adolescents suivis préalablement par les secteurs de psychiatrie, afin d'éviter toute rupture dans les soins, les modalités de coopération doivent être confortées.

Les équipes mobiles en direction des structures médico sociales et sociales doivent permettre une coopération efficace, éviter certaines hospitalisations et mieux définir les indications de prises en charge au décours de la filière.

Ces interventions s'inscrivent dans la mission plus large d'appui aux structures médico-sociales par la psychiatrie.

La mission nationale d'appui en santé mentale a réalisé une mission régionale sur la psychiatrie infanto-juvénile. Les orientations de cette mission doivent faire l'objet d'une déclinaison opérationnelle plus précise qui servira de cadre pour la mise en œuvre du SROS.

OBJECTIF N°6 : AMELIORER L'ARTICULATION DE LA PSYCHIATRIE AVEC LE SOCIAL ET LE MEDICO-SOCIAL
Développer les compétences et les ressources pour une meilleure évaluation des situations de handicap psychique dans le cadre des MDPH.
Développer la télépsychiatrie dans le cadre du partenariat avec les structures médico sociales.
Etablir un maillage d'intervention en direction des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées psychiques.
Psychiatrie générale
Par territoire de santé, formaliser une filière de soins autour de la réhabilitation psychosociale (centre de réhabilitation, unité de préparation à la sortie, appartements thérapeutiques…) travaillant en réseau avec les acteurs de champ social et médico-social.
Créer un établissement de réhabilitation psycho-sociale dans le territoire de santé d'Evreux-Vernon.
Psychiatrie infanto-juvénile
Créer dans chaque territoire de santé un dispositif de santé mentale d'appui aux situations complexes.
Participer à la mise en œuvre de commissions territoriales d'articulation « soins, handicap, scolarisation, enfance en danger ».
Renforcer les coopérations avec les ITEP et les IME pour les enfants et adolescents ayant bénéficié d'un suivi avant leur orientation.

3.7 Réduire le nombre d'hospitalisations prolongées par défaut

L'état des lieux a mis en évidence que plus de trois cent patients hospitalisés sont concernés.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour les hôpitaux. C'est la piste principale qui, tout en améliorant la situation de vie des personnes concernées, ce qui constitue l'objectif principal, peut redonner une certaine flexibilité dans l'occupation des lits et dans l'utilisation des ressources humaines des établissements.

Les programmes de création de places d'hébergement et d'accompagnement destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques, ne peuvent prétendre à eux seuls apporter toutes les solutions aux besoins des personnes, les processus conduisant à des hospitalisations prolongées par défaut étant souvent complexes.
Des démarches territorialisées de coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux autour des projets de vie et de soins des personnes hospitalisées au long cours sont donc à engager ou à amplifier par les établissements de la région avec le concours de l'Agence Régionale de Santé.

Pour engager avec succès ces démarches, une mobilisation plurielle est indispensable : mobilisation des établissements de soins dans leurs différentes composantes ; des personnes malades et de leur entourage ; des associations d'usagers et de familles ; des responsables des établissements et services médico-sociaux et sociaux susceptibles de les accompagner dans leurs besoins de logement, d'hébergement, de travail ou d'activité ; des MDPH, des responsables des services concernés du Conseil Général.

OBJECTIF N°7 : REDUIRE LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PROLONGEES PAR DEFAUT
Evaluer systématiquement au sein des établissements les besoins des personnes hospitalisées au long cours en se basant sur le guide de recueil d'informations proposé par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale et assurer une synthèse de ces données.
Mettre en place dans les établissements des comités de pilotage et de suivi.
Mettre en place, avec le concours de l'ARS, des groupes de travail locaux avec les partenaires concernés, afin d'organiser les sorties d'hospitalisation en établissant pour chaque personne un projet de vie et de soins.

3.8. Optimiser les soins de second recours et les soins aux populations spécifiques

Le traitement des inégalités territoriales repose en partie sur l'amélioration de l'efficience par la mise en place d'offres de second recours pour les situations les plus complexes et sur l'organisation de filières de soins territorialisées en direction de populations spécifiques.

3.8.1 Les offres de second recours

Les efforts doivent porter sur les offres suivantes :

a) Unité pour malades difficiles

Une unité interrégionale de 40 lits située au CH du Rouvray ouvrira en 2012.

b) Pathologies affectives et schizophrénies les plus complexes

Le CH du Rouvray a individualisé à moyens constants des lits régionaux permettant une évaluation et la mise en place de stratégies thérapeutiques en concertation avec le secteur d'origine pour les psychoses résistantes. Cette unité correspond à un besoin identifié. L'intensité des troubles des patients admis dans cette unité demande un renforcement des moyens existants et doit s'accompagner du développement d'une offre ambulatoire de recours tant pour les pathologies affectives que pour les schizophrénies avec le développement de programmes de soins spécifiques et l'utilisation de stratégies thérapeutiques de second niveau. Des offres ambulatoires analogues pourront se développer dans les différents territoires en articulation avec cette offre régionale.

c) Troubles envahissants du développement

Des lits régionaux seront individualisés au CH du Rouvray permettant une évaluation et la mise en place de stratégies thérapeutiques en concertation avec le secteur d'origine pour les troubles envahissants du développement et en appui aux structures médico sociale (FAM, MAS). Cette unité fonctionnera en complément de l'unité mobile actuelle qui intervient déjà en direction des établissements médico sociaux dédiés aux personnes avec autisme (public de plus de 15 ans).

Objectifs n°8.1 : OPTIMISER LES SOINS DE SECOND RECOURS
Offres de second recours
Renforcer l'unité régionale pour psychoses résistantes.
Développer des offres ambulatoires de recours pour les pathologies affectives et pour les schizophrénies avec le développement de programmes de soins spécifiques et l'utilisation de stratégies thérapeutiques de second niveau.
Individualiser une unité régionale d'évaluation et de mise en place de stratégies thérapeutiques des troubles envahissants du développement.

3.8.2 Les populations spécifiques

a) Les personnes âgées

La prise en charge psychiatrique des personnes âgées requiert des compétences spécifiques. L'enjeu consiste à savoir analyser les symptômes psychiatriques chez les sujets âgés et reconnaître les maladies psychiatriques ou non à leur origine, puis les traiter.

Depuis une quinzaine d'année, le CH du Rouvray s'est investi dans ce domaine et a développé une filière de géronto-psychiatrie travaillant de manière articulée avec les partenaires sanitaires (gériatrie, neurologie, secteurs de psychiatrie générale...) et médico-sociaux. Le CH du Rouvray doit assurer un rôle central avec comme mission de contribuer à améliorer les compétences dans ce domaine, rendre cette discipline attractive pour les jeunes psychiatres et combler les disparités au sein de la région.

L'unité de géronto-psychiatrie du Havre (clinique Océane) doit travailler en articulation étroite avec les filières de gérontologie du Havre et de Fécamp/Bolbec/Lillebonne.

L'équipe mobile de géronto-psychiatrie du CH de Navarre doit travailler en lien étroit avec les filières de gérontologie de Louviers/Le Neubourg, Gisors, Pont-Audemer/Bernay, Evreux / Verneuil / Vernon Gaillon, pour l'évaluation des personnes et pour un appui aux EHPAD.

b) Les personnes en situation de précarité

Une évaluation du fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie – précarité sera réalisée en lien avec le réseau régional.

c) Les personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (cf. SROMS)

Les priorités relatives à l'autisme et aux troubles envahissants du développement (TED) s'inscrivent dans la continuité du plan autisme 2008-2010, des recommandations nationales et des réflexions portées par le comité technique régional de l'autisme (CTRA).

En psychiatrie infanto-juvénile : Pour faciliter la mise en œuvre des recommandations professionnelles pour la pratique du diagnostic de l'autisme de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2005, l'objectif est d'identifier par territoire de santé au moins une équipe de première ligne dédiée à la pratique du diagnostic et de l'évaluation en lien avec le Centre de Ressources Autisme Haut Normand (CRAHN).
Ces équipes contribueront en lien avec les formateurs régionaux pour l'autisme à la diffusion du socle commun de connaissances HAS 2010 dans les structures sanitaires.

En psychiatrie générale : La priorité est le renforcement des partenariats avec les structures médico sociales permettant une meilleure identification des personnes avec autisme. La création de l'unité mobile qu'il conviendra de conforter en fonction des besoins et l'individualisation d'une unité régionale d'hospitalisation permettront pour les partenaires et les familles, en complémentarité avec le CRAHN, l'identification de ressources sanitaires en matière d'autisme.

d) Les personnes détenues (cf. SROS Soins aux personnes détenues)

Parmi les objectifs du volet « Soins aux personnes détenues » du SROS, trois peuvent être priorisés :

- amélioration des conditions d'hospitalisation des personnes détenues. Actuellement, celles-ci sont placées en chambre d'isolement tout au long de leur séjour ce qui méconnaît l'obligation d'adaptation des soins aux patients. L'ouverture d'unités adaptées au CH du Rouvray, au GHH et au CH de Navarre est prévue,
- amélioration du partenariat avec les services de probation et d'insertion professionnelle (SPIP) pour les prises en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel,
- développement au sein des centres pénitentiaires des activités de groupe et des soins en hospitalisation de jour.

e) Les personnes souffrant d'addictions

- **Addictions en dehors des troubles des conduites alimentaires (cf. SROSM)**

L'articulation entre les structures d'addictologie et de psychiatries doit d'une manière générale être renforcée. Dans cette perspective, il importe au sein de chaque territoire de santé que les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie soient mieux définies et formalisées.

Sur le territoire de santé de Rouen : développer la coordination entre l'UMIT et l'équipe de liaison en addictologie du CHU.

Sur les territoires de santé du Havre et de Dieppe : conforter la coordination déjà existante entre psychiatrie et équipes de liaison en addictologie à Dieppe et au Havre.

Sur le territoire de santé d'Evreux : formaliser la coordination entre l'équipe de liaison du CHI Eure Seine et le CHS de Navarre à Evreux.

Au regard des publics prioritaires, les ressources disponibles devront être d'abord orientées vers la prise en charge :

- des personnes en situation de précarité,
- des femmes suivies en périnatalité,
- des adolescents, notamment en s'assurant de l'implication des différentes « Maisons de l'adolescent » et de leur mise en lien avec les consultations jeunes consommateurs des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

▪ **Troubles des conduites alimentaires** (cf. SROS Médecine)

L'objectif est de proposer un parcours de soins lisible et gradué dans lequel la psychiatrie intervient en deuxième ligne (participation à certaines prises en charge ambulatoires) et troisième lignes (participation à certaines prises en charge hospitalières) et à un niveau de recours régional (psychiatrie infanto juvénile au CHU pour les adolescents).

f) Les auteurs de violences sexuelles

Une attention particulière devra être portée au développement de la filière d'évaluation et de soins en direction des auteurs de violences sexuelles située au centre Saint Sever à Rouen afin de lui donner une dimension régionale.

Celui-ci comprend :

- le centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) qui a des missions de formation, d'information et de recours envers les personnels des diverses institutions qui interviennent auprès de ce public,
- les consultations post pénale des auteurs de violences sexuelles assurées par le SMPR,
- des évaluations et des prises en charges des situations les plus complexes d'auteurs de violences sexuelles sous main de justice nécessitant une approche spécialisée (chimiothérapies spécifiques, groupes de parole, co-thérapie…).

Objectifs n°8.2 : OPTIMISER LES SOINS A DES POPULATIONS SPECIFIQUES
Personnes âgées
Donner à la filière de géronto-psychiatrie du CH du Rouvray un rôle ressource et de coordination pour faciliter le développement de cette discipline dans chaque territoire.
Individualiser des offres spécifiques ambulatoires en direction des personnes âgées dans chaque territoire en lien avec les filières gériatriques existantes, la neurologie et les secteurs de psychiatrie générale.
Renforcer l'appui aux EHPAD.
Personnes en situation de précarité
Evaluer le fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie – précarité.
Personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement
En psychiatrie infanto juvénile : Identifier par territoire de santé au moins une équipe de première ligne dédiée à la pratique du diagnostic et de l'évaluation en lien avec le CRAHN et favoriser la diffusion du socle commun de connaissances HAS 2010 dans les structures sanitaires.
En psychiatrie générale : Renforcer le partenariat avec les structures médico sociales.
Personnes souffrant d'addictions
Formaliser au sein de chaque territoire de santé les missions et les collaborations des dispositifs d'addictologie et de psychiatrie.
Orienter les ressources disponibles en priorité vers les personnes en situation de précarité, les femmes suivies en périnatalité, les adolescents.
Auteurs de violences sexuelles
Avoir une action spécifique en direction des auteurs de violences sexuelles en : - Donnant un rôle ressource et de coordination à la filière de soins du CH du Rouvray en direction des auteurs de violences sexuelles, en lien avec le centre de consultations la Madeleine à Evreux. - Renforçant les effectifs du Centre Thérapeutique Saint Sever et en lui donnant une vocation régionale. - Renforçant les liens entre le CRIAVS et les maisons des adolescents.

3.9. Améliorer les prises en charge somatiques

Dans le cadre d'une approche globale de la personne, les articulations avec la médecine de ville devront être développées. L'objectif est de réduire la surmortalité et la sur morbidité constatées chez les malades mentaux et les personnes en situation de handicap psychique.

Il convient de développer la médecine générale et l'offre de médecine polyvalente dans les hôpitaux ayant des lits de psychiatrie, en adaptant les moyens aux capacités de chaque établissement. A ce titre, il est nécessaire de souligner que la loi du 5 juillet 2011 fixe l'obligation d'un examen somatique complet des personnes hospitalisées sous contrainte dans les 48h suivant l'admission.

Améliorer les prises en charge somatiques
Développer au sein de chaque territoire de santé les articulations avec la médecine de ville.
Développer la médecine générale et l'offre de médecine polyvalente dans les hôpitaux ayant des lits de psychiatrie.

IV. ANNEXES

Annexe 1 : Découpage en secteurs de psychiatrie générale en Haute-Normandie

Annexe 2 : Découpage en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie

Annexe 3 : Sectorisation de la psychiatrie générale et territoires de santé

Annexe 4 : Sectorisation de la psychiatrie générale et territoires de proximité

Annexe 5 : Sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile et territoires de santé

Annexe 6 : Sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile et territoires de proximité

Annexe 7 : CMP et lieux de consultations pour adultes

Annexe 8 : CMP Psychiatrie générale, zoom Le Havre, Rouen

Annexe 9 : CMP, lieux de consultations pour enfants et CMPP

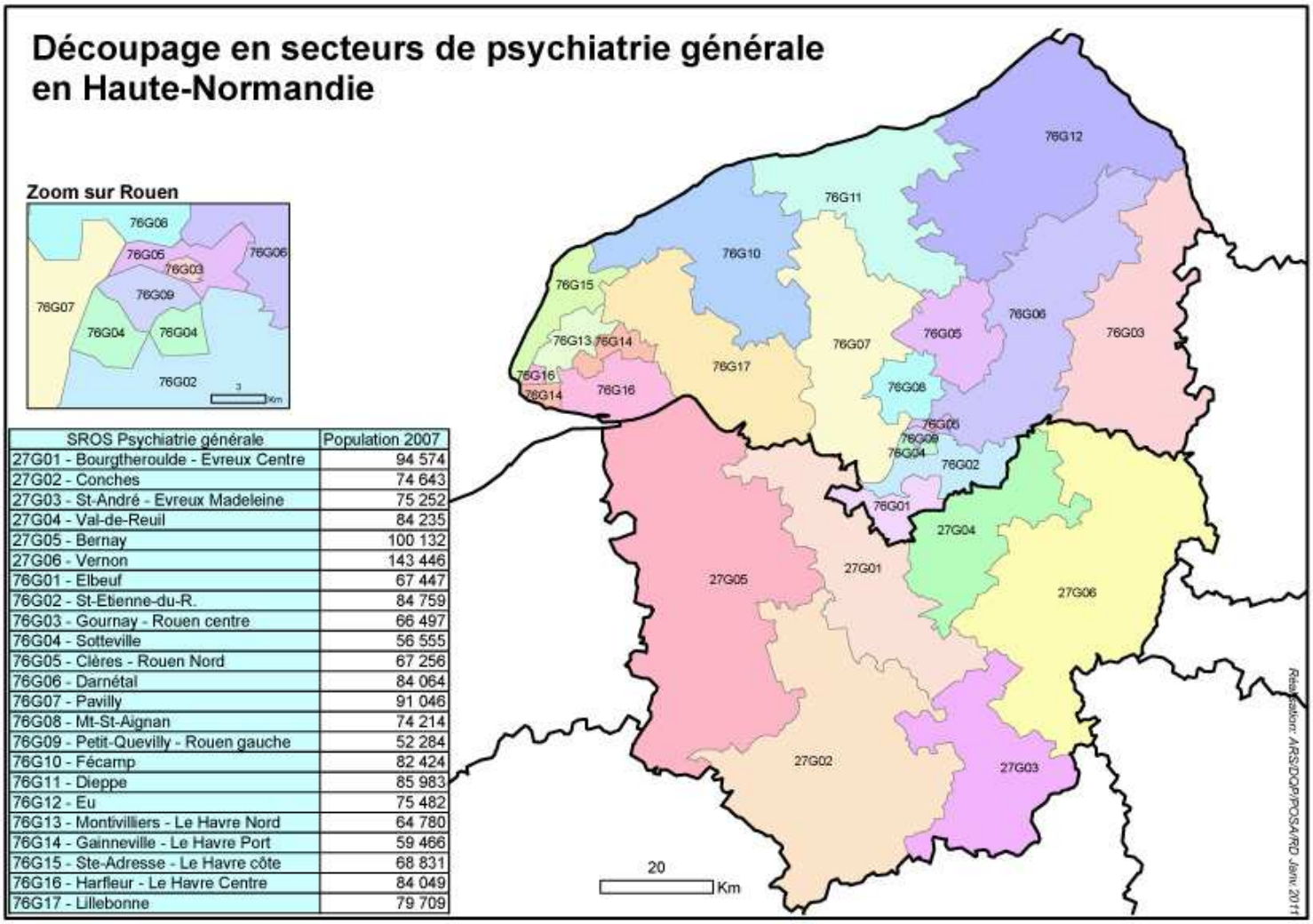
Annexe 10 : CATTP et hôpitaux de jour psychiatrique pour adultes

Annexe 11 : CATTP et hôpitaux de jour Psychiatrie générale, zoom Le Havre et Rouen

Annexe 12 : CATTP et hôpitaux de jour pour enfants

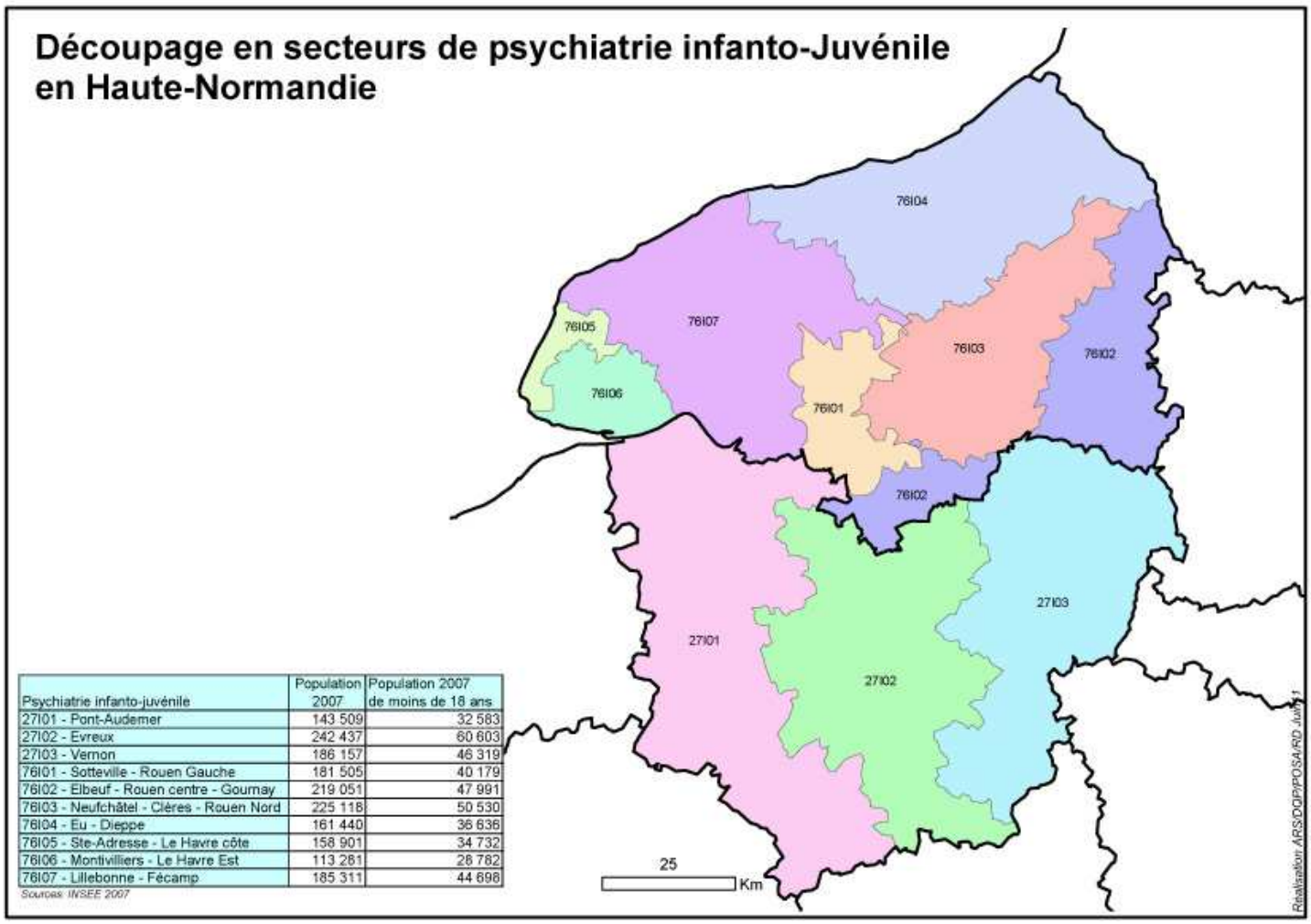
Annexe 13 : Les CMPP en Haute-Normandie

Annexe 1 : Découpage en secteurs de psychiatrie générale en Haute-Normandie



SROS Psychiatrie générale	Population 2007
27G01 - Bourgtheroulde - Evreux Centre	94 574
27G02 - Conches	74 643
27G03 - St-André - Evreux Madeleine	75 252
27G04 - Val-de-Reuil	84 235
27G05 - Bernay	100 132
27G06 - Vernon	143 446
76G01 - Elbeuf	67 447
76G02 - St-Etienne-du-R.	84 759
76G03 - Gournay - Rouen centre	66 497
76G04 - Sotteville	56 555
76G05 - Cléres - Rouen Nord	67 256
76G06 - Darnétal	84 064
76G07 - Pavilly	91 046
76G08 - Mt-St-Aignan	74 214
76G09 - Petit-Quevilly - Rouen gauche	52 284
76G10 - Fécamp	82 424
76G11 - Dieppe	85 983
76G12 - Eu	75 482
76G13 - Montivilliers - Le Havre Nord	64 780
76G14 - Gainneville - Le Havre Port	59 466
76G15 - Ste-Adresse - Le Havre côte	68 831
76G16 - Harfleur - Le Havre Centre	84 049
76G17 - Lillebonne	79 709

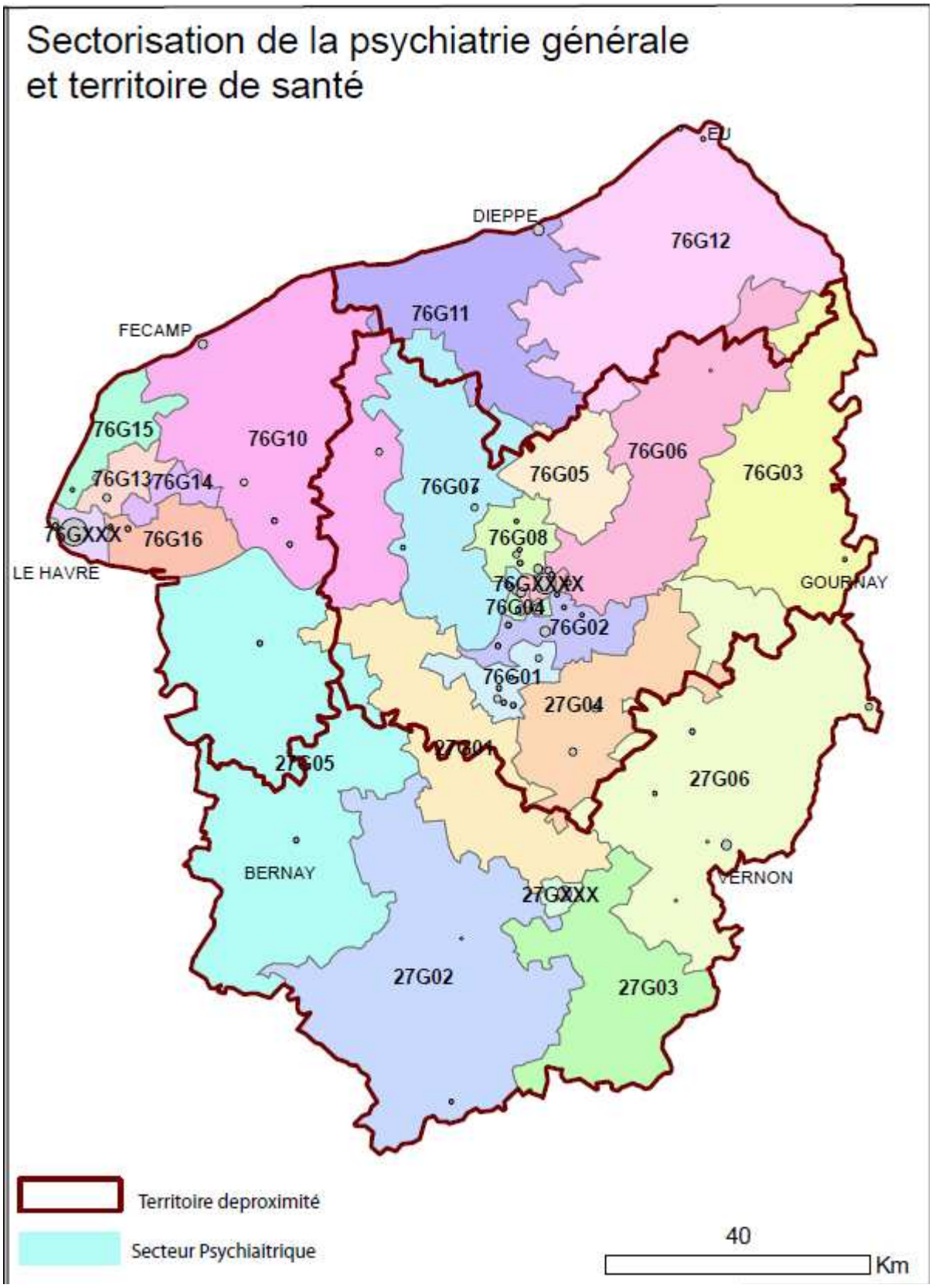
Annexe 2 : Découpage en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie



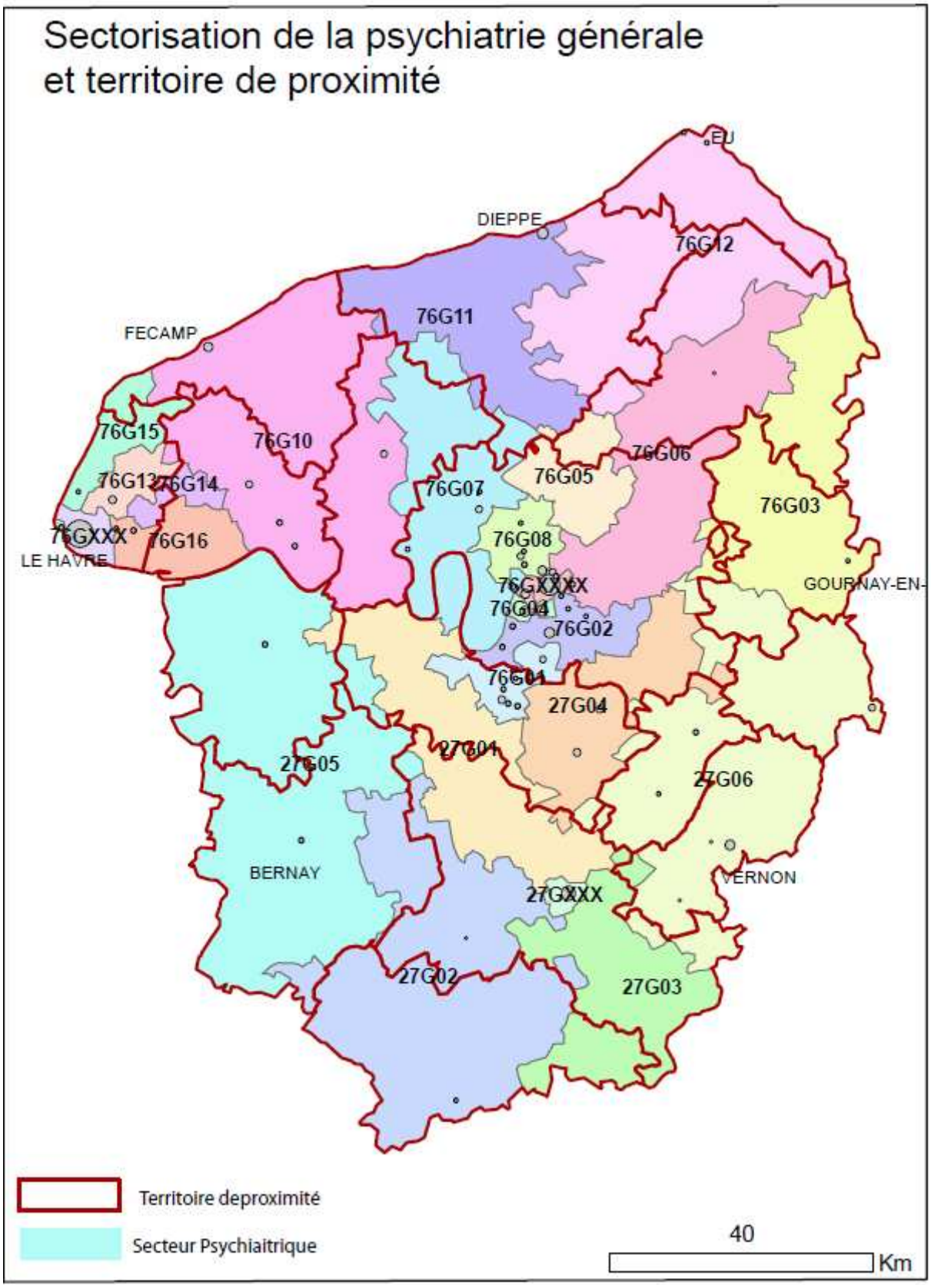
Psychiatrie infanto-juvénile	Population 2007	Population 2007 de moins de 18 ans
27I01 - Pont-Audemer	143 509	32 583
27I02 - Evreux	242 437	60 603
27I03 - Vernon	186 157	46 319
76I01 - Sotteville - Rouen Gauche	181 505	40 179
76I02 - Elbeuf - Rouen centre - Gournay	219 051	47 991
76I03 - Neufchâtel - Clères - Rouen Nord	225 118	50 530
76I04 - Eu - Dieppe	161 440	36 636
76I05 - Ste-Adresse - Le Havre côte	158 901	34 732
76I06 - Montivilliers - Le Havre Est	113 281	28 782
76I07 - Lillebonne - Fécamp	185 311	44 698

Sources: INSEE 2007

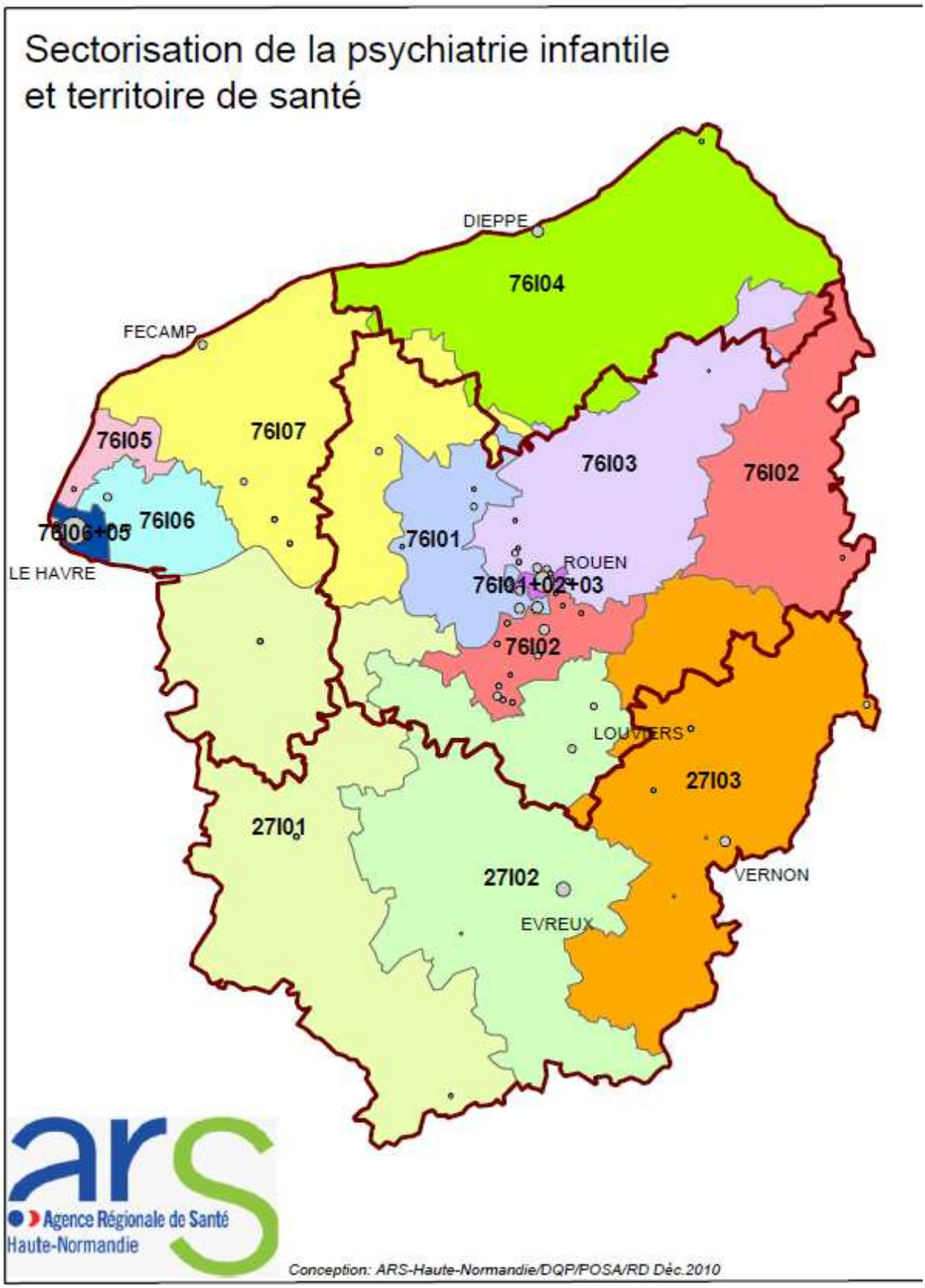
Annexe 3 : Sectorisation de la psychiatrie générale et territoires de santé



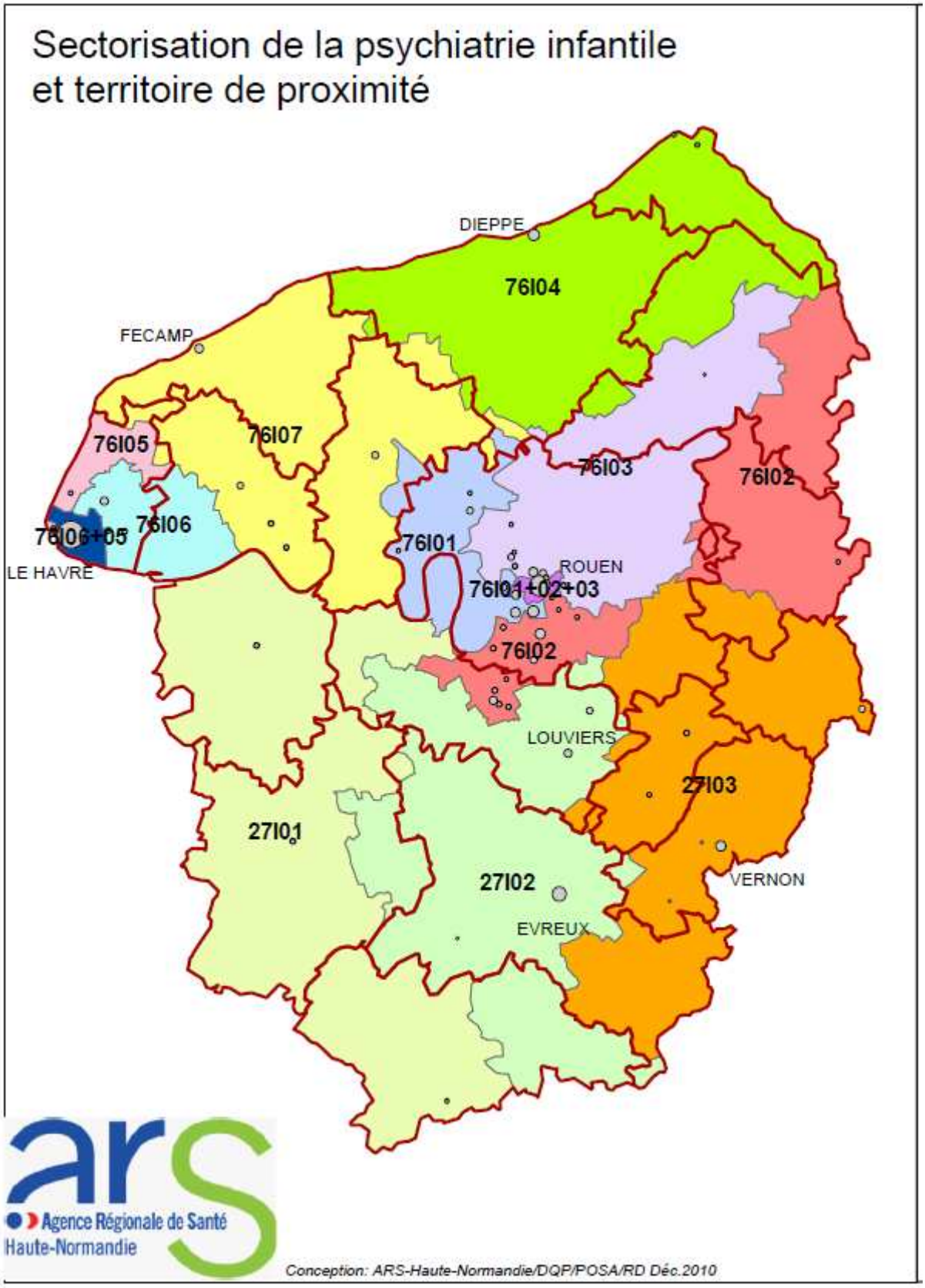
Annexe 4 : Sectorisation de la psychiatrie générale et territoires de proximité



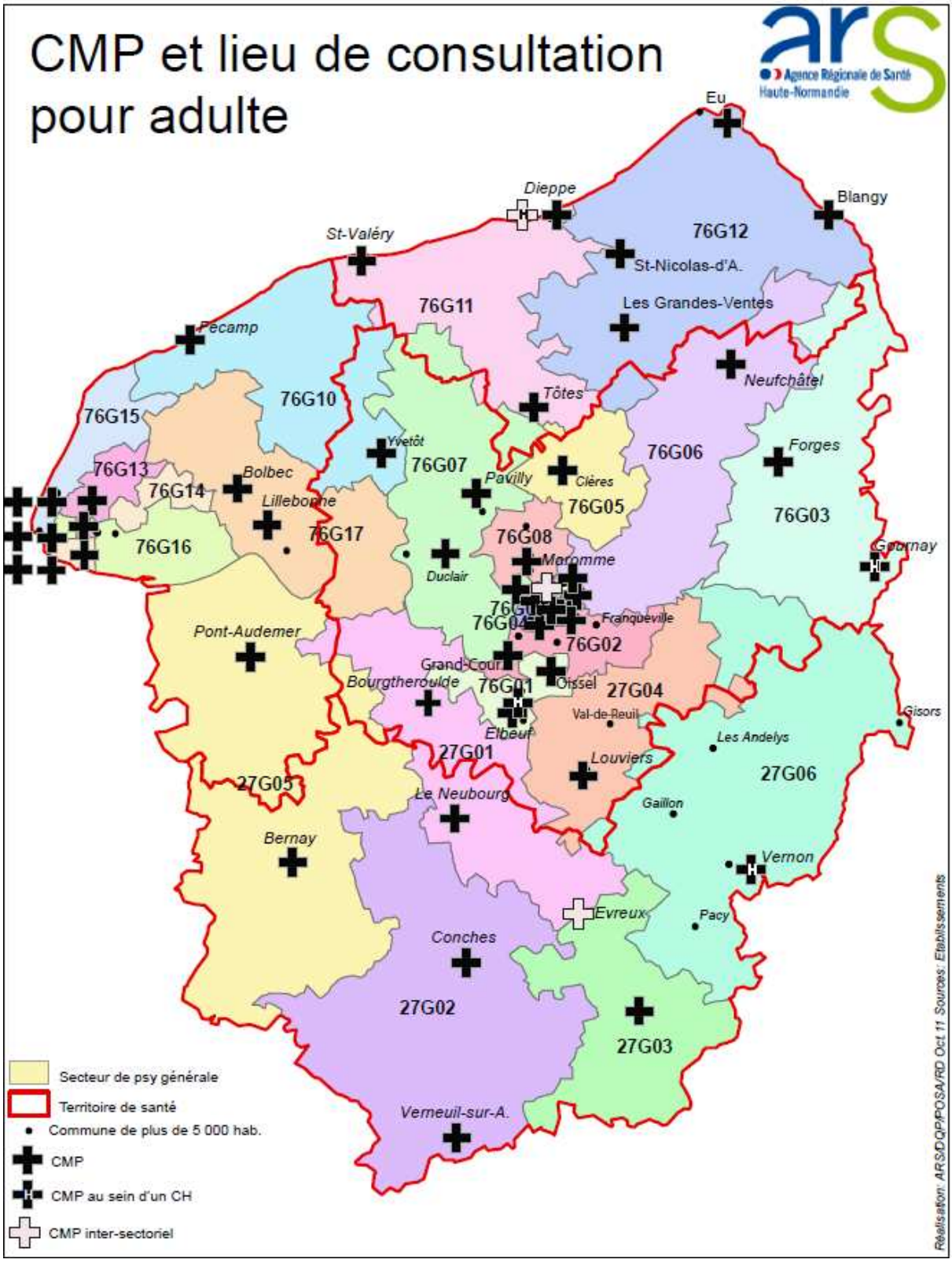
Annexe 5 : Sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile et territoires de santé



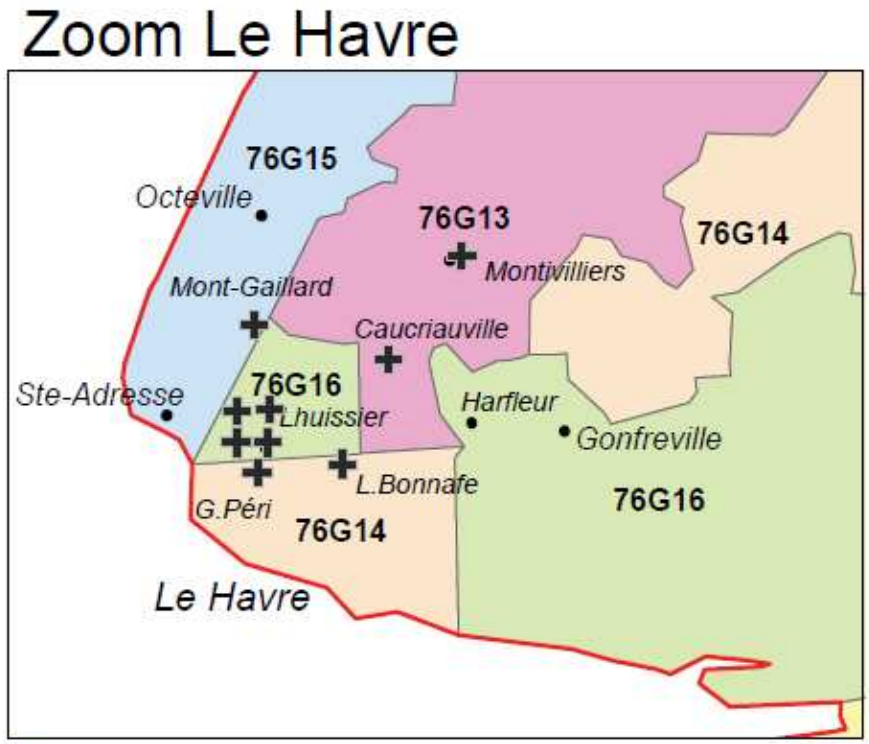
Annexe 6 : Sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile et territoires de proximité



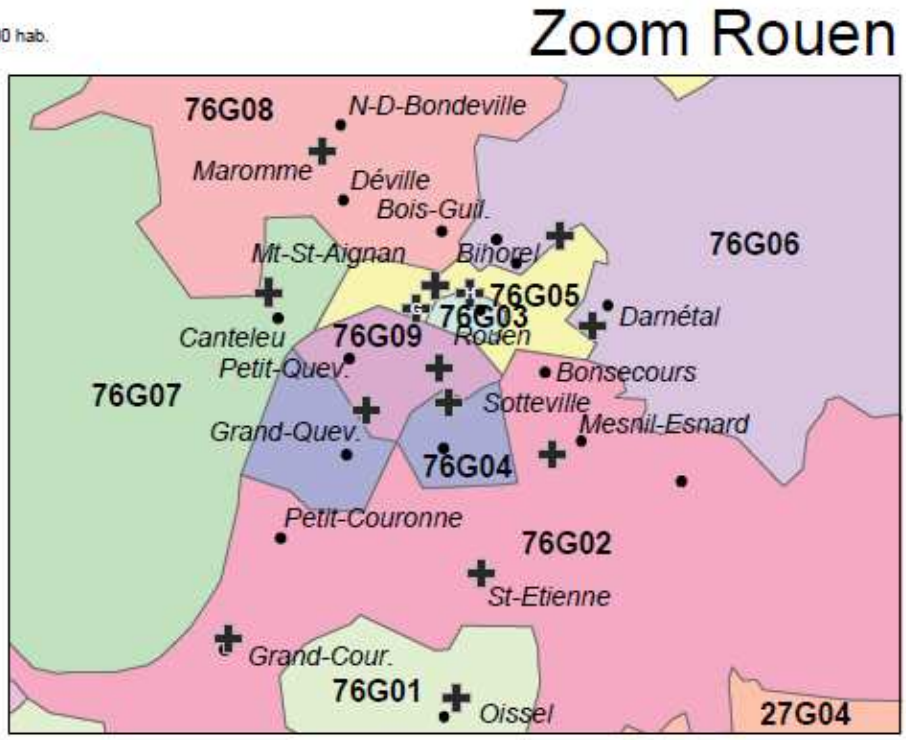
Annexe 7 : CMP et lieux de consultations pour adulte



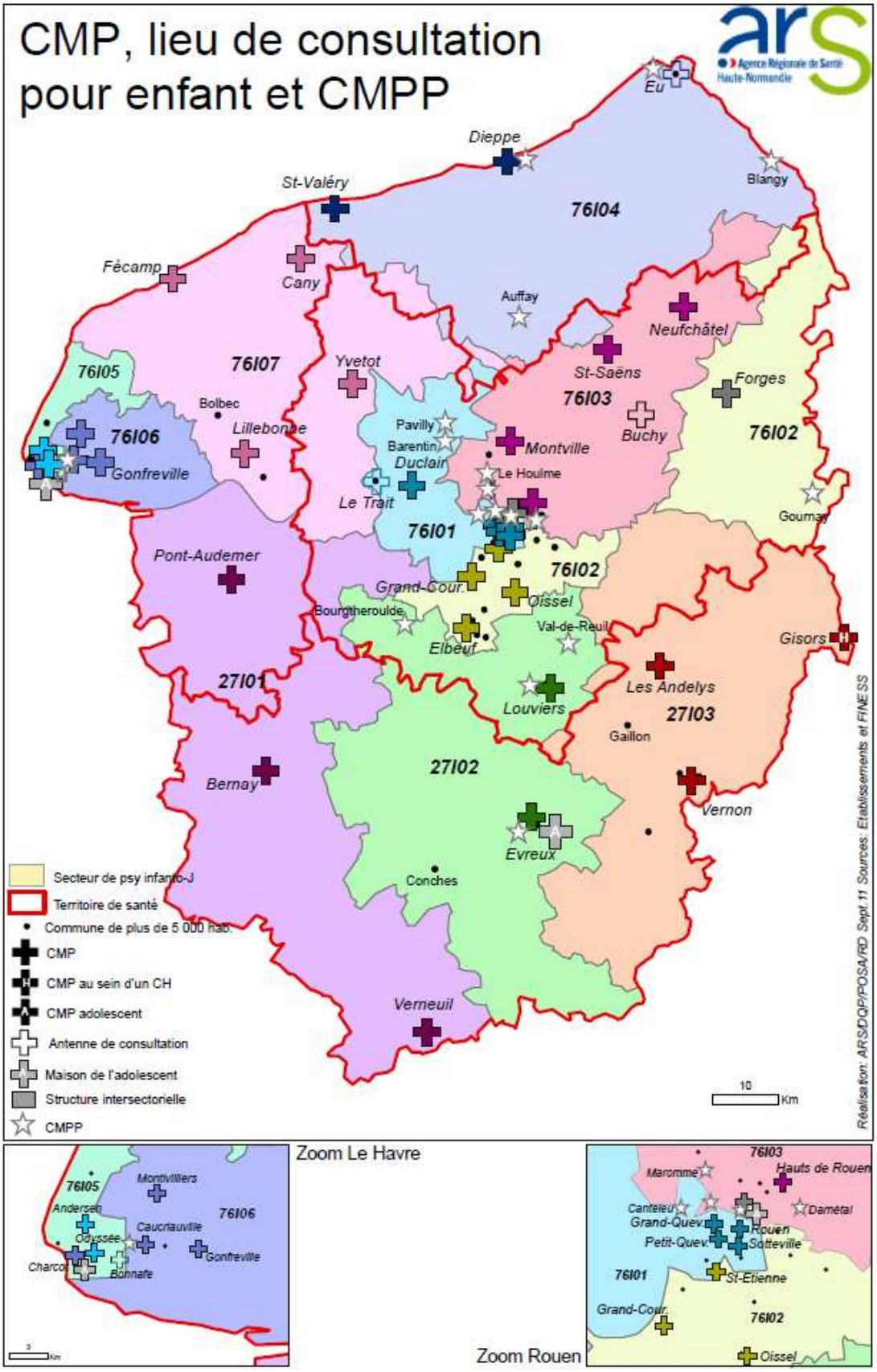
Annexe 8 : CMP Psychiatrie générale, Zoom Le Havre, Rouen



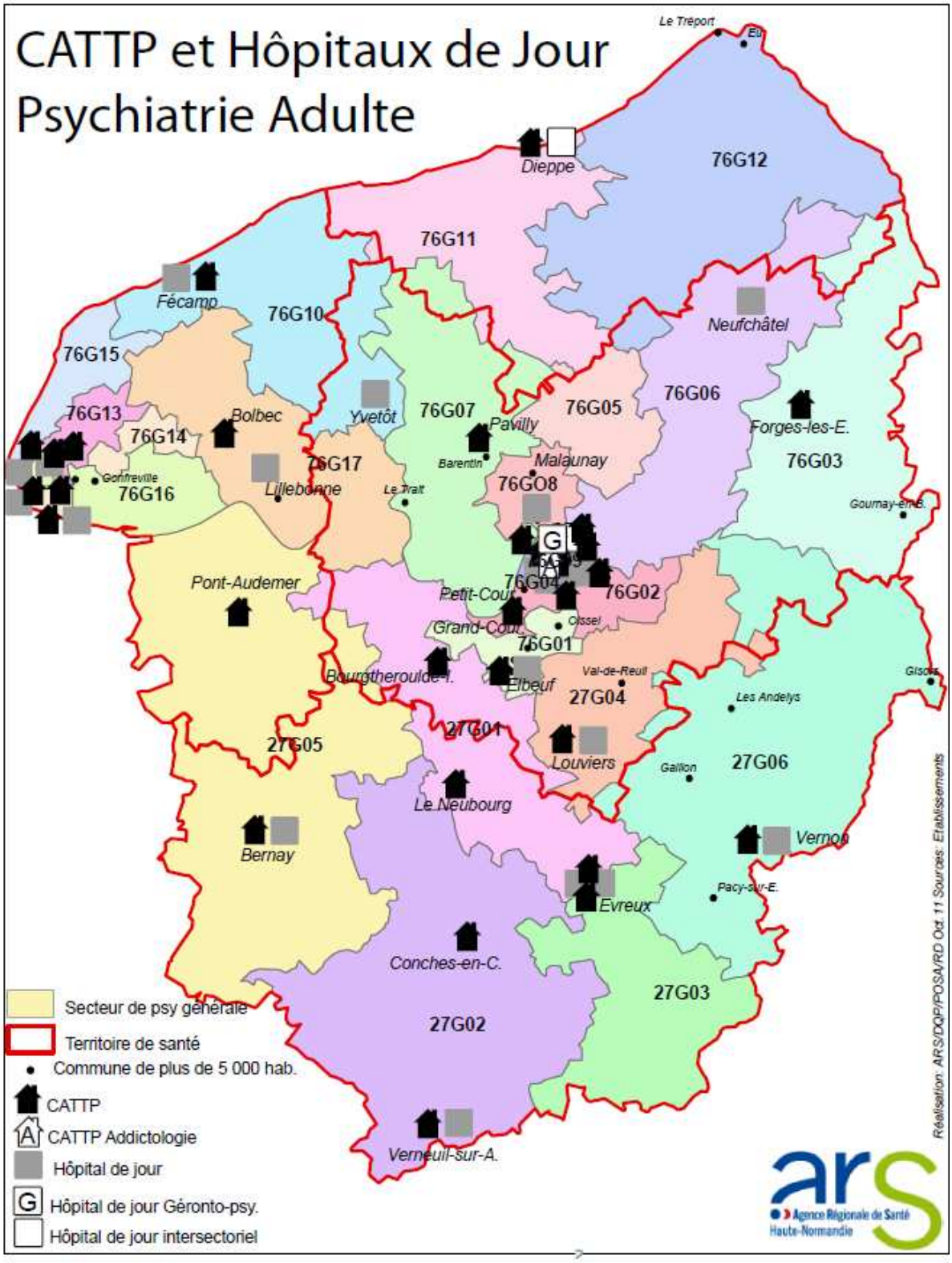
Secteur de psy générale
Territoire de santé
Commune de plus de 5 000 hab.
CMP
CMP au sein d'un CH
CMP géronto-psy
CMP inter-sectoriel



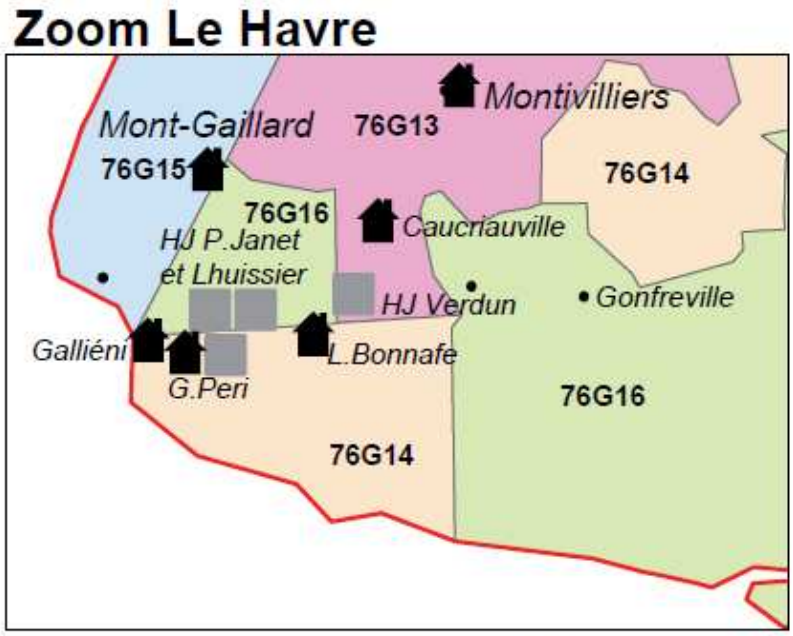
Annexe 9 : CMP, lieux de consultations et CMPP

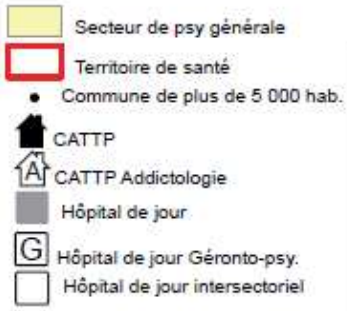


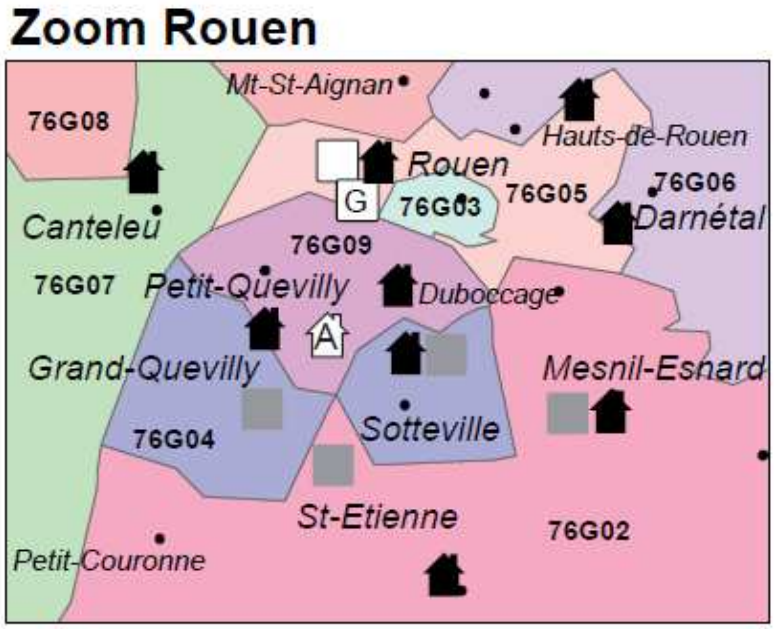
Annexe 10 : CATTP et hôpitaux de jour psychiatrique pour adultes



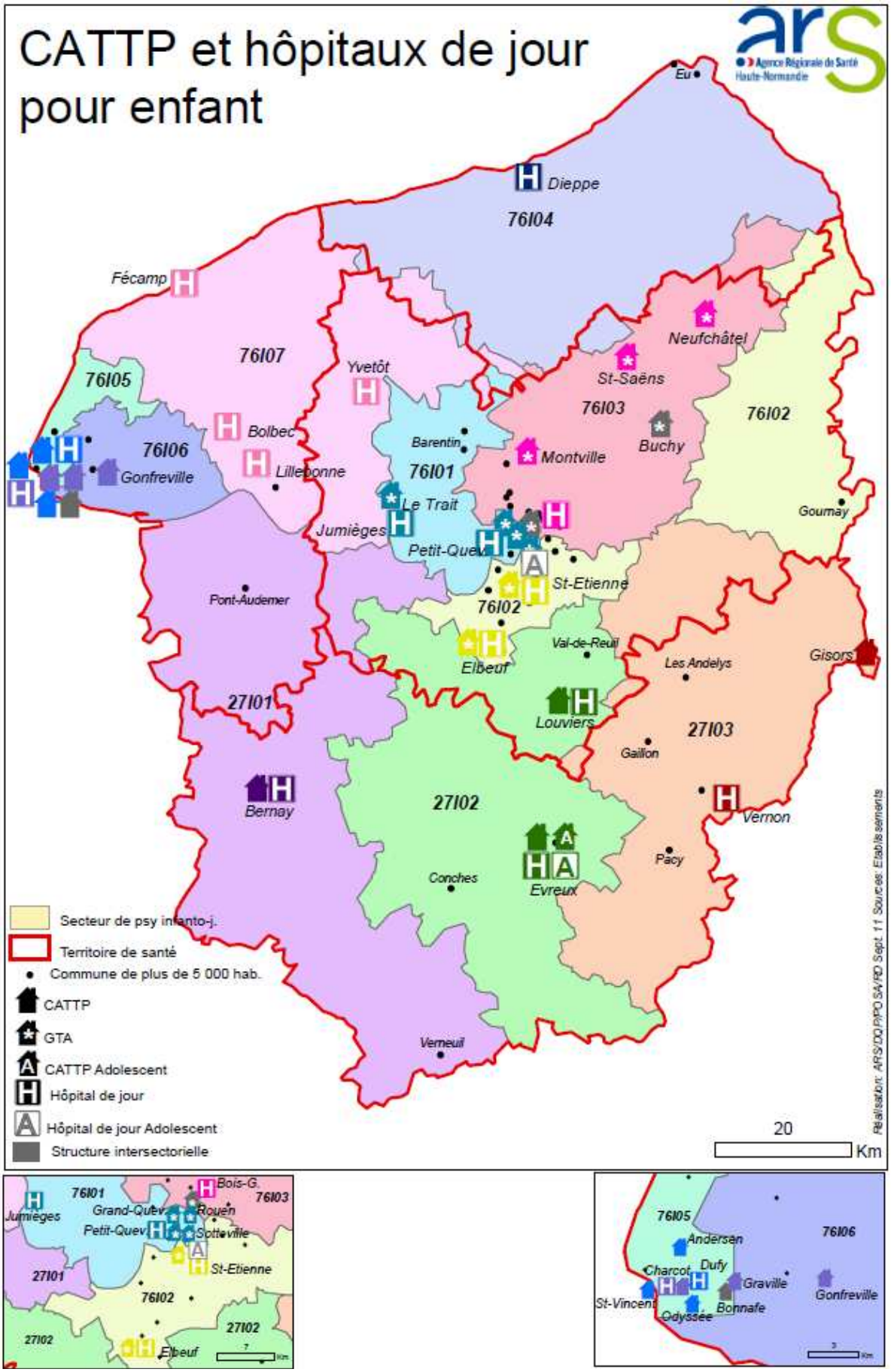
Annexe 11 : CATTP et hôpitaux de jour psychiatrie générale, Zoom Le Havre et Rouen



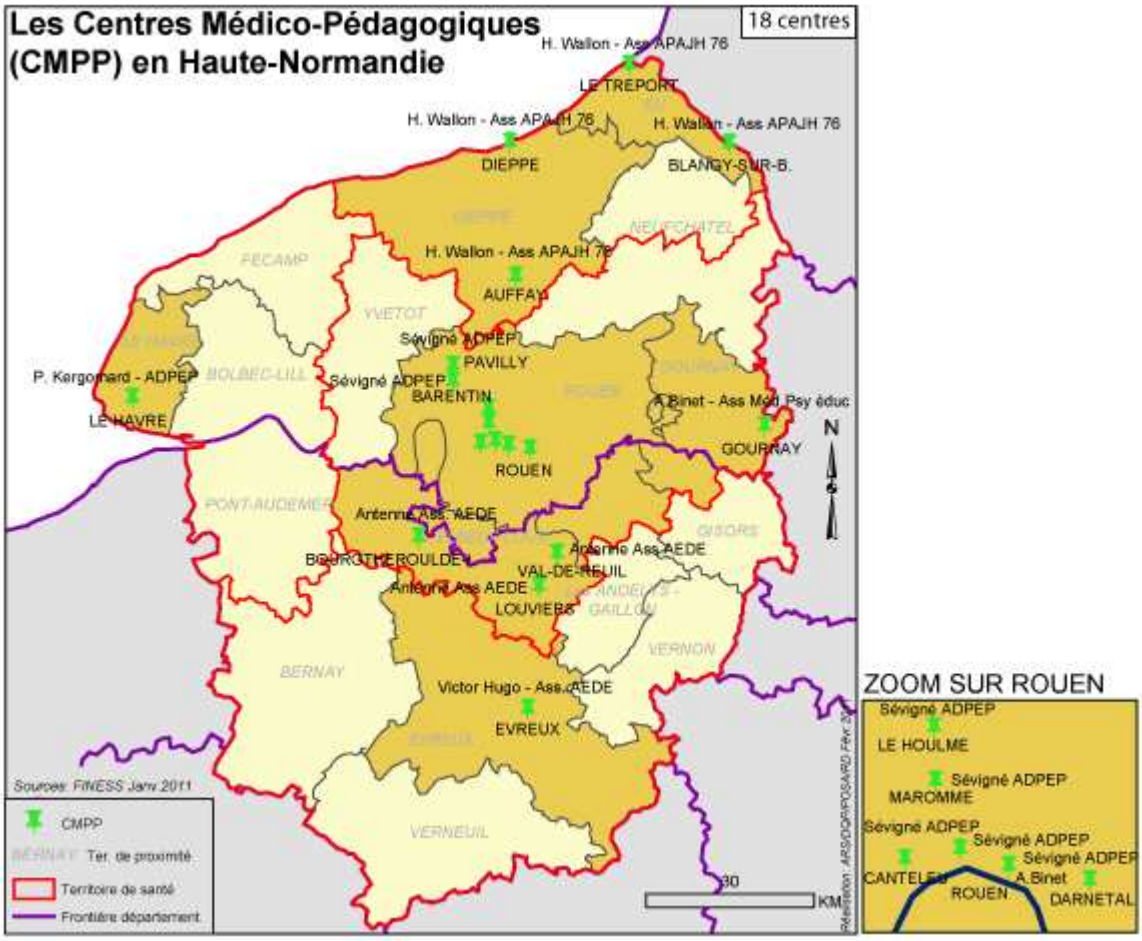




Annexe 12 : CATTP et hôpitaux de jour pour enfants



Annexe 13 : Les CMPP en Haute-Normandie



Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Soins de suite et de réadaptation

La publication des décrets n° 2008-377 et 2008-376 d'avril 2008 réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de suite et de réadaptation, a conduit à une révision particulièrement structurante du schéma régional d'organisation des Soins de Suite et de Réadaptation arrêtée au 15 octobre 2009.

Le nouvel encadrement réglementaire vise à améliorer la qualité et la lisibilité de l'offre, en créant une activité unique de soins de suite et de réadaptation (SSR) et en identifiant clairement les structures spécialisées et le niveau d'exigence pour chacune d'entre elles.

Le présent volet traite également le sujet de la filière de prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Définition des soins de suite et de réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Missions des soins de suite et de réadaptation

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient.
- fes actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle (art. R. 6123-119 du code de la santé publique).

Les textes prévoient une seule modalité d'autorisation avec possibilité de mentions complémentaires :

- une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes (SSR indifférencié ou polyvalent).
- cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants de moins de six ans et/ou de plus de six ans ou les adolescents, à titre exclusif ou non.

L'autorisation peut ensuite être conjuguée avec la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur.
- affections du système nerveux.
- affections cardio-vasculaires.
- affections respiratoires.
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.
- affections onco-hématologiques.
- affections des brûlés.
- affections liées aux conduites addictives.
- affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge. Lorsqu'un établissement est autorisé au titre de la mention enfants/ adolescents et d'une mention de prise en charge spécialisée, les conditions techniques de fonctionnement des mentions sont cumulatives.

Modalités et structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation

L'admission a lieu par transfert ou directement (art. R. 6123-118 du code de la santé publique), pour des patients pour lesquels un projet thérapeutique pourra être défini en termes d'objectifs, de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation.

L'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dispose que le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie apprécie l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité de santé .

L'exercice de l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut en aucun cas être isolé et s'inscrit naturellement dans des filières de prise en charge dont l'objectif est de permettre à chaque patient d'accéder à une prise en charge adaptée et graduée.

La filière représente une organisation avant tout fonctionnelle qui fédère plusieurs maillons de l'activité de soins, couvrant l'intégralité des parcours possibles dans une fluidité optimale et s'appuyant nécessairement sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation.

La filière de soins assure également un rôle de « ressources » dans son domaine de prise en charge.

La circulaire n°DHOS/01/2008/3005 du 3 octobre 2008 relative au décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, précise les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation, dans le cadre d'une révision des schémas régionaux d'organisation des soins. Elle rappelle notamment que l'inscription dans certaines filières de prise en charge se doit d'être conforme aux circulaires d'organisation des filières de soins suivantes :

- Accidents vasculaires cérébraux (circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 3 novembre 2003 et circulaire DHOS/O4 n° 2007-108 du 22 mars 2007).
- Traumatisés crânio-cérébraux et traumatisés médullaires (Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002, circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004, décret n°2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS)).
- Filière de soins gériatriques (circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 et Circulaire n° 2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012).
- Addictologie (circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 et circulaire DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008.
- Traitement des grands brûlés (circulaire DHOS/O4 no 2007-391 du 29 octobre 2007).
- Soins palliatifs (circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008).

NB : Il convient de prendre en compte les recommandations publiées par l'HAS et les sociétés savantes, ainsi que le Plan d'actions national AVC 2010-2014, le programme national nutrition santé 2011-2015 et le Plan obésité 2010-2013.

I. DIAGNOSTIC REGIONAL

1.1 L'Offre de soins

a) Etat des lieux de l'équipement et des organisations

- Son taux d'équipement en lits et places de SSR fait figurer la Haute-Normandie à la 20ème place des 22 régions de France métropolitaine (sources : Statiss 2010).

- Au 31.12.2009, la Haute-Normandie disposait de 2 443 lits installés et 173 places répartis sur 48 établissements.

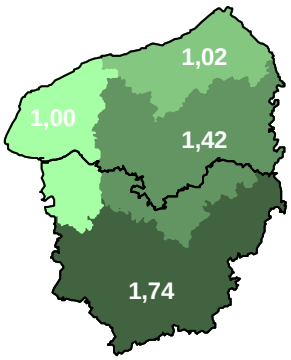
- Le poids respectif de chacun des secteurs, calculé à partir des capacités en lits et places installées, était le suivant :
  - établissements de santé publics : 40,3%
  - établissements de santé privés d'intérêt collectif : 34%
  - établissements de santé privés : 25,7%

- L'offre reste encore inégalement répartie avec deux territoires de santé en retard de dotation : le Havre et Dieppe, seul territoire non équipé à ce jour en hospitalisation de jour.

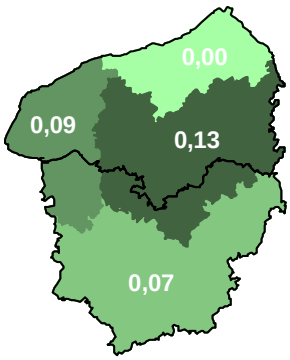
Territoire de santé/région/France	Population 2007	Hospitalisation complète SSR au 31.12.09		Hospitalisation partielle SSR Au 31.12.09	
		Equipement en lits	Taux d'équipement pour 1000 hab	Equipement en places	Taux d'équipement pour 1000 hab
Dieppe	168 252	172	1,02	0	0,00
Evreux-Vernon	391 413	680	1,74	27	0,07
Le Havre	451 981	450	1,00	40	0,09
Rouen-Elbeuf	805 064	1 141	1,42	106	0,13
Total région	**1 816 710**	**2 443**	**1,34**	**173**	**0,10**
France métropolitaine	*61 795 007*	*98 921*	*1,60*	*7 642*	*0,12*

Sources : Insee RP 2007, ARS – SAE 2009

Taux d'équipement en hospitalisation complète SSR - 2009



Taux d'équipement en hospitalisation partielle SSR 2009



b) Activité des établissements

Activité des services de SSR (données déclaratives SAE 2009).

L'activité déclarée de SSR totalise 21 316 entrées et 781 912 journées réalisées en hospitalisation complète et 41 036 venues en hospitalisation de jour.

Production de soins de suite et de réadaptation (PMSI 2009).

Activité 2009 SSR /territoire	Nombre de journées (hospitalisation complète)	Nombre de venues (hospitalisation partielle)
Rouen-Elbeuf	374 914	35 876
Le Havre	162 559	4 832
Evreux-Vernon	215 827	9 590
Dieppe	60 569	0
Total région	**813 869**	**50 298**

Source PMSI 2009

c) Situation démographique des professionnels de santé

En matière de démographie des professionnels de santé la région est globalement déficitaire avec des disparités infrarégionales et sur certains métiers notamment ceux de la rééducation et de la médecine générale.

Concernant les omnipraticiens, de nombreux secteurs géographiques se trouvent en situation de fragilité, que ce soit en matière de prise en charge à domicile, ou en matière de présence des médecins généralistes au sein d'établissements sans plateau technique ruraux.

La région compte 18 médecins spécialistes en Médecine physique et de réadaptation dont 14 en exercice salarié (la densité régionale est de 1 pour 100 000 habitants contre 2,78 pour la France métropolitaine).

d) Interfaces d'amont et d'aval

- Le premier recours, en première ligne en matière de prévention, d'accès et de dispensation des soins primaires, et de maintien à domicile, subit les phénomènes précédemment décrits de pénurie démographique des professionnels, pénurie qui fragilise d'autant les organisations existantes.
- Positionné en aval d'un court séjour sous tension, le secteur SSR subit une pression croissante de l'amont en raison notamment d'une plus grande brièveté des courts séjours. L'admission plus précoce des patients alourdit la prise en charge initiale en SSR et allonge la durée de séjour.
- En matière d'offre environnante d'accueil en établissement médicalisé pour adultes handicapés, on notera un d'équipement en MAS (maisons d'accueil spécialisées) faible en Seine Maritime et absent sur le territoire de Dieppe. L'équipement en FAM (foyers d'accueil médicalisés) est faible dans l'Eure. De plus, ces structures ne sont le plus souvent pas en disponibilité et en capacité de prendre en charge des adultes porteurs d'un handicap acquis, cognitif et/ou physique. Enfin les acteurs de terrain expriment des besoins en matière de SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), d'accueils de jour spécialisés et de familles d'accueil.
- S'agissant du secteur des personnes âgées de 75 ans et plus, les taux d'équipement en matière d'hébergement médicalisé, SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire, sont proches des taux moyens nationaux, avec un niveau de médicalisation en hébergement supérieur. Toutefois ces chiffres ne rendent pas compte des difficultés d'accessibilité financière au dispositif au vu d'indicateurs sociaux régionaux défavorables, et de l'impossibilité de nombre d'EHPAD à répondre la nuit aux besoins de prises en charge de malades très âgés et fragiles, nécessitant des soins continus, en raison de l'absence d'infirmière.

En matière d'USLD, on retiendra une sous dotation des territoires de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon. Enfin, les acteurs de terrain expriment des difficultés vers l'aval relatives d'une part à la complexité de constitution de dossier administratif d'entrée en institution, et d'autre part aux délais d'admission en USLD.

- S'agissant du retour à domicile de blessés médullaires, on constate un retard de la réponse par les MDPH aux difficultés que peut poser un habitat inadapté.
- Notre région présente par ailleurs des capacités encore insuffisantes en HAD, avec des prises en charge en rééducation peu développées, et certains territoires ne sont pas encore couverts par les structures existantes (Aumale, les Andelys, Gisors).

Ces multiples difficultés d'amont et d'aval expliquent en partie une durée moyenne des séjours de SSR en hospitalisation complète supérieure de 12% à la moyenne nationale en 2009 (36,7 jours vs 32,6).

1.2 La demande de soins

a) La demande appréciée au regard de l'évolution de la démographie

La population de Haute-Normandie est relativement moins âgée que la moyenne nationale : en 2009 la population des 0-19 ans représentait 25,8% de la population totale (contre 24,6% pour la France métropolitaine), les 75 ans et plus 8,2% de la population régionale (France métropolitaine : 8,8%).
Entre 2009 et 2016 (projections OMPHALE actualisées fin 2010 par l'INSEE) la population régionale augmentera plus faiblement (2,1%) qu'en moyenne nationale (3,7%), et le nombre des 75 ans et plus devrait, comme France entière, augmenter de 9,7%. Le territoire Evreux-Vernon connaitra une croissance plus marquée de sa population générale (4,7%), et particulièrement des 75 ans et plus (+12,1%).

Le vieillissement de la population impacte fortement le recrutement des patients en SSR, les plus de 80 ans représentant actuellement le tiers des patients accueillis en SSR.

Les travaux préparatoires à la récente révision du volet SSR du SROS ont montré que, sur la période 2007-2014, l' augmentation attendue de la population de 1,4% (+ 12,2 % des 75 ans et plus) devrait induire une augmentation du nombre de patients transférés depuis le court séjour en SSR de 14% sur la période (+18% des 75 ans et plus), compte tenu de la structure par âge, sexe, groupes pathologiques (OAP), à taux de transfert et pratiques constants.

b) La demande appréciée au regard du recours aux soins

Le contexte régional

Les indicateurs sociaux comme les indicateurs de mortalité sont plus défavorables que ceux de la moyenne nationale. La situation la plus préoccupante concerne la mortalité prématurée avant 65 ans, en particulier du fait des cancers, des suicides ou maladies liées à une consommation excessive d'alcool. De par son contexte industriel, la région paye un lourd tribut aux maladies et accidents professionnels (cancers, affections liées à l'amiante). D'une façon plus générale, plusieurs indicateurs situent la région dans celles les plus touchées par des déterminants de santé que sont l'alcool, le tabac, les pathologies qui en découlent, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux. Par ailleurs les situations de précarité que connaît notre région sont un élément favorisant le recours aux soins hospitaliers.

Recours aux soins de suite et de réadaptation

Territoire de santé région/France	Taux de recours standardisé en SSR en 2009
Rouen-Elbeuf	5 236,7
Le Havre	4 472,8
Evreux-Vernon	5 881,6
Dieppe	3 716,5
Total région	**5 046,7**
France métropolitaine	***5 278,9***

Sources : Insee projections OMPHALE actualisées fin 2010- DGOS activité PMSI 2009 soumise à OQOS

Pour les résidents haut-normands, si le taux de recours régional en soins de suite et de réadaptation se situe un peu en dessous du taux moyen national, le taux de recours selon les territoires de santé est nettement inférieur pour les résidents des territoires du Havre et surtout de Dieppe.

Considérant les taux de recours standardisés aux soins de suite et de réadaptation au travers de l'analyse du PMSI 2009, les recours les plus importants sont observés dans les catégories majeures cliniques suivantes: neuro-musculaire (1050 séjours pour 10 000 habitants), post traumatique (824) et rhumato-orthopédique (740).

Sous réserve de la qualité du codage, la région Haute Normandie se distingue par un taux de recours plus élevé pour la catégorie majeure clinique santé mentale (610 vs 467), plus faible pour les affections de l'appareil respiratoire (239 vs 296), la rhumato-orthopédie (740 vs 918), la réadaptation spécialisée (118 vs 170), les soins nutritionnels (159 vs 205). Le territoire du Havre se distingue par un taux de recours très bas pour les soins palliatifs (41 vs 144), celui de Dieppe par le taux de recours les plus faibles, à l'exception du neuro-musculaire.

Flux des patients (fuite et attractivité)

En raison des fuites extra-régionales (10,4%), la Haute Normandie subit un impact négatif des flux sur l'activité de soins de suite et de réadaptation de -3,1%.

La région présente par ailleurs de fortes disparités inter-territoriales, les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon connaissant les taux de fuites les plus importants (respectivement 39,5% et 28,8%) relativement aux territoires du Havre et de Rouen-Elbeuf (respectivement 19,8% et 14,4%). Au-delà des fuites hors région, plus marquée pour le département de l'Eure, les flux intra-régionaux sont le reflet des différentes trajectoires hospitalières suivies par les patients, 8 admissions sur 10 en SSR faisant suite à une hospitalisation de court séjour.

1.3 Principales évolutions sur la période du SROS III

a) Le développement de l'offre

De la situation régionale de sous équipement est née, lors de l'élaboration du SROS de 3ème génération, une ambition forte de développer l'activité SSR pour rattraper le taux d'équipement moyen national, tout en corrigeant les disparités de densité de l'offre.

Depuis la publication du SROS 3 en mars 2006, 3 nouveaux établissements SSR ont vu le jour : la Clinique La Lovière à Louviers par conversion d'une Clinique chirurgicale, le Centre de SSR pédiatrique "L'ADAPT Boucles de Seine" à Caudebec-lès-Elbeuf, la clinique de la Hève au Havre.

Sur la période 2006/2009, l'équipement régional est passé de 2242 à 2443 lits, soit une évolution de 9% du parc, et de 134 à 173 places d'hospitalisation de jour soit une progression de 29%. Dans le même temps l'activité a cru de 16,8% en hospitalisation complète (journées) et de 24% en hospitalisation de jour (venues).

Activité de SSR		2006	2007	2008	2009
Hospitalisation complète	journées réalisées	669 454	719 156	749 462	781 912
	entrées totales	18 559	19 313	21 149	21 316
Hospitalisation de jour	venues	33 066	33 550	37 735	41 036

Source SAE

En matière de prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés craniens et blessés médullaires, la région dispose de deux unités d'éveil (Bois Guillaume, St Sébastien de Morsent), et de 3 unités d'accueil pour patients en Etat Végétatif Chronique ou Etat Pauci-relationnel (EVC-EPR) : deux sur le territoire de Rouen-Elbeuf, une sur le territoire Evreux-Vernon. Deux implantations supplémentaires étaient planifiées dans le cadre du SROS III (Territoires de Rouen-Elbeuf et du Havre) mais non mises en œuvre.

b) Les recompositions et modernisations suivantes ont été opérées ou sont en cours depuis la publication du SROS 3 en 2006 :

Territoire de Rouen-Elbeuf

Réorientation globale en EHPAD de l'hôpital Lecallier Leriche de Caudebec-les-Elbeuf avec transfert de l'activité SSR au CHI Elbeuf/Louviers/Val-de-Reuil.

Création d'un nouvel établissement, dans le cadre d'un GCS d'organisation avec le CHU : la Clinique de soins de suite de Bois Guillaume, dont l'ouverture est prévue en 2013.

A l'hôpital de la Croix-Rouge renforcement des SSR spécialisés dans les affections des systèmes digestif, métabolique, et création d'une unité spécialisée dans les affections onco-hématologiques en substitution de l'activité de SSR pneumologiques transférée à moyen terme au CHU.

Au CHU, sur le site de Bois Guillaume, renforcement des SSR neurologie, création d'une unité spécialisée dans la prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique et dépendante et d'une unité spécialisée affections respiratoires, à échéance 2013. Sur le site St Julien/Petit Quevilly du CHU création d'une unité de SSR par conversion/régularisation de lits de court séjour.

Sur le site des Feugrais du CHI Elbeuf/Louviers/Val-de-Reuil, a été autorisée la création d'une activité de réadaptation cardio-vasculaire en hospitalisation de jour, ainsi que celle de la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée poly-pathologique et dépendante.

Territoire du Havre

Réorientation globale en EHPAD de l'hôpital Desaint Jean avec transfert de l'activité SSR au CH de Bolbec. Ce dernier a vu sa capacité SSR renforcée en 2011 en substitution de la médecine dans le cadre de la fusion avec l'Hôpital de Lillebonne (CHI Caux Vallée de Seine).

Création, dans le cadre d'un GCS d'organisation avec le GHH, de la Clinique privée Dynamis-Générale de Santé sur l'ex-site du Petit Colmoulins d'Harfleur, et dont l'ouverture est prévue en 2013, pour des prises en charge SSR adultes polyvalentes, et spécialisées (affections neurologiques, addictologie, réadaptation cardio-vasculaire) ainsi que de patients en Etat Végétatif Persistant.

Redistribution des prises en charge sur le GHH entre les différents sites et création d'une unité spécialisée dans les affections cardio-vasculaires et respiratoires sur le site Monod de Montivilliers.

Création d'une unité d'hospitalisation de jour au centre de convalescence La Roseraie.

Territoire de Dieppe

L'ouverture de la Clinique MEGIVAL (par fusion des cliniques St Pierre et Les Fougères) sur le nouveau site de St Aubin-sur-Scie a permis le déploiement d'une nouvelle offre SSR.

- Par ailleurs, 6 ex-hôpitaux locaux de la région, dotés de très petites capacités de SSR et de médecine, et compte tenu de la réalité des prises en charge, sont actuellement en cours de restructuration :
    - renforcement de l'activité SSR en substitution progressive de la médecine pour les Hôpitaux de St Valéry-en-Caux, St Romain-de-Colbosc, les Andelys, le Neubourg, Breteuil-sur-Iton.
    - réorientation globale de l'Hôpital Local de Conches-en-Ouche vers un EHPAD.

c) Le bilan de la révision en 2009 du volet SSR du SROS

▫ Suite à la parution des décrets n° 2008-377 et 2008-376 d'avril 2008, le volet SSR a été révisé par arrêté du 15 octobre 2009 avec pour conséquence la mise en œuvre d'une nouvelle campagne d'autorisation d'activité. Ont été arrêtées le 26 juillet 2010 les autorisations d'activité de soins de suite et de réadaptation suivantes :

- autorisations d'activité de soins de suite et de réadaptation pour 52 implantations (au sens juridique), dont 4 avec mention de la prise en charge des enfants de moins de six ans et/ou de plus de six ans ou les adolescents, à titre exclusif ou non.
- l'autorisation a été conjuguée avec la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
    - affections de l'appareil locomoteur : 9
    - affections du système nerveux : 10
    - affections cardio-vasculaires : 6
    - affections respiratoires : 6
    - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 3
    - affections onco-hématologiques : 2
    - affections des brûlés : 1
    - affections liées aux conduites addictives : 3
    - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance : 14

▫ Outre la restructuration de l'offre SSR par un redéploiement et la gradation des modes de prises en charge sur les territoires, conforme aux nouveaux textes, la révision du volet SSR a permis de dessiner une nouvelle architecture des filières dans les domaines suivants :

- en matière de prise en charge des affections cardio-vasculaires, l'objectif était de déployer un maillage permettant l'accès à la réadaptation cardio-vasculaire sur chaque territoire de santé, avec au minimum une structure d'hospitalisation partielle. A ce jour, les autorisations délivrées au terme de la campagne 2010 ont permis d'atteindre l'objectif, à l'exception du territoire de Dieppe.
- en matière de prise en charge des affections liées aux conduites addictives, les trois filières géographiques à identifier comme niveau de recours de court séjour en addictologie (Rouen, Le Havre, Evreux) comportent dès à présent une structure de SSR spécialisée dans les affections liées aux conduites addictives. Les structures spécialisées existantes (Clinique des Essarts et Clinique des Bruyères) ont été confortées par l'implantation d'une nouvelle structure sur le territoire du Havre.

- en matière de prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, le maillage du territoire est en voie d'achèvement au travers de filières de soins gériatriques déclinées à partir de 7 établissements support : CHU de Rouen, CHI Elbeuf-Louviers, GHH, CH Fécamp, CH Dieppe, CHI Eure-Seine, CH Gisors.

Par ailleurs, 2 unités cognitivo-comportementales ont été implantées dans les services SSR gériatriques du CH de Oissel et du Centre la Musse, une troisième est envisagée sur le territoire du Havre.

- en matière de prise en charge des enfants et adolescents, le Centre Régional de Soins de Suite Pédiatrique de Caudebec-lès-Elbeuf ouvert en 2006 (devenu depuis l'unité SSR pédiatrique du CSSR ADAPT-Haute-Normandie), organise la structuration d'un réseau de prise en charge des soins de suite et de réadaptation pédiatrique. L'établissement s'inscrit notamment dans la filière de prise en charge des traumatisés cranio-cérébraux, de la nutrition-obésité, des affections respiratoires.

▫ En matière d'évaluation et d'accompagnement des patients en situation de handicap, après le séjour en soins de suite et de réadaptation, le SROS SSR préconisait l'extension que les " Pôles Handicap ", fixes ou mobiles, adossés aux services de SSR, spécialisés dans l'accompagnement, l'orientation et la coordination de moyens autour de la personne en situation de handicap. Deux établissements sont d'ores et déjà positionnés comme centres de recours hospitaliers en matière de handicap : l'hôpital de La Musse qui a développé un réseau de relations fonctionnelles avec des structures type SAMSAH notamment, et le CRMPR les Herbiers qui dispose d'une structure ambulatoire (UMESH). Ce dernier abrite la seule unité d'insertion professionnelle précoce (COMETE France). Il n'existe qu'une UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentrainement et d'Orientation Sociale et professionnelle pour traumatisés crâniens) dans la région, au Centre SSR ADAPT-Haute-Normandie sur son site de Saint André de l'Eure. Les territoires du Havre et de Dieppe ne sont pas encore dotés de tels dispositifs.

▫ La coordination en SSR

Dans le droit fil des préconisations du volet SSR du SROS 2006/2011, l'ARH de Haute-Normandie a accompagné la mise en place d'une cellule de coordination SSR, opérationnelle au 1er Mars 2009.

La coordination a pour mission de recenser l'offre de soins SSR des territoires de santé, de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les services de SSR en s'appuyant sur l'outil Trajectoire, logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients hospitalisés en court séjour vers les SSR et les HAD.

Véritable observatoire des flux de patients, elle a vocation à identifier les besoins et les lacunes du dispositif existant et de proposer la mise en place de réponses adaptées pour les secteurs d'amont et d'aval.

Le déploiement régional du dispositif, la formation des équipes et l'opérationnalité du projet Trajectoire sont en voie d'achèvement.

1.4 Identification des problématiques et des besoins non couverts

a) Les indicateurs régionaux de morbi-mortalité défavorables, des représentations de la santé influant négativement sur les comportements individuels et l'estimation des pathologies dans certains territoires, soulignent l'importance en amont des actions de prévention, de l'accessibilité aux soins, de l'éducation thérapeutique, dont les insuffisances actuelles peuvent être parmi les facteurs explicatifs, et sources de récidives et de ré-hospitalisations.

b) Une augmentation attendue des besoins en SSR liée au vieillissement de la population : la région devra faire face à un nombre croissant de personnes âgées nécessitant une prise en charge particulière, comportant des soins complexes et multiples, non seulement à domicile (pour la majorité d'entre eux), mais aussi en établissements de santé, notamment en SSR et en aval du SSR.

c) Une offre régionale en SSR insuffisante et inégalement répartie :

- au regard des indicateurs que représentent les taux d'équipement et de recours, l'offre SSR régionale reste insuffisante et inégalement répartie. Le retard en équipement des territoires du Havre et de Dieppe est marqué par des taux de recours au SSR des résidents particulièrement faibles.
- l'hospitalisation de jour est encore insuffisamment développée voire absente comme c'est le cas sur le territoire de Dieppe.
- dans certains segments, l'offre SSR spécialisée fait encore défaut (dans le domaine de la nutrition au Havre, en réadaptation cardio-vasculaire à Dieppe).

d) Dans l'attente de la T2A SSR, des problématiques spécifiques perdurent en matière de suivi spécifique lourd, de médicaments et dispositifs médicaux onéreux, de nutriments, de transports, ce qui peut freiner voire dissuader les établissements receveurs. En matière d'insuffisance rénale et de soins palliatifs, les difficultés de prise en charge au long cours pour les patients nécessitant des dialyses régulières et ceux dont les soins incluent nécessairement des soins de support et une forte prise en charge en soins, tant au niveau physique que mental, posent le problème de l'accueil en SSR. Quant aux lits dédiés aux soins palliatifs, ils restent en nombre insuffisant et inégalement répartis sur le territoire régional.

e) Un manque de fluidité des trajectoires

Un secteur SSR sous tension dans ses interfaces d'amont et d'aval

- Par la pression croissante de l'amont en raison d'une plus grande brièveté des courts séjours (effet T2A).
- Par un recrutement croissant de personnes âgées poly-pathologiques au niveau de dépendance plus lourd, avec intrications plus nombreuses de problématiques psycho-sociales.
- Par des difficultés de prises en charge en aval en USLD et en structures d'hébergement médicalisées pour personnes âgées requérant une continuité médicale et infirmière des soins.
- Par des difficultés de prises en charge en aval pour des patients de moins de 60 ans porteurs de handicaps physiques et ou cognitifs lourds, éventuellement désocialisés, ou pour lesquels le retour à domicile est complexe (MAS, FAM, accueils de jour).
- Par une fragilité du premier recours, en première ligne dans la dispensation des soins primaires et de prévention et le maintien à domicile.
- Par des critères d'admission en HAD souvent complexes et restrictifs, des difficultés d'articulations entre opérateurs de la prise en charge à domicile (SSIAD et HAD) selon la lourdeur des soins, outre les difficultés d'adressage pour des patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD.

Des inadéquations nombreuses

Les précédentes études régionales (2004 et 2008) relatives aux adéquations et besoins d'aval dans les unités de SSR (étude exhaustive et transversale à partir de données déclaratives apportées par les professionnels des les unités SSR) ont montré qu' un gain potentiel très important des capacités de SSR pourrait provenir d'une réduction des inadéquations à l'entrée, des retards à la sortie souvent liés à l'indisponibilité d'aval et des séjours particulièrement longs du fait de la pathologie, ces deux dernières problématiques intéressant le plus souvent le domaine de la neurologie lourde.

Ces dysfonctionnements étaient concentrés sur l'agglomération rouennaise (dont le CHU-Hôpitaux de Rouen) suggérant un effort spécifique de régulation, de coordination, et de création de solutions d'aval.

En matière de prise en charge des patients cérébro-lésés, traumatisés craniens et blessés médullaires, les capacités d'accueil en unités EVC-EPR, en structures médico-sociales (MAS, accueil de jour, familles d'accueil…) sont notoirement insuffisantes au regard des besoins identifiés.

f) Des filières de prises en charge en cours de structuration

La construction de différentes filières et organisations restent à achever ou à mettre en place notamment en matière de prise en charge des AVC, des cérébro-lésés, de l'obésité et des troubles des conduites alimentaires (notamment anorexie)…

g) Dans le domaine de l'information médicale, la question de la fiabilité du codage PMSI, au regard de la prochaine mise en place de la tarification à l'activité, constitue un véritable enjeu pour les établissements.

1.5 Identification des enjeux et perspectives

Les principaux enjeux du présent volet SSR du SROS sont :

- compte tenu du vieillissement démographique, faire face au recrutement attendu de patients âgés en situations de poly-pathologies impliquant de nouveaux besoins et une adaptation de l'offre.
- le rattrapage du retard régional et la correction des déséquilibres infra régionaux de l'offre avec une répartition équilibrée des autorisations d'activité, assurant un maillage territorial adapté tant pour les SSR généralistes que pour les SSR autorisés à développer une spécialisation.
- la fluidité des trajectoires par l'optimisation des filières, la coordination, l'amélioration de la situation des interfaces hôpital/ville/médico-social d'amont et d'aval et la mise en évidence de besoins de solutions d'aval.
- au regard des impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins attendus, poursuivre la restructuration des établissements sans plateau technique dotés de très faibles capacités sanitaire, par un recentrage sur leur activité SSR.
- dans le domaine de l'information médicale, la question de la fiabilité du codage PMSI, au regard de la prochaine mise en place de la tarification à l'activité, constitue un véritable enjeu pour les établissements.

II. ORIENTATIONS ET EVOLUTIONS

2.1 Axes généraux

Les soins de suite et de réadaptation sont destinés à des patients issus soit de services de soins de courte durée voire d'un autre type de SSR, soit venant directement de leur domicile, pour un projet faisant appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR: les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion. Ces différentes missions sont mises en œuvre à des degrés d'intensité variable et à des moments différents selon l'état du patient et l'orientation médicale de la structure.

Les objectifs généraux des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, les modes de prises en charge sont détaillés en page 2 de l'annexe 3 de la circulaire du 3 octobre 2008 sus-mentionnée.

Au-delà des compétences médicales et paramédicales dont la présence est réglementairement obligatoire, le concours recommandé de certaines compétences peut requérir, en tant que de besoin, des coopérations formalisées par convention.

Les principaux objectifs opérationnels du présent volet SSR sont :

- le rattrapage du retard régional et la correction des déséquilibres infra régionaux de l'offre avec une répartition équilibrée des autorisations d'activité, assurant un maillage territorial adapté tant pour les SSR généralistes que pour les SSR autorisés à développer une spécialisation.
- de répondre à l'accroissement attendu des besoins en particulier du fait du vieillissement.
- la fluidité des trajectoires par l'optimisation des filières, la coordination, et la mise en évidence de besoins de solutions d'aval.

2.2 Principes d'organisation

a) Gradation des niveaux de soins et organisation territoriale

Trois niveaux sont définis :

Un niveau de proximité couvrant les besoins des populations et du territoire de proximité en soins de suite et de réadaptation polyvalents. Les SSR ayant une autorisation générale d'activité doivent être en mesure de répondre aux demandes de l'ensemble des patients, quelle que soit la pathologie d'origine, dès lors que la prise en charge ne nécessite pas un niveau de recours spécialisé.

L'offre SSR polyvalente, socle de l'organisation régionale, est déployée à un bon niveau de proximité sur l'ensemble des territoires de santé. Cette offre de prises en charge diversifiées est déterminante pour l'ensemble des pathologies notamment dans le domaine des personnes âgées, des pathologies cancéreuses et de l'addictologie.

Un niveau de recours territorial couvrant les besoins des populations en soins de suite et de réadaptation spécialisés.

Chacune de ces unités a vocation à assurer une mission d'expertise et de recours auprès des autres structures SSR polyvalentes ou spécialisées dans les autres domaines. Les structures autorisées restent cependant en capacité d'assurer des prises en charge polyvalentes afin de garantir la mission d'accessibilité des structures SSR sur le territoire.

La Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation précise :

- les principaux éléments discriminants des prises en charge spécialisées en SSR par rapport à une prise en charge en SSR polyvalent,
- les critères d'orientation d'un patient en SSR spécialisé, spécialisation liée à la lourdeur/complexité des patients pris en charge, et rappelés ci-dessous :
    - *affections de l'appareil locomoteur* : existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient, indépendamment de son âge. Pour autant l'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé, mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.
    - *affections du système nerveux* : existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient, indépendamment de son âge. Pour autant l'admission ne nécessite pas forcément que l'état du patient soit stabilisé, mais que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.
    - *affections cardio-vasculaires :* existence d'un risque élevé de complication et/ ou de décompensation au cours de la réadaptation cardiovasculaire. L'état est du patient est stabilisé.
    - *affections respiratoires :* existence d'une insuffisance respiratoire sévère à l'origine d'un risque élevé de décompensation.

- *affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien :* existence ou décompensation d'une pathologie installée et sévère, existence d'une pathologie débutante nécessitant une prise en charge précoce, ou d'une situation à risque.
- *affections onco-hématologiques (hémopathies malignes)* : état instable et nécessité d'un suivi quotidien spécialisé, ou nécessité d'assurer le traitement et/ ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.
- *affections liées aux conduites addictives :* l'orientation d'un patient après sevrage simple ou après des soins résidentiels complexes, est liée à une addiction avec mésusage sévère et le plus souvent une dépendance souvent avec une polyconsommation et des difficultés sociales et psychologiques. Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique.
- *affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance :* l'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR « gériatrique » est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par la fragilité, une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et / ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux.

Un niveau de recours régional couvrant les besoins des populations en soins de suite et de réadaptation hautement spécialisés. Chacune de ces unités a vocation à assurer :

- une mission d'expertise et de recours en particulier auprès des autres structures SSR spécialisées du domaine.
- des consultations spécialisées multidisciplinaires.
- et pour certains, la possibilité de développer des activités de recherche et d'enseignement.

Les unités SSR de recours régional s'inscrivent, pour certaines, dans le Schéma Inter-régional d'Organisation Sanitaire (SIOS) Nord Ouest.

- *affections de l'appareil locomoteur :* polytraumatismes et suites d'amputation complexes.
- *affections du système nerveux :* traumatismes crânio-encéphaliques graves et pathologies médullaires, bilan et prise en charge de la spasticité complexe.
- *affections cardio-vasculaires :* réadaptation des patients insuffisants cardiaques porteurs d'une assistance circulatoire. La proximité immédiate du service de chirurgie cardiaque est impérative.
- *affections respiratoires :* prise en charge des insuffisances respiratoires complexes notamment d'origine neuromusculaire.
- *affections des systèmes digestif et métabolique :* prise en charge multidisciplinaire, avec support pharmaceutique spécialisé :
  - de suites complexes de chirurgie digestive lourde notamment cancérologique, de greffe, ou les maladies digestives chroniques.
  - d'obésités complexes sévères et /ou morbides, les dénutritions sévères, les troubles graves des conduites alimentaires, dans des unités individualisées.
- *affections des brûlés :* brûlures graves, profondes et/ ou étendues ; suites de greffes de peau ; suites de chirurgie à visée de reconstruction fonctionnelle et esthétique.

Sur le territoire Rouen-Elbeuf 4 établissements prennent en charge sur le niveau SSR de recours régional les affections :

- de l'appareil locomoteur et du système nerveux (Bois-Guillaume),
- cardio-vasculaires (Rouen),
- respiratoires (Bois-Guillaume),
- des systèmes digestif et métabolique (Bois-Guillaume).

Sur le territoire d'Evreux-Vernon 1 établissement prend en charge sur le niveau SSR de recours régional les affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et des brûlés (Saint-Sébastien-de Morsent).

b) Améliorer l'accès aux soins

Faciliter par une communication auprès des professionnels libéraux l'accès direct aux SSR pour les personnes qui y ont notamment déjà été accueillies, pour éviter chaque fois que possible un passage préalable aux urgences ou dans les services aigus. L'outil trajectoire pourrait à terme, favoriser ces admissions.

Dans plusieurs domaines, les filières et l'offre seront optimisées selon les modalités suivantes :

- **Réadaptation cardio-vasculaire**

Chaque unité SSR spécialisée dans la prise en charge des affections cardiovasculaires s'inscrit dans une filière de soins cardiologique. L'accès à une unité de soins intensifs de cardiologie par convention de transfert est obligatoire lorsque l'établissement de santé n'en dispose pas en propre, tant pour les structures avec hébergement que pour les structures d'hospitalisation partielle.
Par ailleurs, il s'agit d'achever le maillage permettant l'accès à la réadaptation cardio-vasculaire sur chaque territoire de santé.

- **Prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires**

Il s'agit d'augmenter les capacités d'accueil en unités EVC-EPR, en structures médico-sociales (MAS, accueil de jour, familles d'accueil…) et de faciliter la filière des patients de réanimation par la formalisation de liens avec les services d'amont et d'aval habituels et notamment les structures SSR qui ont vocation à prendre en charge des polytraumatisés, des patients en coma prolongé.

- **La prise en charge des affections liées aux conduites addictives**

Elle repose sur des dispositifs complémentaires : les filières hospitalières, le dispositif médico-social, la médecine de ville et les réseaux de soins.

Les soins de suite et de réadaptation des affections liées aux conduites addictives appartiennent à la filière hospitalière et viennent en complément des unités d'hospitalisation de court séjour, des hôpitaux de jour, des consultations et des équipes de liaison. Les soins de suite et de réadaptation des affections liées aux conduites addictives se situent :
- sur les niveaux 2 ou 3 de la filière addictologique hospitalière, essentiellement pour la prise en charge de patients dépendants avec des difficultés sociales et psychologiques dans les suites d'un sevrage simple ou de soins complexes dans le but de consolider l'abstinence et de faciliter une réadaptation sociale.
- sur le niveau 1 de la filière hospitalière, bénéficiant alors de l'appui des équipes d'addictologie en place, et assurant après une hospitalisation en court séjour, la préparation du retour à domicile.

Les trois filières géographiques identifiées comme niveau de recours de court séjour en addictologie (Rouen, Le Havre, Evreux) comportent une structure de SSR spécialisée dans les affections liées aux conduites addictives. Les structures spécialisées existantes (Clinique des Essarts et Clinique des Bruyères) seront confortées par la nouvelle implantation autorisée sur le site d'Harfleur du Territoire du Havre.

Il faut y ajouter les prises en charge de proximité réalisées dans les structures de SSR polyvalents. Ces derniers doivent s'appuyer sur les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Orientations :

- inscrire les structures SSR concernées par l'addictologie dans le réseau de santé régional en addictologie mis en place en 2012, notamment pour soutenir la collaboration entre les différents dispositifs (hospitalier, médico-social, médecine de ville) et l'élaboration de procédures, notamment d'admission et de sortie des soins de suite et de réadaptation.
- mettre en œuvre effectivement un conventionnement systématique entre les SSR spécialisés et les partenaires sanitaires et médico-sociaux de l'addictologie pour concrétiser un fonctionnement de filière à l'échelle du territoire de santé et de la région.
- généraliser le principe du référent pour garantir un suivi individualisé du parcours du patient, en amont et en aval de la prise en charge en SSR.
- assurer l'inscription des SSR polyvalents concernés par des prises en charge en addictologie dans le dispositif d'addictologie par le conventionnement systématique avec les structures de SSR spécialisés et les équipes de liaison.
- favoriser un recrutement régional des patients.
- garantir les possibilités de prise en charge des problématiques autres que l'alcool par la restructuration des conditions d'accueil (non confusion des publics) et la coopération avec des structures spécialisées hors de la région.

▪ Prise en charge des affections de la personne âgée

Chaque filière de soins gériatriques comprend au moins un SSR gériatrique, maillon indispensable de celle-ci, assurant sa mission d'expertise et de recours auprès des autres structures SSR polyvalentes de proximité, membres et acteurs à part entière de la filière.

Les SSR polyvalents de la filière de soins gériatriques prennent en charge en proximité des patients gériatriques et développent la compétence gériatrique au sein de leurs équipes.

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit l'identification de trois unités cognitivo-comportementales en Haute-Normandie, implantées dans des SSR gériatriques, et réservées à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, vivant une situation complexe.

Les filières de soins et implantations de SSR gériatriques seront organisées selon le maillage suivant :

Territoire de santé Rouen- Elbeuf

Filière de l'établissement support CHU de Rouen : implantations SSR gériatriques de Barentin, Bois-Guillaume, Sotteville-les-Rouen, Oissel, Darnetal.
Filière de l'établissement support CHI Elbeuf-Louviers : implantation SSR gériatriques en 2 sites respectivement à Louviers et Saint Aubin-les-Elbeuf, dans le cadre d'un fonctionnement commun et mutualisé en termes d'organisation, de moyens, de compétences.

Territoire de santé du Havre

Filière de l'établissement support GHH : implantations SSR gériatriques du Havre et de Pont-Audemer.
Filière de l'établissement support CHI Fécamp.

Territoire de santé de Dieppe

Filière de l'établissement support CH Dieppe.

Territoire de santé Evreux -Vernon

Filière de l'établissement support CHI Eure-Seine: implantations SSR gériatriques de Saint Sébastien de Morsent et de Bernay.
Filière de l'établissement support CH Gisors.

▪ **Prise en charge des enfants et adolescents**

En tant qu'établissement de référence de Haute Normandie, l'unité SSR pédiatrique de Caudebec-lès-Elbeuf du CSSR ADAPT-Haute-Normandie organise la structuration d'un réseau de prise en charge des soins de suite et de réadaptation pédiatrique.

L'établissement, autorisé pour la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, des affections respiratoires, des affections des systèmes digestif métabolique et endocrinien s'inscrit notamment dans la filière régionale de prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires et de la nutrition-obésité.

A côté de ce centre régional, deux centres de rééducation fonctionnelle, l'un situé à Bois Guillaume, l'autre situé à la Musse et accueillant préférentiellement des adultes ont vocation à accueillir des enfants et adolescents victimes de traumatismes crâniens graves au stade d'éveil du fait de l'existence d'une unité dédiée au sein de chacun de ces établissements.

En complément de l'unité SSR pédiatrique de Caudebec-lès-Elbeuf du CSSR ADAPT- Haute-Normandie, le centre de La Musse est autorisé à prendre en charge en hospitalisation complète et partielle les affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, les affections métaboliques et endocriniennes des enfants de plus de six ans et adolescents.

Il est souhaitable qu'à l'avenir le Centre régional de Médecine Physique et de Réadaptation de Bois Guillaume puisse également accueillir en hôpital de jour, au cas par cas, des adolescents dans les suites d'interventions neuro-orthopédiques ou orthopédiques lourdes en fonction de l'âge et du domicile.

En matière de prise en charge de l'obésité et des troubles des comportements alimentaires, l'Hôpital de la Croix-Rouge pourra accueillir en hôpital de jour des adolescents, en complémentarité de l'unité SSR pédiatrique de Caudebec-lès-Elbeuf du CSSR ADAPT- Haute-Normandie.

Dans un domaine très spécifique, une structure a vocation à assurer la prise en charge de tout jeunes enfants présentant de graves pathologies chroniques que le milieu familial ne peut prendre en charge à la sortie d'un service de court séjour : La Pouponnière du Belvédère (Mont Saint Aignan).

▪ **Prise en charge de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire**

La prise en charge en SSR s'inscrit dans un parcours de soins lisible et gradué, décrit de façon détaillée dans le volet médecine du SROS.

La filière hospitalière de SSR s'articule autour de 3 établissements :

- l'hôpital de la Croix-Rouge, centre de recours régional pour des prises en charge adultes en hospitalisation complète, et grands adolescents (en hospitalisation de jour).
- l'unité pédiatrique du centre SSR ADAPT-Haute-Normandie pour des prises en charge enfants et adolescents en hospitalisation complète et de jour.
- l'hôpital de la Musse, pour des prises en charge adultes en hospitalisation complète, et enfants et adolescents en hospitalisation de jour.

Pour compléter le maillage, il est préconisé la création de deux unités supplémentaires de SSR adultes spécialisées dans le domaine de la nutrition, sur des structures existantes, l'une sur le territoire du Havre, l'autre sur le territoire de Dieppe.

L'éducation thérapeutique est au cœur du programme de prise en charge des patients.

Les structures hospitalières requièrent un équipement adapté aux personnes obèses (lits, portage etc.).

▪ **Prise en charge de l'insuffisance rénale**

Au moins 1 structure de soins de suite et de réadaptation par département et en proximité d'un centre lourd devra être en mesure d'accueillir des dialysés quelle que soit la méthode (hémodialyse en centre ou dialyse péritonéale).

c) Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Les modalités de prises en charge en SSR doivent être adaptées à l'état clinique du patient, son degré d'autonomie, son environnement familial, et de la proximité du domicile. Il peut s'agir d'hospitalisation complète, de semaine ou d'hôpital de jour ou de traitement et de cure ambulatoires ou d'hospitalisation à domicile. Ces différents modes de prise en charge peuvent se succéder selon l'évolution du besoin.

S'agissant des prises en charge spécialisées en SSR, la ré-hospitalisation directe dans la structure doit être possible pour des bilans d'expertise, ajustements thérapeutiques et traitements de complications. Le passage d'une structure à une autre relevant de compétences différentes doit être facilité. Par ailleurs, il est souhaitable que des consultations médicales spécialisées de suivi (et si nécessaire d'appareillage) puissent être assurées au sein de la structure de SSR ou en relation directe avec celle-ci.

Dans cette diversité, les équipes de soins de suite doivent rester un des piliers de la trajectoire du patient en tant que support médical et paramédical, de l'évaluation, et du suivi selon les cas, en assurant impérativement la continuité des soins.

En outre, il convient d'optimiser les trajectoires ainsi que l'adéquation des prises en charge par la mise en œuvre des filières de soins impliquant :

- les services adresseurs.
- les soins de suite et de réadaptation proprement dits voire l'HAD.
- les structures d'accueil médico-sociales et le secteur libéral.

Les filières de soins ainsi constituées doivent apporter des réponses concrètes concertées permettant notamment :

- la prise en charge de patients qui relèvent des missions du SSR telles que définies par les textes,
- la fluidité des unités de MCO et d'urgences.
- les critères de retour en MCO en cas de complication intercurrente.
- les modalités du recours à l'urgence, incluant les transports médicalisés entre SSR et Urgences (SAMU et transport secondaires médicalisés).
- la poursuite de bilans diagnostiques lourds, ou d'actes thérapeutiques, entre le SSR et le MCO (hôpital de jour ou de semaine, séjours complémentaires programmés en MCO), sachant que conformément à la circulaire d'application des décrets, les explorations quant au diagnostic principal ont été effectuées en amont de l'admission en SSR.
- le partage de l'information médicale à tous les stades de cette coopération, notamment par des moyens informatiques.

Ainsi la qualité des soins sera-t-elle confortée en fiabilisant le bilan initial de l'état du patient par une meilleure précision et une exhaustivité des informations qui y sont portées, en lien avec le prescripteur de l'hospitalisation. De la même manière sera amélioré le bilan de sortie du patient.

L'accompagnement des patients en situation de handicap, après le séjour en soins de suite et de réadaptation, doit pouvoir, en plus de l'équipe soignante de ville, s'appuyer si besoin sur d'autres types de structures. Dans cette perspective, il est préconisé que les " Pôles Handicap ", fixes ou mobiles, adossés aux services de SSR, spécialisés dans l'accompagnement, l'orientation et la coordination de moyens autour de la personne en situation de handicap, puissent se créer sur les 2 territoires qui n'en sont pas encore dotés. Leurs équipes techniques labellisées et médicalisées ont pour mission de coordonner et diriger les demandes, orienter les patients le cas échéant vers d'autres centres ressources (services sanitaires, dispositif ou site pour la vie autonome, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés,…) pour évaluation et/ou traitement. Ces équipes peuvent intervenir en dehors de la filière SSR pour la réadaptation, l'accompagnement et le maintien à domicile de ces patients.

Pour prévenir le défaut et/ou la rupture de prise en charge des patients traumatisés craniens légers, il convient de développer en Haute-Normandie une consultation de dépistage et de suivi du traumatisé crânien léger.

d) Améliorer l'efficience

L'efficience du secteur SSR passe par une évaluation des besoins médicaux avant toute admission, pour garantir l'adéquation de la prise en charge, et par la mise en place d'une coordination pour garantir la fluidité des filières.

L'évaluation des besoins médicaux avant toute admission

L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé. Chaque admission en structure de SSR doit donc faire l'objet d'une évaluation initiale et réactualisée des besoins médicaux du patient, permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation.

Ainsi, les patients admis en SSR doivent bénéficier d'un projet personnalisé de soins médicaux, sociaux et de vie en anticipant si possible les solutions d'aval.

L'admission directe en structure de SSR fait également l'objet d'une procédure traçable de pré-admission. L'admission directe sous entend que le diagnostic soit posé et le traitement établi.

La mission d'expertise et de recours des unités spécialisées, pourra s'exercer par la mobilité des professionnels au profit des autres unités de SSR.

La coordination en SSR

Pour développer une plus grande efficacité à la fois dans l'organisation territoriale, les filières et les flux des patients, l'adéquation des orientations et les articulations avec les autres secteurs, le concept de coordination territoriale rapprochant fonctionnellement les services de court séjour et de SSR s'inscrit désormais dans le cadre de la réforme SSR.

Tous les établissements autorisés en SSR sont invités à s'inscrire dans le dispositif Trajectoire mis en œuvre par la Cellule régionale de Coordination SSR. Celle-ci permet le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les services de SSR en s'appuyant sur son logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients hospitalisés en court séjour. Trajectoire permet notamment une standardisation des demandes, la constitution d'un annuaire des structures SSR, une aide au choix de la structure SSR la plus appropriée, limitant ainsi les inadéquations.

La Cellule régionale de Coordination SSR ne se substitue pas aux filières spécifiques et a pour mission :

- d'aider à recenser et référencer l'offre de SSR accessible à partir d'un territoire donné, de rendre lisible les flux des patients.
- d'œuvrer au rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR pour construire une dynamique de réseau.

- de développer les outils et supports de communication et d'échange entre utilisateurs.
- d'identifier les besoins et les lacunes du dispositif existant et d'être force de proposition pour mettre en place des réponses adaptées aux besoins sur le plan sanitaire dans le cadre notamment de l'élaboration des projets médicaux de territoire et du suivi de la réalisation du SROS.

De par sa situation, la cellule pourra mettre en évidence les besoins à la sortie des personnes du SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan sanitaire, social et médico-social.

Développer l'hospitalisation à temps partiel en renforçant le lien entre les structures SSR et les acteurs du maintien à domicile.

Développer les filières d'aval

- par le renforcement en USLD et la médicalisation de structures d'hébergement pour personnes âgées requérant une continuité des soins médicaux et paramédicaux.
- de structures d'accueil des patients de moins de 60 ans porteurs de handicaps physiques et ou cognitifs lourds : MAS, FAM, accueils de jour; familles d'accueil, logements relais…

Généraliser à l'ensemble des établissements 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.

Pour les structures ayant les durées moyennes de séjour les plus longues, renforcer les coopérations et les formaliser

- avec l'HAD et les SSIAD pour faciliter le retour à domicile.
- avec les structures médico-sociales (MDPH, CLIC et structures d'hébergement), pour orienter et/ ou accueillir plus précocement les patients qui en relèvent.

En matière de réinsertion socio-professionnelle des personnes cérébrolésées, il convient de renforcer le dispositif existant en créant une nouvelle UEROS.

Positionnement des établissements sans plateau technique en matière de SSR

La circulaire d'application des décrets précise que l'organisation de l'offre de soins de suite et de réadaptation doit prendre en compte le besoin de soins en SSR qui devront atteindre une certaine masse critique en volume pour justifier l'implantation géographique et le degré de technicité des plateaux techniques, afin de maintenir des seuils d'activité suffisants et la présence d'une compétence médicale et paramédicale conforme aux décrets.

Dans cette logique, il convient de poursuivre les restructurations des établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR et/ou de médecine afin, tout en préservant l'accès aux soins, d'atteindre une taille suffisante permettant de répondre aux impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins édictés par les textes.

2.3 Modalités spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR et les professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kiné, IDE libérales), ou structures médico-sociales (SSIAD, établissements pour personnes handicapées, établissements pour personnes âgées) pour développer les pratiques préventives, l'éducation thérapeutique, et éviter notamment les ré-hospitalisations.

Assurer la fluidité des parcours par une analyse des complémentarités, au sein des territoires de santé, entre l'offre de SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile (qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux), les établissements et services médico-sociaux et les acteurs sociaux (aides à domicile, portage de repas...etc.).

En matière de prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires, une coordination régionale sera mise en place pour structurer, coordonner la filière de prise en charge et ainsi fluidifier le parcours des patients.

III. PRECONISATIONS OPERATIONNELLES

3.1 Création/ suppression d'implantations et de mentions complémentaires

a) Sur le territoire de Rouen-Elbeuf

Création d'un nouvel établissement, dans le cadre d'un GCS de moyens avec le CHU: la Clinique de soins de suite de Bois Guillaume, dont l'ouverture est prévue en 2013.

Sur le site des Feugrais du CHI Elbeuf/Louviers/Val-de-Reuil, a été autorisée la création d'une activité de réadaptation cardio-vasculaire en hospitalisation de jour, et de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique et dépendante.

b) Sur le territoire du Havre

Création à l'échéance 2014, de la clinique privée Dynamis-Générale de Santé (sur l'ex-site du Petit Colmoulins d'Harfleur) dans le cadre d'un partenariat renforcé avec le GHH, par exemple sous la forme d'un GCS, pour des prises en charge SSR adultes polyvalentes et spécialisées ainsi que de patients en Etat Végétatif Persistant. L'implantation prévue de réadaptation cardio-vasculaire en hospitalisation partielle sera repositionnée sur une structure existante du Havre. L'organisation des coopérations concernant cette activité devra être précisée.

Création d'une unité de SSR adultes spécialisée dans la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, sur une structure existante.

c) Sur le territoire de Dieppe

Création d'une activité de réadaptation cardio-vasculaire en hospitalisation partielle au Centre Hospitalier de Dieppe.

Création d'une unité de SSR adultes spécialisée dans la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, sur une structure existante.

Création d'une unité de SSR adultes spécialisée dans le domaine des affections de l'appareil locomoteur sur une structure existante.

d) Sur le territoire Evreux-Vernon

Réorientation globale de l'Hôpital de Breteuil-sur-Iton en EHPAD avec transfert de l'activité SSR sur le CH de Verneuil-sur-Avre

e) Dans le domaine de la prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires,

Création de trois unités EVP-EPR supplémentaires: 1 sur le territoire de Rouen-Elbeuf, 2 sur le territoire du Havre.

3.2 Axes spécifiques

Les restructurations des établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR et/ou de médecine seront poursuivies avec renforcement de l'activité SSR en substitution de la médecine pour les Hôpitaux de St Valéry-en-Caux, St Romain-de-Colbosc, les Andelys, le Neubourg.
Compte tenu de l'enjeu majeur du codage PMSI SSR au regard de la prochaine mise en place de la tarification à l'activité, il s'agit d'en anticiper et d'en préparer la mise en œuvre par une mobilisation forte de l'ARS en concertation avec les professionnels de l'information médicale des établissements.

3.3 Projets de coopération

a) Des coopérations formalisées sous la forme de GCS d'organisation sont attendues dans le cadre de la création de deux établissements SSR

- Clinique privée Dynamis-Générale de Santé (Harfleur) : GCS avec le GHH.
- Clinique de soins de suite de Bois Guillaume : GCS avec le CHU.

b) Les restructurations des établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR et/ou de médecine devront s'inscrire dans le cadre d'une contractualisation entre l'ex-hôpital local et le Centre Hospitalier de recours avec accès privilégié au plateau technique, et organisation de consultations avancées en proximité.

IV. EVALUATION ET SUIVI

Le Groupe Thématique de Suivi (GTS) est chargé de l'évaluation et du suivi du volet SSR du SROS, le PMSI SSR et les données de Trajectoire constituant les principales sources d'informations utiles.

OBJECTIFS	INDICATEURS
Recensement de l'offre SSR par activité autorisée et par territoire	Implantations, par activité autorisée et par territoire (répertoire régional des structures)
Suivi de l'évolution de l'activité SSR	- Analyse des durées prolongées non pertinentes de séjours - Part des séjours supérieurs à 3 mois - Destination à la sortie de SSR - Entrées directes en SSR
Réalisation des objectifs de répartition territoriaux	- Mise en place des moyens : implantations avec équipements en lits et places installés - Volume d'activité cible au niveau régional et par territoire: nombre de journées et nombre de venues
Identification des filières et des coopérations	- Recensement des conventions de partenariat formalisées en inter-établissements, par filière. - Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)
Mise en œuvre des dispositifs de régulation et de coordination	- nombre de transferts de patients réalisés avec l'appui de « Trajectoire » - analyse des flux par Trajectoire
Mise en œuvre des structures d'accompagnement médico-social en aval du SSR	Créations de « Pôles Handicap "
Amélioration de la prise en charge des AVC	Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC
Amélioration de la fluidité vers l'aval du SSR	Nombre de Commissions d'Optimisation des Séjours mises en place

V. IMPLANTATIONS

5.1 Soins de suite et de réadaptation

***Hp** = activité exclusivement autorisée en hospitalisation partielle*
***Si non précisée**, la mention complémentaire d'activité est autorisée en hospitalisation complète et partielle*

Territoire de santé ROUEN / ELBEUF	SSR adultes	SSR enfants/ adolescents	Mentions complémentaires autorisées sur les implantations								
			affections de l'appareil locomoteur	affections du système nerveux	affections cardio-vasculaires	affections respiratoires	affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	affections onco-hématologiques	affections des brûlés	affections liées aux conduites addictives	affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
Rouen	2										
Petit-Quevilly	1										
Oissel	1										
Bois-Guillaume	4	1									
Grand Couronne	1										
Mont-Saint-Aignan		1									
Sotteville-les-Rouen	1										
Darnétal	1										
St-Etienne-du-Rouvray	1										
Barentin	1										
Yvetot	1										
Neufchatel-en-Bray	1										
Gournay-en-Bray	1										
St-Ouen-du-Tilleul	1										
St Aubin-les-Elbeuf	1										
Martot*	1										
Louviers	2										
Caudebec-les-Elbeuf		1									
Bourg-Achard	1										
2011	**22**	**3**	**4**	**5**	**1+ 2Hp**	**2+ 1Hp**	**2**	**1**		**1**	**6**
2017	**21**	**4**	**4**	**5**	**1+ 2Hp**	**2+ 1Hp**	**2**	**2**		**1**	**6**

** migration de l'implantation du site de Martot vers St Aubin-les-Elbeuf d'ici à 2016*

Territoire de santé LE HAVRE	SSR adultes	SSR enfants/ adolescents	Mentions complémentaires autorisées sur les implantations								
			affections de l'appareil locomoteur	affections du système nerveux	affections cardio-vasculaires	affections respiratoires	affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	affections onco-hématologiques	affections des brûlés	affections liées aux conduites addictives	affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
Montivilliers	**1**										
Le Havre	**2**										
Harfleur	**1**										
Ste Adresse	**1**										
Gainneville	**1**										
Fécamp	**1**										
Pont Audemer	**1**										
Bolbec	**1**										
St-Romain-de Colbosc	**1**										
Angerville l'Orcher		**1**									
2011	**10**	**1**	**2**	**3**	**1+ 1Hp**	**1**				**1**	**3**
2017	**11***	**1**	**2**	**3**	**1+ 1Hp ***	**1**	**1**			**1**	**3**

** repositionnement de la réadaptation cardio-vasculaire en hospitalisation partielle prévue à Harfleur sur une structure existante du Havre.*

Territoire de santé EVREUX - VERNON	SSR adultes	SSR enfants/adolescents	Mentions complémentaires autorisées sur les implantations								
			affections de l'appareil locomoteur	affections du système nerveux	affections cardio-vasculaires	affections respiratoires	affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	affections onco-hématologiques	affections des brûlés	affections liées aux conduites addictives	affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
Vernon	1										
St-Sébastien-de Morsent	1	1									
Les Andelys	1										
Bernay	1										
Verneuil-sur-Avre	1										
Le Neubourg	1										
Breteuil-sur-Iton	1*										
Noyers	1										
Gisors	1										
Brosville	1										
St-André de l'Eure	1										
2011	**11**	**1**	**2**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**3**
2017	**10**	**1**	**2**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**3**

** transformation du CH Breteuil en EHPAD avec transfert activité SSR sur CH de Verneuil-sur-Avre*

Territoire de santé DIEPPE	SSR adultes	SSR enfants/ adolescents	Mentions complémentaires autorisées sur les implantations								
			affections de l'appareil locomoteur	affections du système nerveux	affections cardio-vasculaires	affections respiratoires	affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	affections onco-hématologiques	affections des brûlés	affections liées aux conduites addictives	affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
Dieppe	1										
St Aubin sur Scie	1										
Neville	1										
Eu	1										
St-Valéry-en-Caux	1										
2011	**5**		**1**	**1**							**1**
2017	**5**		**2**	**1**	**1 Hp**		**1**				**1**

5.2 Prise en charge des patients cérébrolésés, traumatisés crâniens et blessés medullaires

Territoire de santé ROUEN/ELBEUF	2011	2017
Unités d'éveil	1	1
Unités EVC-EPR*	2	3

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Unités d'éveil	0	0
Unités EVC-EPR*	0	2

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Unités d'éveil	1	1
Unités EVC-EPR*	1	1

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Unités d'éveil	0	0
Unités EVC-EPR	0	0

** concernant les EVC-EPR, une implantation correspond à 1 unité de 6 à 8 lits conformément aux termes de la circulaire DHOS n°2002-288 du 3 ma i 2002.*

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée sont des éléments structurels de la filière de soins gériatriques et intégrées aux parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile. Cette thématique est traitée dans sa globalité au sein du volet SROMS du PRS.

EXTRAIT DU SROSMS

L'offre en unités de soins de longue durée

Les **unités de soins de longue durée** (**USLD)** ont été soumises à une réforme les redéfinissant, qui s'est achevée en 2010.

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Leur capacité minimum est de 30 lits. Ces services ne sont pas destinés uniquement aux personnes âgées et sont soumis à des conditions de fonctionnement réglementaires :

- présence médicale le jour, et, au minimum, une astreinte la nuit.
- présence infirmière 24 heures sur 24.
- équipement des chambres d'USLD en fluides médicaux (oxygène, vide).
- accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans des délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standard sans préparation.
- accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants.

Sur toute la durée de la réforme, aucune possibilité n'était offerte de créer de nouvelles USLD, y compris par transformation de lits d'EHPAD. A l'issue de la réforme, la Haute-Normandie disposait de 9 USLD, réparties sur 11 sites et regroupant 802 lits, soit un taux d'équipement régional de 6,1 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (population 2005), alors que la cible nationale était de 6 lits pour 1 000. En raison de l'inégalité de répartition dans les territoires de santé, le SROS III préconisait de nouvelles installations dans les territoires de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon, permettant de disposer d'au moins une USLD par filière de soins gériatriques, située idéalement et au minimum dans les établissements de référence. Un taux d'équipement de 8 lits pour 1 000 équivalait à la création respectivement de 185 et 85 lits pour les territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon, pour 16 implantations maximum d'USLD.

En 2011, toutes les USLD redéfinies sont soumises à la validation d'une nouvelle coupe à l'aide de l'outil Pathos. Les résultats de la coupe permettront d'apprécier l'adéquation des personnes âgées présentes aux missions redéfinies des USLD et de réorienter les USLD vers celles-ci le cas échéant.

En fonction des résultats de ces coupes et des discussions en découlant, le choix sera fait de maintenir ou de revoir l'objectif de développement des USLD sur les deux territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux –Vernon.

Le taux d'équipement global en hébergement complet du département de l'Eure était supérieur à celui de Seine-Maritime. L'analyse par territoire de santé et de proximité met en évidence des disparités.

Places autorisées d'hébergement complet en EHPAD, USLD

	EHPAD		USLD		EHPAD et USLD	
	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
Haute-Normandie	15 288	106,6	802	5,6	16 090	112,2
Seine-Maritime	10 543	104,0	630	6,2	11 173	110,2
Eure	4 745	112,9	172	4,1	4 917	117,0
Territoires de santé						
Rouen-Elbeuf	6 987	111,4	270	4,3	7 257	115,7
Dieppe	1 346	88,8	130	8,6	1 476	97,4
Le Havre	3 395	94,1	267	7,4	3 662	101.5
Evreux-Vernon	3 560	120,8	135	4,6	3 695	125,4

Les territoires de santé du Havre et de Dieppe présentaient des taux d'équipement en hébergement complet inférieurs au taux régional. Concernant les EHPAD, les taux d'équipement par territoire de proximité s'échelonnaient de 71,1 ‰ à 164,7 ‰. Pour cinq territoires, Pont-Audemer, Gisors, Vernon, Dieppe et Le Havre, il était inférieur à 90 ‰, allant de 71,1 ‰ à 89,8 ‰.

Objectifs spécifiques aux unités de soins de longue durée

Les objectifs opérationnels retracés dans le tableau ci-après relèvent du SROMS à l'exception des objectifs pour lesquels il est précisé « mise en œuvre » dans la colonne SROS.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
OBJECTIF N°5 : ORGANISATION DE L'OFFRE POUR LES MALADES ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES (EXTRAIT)						
Permettre un accueil adapté en EHPAD et en USLD : - créer des places de PASA et UHR, - élaborer d'un cahier des charges des unités de vie Alzheimer en lien avec les conseils généraux et les établissements, - assurer l'organisation de l'accès à l'avis spécialisé gériatrique et psychiatrique	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile			X		Nombre de PASA et UHR. Cahier des charges des unités de vie Alzheimer. Conventions avec les CMP, les équipes mobiles de géronto-psychiatrie, la filière de soins gériatriques, les équipes mobiles de gériatrie.
OBJECTIF N°7 : AMELIORER ET ADAPTER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE						
Equilibrer l'offre territoriale d'USLD	Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon	X		Mise en œuvre		Création d'une USLD à Barentin et d'une USLD à Evreux.
Analyser les résultats des coupes Pathos 2011 en USLD	Région	X				Rapport d'analyse.

IMPLANTATIONS

Territoires de santé	2011	2017
ROUEN – ELBEUF	2	6*
LE HAVRE	4	4
EVREUX – VERNON	4	5*
DIEPPE	1	1

** le nombre d'implantations à échéance 2016 pourra être révisé en fonction des résultats des coupes Pathos réalisées en 2012.*

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Activités interventionnelles sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie

La suite de l'ordonnance de 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, les autorisations d'angiographes numérisés antérieures au mois de mars 2006 ont été « transmutées » en autorisation de cardiologie interventionnelle. Puis, en avril 2009, la publication des textes réglementaires (deux décrets et un arrêté) précisait les différents champs de la cardiologie interventionnelle. Ils sont particulièrement structurants puisqu'ils définissent les conditions d'implantation, les conditions techniques de fonctionnement et quantifient une activité seuil garante de la qualité et de la sécurité des soins pour chaque modalité.

En effet, trois modalités différentes d'exercice de la cardiologie interventionnelle sont définies de novo :

- **Actes I :** actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation.
- **Actes II :** actes portant sur les cardiopathies de l'enfant et les cardiopathies congénitales de l'enfant et de l'adulte, à l'exclusion des actes réalisés en urgence.
- **Actes III :** actes portant sur les cardiopathies de l'adulte autres que les actes mentionnés au 1°.

Le volet cardiologie et activités interventionnelles sous imagerie médicale du SROS 2006-2011 a fait l'objet d'une révision en 2009 pour décrire et structurer ces évolutions en Haute Normandie.

Ce volet du SROS-PRS 2011-2016 concerne les activités interventionnelles sous imagerie médicale et reprend et actualise les préconisations et propositions du volet révisé du SROS précédent en matière de cardiologie interventionnelle. En effet celles-ci sont en cours de mise en œuvre lors de la rédaction de ce volet.

Les activités de cardiologie médicale sont développées au sein du volet médecine.
De plus, ce volet se trouve au croisement des volets "prise en charge des personnes âgées" et "prise en charge des urgences et articulation avec la permanences des soins" et s'articule avec les volets "médecine" "réanimation" et "soins de suite et réadaptation".

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Décret n°2002-465 du 5 avril 2002** relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de santé publique.
- **Circulaire DHOS/SDO/n°2003/413 du 27 août 2003** relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
- **Décrets 409 et 410 du 14 avril 2009** relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie.
- **Arrêté du 14 avril 2009** fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R 6123-133 du code de la santé publique.
- **Circulaire n°DHOS/O4/2009/279 du 12 août 2009** relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

I. ETAT DES LIEUX

1.1 L'offre de soins de cardiologie interventionnelle en 2010

Actes I : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation

La prise en charge des patients susceptibles de recevoir un défibrillateur s'est organisée en lien avec le CHU de Rouen, seul établissement de santé autorisé à implanter ces dispositifs médicaux jusqu'à la fin de l'année 2008. En conséquence tous les patients étaient alors adressés au CHU de Rouen.
De plus, le CHU de Rouen exerce sa mission d'expertise régionale ainsi que de formation initiale et continue.

En décembre 2008, le Groupe hospitalier du Havre était le deuxième établissement de santé autorisé à implanter des défibrillateurs cardiaques en Haute-Normandie.

Depuis 2009, deux centres identifiés comme étant de niveau 2 dans la première version du volet cardiologie et techniques interventionnelles du SROS III, ont débuté une activité d'ablation thérapeutique en dehors de toute procédure de labellisation.

Actes II portant sur les cardiopathies de l'enfant et les cardiopathies congénitales de l'enfant et de l'adulte, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Avec 33 séjours en 2007 et 50 séjours en 2008, cette activité est peu développée en Haute-Normandie.

Les patients concernés sont adressés le plus souvent en Ile de France (en 2008 49 séjours hauts normands et 56 séjours pris en charge hors région).

La faible activité constatée d'une part et les exigences réglementaires d'autre part ont conduit le groupe thématique de travail (SROS III révisé) à ne pas préconiser de développer cette activité en Haute-Normandie.

Actes III portant sur les cardiopathies de l'adulte autres (angioplasties)

Le volet révisé cardiologie et techniques interventionnelles en cardiologie du SROS 2006-2011 de Haute-Normandie a identifié en ce qui concerne l'activité d'angioplastie, des implantations toutes mises en œuvre dès sa publication. De plus, ce volet émettait des recommandations et préconisations en matière de continuité et de permanence des soins. En 2010, ces recommandations ne sont pas intégralement mises en œuvre :

- depuis juin 2010, le territoire de Evreux-Vernon bénéficie d'une permanence H24, 7j7 pour la réalisation de la coronarographie et de l'angioplastie.
- sur le territoire du Havre, le GHH et la clinique du Petit-Colmoulins organisaient depuis 2006 une astreinte opérationnelle H24 et 7j/7, une semaine sur deux. Cette organisation devra être révisée de façon à être conforme à la nouvelle réglementation.

Structuration de l'offre de soins spécialisée en cardiologie interventionnelle au 31/12/2010

	Nombre de lits d'USIC	Réalisation* d'actes de type I	Réalisation* d'actes de type III
Territoire Rouen-Elbeuf			
CHU de Rouen	12	Oui	Oui
CHI Elbeuf -Louviers	6	Non	Non
Clinique Saint Hilaire	12	Oui	Oui
Territoire de Dieppe			
CH de Dieppe	6	Non	Non
Territoire du Havre			
Groupe hospitalier du Havre	12	Oui	Oui
Hôpital privé de l'Estuaire	8	Oui	Oui
Total Seine Maritime	**56**		
Taux lits USIC/100 000 hab	**4,51**		
Territoire Evreux-Vernon			
CHI Eure-Seine	8	Oui	Oui, site Bergouignan
Clinique Bergouignan	6	Non	Oui
Total Eure	**14**		
Taux lits USIC/100 000 hab	**2,58**		
Haute Normandie			
Total Haute-Normandie	**70**		
Taux régional lits d'USIC/100 000 hab	**3,93**		

Taux lits d'USIC/100 000 habitants recommandé par la SFC : 4/100 000 habitants.
** tels que définis dans les textes réglementaires (2009).*

1.2. Description de l'activité en Haute-Normandie

La faible activité constatée d'une part et les exigences réglementaires d'autre part ont conduit le groupe thématique de travail (SROS III révisé) à ne pas préconiser de développer les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant et les cardiopathies congénitales de l'enfant et de l'adulte en Haute-Normandie.

a) Activité de cardiologie interventionnelle

Activité régionale

Au cours des trois années 2006, 2007 et 2008 les activités de cardiologie interventionnelle en Haute-Normandie ont fortement progressé. Pendant cette période, la répartition entre les trois modalités évolue au profit des activités d'électrophysiologie (18,1 % de l'activité en 2006 et 22,6 % en 2008), alors que la part de l'activité d'angioplastie diminue dans la même proportion. En particulier, la modalité actes de rythmologie évolue de plus de 15 % par an. L'augmentation de l'activité d'angioplastie se maintient environ à 2,0 % par an.

L'âge moyen des patients quelque soit le type d'actes est de l'ordre de 66 ans, la médiane de l'âge des patients est 68 ans. Les patients viennent le plus souvent de leur domicile.

La pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale est une technique innovante et émergente (plus de 120 actes en 2008).

Cependant l'année 2009 est marquée par une diminution significative du nombre d'actes quelque soit la modalité considérée.

Répartition de l'activité seuil* de cardiologie interventionnelle

	Actes I	Actes III	Total
Année 2007			
Nombre d'actes	341	3 307	**3 648**
%	9,3	90,7	100,0
Année 2008			
Nombre d'actes	407	3 471	**3 878**
%	10,5	89,5	100,0
Année 2009			
Nombre d'actes	311	3 212	**3 523**
%	8,8	91,2	100,0

Données PMSI MCO

Evolution de l'activité seuil* de cardiologie interventionnelle

Actes I	Actes III	Total
Evolution 2007/2008		
19,4%	5,0%	6,3%
Evolution 2008/2009		
-23,6%	-7,5%	-9,2%
Evolution 2007/2009		
-8,8%	-2,9%	-3,4%

Données PMSI MCO

***** La notion d'activité seuil renvoie à l'arrêté du 14 avril 2009 et à la circulaire du 12 août 2009 qui fixent la nature et le nombre minimal d'actes que doivent réaliser les titulaires d'une autorisation de cardiologie interventionnelle.

En matière d'actes d'électrophysiologie, de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, les actes intégrés au calcul du seuil ne couvrent pas l'intégralité du champ.

En matière d'actes d'angioplastie, les actes intégrés au calcul du seuil représentent la presque totalité du champ.

Evolution de l'activité seuil par territoire de santé

	Nombre d'actes en 2007	Nombre d'actes en 2008	Nombre d'actes en 2009	Evolution 2007-2008 en %	Evolution 2008-2009 en %	Evolution 2007-2009 en %
Rouen-Elbeuf						
Actes de type 1	189	244	196	29,1	-19,7	3,7
Actes de type 3	1 926	1 885	1 991	-2,1	5,6	3,4
Total	**2 115**	**2 129**	**2 187**	**0,7**	**2,7**	**3,4**
Le Havre						
Actes de type 1	78	113	83	44,9	-26,5	6,4
Actes de type 3	1 095	1 209	787	10,4	-34,9	-28,1
Total	**1 173**	**1 322**	**870**	**12,7**	**-34,2**	**-25,8**
Evreux-Vernon						
Actes de type 1	37	50	32	35,1	-36,0	-13,5
Actes de type 3	315	377	434	19,7	15,1	37,8
Total	**352**	**427**	**466**	**21,3**	**9,1**	**32,4**
Haute-Normandie						
Actes de type 1	341	407	311	19,4	-23,6	-8,8
Actes de type 3	3 307	3 471	3 212	5,0	-7,5	-2,9
Total	**3 648**	**3 878**	**3523**	**6,3**	**-9,2**	**-3,4**

Données PMSI MCO

Evolution de l'activité d'électrophysiologie et de stimulation en Haute-Normandie

L'activité liée aux explorations électrophysiologiques se maintient au cours des années 2007 et 2008, pour augmenter fortement en 2009. Alors que l'activité d'électrophysiologie thérapeutique a augmenté : + 31,5 % entre 2007 et 2008, elle se stabilise en 2009.

Les implantations de stimulateurs de resynchronisation (STC) sont peu nombreuses (34 en 2007 et 2008 et 14 en 2009). Le taux d'implantation de stimulateurs triple chambre atteint 19 par million d'habitants en 2008 et est alors bien inférieur aux projections faites par les sociétés savantes : 100 implantations par million d'habitants.

L'activité d'implantation de défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) connaissait une forte croissance jusqu'en 2007 (+ 19,0 %) alors supérieur au taux de croissance national (+7,2 %). Il pouvait alors s'agir d'un phénomène de rattrapage en lien avec l'élargissement des indications de prévention primaire.

En 2008, le nombre d'implantation de DCI est identique au nombre implanté en 2007 (141 en 2007), en 2009 ce nombre est de 157. Par million d'habitants le nombre d'implantation de DCI en 2009 est 86. Ce taux est très inférieur aux projections faites par les sociétés savantes : 220 implantations par million d'habitants.

Au sein de l'activité de rythmologie, les actes d'ablation thérapeutique hors ablation jonction atrioventriculaire sont traceurs de l'activité et sont intégrés au calcul du seuil d'activité de chaque établissement de santé détenteur de l'autorisation de soins. L'arrêté seuil prévoit un minimum de 50 actes annuels. En 2008, ces actes représentent 43 % de l'ensemble de l'activité d'électrophysiologie et de stimulation multisite.

Evolution de l'activité d'électrophysiologie et de stimulation selon la nature des actes

	2007	2008	2007-2008 %	2009	2008-2009 %
Nbre d'explorations électrophysiologiques	289	338	17,0	619	**83,1**
Procédures d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire :	389	480	31,5	478	**-0,4**
dont adultes	370	477	118,8		
Nbre d'implantations de systèmes de resynchronisation (STC ou stimulateurs triple chambre)	34	34	0,0	14	**-58,8**
Nbre d'actes de suivi de stimulateurs de resynchronisation après deux années de fonctionnement	90	230	155,5	125	**-45,7**
Nbre d'implantations de DCI	141	142	0,3	157	**10,6**
dont nombre de DCI simple chambre	102	65	-6,8	62	**-4,6**
dont nombre de DCI double chambre		30		36	**20,0**
dont nombre de DCI triple chambre	39	47	20,5	59	**25,5**
Nbre d'actes de suivi de DCI	495	750	283,3	919	**22,5**

Source : établissements de santé

- Les flux intra régionaux des actes d'ablation thérapeutique

En 2008, l'ensemble des actes intéressant des patients domiciliés sur les territoires de Dieppe et Evreux-Vernon est pris en charge sur le territoire de Rouen-Elbeuf. Quelques actes d'ablation de patients domiciliés sur le territoire Rouen-Elbeuf (3) sont pris en charge sur le territoire du Havre.

Pour ce qui est des actes concernant des patients du territoire du Havre, l'effectif global d'actes d'ablation autres que la jonction auriculo-ventriculaire était au nombre de 115. 73 d'entre eux ont été réalisés par le territoire Rouen-Elbeuf (cf développement de l'activité d'un établissement de santé sur le territoire du Havre au cours du dernier trimestre 2008).

- Les actes de type I° réalisés hors région

Les flux intra régionaux de ces actes ainsi que le dénombrement des actes réalisés en dehors de la région Haute-Normandie en 2008 permettent d'identifier et d'objectiver les besoins non couverts.

Ainsi en 2008, les deux établissements de santé localisés sur le territoire de santé Rouen-Elbeuf autorisés à exercer cette activité ont pris en charge l'ensemble des actes d'ablation thérapeutique hors ablation jonction atrio-ventriculaire de ce territoire ; en effet, les fuites sont minimes (3 actes pris en charge sur un territoire de santé haut-normand autre et 10 actes pris en charge hors région. Chacun des deux établissements a une activité significativement supérieure à 50 actes annuels.

Le territoire de Rouen-Elbeuf a, de plus, pris en charge 43 actes (sur 48) issus du territoire de Dieppe. Ainsi, les besoins du territoire de Dieppe ne sont pas suffisants pour envisager une implantation.
Avec 115 actes en 2008 dénombrés sur le territoire du Havre, l'implantation d'un site permettrait de répondre à la demande.

En 2008, les actes d'ablation thérapeutique hors ablation de la jonction atrio-ventriculaire non pris en charge en région sont issus essentiellement du territoire de santé Evreux-Vernon. Au total, l'analyse d'activité permet d'identifier 125 actes pour des patients domiciliés sur ce territoire. De même, sur ce territoire l'implantation d'un site permettrait de répondre à la demande.

- L'activité d'implantation de défibrillateurs cardiaques

La progression potentielle d'activité est repérée par le dénombrement des défibrillateurs cardiaques implantés hors région, soit au total 15. Potentiellement en 2008 auraient pu être implantés en Haute-Normandie 157 défibrillateurs cardiaques (+10,5 %).

Evolution de l'activité d'angioplastie en Haute-Normandie

A l'échelle nationale, le bilan d'activité produit par le Groupe athérome cardiologie interventionnelle de la SFC (GACI) enregistre en 2007 et en 2008 une baisse du nombre des angioplasties coronaires (respectivement de 3,0 % et 1,5 %).

L'analyse de l'activité transmise par les établissements hauts normands montre une évolution par territoire de santé inégale. Elle est stable à l'échelle de la région jusqu'en 2008, alors qu'elle augmente considérablement sur les territoires de santé du Havre et d'Evreux-Vernon. Elle diminue de l'ordre de 2% sur le territoire de Rouen-Elbeuf.

Les données PMSI MCO mettent en évidence une évolution globale de +0,6 % entre 2006 et 2007 et de + 4,0 % entre 2007 et 2008 suivie d'une diminution de 7,5% en 2009.

Evolution de l'activité d'angioplastie par territoire de santé

Territoire de santé	2007	2008	2009	Evolution 2007-2008 en %	Evolution 2008-2009 en %	Evolution 2007-2009 en %
Territoire Evreux-Vernon	315	377	434	19,7	15,1	37,8
Territoire Rouen-Elbeuf	1 926	1 885	1 991	-2,1	5,6	3,4
Territoire du Havre	1 095	1 209	787	10,4	-34,9	-28,1
Région Haute-Normandie	3 336	3 471	3 212	4,0	-7,5	-3,7

Donnés PMSI MCO

Le territoire de Rouen-Elbeuf est le plus attractif (60,0 % de l'activité régionale).

Le territoire d'Evreux-Vernon est le territoire dont le taux de fuite vers Rouen-Elbeuf (146 actes) ou bien d'autres régions (223 actes) est le plus élevé. Une part des fuites extrarégionales est liée à la proximité géographique avec des centres situés dans les Yvelines. Ce territoire présente une réserve d'activité à développer.

II. ENJEUX

- Mise en œuvre des nouvelles autorisations de cardiologie interventionnelle délivrées en avril 2011 : développement de l'activité de rythmologie, électrophysiologie et défibrillation sur le territoire Evreux-Vernon, respect des seuils d'activité, mise en œuvre de la permanence des soins sur le territoire du Havre.
- Accès direct 24H/24 et 365 jours par an aux plateaux techniques hautement spécialisés.
- Favoriser l'intervention des cardiologues électrophysiologistes formés, sur le plateau technique de l'établissement de santé du territoire de santé qui sera détenteur de l'autorisation de l'activité de soins: Le Havre et Evreux-Vernon.
- Conforter et maintenir l'activité de formation (initiale et continue), et de recherche du CHU de Rouen.
- Etablir les conventions et organisations permettant de développer les filières de prise en charge en cardiologie sur les territoires de santé.

III. ORIENTATIONS / EVOLUTIONS

3.1 Principe d'accessibilité du dispositif / Gradation des niveaux de soins

Niveau de proximité

Il assure la prise en charge des pathologies cardiovasculaires les moins graves dans une unité de médecine polyvalente prenant en charge les pathologies cardiaques chroniques en particulier chez les personnes âgées avec recours possible à un avis spécialisé et/ou dans un service de médecine à orientation cardiologique adossé à un plateau technique, essentiellement non invasif et, éventuellement, à une unité de surveillance continue polyvalente.

Niveau de recours

Il se caractérise par la capacité à prendre en charge 24h/24h dans un service de cardiologie spécialisée toutes pathologies cardiovasculaires graves. Les pathologies cardiovasculaires graves à risque vital sont prises en charge dans une USIC, qu'elle soit propre à l'établissement ou par convention. De plus, le niveau de recours dispose et /ou organise l'accès à un plateau technique autorisé à la pratique de la cardiologie interventionnelle. Une présence médicale 24h/24h dans le service est indispensable. Ce niveau peut participer aux activités de formation et recherche.
Au mieux, l'accès à ce plateau technique doit être possible dans un délai de 60 minutes maximum à compter de l'instant où le diagnostic est confirmé.
Ce niveau sera présent sur chaque territoire de santé.
Des conventions devront être passées entre les établissements du niveau de proximité et les établissements du niveau de recours et entre les établissements de santé du niveau de recours disposant d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle et ceux n'en disposant pas, afin de créer une réelle filière de prise en charge.

Niveau de référence régionale

Outre les prestations du niveau de recours, le niveau de référence régionale offre des prestations spécialisées (chirurgie cardiaque) ainsi que des activités de recherche et de formation.
Ce niveau assure également la prise en charge des actes de cardiologie interventionnelle nécessitant une expertise et une compétence spécifique. En ce qui concerne l'électrophysiologie interventionnelle, ce niveau prend en charge les procédures présentant un risque élevé de complications graves (ablation de la fibrillation atriale et de la tachycardie ventriculaire, extraction d'électrodes âgées).

3.2 Principe d'adéquation / adaptation de l'offre aux besoins

a) Améliorer la prise en charge de l'urgence cardiologique

Après évaluation médicale par appel le plus précoce possible au SAMU centre 15 face à toute douleur thoracique, une urgence avérée doit être adressée directement dans une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) - *structure apte à prendre en charge 24 heures sur 24 des malades souffrant d'une pathologie cardio-vasculaire, entraînant ou susceptible d'entraîner une défaillance cardio-vasculaire aiguë mettant en jeu le pronostic vital* - ou vers un plateau technique susceptible d'assurer la désobstruction coronaire en fonction de la gravité et des préconisations du protocole régional.

Les établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle, doivent organiser la permanence de cette activité 24h sur 24h et 365 jours sur 365 jours.
L'établissement de santé doit être membre du réseau régional urgences et est de fait un **plateau technique hautement spécialisé** ce qui lui impose d'organiser l'accès direct au plateau technique sans passage par le service des urgences. Aussi, les établissements de santé disposant de cette autorisation mais ne disposant pas d'une structure d'accueil des urgences, doivent organiser en lien avec le SAMU, l'accès direct à leur plateau technique.

En ce qui concerne l'angioplastie et la thrombolyse, ces deux techniques de revascularisation doivent être mises en œuvre à partir de protocoles prenant en compte le type d'infarctus et sa localisation, l'état du patient, la distance du centre d'angioplastie. Tous les SAMU et SMUR doivent être en mesure de pratiquer la thrombolyse pré-hospitalière.

En Haute-Normandie, trois territoires de santé seront équipés d'un plateau technique hautement spécialisé détenteur de l'autorisation de pratiquer l'activité d'angioplastie. Conformément à la réglementation, **la permanence des soins** 24h/24 et 365j/365 doit être organisée en propre par chaque établissement de santé détenteur de l'autorisation de soins. En ce qui concerne le territoire de Dieppe, l'activité n'est pas suffisante pour justifier la mise en place d'un plateau technique d'angioplastie et d'électrophysiologie et stimulation multi-site : une convention avec les établissements du territoire de Rouen-Elbeuf définira les modalités d'accès pour les populations du territoire dieppois.

b) Les actes de cardiologie interventionnelle : actes de type I et III

Les établissements de santé détenteurs d'autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle doivent impérativement être membre du réseau régional urgences, alimenter le répertoire opérationnel des ressources (information en temps réel de la disponibilité du plateau technique) et organiser en lien avec les SAMU l'accès direct des patients sans passer par la structure d'accueil des urgences. La permanence des soins H24 et 365j/365j est organisée en propre.

L'activité globale de rythmologie soumise aux dispositions d'autorisation et de conditions techniques de fonctionnement concerne :

- les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle.
- les actes électrophysiologiques de stimulation multisites.
- les actes électrophysiologiques de défibrillation,
- la pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque à des troubles du rythme.

Ainsi, la stimulation cardiaque « classique » (implantation de stimulateurs cardiaques simple et double chambre) est intégrée à l'autorisation d'activité de soins de médecine.

Les exigences de qualité des pratiques professionnelles conduisent à émettre les préconisations suivantes :

- Le CHU de Rouen (niveau régional) doit poursuivre son activité de formation (recommandations SFC relatives au volume d'activité d'un centre formateur : 50 systèmes de resynchronisation par an, 80 à 100 défibrillateurs par an, 150 procédures d'ablations autres que la jonction auriculo-ventriculaire par an), de discussions cliniques, d'enseignement théorique et de participation à l'enseignement organisé au niveau régional. Le corollaire est de pérenniser un volume d'activité nécessaire et suffisant permettant de répondre à cet impératif.

  Les procédures complexes telles que **l'extraction d'électrodes âgées** par laser nécessitent la proximité immédiate du plateau technique de chirurgie cardiaque. Egalement, la pratique de l'ablation de la **fibrillation auriculaire** et de la **tachycardie ventriculaire** présente un niveau de complexité particulier qui justifie que ces procédures soient effectuées sur le plateau technique de niveau de référence régionale en parfaite coordination et coopération avec les cardiologues référents de la prise en charge du patient dans le cadre de procédures harmonisées au niveau régional.

  De plus toutes les activités présentant des risques de complications graves et à ce titre nécessitant une compétence et une expertise supplémentaires doivent faire l'objet d'une concertation organisée par **le réseau régional des cardiologues** dans le but de garantir les meilleures conditions de qualité et de sécurité des soins (mutualisation des compétences et des expériences).

  Ainsi, l'activité devra s'organiser au niveau régional en coopération étroite entre les différents établissements de santé autorisés.
- En ce qui concerne l'activité d'angioplastie, aucune procédure n'est reconnue comme relevant spécifiquement du plateau technique régional.

c) Cardiologie-pédiatrique et les actes de type II

La cardio-pédiatrie couvre un vaste champ, depuis le dépistage anténatal des malformations cardiaques jusqu'à la prise en charge et au suivi des cardiopathies congénitales et toutes les affections cardiaques acquises.

Le recours à une compétence en cardio-pédiatrie peut être sollicité en oncologie, en hémodialyse, en génétique et en néonatalogie et réanimation pédiatrique.

Parmi les malformations congénitales, les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes et l'échographie reste l'examen clef permettant un diagnostic afin de définir la conduite thérapeutique. Dans certains cas des cathétérismes hémodynamiques sont nécessaires pour compléter le bilan. Ces actes nécessitent une compétence technique et une pratique régulière. Parallèlement se développe le cathétérisme interventionnel au cours de l'exploration. Jusqu'à l'évolution de la réglementation concernant les actes intéressant les cardiopathies congénitales chez l'enfant et l'adolescent à l'exclusion des actes réalisés en urgences, le dépistage et le suivi des cardiopathies congénitales était assuré dans la région. Les cathétérismes et les explorations hémodynamiques ainsi que les interventions chirurgicales étaient réalisées en région parisienne, celles ci ne concernant qu'une faible population (60 à 70 patients par an).

La faible activité constatée d'une part et les exigences réglementaires d'autre part ont conduit le groupe thématique de travail (SROS III révisé) à ne pas préconiser de développer cette activité en Haute-Normandie. Les filières existantes avec les établissements de santé de la région Ile de France sont donc à développer et consolider.

3.3 Principe de qualité / sécurité de l'offre

La cardiologie interventionnelle est une discipline technique qui nécessite des compétences très spécialisées ; la qualité et la sécurité des soins reposent sur le respect de normes réglementaires (personnel, équipement, environnement technique, seuil d'activité) et des recommandations des sociétés savantes (personnel, équipement, environnement technique, volume d'activité, formation et compétence des médecins).

Certaines activités sont particulièrement concernées :

- USIC : décret du 5 avril 2002.
- décrets 409 et 410 du 14 avril 2009 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie.
- arrêté du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R 6123-133 du code de la santé publique.
- angioplastie (recommandation SFC) : au moins 125 cathétérismes thérapeutiques par an et par médecin.
- pose de stimulateurs cardiaques (recommandation SFC) : au moins 50 par an par centre et 20 par opérateur.
- activité d'électrophysiologie diagnostique (recommandation SFC) : au moins 100 examens par an dans un centre fonctionnant depuis plus de deux ans.
- activité d'électrophysiologie interventionnelle (recommandation SFC) : au moins 50 procédures d'ablation endocavitaire autre que la jonction auriculo-ventriculaire par an après deux ans de fonctionnement :
    - niveau 1 faible risque : 50 à 100 procédures d'ablation par an (ablation de flutter atrial droit et ablation de la jonction auriculo-ventriculaire).
    - niveau 2 risque élevé : plus 100 procédures d'ablation par an (voie nodale lente, voies accessoires, tachycardies atriales et ventriculaires) en ce qui concerne l'ablation de la fibrillation atriale, un volume de 50 ablations de FA par an (seuil atteint en 2 ans) dans un centre de niveau 2.

- centre formateur en électrophysiologie interventionnelle cardiaque : outre les critères d'un centre de niveau 2, volume minimal de 150 ablations par an et pratiquer la stimulation, la défibrillation, la resynchronisation cardiaque et assurer des séances régulières de discussion de dossiers et d'enseignement théorique.
- mise en place de défibrillateurs implantables (arrêté du 27 octobre 2004) : 50 implantations par centre dans les trois ans de fonctionnement et 25 par opérateur.
- mise en place de stimulateurs triple chambres (arrêté du 27 octobre 2004) : 100 implantations au moins par an et 30 par opérateur.
- mise en place de systèmes de resynchronisation (stimulateurs cardiaques et défibrillateurs).
- automatiques avec fonction de resynchronisation) (recommandation SFC 2006) : 35 par centre et 20 par opérateur, à atteindre en 2 ans.

3.4 Adaptation de l'offre de soins de cardiologie interventionnelle aux besoins

Ce volet du SROS-PRS reprend et actualise les préconisations et propositions du volet révisé du SROS précédent en matière de cardiologie interventionnelle. Les autorisations de cardiologie interventionnelle ont été délivrées en avril 2011. Toutes les implantations planifiées sont d'ors et déjà en cours de mise en œuvre au moment de la publication du SROS-PRS.

Répartition des plateaux techniques de cardiologie interventionnelle en Haute-Normandie

Territoires de santé	Population	Nombre d'implantations à l'issue du SROS			
	Nombre d'habitants	%	Actes I	Actes III	Nombre de site/habitants
Territoire Rouen-Elbeuf	799 746	44,0	2	2	1/400 000
Territoire Le Havre	452 264	24,9	1	2	1/452 000 et 1/226 000
Territoire Evreux-Vernon	391 374	21,5	1	1	1/391 000
Territoire Dieppe	174 138	9,6	0	0	_
Région Haute-Normandie	**1 817 522**	**100,0**	**4**	**5**	**1/363 000 et 1/453 000**

CF recommandation SFC relative au centre d'angioplastie : 1 centre / 350 000 habitants.

En matière d'électrophysiologie interventionnelle, la SFC reconnaît deux niveaux d'activité en lien avec le volume de procédures d'ablation autre que la jonction auriculo-ventriculaire et le taux de complications :

- niveau 1 faible risque : 50 à 100 procédures d'ablation par an (ablation de flutter atrial droit et ablation de la jonction auriculo-ventriculaire).
- niveau 2 risque élevé : plus 100 procédures d'ablation par an (voie nodale lente, voies accessoires, tachycardies atriales et ventriculaires).

En ce qui concerne l'ablation de la fibrillation atriale, un volume de 50 ablations de FA par an (seuil atteint en 2 ans) dans un centre de niveau 2.

La nature et le volume d'actes d'électrophysiologie interventionnelle feront l'objet d'une contractualisation dans le cadre du CPOM de chaque établissement de santé détenteur de l'autorisation de l'activité de soins, en conformité avec les recommandations de la SFC.

3.5 Le réseau régional des urgences

Le réseau régional urgences n'est pas constitué en 2010. Les établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle sont de fait et obligatoirement membres du réseau (plateau hautement spécialisé). Ils organisent de façon structurée au niveau régional l'accès direct au plateau technique 24h/24. Le répertoire opérationnel régional (ROR) est le lien qui permet de tenir informé les SAMU de la disponibilité en temps réel des plateaux techniques.
Dans ce cadre, les cardiologues doivent définir les modalités qu'ils se donnent pour se faire représenter au sein du réseau et ainsi participer à l'élaboration régionale de procédures de prise de charge des urgences cardiologiques.

3.6 Le réseau des cardiologues de Haute-Normandie

Au cours de ce SROS, le réseau informel des cardiologues de Haute-Normandie devra se structurer pour évoluer vers un réseau organisé dans le but de s'approprier des sujets tels que les réseaux de prise en charge de patients (approche populationnelle : insuffisance cardiaque…), structuration de l'éducation thérapeutique, programmes de télésanté ou télé service, évaluation de la mise en œuvre des filières de soins cardiologiques, suivi et évaluation de l'activité de cardiologie…

3.7 La démographie médicale

Des mesures incitatives telles que l'augmentation des postes de DES de cardiologie proposé au CHU, l'incitation des libéraux à l'installation en région Haute-Normandie, l'expérimentation des délégations de tâches sont proposées (réalisation d'échographies cardiaques / surveillance de dispositifs de stimulation par des professionnels de santé non médicaux…).
Le faible effectif des médecins cardiologues, la pyramide des âges et leur inégale répartition sur les territoires de santé conduisent à promouvoir une concentration des activités de cardiologie interventionnelle sur un nombre réduit de centres autorisés de façon à pérenniser la capacité de chacun à exercer des activités dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité.

3.8 Prévention des facteurs de risque

Un certain nombre de facteurs de risques cardiovasculaires peuvent être prévenus à condition d'être dépistés précocement : obésité, tabagisme, sédentarité, dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle.
Cet état de fait justifie pleinement le développement d'actions de prévention : correction des facteurs de risque avant apparition de la maladie pour des populations ciblées à haut risque. Les acteurs de cette prévention sont la médecine de ville, l'assurance-maladie, la médecine du travail, l'éducation nationale, les associations...
Elle sera utilement complétée par le développement d'actions de prévention secondaire pour améliorer la prise en charge de la maladie déjà installée. Elles peuvent avoir lieu pendant l'hospitalisation ou au décours de celle-ci avec une prise en charge spécifique au sein de structures adaptées.

IV. COOPERATIONS ET PARTENARIATS

4.1 Entre les établissements

Des coopérations seront formalisées pour garantir la qualité des prises en charge en filières ainsi que les complémentarités de compétence nécessaires au fonctionnement des plateaux de cardiologie interventionnelle autorisés :

- Conventions entre les établissements de santé ne disposant pas d'autorisation de cardiologie interventionnelle et les établissements détenteurs des autorisations dans le but de garantir à tous les patients des différents territoires de santé de Haute-Normandie un égal accès dans les délais conformes aux recommandations de la SFC.
- Conventions entre les établissements du niveau de proximité et les établissements du niveau de recours.
- Formalisation de l'articulation et de la coordination des prises en charge avec les SAMU : réseau régional urgences, protocole commun relatif à la thrombolyse préhospitalière, prise en charge du syndrome coronarien aigu…
- Complémentarités formalisées :

  EN MATIERE D'ELECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

  - Pour garantir la qualité, la sécurité ainsi que l'accès aux soins, les établissements de santé exerçant une activité de faible risque (ablation de flutter atrial droit et ablation de la jonction auriculo-ventriculaire) organiseront la prise en charge des patients présentant un risque élevé (voie nodale lente, voies accessoires, tachycardies atriales et ventriculaires) par les établissements de santé exerçant ce niveau d'activité.

    Par ailleurs chacun des établissements de santé autorisé passera convention avec l'établissement de santé de niveau de référence régionale s'agissant des procédures complexes qui en relève (cf chapitre adéquation / adaptation de l'offre aux besoins).
  - Pour permettre aux cardiologues électrophysiologistes formés du territoire de santé, d'intervenir sur le plateau technique de l'établissement de santé qui sera détenteur de l'autorisation de l'activité de soins: Le Havre et Evreux-Vernon.

  EN MATIERE D'ANGIOPLASTIE CORONAIRE dans les territoires de santé du Havre et Evreux-Vernon visant à assurer la permanence des soins au sein des plateaux autorisés.
- Conventions avec les structures d'aval (dont SSR et HAD) dans le but d'organiser les prises en charge en cardiologie sous forme de filière de prise en charge.

4.2 Avec les médecins de ville

- Pour favoriser la création de réseaux ville-hôpital.
- Pour favoriser le retour à domicile en concertation avec les acteurs libéraux en développant les alternatives à l'hospitalisation (HAD, télésurveillance).

4.3 Entre les professionnels de santé

Maintenir, développer la formation continue.

V. EVALUATION ET SUIVI

Tableau récapitulatif des indicateurs de suivi du volet cardiologie interventionnelle

Indicateurs	Acteurs du suivi	Echéances
Démographie médicale	ARS	Annuelle
Activité en cardiologie	ARS/ données PMSI	Annuelle
Nombre d'USIC par territoire	ARS	Annuelle
Répartition des pathologies prises en charge en USIC avec pour chacune d'elles, l'âge et la DMS	ARS / données PMSI	Annuelle
Activité de type I par nature des actes réalisés	Etablissement de santé	Annuelle
Activité d'ablation thérapeutique autre la jonction auriculo-ventriculaire	ARS / données PMSI	Annuelle
Activité de type III par nature des actes réalisés	Etablissement de santé	Annuelle
Indicateurs IPAQSS : prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë	Etablissement de santé	Annuelle
Taux de complication actes de type I	Etablissement de santé	Annuelle
Taux de complication actes de type III	Etablissement de santé	Annuelle

Indicateurs qualitatifs

- Nombre de reprise d'un acte interventionnel au cours du même séjour.
- Existence et nombre de revues de complications.
- Existence et nombre de réunions de discussion thérapeutique.
- Existence et nombre de séances d'enseignement dirigées vers le personnel soignant.
- Evaluation critique de l'activité de cardiologie interventionnelle.
- Mise en commun de l'expérience de médecins (réalisation de procédures complexes par plusieurs médecins, vacations régulières d'électrophysiologistes ou d'angioplasticiens expérimentés…).
- Formation continue des personnels médicaux et paramédicaux.
- Démarche qualité relative aux infections nosocomiales, l'iatrogénie, à la matériovigilance.
- Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aigue : 6 indicateurs.
- Prescription appropriée d'aspirine/clopidogrel après infarctus.
- Prescription appropriée de bêta-bloquant.
- Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) après infarctus.
- Prescription appropriée de statine après infarctus.
- Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques.
- Délivrance de conseil pour l'arrêt du tabac.

VI. IMPLANTATIONS

Territoire de santé ROUEN / ELBEUF	2011	2017
Angioplastie	2	2
Rythmologie Interventionnelle	2	2

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Angioplastie	2	2
Rythmologie Interventionnelle	1	1

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Angioplastie	1	1
Rythmologie Interventionnelle	1	1

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Angioplastie	0	0
Rythmologie Interventionnelle	0	0

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Médecine d'urgence

INTRODUCTION

Le SROS II s'est attaché à définir l'organisation de l'accès aux structures d'urgences au sein de la région Haute Normandie pour permettre, dans le cadre d'un maillage optimal, une accessibilité satisfaisante de la population dans des délais conformes aux recommandations professionnelles

Le SROS III dans sa version du 30 mars 2006, a privilégié les recommandations d'organisations plutôt que structurelles tout en les confortant, et acté l'extension du champ du SROS à la permanence des soins notamment ville-Hôpital et libérale par l'introduction des maisons médicales de gardes. Elaboré avant les récentes adaptations réglementaires des décrets du 22 mai 2006 et de la circulaire du 13 février 2007, il a cependant pris en compte les perspectives qui y ont été inscrites.

La révision 2009, induite par l'actualisation des décrets de mai 2006, et la nécessité de poser des nouvelles organisations notamment dans le cadre du transport sanitaire médicalisé héliporté, a permis l'identification des sites d'accueil hyper-spécialisés à accès directs, les organisations régionales et territoriales en réseau, l'actualisation des contours des zones d'intervention des SMUR après la mise en œuvre du SMUR de Pont-Audemer ainsi qu' à l'éclairage des temps d'intervention réels produits par le système RRAMUHN.

Par ailleurs, les interventions nécessairement conjointes et protocolisées des différents intervenants de l'urgence vitale, l'organisation de la permanence des soins et celle de la régulation ainsi que la mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques avec le schéma régional d'organisation des soins ont justifié également les adaptations 2009, d'autant plus que l'insuffisance actuelle et prévisible de la démographie médicale relative aux praticiens formés spécifiquement à l'urgence, qui devrait encore être observée pour les prochaines années, incite à l'évolution des organisations.

Les difficultés de la disponibilité de l'offre sanitaire hospitalière dans les périodes de tension notamment saisonnières ou conjoncturelles imposent des organisations conjointes et des instances de concertation que le SROS peut organiser en lien avec le réseau régional Urgences.

Il est nécessaire d'intégrer dans les organisations de prises en charges, les dispositions particulières qui concernent notamment l'urgence en santé mentale, ou encore la prise en charge des affections neuro-vasculaires.

Enfin le SROS-PRS sera l'occasion de poser le principe d'une évaluation des dispositifs de régulation et des pistes d'amélioration notamment les outils de la régulation, les coopérations à engager, voire les mutualisations possibles.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Code de la santé publique.**

- **Décret 87-1005 du 16 décembre 1987** relatif à l'organisation et aux missions du SAMU.

- **Décret 95-648 du 9 mai 1995** relatif à l'accueil et à l'orientation des services d'urgences.

- **Décret 97-615 du 30 mai 1997** relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation du schéma d'organisation sanitaire.

- **Circulaire 2002-157 du 18 mars 2002** sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

- **Circulaire DHOS/HFD 2002-284 du 3 mai 2002** relative aux plans blancs.

- **Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003** relative à la prise en charge des urgences, déclinée au travers des orientations du plan national "urgences".

- **Circulaire n° DHOS/SDO/2003/238 du 20 mai 2003** relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

- **Décret n°2005-328 du 7 avril 2005** relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

- **Arrêté du 21/10/2005** relatif au cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire dans le département de l'Eure.

- **Arrêtés des 29 juillet et 31 août 2005** relatifs au cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire dans le département de Seine Maritime.

- **N°2006-576 t 577 du 22 mai 2006** relatifs à la médecine d'urgence.

- **Circulaire du 10 octobre 2006** relative à l'organisation de la permanence des soins.

- **Arrêté du 12 février 2007** relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).

- **Arrêté du 12 février 2007** relatif à la fiche de dysfonctionnement mentionnée à l'article R 6123-24 du CSP.

- **Arrêté du 12 février 2007** fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R 6123-9 du CSP.

- **Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 13 février 2007** relative à la prise en charge des urgences,

- **Circulaire Intérieur/santé du 31 décembre 2007** relative à la mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

- **Arrêté du 24 avril 2009** relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

I. CONTEXTE REGIONAL, CONSTATS ET BILANS

Le dispositif structurel régional est le suivant :

1.1 Les structures d'urgence

19 établissements hospitaliers publics et privés sont le siège d'au moins une structure d'urgence dont 20 de type polyvalente et 2 spécialisées pédiatriques :

- 5 sites sont implantés dans les établissements publics identifiés comme établissements de recours ou de référence :

  Territoire de Rouen / Elbeuf

  - 2 implantations au CHU de Rouen (adulte) et sur le site des Feugrais du CHI Elbeuf-Louviers.

  Territoire du Havre

  - 1 implantation sur le site Monod du Groupe Hospitalier du Havre (adulte et pédiatrique).

  Territoire d'Evreux/Vernon

  - 1 implantation sur le site d'Evreux du CHI Eure-Seine.

  Territoire de Dieppe

  - 1 implantation au centre hospitalier de Dieppe.

- 13 structures sont implantées dans des établissements de santé avec plateaux techniques en imagerie, biologie, et comportant des unités de chirurgie et/ou de médecine (8 en établissements publics et 5 en établissements privés) :

  Territoire de Rouen/Elbeuf

  - 4 implantations : au CHU de Rouen sur le site de l'hôpital Saint Julien, au CHI Elbeuf Louviers sur le site de l'hôpital de Louviers, dans la clinique du Cèdre et celle de l'Europe en métropole Rouennaise.

  Territoire du Havre

  - 5 structures implantées dans les centres hospitaliers de Fécamp, Pont Audemer, Lillebonne, ainsi que dans la clinique des Ormeaux et l'hôpital privé de l'estuaire (HPE).

  Territoire d'Evreux/Vernon

  - 4 structures des urgences dans les centres hospitaliers de Bernay et Gisors ainsi que sur le site de Vernon du CHI Eure-Seine, et à la clinique Pasteur.

- 2 structures sont implantées dans des établissements publics identifiés comme établissements de proximité sans plateau technique, dans les centres hospitaliers de Verneuil sur Avre et Eu, respectivement pour les territoires d'Evreux/Vernon et de Dieppe.

- 2 structures spécialisées dans la prise en charge des urgences pédiatriques :
  - pour le territoire de Rouen-Elbeuf, une implantation au CHU de Rouen.
  - pour le territoire du Havre, une implantation au Groupe Hospitalier du Havre.

1.2 L'organisation et les moyens de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière

La prise en charge de l'urgence vitale pré-hospitalière est articulée autour de 3 services d'aide médicale urgente (SAMU), 12 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et une équipe SMUR pédiatrique :

- SAMU – centres 15 : SAMU 76A (Rouen), SAMU 76B (Le Havre), SAMU 27 (Evreux).
- Trois centres de régulation de la permanence des soins inclus dans les centres 15.
- 12 SMUR :

  Territoire de Rouen : CHU de Rouen, centre hospitalier d'Elbeuf-Louviers (site les Feugrais),

  Territoire de santé du Havre : Groupe Hospitalier du Havre, centre hospitalier de Fécamp, Lillebonne ainsi que la récente installation en 2007 du SMUR de Pont-Audemer,

  Territoire de santé d'Evreux-Vernon : centre hospitalier de Bernay, Verneuil sur Avre, Gisors, et les sites de Vernon et Evreux du CHI Eure-Seine,

  Territoire de Dieppe : centre hospitalier de Dieppe et une antenne de SMUR au CH de EU rattachée au CH de Dieppe.
- Les transports pédiatriques et néonataux médicalisés sont réalisés par le SMUR de Rouen, spécifiquement médicalisé par des compétences en pédiatrie, et du Havre. Les interventions sont régulées par les SAMU de Rouen, Le Havre et Evreux. Les transports pédiatriques non médicalisés sont réalisés sous la responsabilité des SAMU.

Cette répartition des implantations des structures d'urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation répond à la majorité des besoins du territoire. Il constitue un maillage qui propose une bonne accessibilité de la population (seul 0,6% de la population se trouve à plus de 45 minutes d'une structure de prise en charge et d'orientation des urgences).

Il existe une hétérogénéité de couverture des territoires par les équipes SMUR, du simple au triple par implantation de SMUR, respectivement de 72 795, 145 596 et 240 404 habitants pour Evreux, Le Havre et Rouen.

1.3 La permanence des soins

a) Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La déclinaison départementale de la PDSA a été arrêtée en 2005, après avis consultatifs des CODAMUPS.

La région Haute Normandie compte en mai 2011, 10 " maisons médicales de garde " (MMG), toutes situées en Seine-Maritime : Rouen, Petit Quevilly, Le Havre, Dieppe, Déville les Rouen, Fontaine le Bourg, Tôtes, Yvetot, Neufchâtel, Barentin.

L'ancien CAPS de Neufchâtel en Bray s'est transformé à partir de juin 2008 en un « centre de premiers soins de proximité » qui, dans le cadre d'une organisation en groupement de coopération sanitaire, associe médecine de ville et hôpital et assure un accueil de médecine générale non programmée 24/24 H.

Une nouvelle organisation de la PDSA est en cours de définition. Elle sera fondée sur les principes suivants : priorité à la régulation, solidité des secteurs de PDSA (démographie, activité, charges).

b) Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Une déclinaison de la permanence des soins en établissement de santé est arrêtée dans le cadre d'un cahier des charges régional. Elle prévoie une organisation aux trois niveaux de la proximité, du territoire de santé et enfin du niveau régional voire interrégional. Le présent volet précise néanmoins les structures et unités à accès direct pour lesquels une permanence des soins doit être organisée et qui sont reprises dans le cahier des charges régional.

1.4 Les transports sanitaires

a) Terrestres

La mise en place de la garde ambulancière favorise l'accessibilité aux services d'urgences. L'organisation de chacun des deux départements de la région est décrite dans l'annexe par les cartes de mise en cohérence SDACR-SROS. A quelques rares ajustements près à réaliser, la couverture est considérée comme satisfaisante.

b) Aériens

Hélisurfaces-Hélistations

- Il existe 16 hélisurfaces, certaines conformes à la réglementation dont celles du CHI Elbeuf-Louviers (site des Feugrais), des centres hospitaliers de Gisors et de Verneuil sur Avre.
- Il existe 2 hélistations au CHU de Rouen et sur le site de l'hôpital Jacques Monod du Groupe Hospitalier du Havre.
- Tous les établissements de santé sièges d'une structure d'urgence autorisée ne sont donc pas équipés à minima d'une hélisurface permettant l'usage courant d'un vecteur sanitaire médicalisé héliporté.

Cette situation non satisfaisante impose une mise en conformité d'un réseau maillé urgence.

Transports héliportés médicalisés

Les transports héliportés et régulés par les SAMU, utilisent essentiellement les hélicoptères de la sécurité civile, DRAGON 76 et 75. Il est rarement fait appel aux vecteurs sanitaires de la Picardie, ou aux hélicoptères de la douane ou la gendarmerie.

- Pour l'année 2008, l'hélicoptère de la sécurité civile est intervenu 290 fois dont 175 interventions primaires et 115 interventions secondaires.
- Les missions de ce vecteur seront progressivement complétées par des missions de surveillance du territoire qui réduiront d'autant sa disponibilité pour des interventions sanitaires.
- Enfin la médicalisation de ce vecteur non dédié sanitaire détermine de fait des délais de mise en œuvre avec perte de temps notamment en primaire. Ces délais d'engagement limitent la mobilisation des interventions héliportées par les SAMU.

En 2008, l'engagement du vecteur héliporté de la sécurité civile, médicalisé par les SAMU, concerne dans près de 30% des cas, des interventions primaires et dans 70% des cas des transferts secondaires (respectivement 40% et 60% pour le SAMU 76A de Rouen, 29% et 71% pour le SAMU 27 d'Évreux).

Par ailleurs, l'année précédente, les interventions primaires dont les délais d'accès ont été supérieurs à 20 minutes sont au nombre de 723 interventions en 2007 (472 de jour). Ont été dénombrés plus de 780 interventions au dessus de 25 Km, pour des pathologies mettant en jeu le pronostic vital et susceptibles pour certaines d'entre elles de bénéficier d'un vecteur héliporté médicalisé.

Un rapport préliminaire d'opportunité réalisé en 2010 dénombre 846 interventions actuellement susceptibles de faire intervenir le vecteur héliporté pour la seule zone d'écoute de Rouen. Une régulation de même niveau, qui intéresserait respectivement dans des proportions importantes les deux autres centres 15, porterait à près de 1083 primaires et 756 secondaires les interventions susceptibles de bénéficier d'un transport héliporté sous la réserve d'une disponibilité 24h/24.

Ces différents éléments qui laissent prévoir une moindre disponibilité des hélicoptères de la protection civile pour des interventions sanitaires dont le besoin augmente par ailleurs sensiblement et justifient la mise en œuvre d'un équipement de transport héliporté qui permettra de raccourcir les délais, optimiser les temps d'intervention, favoriser les filières d'urgences notamment neuro-vasculaires.

Le constat

1.5 Etat des lieux

a) Accessibilité et coopérations

- Une bonne accessibilité des populations aux services d'urgences est globalement assurée sur le territoire régional par le nombre et la localisation des structures hospitalières et des services pré hospitaliers mobiles. Subsistent cependant des zones où l'accès à une structure d'urgence reste distant avec des délais d'intervention des moyens mobiles médicalisés trop longs. Bien identifiées à la fois par les travaux du SROS 3, notamment ceux menés conjointement entre les régions Basse, Haute Normandie et Picardie en 2004-2005, et confirmées par les travaux de cartographie menés à partir des bases d'information de la régulation du réseau régional de l'Aide Médicale Urgente de Haute Normandie (RRAMUH), ces zones devront faire l'objet d'adaptations et de recommandations nouvelles.
- Des accueils spécialisés ont été mis en place principalement pour les activités pédiatriques, au CHU de Rouen et au Groupe Hospitalier du Havre, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par des prises en charge adaptées et la présence de personnels formés. En neurochirurgie, les conditions d'admission ont été optimisées en partie grâce au réseau de transfert d'images dont la modernisation est nécessaire pour répondre aux enjeux de la télé-expertise dans les domaines hyperspécialisés. D'autres accueils peuvent également répondre à des organisations optimales et recommandées de filières de soins : des recommandations complémentaires seront formalisées.
- Les coopérations inter établissements qui visent à assurer dans les meilleures conditions possibles la prise en charge en urgence des patients par un établissement disposant d'un plateau technique du niveau requis par leur état de santé, se révèlent insuffisamment formalisées. Les contrats de relais n'ont pas atteint leurs objectifs et des dispositions spécifiques pour l'adressage et l'orientation des patients au sein du réseau urgence devront être mises en oeuvre.
- Les coopérations et les coordinations instaurées entre la médecine libérale et le dispositif hospitalier, notamment par la régulation de la permanence des soins, celles entre les SAMU et les SDIS ainsi que les associations de transports urgents sont bonnes. Les protocoles sont partagés et formalisés par des conventions qui permettent d'harmoniser les interventions d'une part des ambulanciers, d'autre part, et dans leurs domaines respectifs de compétences, celles des SMUR et du secours à personnes (SDIS). Les nouvelles dispositions de l'arrêté du 24 avril 2009 nécessiteront cependant leur actualisation sur les bases du référentiel commun national, et les moyens de la régulation sont encore à compléter notamment dans les domaines de la communication et du transfert de données.
- La démarche prévue de communication sur les modalités d'accès aux soins à l'intention des professionnels et des populations n'est pas encore aboutie, de même que la mise en place d'un réseau urgence régional n'est pas aboutie.

- Enfin la connaissance de l'activité des services d'urgence demeure très insuffisante sur le plan qualitatif, malgré la préconisation de généralisation de rapports d'activité et la mise en place d'un système harmonisé d'information au niveau de la région. En effet, au delà de l'informatisation de l'activité de régulation par une application régionale (RRAMUHN), et de la mise en œuvre d'un serveur de veille et d'alerte régional qui collige les informations utiles à l'analyse et au suivi des activités urgences, SAMU-SMUR, ainsi qu'à la connaissance de la disponibilité de l'offre sanitaire, force est de constater que l'informatisation des structures d'urgences reste insuffisamment développée.

b) Un environnement des services des urgences profondément modifié

- L'évolution de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire a eu un impact significatif sur le fonctionnement des structures d'urgence, notamment par la réorganisation des secteurs de garde et l'ouverture de maisons médicales de garde, mais insuffisant pour inverser les tendances continues d'augmentation des activités des structures d'urgences en partie liée au vieillissement de la population,
- Des transformations de l'organisation et de la gestion des structures d'urgences ont été imposées par la mise en œuvre de la réduction du temps de travail médical, la tarification à l'activité, l'augmentation continue des activités,
- Les comportements d'usagers se modifient progressivement vers l'accès non programmé rapide et sécurisé à des consultations et des plateaux techniques.

c) L'activité

En 2004, les services d'urgences ont recensé 534.007 passages, ce qui représente une forte augmentation au cours de la période 1998-2004 de +25,6%.

Evolution 1998-2004 du nombre de passages par territoires (source SAE)

Territoire de santé	Passages		
	1998	2004	Evolution 2004/1998
Territoire de Rouen-Elbeuf	182.048	215.263	+6,05%
Territoire du Havre	127.815	164.914	+29,03%
Territoire d'Evreux-Vernon	84.883	113.672	+33,9%
Territoire de Dieppe	30.478	40.158	+31,76%
REGION	425.224	534.007	+25,6%

Entre 2004 et 2010, 2 phases d'évolution sont observées, l'une d'augmentation soutenue entre 2004 et 2008, l'autre de palier depuis 2008 :

Evolution 2006-2010 du nombre de passages par territoires (source Serveur Veille-Alerte)

Territoire de santé	Primo Passages				
	2007	2008	2009	2010	Evolution 2010/2007
Rouen-Elbeuf	220 415	226 358	230 822	224 657	1,8%
Le Havre	161 646	161 471	161 784	155 563	-3,8%
Evreux-Vernon	127 764	127 855	129 587	128 748	0,8%
Dieppe	41 664	43 923	44 916	45 140	9,9%
REGION	515 105	559 607	567 109	554 108	0,5%

La nature des passages a grandement évolué puisque la part des personnes âgées de plus de 75 ans représentait prés de 8,8% des passages en 2006 (**45 223**), 9,7% en 2008 (**54 412**) 2 ans plus tard, et en 2010 10,2% des passages. Ils correspondent à 11 332 personnes âgées supplémentaires accueillies en structure d'urgence depuis 4 ans, essentiellement dans les territoires de Rouen-Elbeuf et Le Havre
C'est dire l'importance de poursuivre la réflexion sur la prise en charge en urgence des personnes âgées et élaborer des recommandations qui permettent l'accès direct aux structures internes les plus adaptées des établissements de santé (notamment les courts séjours gériatriques, les unités de soins de suite et de réadaptation..), mais aussi de prévenir et réduire l'hospitalisation par le maintien à domicile autant que possible.

Parallèlement, si les hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences ont augmenté entre 2006 et 2008 (+2,8% pour la région), il est constaté une nette diminution entre 2006 et 2010 respectivement de 19,1% à 17,7%.

Enfin, l'activité des SMUR qui avait, quant à elle, enregistré une évolution modérée de +5,9% du nombre des sorties en 4 ans pendant la période précédent le SROS3, et qui a fortement progressé au cours de la période 2006-2008 de plus de 6,5% (2,8% par an), particulièrement au titre des transports secondaires (+ 15,3%), connaît une moindre évolution entre les années 2007 et 2010 de 1,3% en 3 ans, et une baisse des transports inter-hospitaliers de 7%.

1.6 La démographie médicale : des compétences qui restent rares

On constate plusieurs éléments défavorables.

La démographie médicale des médecins généralistes reste inférieure à la moyenne nationale, chiffrée en 2005 à 93 médecins pour 10 000 habitants vs 10,2 en France métropolitaine, tandis que des disparités intra-régionales sont importantes, la situation étant plus difficile dans les territoires de santé de Dieppe, Evreux-Vernon et en zone rurale.

S'agissant des praticiens nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence, des SMUR et des centres de régulation SAMU, une enquête 2009 a permis de chiffrer les besoins de formation et de recrutement à plus de 40 praticiens au minimum.

Enfin au plan général la formation des internes reste encore insuffisante en nombre d'internes de médecine générale inscrits en DESC de médecine d'urgence (123 France entière en 2006-2007, source ISNAR-IMG, estimation), et les perspectives en région Haute Normandie ne permettront un renforcement régional qu'en 2011 pour moins du quart des besoins de formation : en 2010 seuls 2 praticiens (DESC) seront en fin de cursus. Le renforcement de la filière de formation est néanmoins engagé (2 ans). Ces données plaident pour une politique volontariste qui peut bénéficier de l'élargissement du numérus clausus dont les effets commencent à se faire sentir. La formation à la médecine d'urgence (DESC) des internes en médecine générale qui reste contrainte par les maquettes de formation, a été facilitée. Ces perspectives nécessitent de rendre très opérationnelles les organisations et d'optimiser les ressources médicales compétentes.

1.7 Des établissements de santé très régulièrement sous tension

Plusieurs épisodes de forte tension des établissements de santé et en médecine ambulatoire ont été relevés depuis plusieurs années. Ces périodes sont récurrentes, et de plus en plus fréquentes. On citera pour exemple :

- la canicule 2003 et les fortes chaleurs de 2004,
- la réorganisation de la permanence des soins ambulatoires,
- les épidémies saisonnières notamment la grippe, les gastro-entérites, les bronchiolites…,
- les grands froids,
- souvent des causes cumulatives telles que l'effet du vieillissement de la population et des épisodes épidémiques successifs voire chevauchants.

Dans ces périodes, la médecine ambulatoire est également rapidement en tension parallèlement aux établissements de santé.

Les établissements de santé ont élaboré leurs plans blancs, et à l'échelle des départements, des plans blancs élargis sont disponibles ou en cours de finalisation.
Cependant, la répétition des périodes difficiles, et le vieillissement des populations, plaident pour des mesures concertées à l'échelle d'un territoire, impliquant l'ensemble des établissements de santé courts et moyens séjours ainsi que le secteur médico-social. Une organisation régionale a en conséquence été posée.

1.8 Des organisations de la prise en charge en santé mentale et des accidents vasculaires cérébraux

En santé mentale

En période de permanence des soins (PDS), les nouveaux patients, et fréquemment les patients suivis, sont orientés ou adressés vers les établissements de santé sièges d'une structure d'urgence, par les SDIS, par la police ou la gendarmerie, par le praticien qui assure la permanence des soins ambulatoire, ou encore directement par le patient lui-même ou sa famille.
Pendant les périodes diurnes, hors PDS, le patient est soit adressé vers l'établissement spécialisé qui le suit, soit la structure d'urgence.

Dans les deux cas, il est nécessaire que la prise en charge comprenne le bilan somatique, l'expertise psychiatrique immédiate ou déportée, le transfert éventuel vers la structure de prise en charge la plus adaptée.

Accidents vasculaires cérébraux

Au même titre que la prise en charge des infarctus du myocarde, un protocole doit être mis en place pour préciser l'organisation du parcours du patient dans la filière de soins, s'agissant d'une affection qui touche près de 3 187 séjours-patients pour AVC ou AIT en 2010 en Haute Normandie, trois fois l'incidence des infarctus (cf SROS AVC).

En résumé :

Au regard du bilan de l'état des lieux, il subsiste des marges de progression relatives au développement:

- des coopérations inter établissements,
- de l'accessibilité aux plateaux très spécialisés,
- de la permanence des soins et du lien ville-hôpital,
- du fonctionnement en réseau et des modalités d'adressage sur la base de la connaissance des équipes, des compétences, de la disponibilité des plateaux techniques…,
- du développement d'un système d'information régional,
- de modalités améliorées pour les prises en charge des personnes âgées,
- de la recherche de l'optimisation des organisations au titre des ressources et des compétences rares,
- d'une politique de formation initiale et continue dans le domaine de l'urgence,
- d'un travail structurant à mener pour rendre plus opérationnel un dispositif régional de réponse aux situations de tension.

II. ORIENTATIONS / EVOLUTIONS

2.1 Axes généraux

Au regard de l'état des lieux, il n'est pas proposé de modifier profondément le dispositif global de prise en charge des urgences qui répond aux besoins, mais plutôt de le consolider en poursuivant le processus permanent d'adaptation et d'amélioration, et ceci dans deux directions :

- **améliorer l'accès aux soins pour tous en apportant à toute demande d'assistance médicale urgente ou ressentie comme telle, une réponse adaptée en mobilisant les moyens requis. Pour cela, il s'agit de :**
    - mettre en place et conforter les coopérations et partenariats entre professionnels d'amont et d'aval mais aussi entre structures,
    - ajuster la couverture territoriale par les services mobiles d'urgences,
    - compléter les dispositifs en place et améliorer les organisations et les moyens techniques nécessaires.

- **Optimiser les organisations internes aux services d'urgence et leurs relations avec les autres services intra-hospitaliers ainsi que leurs moyens nécessaires.**

Enfin, deux filières spécifiques de prise en charge de l'urgence vitale ou à risque de séquelles graves, dans les domaines de l'urgence coronarienne et de l'urgence neurovasculaire, sont décrites dans les volets " Cardiologie et activités interventionnelles en cardiologie " et " Médecine ".

2.2 Pour améliorer l'accessibilité du dispositif

Le nombre des structures d'urgences apparaît suffisant et leur localisation géographique pertinente pour permettre une bonne accessibilité des populations. Ils répondent par ailleurs aux difficultés de la permanence des soins dans un contexte de démographie médicale défavorable. Ils constituent, avec les dispositifs territoriaux de la permanence des soins, notamment l'accès régulé et les maisons médicales de gardes, la porte d'entrée de proximité des demandes non programmées non satisfaites, et permettent l'orientation des patients vers les plateaux techniques adaptés à leurs besoins.

La poursuite de la création de maisons médicales, de garde ainsi que pluridisciplinaires, en lien avec les services d'urgences autorisés doit être encouragée, et leur implantation à proximité immédiate d'un service d'urgences accompagné.

En période de crise sanitaire, des centres de coordination sanitaires et sociaux territoriaux compléteront les moyens pour permettre les interventions auprès des populations.

2.3 Pour assurer la bonne mobilisation des nombreux intervenants de l'urgence

- L'harmonisation des schémas, d'une part le SROS et d'autre part les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR), a imposé un travail de cartographie de l'existant des moyens disponibles et des territoires, élaborée à partir des données de l'application régionale de régulation (RRAMUHN) et d'informations fournies par les SDIS. Cette cartographie spécifique est en conséquence annexée au présent schéma et pourra être révisée lors des évolutions ultérieures rendues nécessaires.
- Des dispositions territoriales d'organisation des interventions ont permis d'adapter les interventions aux difficultés de fonctionnement identifiées :
    - couverture de la 2ème boucle ouest de Seine, zone de la Mailleraye,
    - couverture de la zone d'Yvetot par répartition concertée de la couverture de ce territoire entre les SMUR du Havre, Fécamp, Dieppe et Rouen,

- couverture du Pays de Bray par un dispositif infirmier SDIS régulé par le Samu de Rouen, avec jonction systématique du SMUR dès l'année 2009 : garde 24/24 d'un infirmier Sapeur Pompier (centre de secours de Forges les Eaux, interventions conformes à un cahier des charges et des protocoles validés conjointement par le SDIS 76 et le SAMU, dispositions de formation conjointe initiale et continue). La médicalisation systématique sera terrestre dans un premier temps et pourra bénéficier de l'apport d'une équipe héliportée dès lors qu'elle serait installée au niveau régional,
- extension de la zone d'intervention du SMUR de Gisors pour couvrir la zone de Gournay,
- des dispositions conjointes avec la région Picardie et les SAMU d'Amiens et de Beauvais sont proposées, à la fois en termes de couverture des zones frontières que de règles robustes de régulation : zone de Mers les bains et littoral (SMUR de Dieppe antenne de EU), zone de Blangy (SMUR d'Abbeville), zone d'Aumale (SMUR de Rouen), zone de Gournay voire Chaumont (SMUR de Gisors).

2.4 Pour améliorer la régulation

a) Des moyens complémentaires de régulation pour rendre plus opérationnelles et collaboratives les interventions conjointes

- Inter connexion SAMU-SDIS pour le partage des données, pour laquelle les facteurs favorables sont un système de régulation commun déjà en place dans les trois SAMU et un système des SDIS de l'Eure et de Seine Maritime également commun. La définition des protocoles d'échanges et des formats aura lieu dans une démarche régionale.
- Harmonisation des outils de travail pour la collaboration SROS–SDACR, et en particulier l'harmonisation des conventions tripartites, des conventions financières pour carence, du financement des moyens SDIS lors d'intervention SMUR, mais aussi de la convention d'intervention SAMU-SDIS pour secours à personnes.

b) La qualité de la régulation

La qualité de la régulation des centres 15 passe par des décisions d'orientation, de conseils, de mobilisation de l'aide médicale urgente et des réponses adaptées qui imposent une forte démarche qualité, l'adaptation constante des équipes, de la formation et des compétences, des moyens et des systèmes partagés d'information, des protocoles de prise en charge et des modalités d'interventions. Un même outil de régulation participe déjà à l'efficience du dispositif.

Pour compléter ces moyens, un répertoire opérationnel des ressources, dont le développement et la maintenance sera assuré pour partie par le réseau régional urgences et pour partie par les établissements de santé et les réseaux d'organes, sera mis en œuvre en 2012. Il permettra l'orientation adéquat et gradué des patients vers les structures d'urgences, les plateaux techniques, les compétences spécialisées ou encore le dispositif ambulatoire de médecine générale au titre de la permanence des soins.

Une coopération sera mise en place avec la plateforme de télésanté régionale pour faciliter le développement et l'intégration des systèmes d'information des structures d'urgence. Elle assurera les maîtrises d'ouvrage nécessaires. La télésanté doit favoriser l'accès aux avis spécialisés sur tous les territoires, et contribuer à la circulation de l'information et à l'apport d'expertise à tous les services d'urgences.

S'agissant de la régulation ambulatoire, le cahier des charges régional précise les organisations.

Hors des périodes de PDS, en semaine et en diurne, une régulation ambulatoire et une orientation des patients vers les praticiens susceptibles d'assurer des consultations non programmées organisées au sein du territoire de santé, sera expérimentée et évaluée, à l'instar de l'organisation Havraise. L'expérimentation sera conduite sur la base d'un appel à projet.

c) Une meilleure définition des contours d'intervention et de la qualité de la régulation

Les zones d'intervention ont été revues en 2008 à l'occasion de la création du SMUR de Pont-Audemer.

Néanmoins, la généralisation de la géo-localisation des appels et des équipes conduit à privilégier l'engagement des SMUR selon les principes d'intervention suivants :

- la rapidité d'intervention.
- la disponibilité des équipes.
- la capacité à détourner les équipes les plus proches.
- la poursuite et le renforcement de la complémentarité des intervenants.
- la capacité à mobiliser un vecteur sanitaire héliporté dédié aux urgences, et qui puisse répondre à la fois aux interventions secondaires et primaires notamment dans les zones distantes (projection d'une équipe médicalisée, jonction avec SDIS et intervenants de premiers secours).

- Les contours d'intervention des SMUR permettent d'arrêter une couverture théorique et précise des zones d'intervention. Cependant la régulation devra privilégier les critères d'efficacité rendus possibles par l'applicatif de régulation et la géo-localisation des équipes SMUR.

2.5 Transports sanitaires

En ce qui concerne les transports sanitaires, l'évolution de l'offre de soins et la gradation des plateaux qui oriente plus explicitement les patients vers les établissements les plus à même de les prendre en charge, implique l'adaptation constante du nombre de véhicules notamment de la garde ambulancière à la demande.

2.6 Pour adapter L'offre aux besoins

En termes d'organisation

L'organisation dans les services d'urgences de l'accueil de populations spécifiques doit être poursuivie dans les domaines suivants :

a) Psychiatrie

Les organisations retenues doivent garantir une prise en charge de droit commun 24h/24 en urgence, permettre le bilan somatique, organiser l'expertise psychiatrique, prévoir les modalités de surveillance et de transfert vers les structures hospitalières les plus adaptées (CH autorisés à l'activité de psychiatrie)**.**

On rappellera que le recrutement psychiatrique journalier moyen des S.U. est de l'ordre de 5 à 8%. Appliqué au S.U. du CHU de Rouen, hors pédiatrie, cette activité représente près de 18 patients par jour contre 7 à 8 pour les S.U. du Havre, de Dieppe, d'Elbeuf ou d'Evreux. C'est une activité de l'ordre de 2,2 à 2,5 patient jour pour les structures d'urgences moyennes. C'est aussi pour chaque territoire de santé, 27 patients en moyenne à Rouen, 18,7 au Havre, 15,5 pour celui d'Evreux et 5 pour Dieppe.

C'est dire que les dispositions d'organisation doivent prendre en compte les flux, pour prévoir les compétences nécessaires, l'adaptation éventuelle des locaux, et enfin les modalités de la surveillance.

Si un établissement reçoit 5 à 7 patients jour, l'architecture polyvalente peut être adaptée, de même que la disponibilité des praticiens par astreinte et consultations de liaison.
Par contre, une activité de près de 20 patients jours réclame une organisation spécifique proche d'un S.U. spécialisé : personnel dédié, unité spécifique, séniorisation spécialisée.

Principes d'organisation

Intervention et coordination des acteurs de la prise en charge extra-hospitalière

Compte tenu des dispositions relatives à l'hospitalisation sous contrainte, de la disponibilité des entreprises de transport sanitaire, et des situations d'urgence pour lesquelles plusieurs intervenants sont sollicités tels que le SDIS, la Police, la gendarmerie, les ASSU, les SAMU et centre 15 et les SMUR, enfin le praticien qui assure la permanence des soins ambulatoire, 2 protocoles de prise en charge seront élaborés conjointement à l'échéance de 6 mois :

- interventions au domicile,
- interventions sur la voie publique.

Prise en charge dans les structures d'urgence

Une convention doit lier précisément chaque structure d'urgence à une unité spécialisée dans la prise en charge des patients psychiatriques, prévue aux articles D 6124-8 et suivants du code de la santé publique.

Un projet médical et d'organisation sera en conséquence formalisé entre les structures spécialisées et chacune des structures d'urgences dont elles dépendent. Elles prévoiront précisément les dispositions d'intervention, d'adressage, de responsabilités, de transferts des patients, les situations cliniques concernées, les modalités de prise en charge et de surveillance, ainsi que celles relatives aux hospitalisations sous contraintes. Elles prendront en compte les activités et les dispositions suivantes :

S.U. à très forte activité, plus de 15 patients psychiatriques jour, correspondant à la situation du CHU de Rouen :

- équipe d'IDE formée et renforcée par IDE spécialisées en psychiatrie.
- présence d'un praticien 24/24 (interne de spécialité).
- intervention du praticien sénior :
    - de jour par l'unité de liaison.
    - présence sur place jusque 0h.
    - ligne de permanence des soins de « garde » ou de « demi-garde / demi-astreinte »
- adaptation des locaux pour une unité de surveillance spécifique.

S.U. à forte activité, dont la prise en charge de 5 à 8 patients psychiatriques jour, correspondant aux situations des S.U. du Havre, de Dieppe, d'Elbeuf et d'Evreux :

- équipe d'IDE formée et renforcée par IDE spécialisées en psychiatrie.
- présence d'un praticien junior en période diurne (interne de spécialité).
- intervention du praticien sénior :
    - de jour par l'unité de liaison.
    - disponibilité du psychiatre sur appel du sénior d'urgence, par une ligne d'astreinte 24/24.
- accueil et surveillance dans les locaux polyvalents.

S.U. d'activité moyenne, 2 à 3 patients psychiatriques jour : cas des S.U. périphériques de chaque territoire de santé et des structures d'urgence privées :

- équipe d'IDE formée.
- intervention du praticien sénior :
    - de jour par l'unité de liaison.
    - disponibilité à distance, sur appel sénior d'urgence, par une ligne d'astreinte 24/24.
- accueil et surveillance dans les locaux polyvalents.

La décision de transfert

Une fois le bilan somatique établi, sur avis du praticien sénior des urgences et du praticien spécialisé en psychiatrie (conférence à 2 ou sur protocole), le transfert du patient est organisé et régulé par le centre 15, dans la majorité des cas en transport non médicalisé (infirmier éventuellement), et sous contrainte chimique en cas de besoin.

La permanence des soins

Organisée de façon graduée, elle comporte :

- un système de garde sur place pour les structures spécialisées : accueil des nouveaux patients, prise en charge de la continuité des soins, avis à distance (vecteur télésanté, téléphonie,..). L 'importance et l'organisation interne doit répondre aux besoins internes et aux sollicitations externes. Chaque unité sectorielle et intersectorielle participe à cette mission de service public dans le cadre de la mutualisation des compétences.
- des lignes de permanence des soins en structure d'urgence, soit sur place soit sur place et en astreinte, selon l'importance des activités. Leur organisation est la suivante :

Structure d'urgence, structure d'accueil, d'orientation, de crise	Permanence			Surveillance et prise en charge
	Séniors		Internes	
	Gardes	Astreinte	Garde	
CAC Evreux	1* (½*)	(½*)		Structure dédiée
S.U. CHIES	1		1	CAC-SU
UNACOR	1			Structure dédiée
S.U. CHU Rouen	1* (½*)	(½*)	1	Structure dédiée-SU
S.U. Elbeuf	Convention UNACOR			UHCD
Centre P.Janet	1			Structure dédiée
S.U. GHH		1	1	UHCD
Centre de Psychiatrie de Dieppe	1*	(1*)	1	Structure dédiée
S.U. CH Dieppe				UHCD

(*) alternative - demi garde / demi-astreinte (1/2*)

b) La prise en charge en urgence des affections neuro-vasculaires

En région Haute Normandie, les Unités Neuro-Vasculaires (UNV) sont encore insuffisantes en termes d'implantation, et incomplètes en termes de compétences et d'activité. Ainsi, seules 2 unités sont opérationnelles au CHU de Rouen et au centre hospitalier du Havre (GHH).
La prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et celle des Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) relèvent de telles structures selon un protocole de prise en charge codifié qui néanmoins doit prendre en compte l'absence d'UNV dans chaque structure siège d'un S.U.

Notons que cette prise en charge en urgence concerne trois fois plus de patients chaque année que ceux qui relèvent des USIC pour les pathologies cardiaques ischémiques aiguës.

	Séjours 2010
AVC et AIT	3 187
Infarctus aigus	1 240

En urgence, l'organisation de la prise en charge tient donc compte :

- de l'accès à une UNV disponible,
- de la capacité d'effectuer l'imagerie en coupe d'urgence nécessaire, scanner ou mieux IRM indication privilégiée,
- de disposer d'un avis spécialisé très rapide, notamment par télé-expertise, par conférence à trois entre le radiologue, le neurologue, l'urgentiste,
- d'être en capacité de mettre en œuvre une thrombolyse en urgence sur indication du spécialiste,
- de savoir transférer au bon moment le patient vers le centre spécialisé (transport héliporté, transport médicalisé ou non..), soit pour bilan et prise en charge, soit en post thrombolyse pour prise en charge.

La prise en charge des AVC suggère qu'une structure régionale de référence (CHU) s'organise pour garantir :

- l'expertise 24/24. Dans ce cadre, l'expertise peut être régionalisée et assurée conjointement par l'ensemble des spécialistes de la région (grande garde régionale neuro-vasculaire),
- les échanges d'images par télé-imagerie,
- le « OK » thrombolyse,

Un protocole précis de prise en charge, sous forme d'un arbre de décision, sera établi dans un délai de 6 mois, et maintenu (mis à jour). Il intégrera les éléments de décision suivants :

- la place de chaque intervenant : le centre 15, les structures d'urgence, les compétences en neurologie et en imagerie,
- point d'entrée du patient (SAMU, SU),
- éligibilité à la thrombolyse, délai d'accès aux examens suivants : scanner, IRM,
- capacité de transfert.

c) Pour la prise en charge des personnes âgées

Des dispositions sont déjà prévues au titre du volet gériatrique :

- elles insistent sur la nécessité d'une coordination et d'une coopération forte et constante des acteurs des différents champs d'intervention afin de réduire la fréquence des passages aux urgences et d'éviter les ruptures de prise en charge.
- elles préconisent l'accès indispensable à la compétence gériatrique au sein des structures d'urgences autant que possible, pour établir une première évaluation et déterminer l'orientation la plus adaptée en amorçant, dès le début de l'hospitalisation, le projet de sortie, par la présence soit d'une équipe mobile dédiée soit de celle d'une compétence gériatrique programmée ou encore par convention. Les lits UHCD doivent permettre cette évaluation.
- elles proposent la définition et la mise en place d'organisations particulières pour tenir compte du flux important de personnes âgées, et du rôle d'expert qu'assure le CHU dans ce domaine : autant que possible la limiter et/ou préparer l'hospitalisation lorsqu'elle s'avère nécessaire.
- elles privilégient l'accès direct aux structures adéquates aux patients notamment en unités spécialisées courts séjours gériatriques, en soins de suite et de réadaptation.

C'est le vieillissement rapide et important de la population qui impose des modalités de prises en charge plus ambulatoires que sanitaires hospitalières et conforte l'intérêt d'un diagnostic de fragilité rapide, d'un avis en régulation et d'une proposition d'orientation des personnes âgées.

Propositions d'amélioration de la prise en charge

Mettre en réseau les acteurs de la gériatrie pour augmenter les prises en charges amont et prévenir les hospitalisations par les urgences représente l'objectif complémentaire à atteindre.

Dans chaque territoire de santé la mise en réseau des différents partenaires impliquera le SAMU, les équipes mobile de gériatrie (EMG), la filière gériatrique, les structures de prises en charge à domicile telles que CLIC, SSIAD, HAD, les médecins généralistes et les personnels soignants.

L'évaluation gériatrique, l'aide à la régulation, et l'orientation du patient seront développées en amont des hospitalisations, sur la base de quatre propositions :

- conseils spécialisés et protocoles de régulation, évalués,
- l'intervention d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en lien avec le SAMU,
- intervention de relais d'évaluation (SSIAD, équipes mobiles intra-hospitalières..),
- développement de capacités de maintien à domicile en urgence (SSIAD, HAD…).

Les objectifs et orientations attendus sont une fois sur 3 l'organisation de la prise en charge à domicile, deux fois sur trois une entrée directe dans la filière gériatrique dans un délai de 24 à 72 h.

Un processus expérimental sera mené pendant une période de 2 ans, avant généralisation des solutions les plus optimales de l'une ou plusieurs des quatre modalités d'organisation.

Chacune de ces 4 modalités de réponses sera expérimentée et évaluée selon les situations de chacun des 4 territoires de santé.

d) Pédiatrie

Les enfants ont vocation à être pris en charge chaque fois que possible, et en particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel para médical ayant une formation et une expérience adaptées. Il est préconisé :

- la mise en place et l'utilisation de locaux adaptés à l'accueil des enfants et de leurs familles au moins dans chaque structure d'urgence pédiatrique identifiée,
- une formation et une expérience acquises des personnels médicaux et soignants qui doivent être adaptées à la prise en charge des enfants. Le développement de la formation pédiatrique des médecins urgentistes est indispensable (DIU notamment pour quelques uns),
- la prise en charge des urgences pédiatriques sera graduée par des accueils spécifiques dans les établissements de référence et de recours, et des organisations dans les établissements de santé sans structure interne de pédiatrie :
    - 2 structures spécifiques d'accueil des urgences pédiatriques au CHU de Rouen et au Groupe Hospitalier du Havre,
    - 3 accueils spécialisés pédiatriques dans les établissements publics d'Evreux, d'Elbeuf, de Dieppe ; les accueils seront organisés dans des locaux dédiés, proches de la structure d'urgence adulte, par un personnel d'expérience et de compétences adaptées à la prise en charge des enfants
    - les structures d'urgence polyvalentes, au mieux au sein de locaux adaptés et par un personnel formé à l'accueil des enfants et des adolescents, dans les autres établissements.

- des objectifs qualité seront recherchés tels que la formation médicale (DIU d'urgence pédiatrique, passage des internes de médecine générale en service de pédiatrie), le renforcement de la séniorisation par le double dispositif d'urgentistes formés et de pédiatres de garde ou d'astreinte opérationnelle, l'organisation autant que possible de deux filières de prise en charge selon la nature chirurgicale ou médicale des motifs d'hospitalisation, la réduction au minimum des lits portes UHCD spécifiques pédiatriques, les procédures de prises en charge privilégiant l'hospitalisation dans les services spécialisés, enfin la mise en place dans les établissements référents d'un avis pédopsychiatrique (sites du Havre et d'Evreux, en complément de l'unité déjà installée au CHU de Rouen) et pédiatrique ainsi qu'en appui de la régulation,
- la télé-imagerie et la télé-expertise entre les établissements sièges d'une structure d'urgence pédiatrique, la réanimation pédiatrique et l'unité d'imagerie pédiatrique du CHU de Rouen sera mise en place.

e) Traumatismes graves de la main : SOS Main

Les traumatismes de la main représentent une part importante de l'activité d'un service d'urgence (10 à 15%). De nombreux travaux ont prouvé qu'une mauvaise prise en charge initiale de ces lésions induit un surcoût important en terme de santé publique (indemnités journalières, incapacité).
Créé en 2000, la structure SOS Main au CHU de Rouen, unique dans la région, répond à une activité de recours. Elle est composée de chirurgiens plasticiens et orthopédistes ayant tous acquis une compétence spécifique en chirurgie de la main et en microchirurgie. Actuellement 10 chirurgiens issus du CHU ou du secteur privé rouennais participent au tableau d'astreinte du CHU.

Le SOS Main Rouen prend en charge annuellement plus de 800 patients traumatisés de la main, qui bénéficient d'une intervention chirurgicale par un de ces spécialistes. Compte tenu, de son niveau d'activité et de son niveau technique, il a pu intégrer, dès 2002, la Fédération Européenne des Service d'Urgence Main (FESUM).

La pathologie concernée n'est pas uniquement composée par des traumatismes de la main mais comprend également des gestes spécialisés de replantations, de microchirurgie, et de couverture des pertes de substance des membres.

SOS Main Rouen représente le recours pour les besoins de la région Haute Normandie mais aussi pour ceux des départements limitrophes. Il convient néanmoins de renforcer l'adressage des patients vers SOS Mains Rouen, des transferts en urgence étant encore réalisés indûment vers la région parisienne

Il répond également aux besoins de la région Basse Normandie dont la structure SOS Main du CHU de Caen, émergente, n'est pas encore en mesure de couvrir toutes les situations d'urgence. Une convention de transferts en urgence des patients pour une prise en charge sur Rouen en cas d'impossibilité à Caen a été établie à cet effet en 2010.

Le SOS Main Rouen met en œuvre enfin des actions de prévention contre les accidents de la main, en population ainsi qu'à destination des apprentis et professionnels

f) Les accueils hautement spécialisés

Trois définitions des "accueils directs spécialisés", sans passage par les structures d'urgence, sont retenues et correspondent à des fonctionnements en termes d'accès et de disponibilités médicales différenciées :

- **Catégorie 1 : les "accueils directs spécialisés" recevant tous les patients correspondant à une "spécialité" sans orientation préalable.**
    - Les patients peuvent se présenter d'eux même à la structure d'accueil qui dispose d'une autonomie, et géographique, et en terme de personnel médical et paramédical.
    - La gynécologie et la pédiatrie sont les principales spécialités correspondant à cette définition.

- Selon les structures, l'équipe peut comprendre des médecins juniors, mais un médecin senior est présent ou joignable en permanence pour l'accueil des patients.

- **Catégorie 2 : les "accueils directs hautement spécialisés" qui relèvent de la permanence des soins territoriale**

  - Ils acceptent certains patients d'une spécialité après régulation par le SAMU, ou sur demande du médecin traitant.
  - Ces accueils sont en général associés à un plateau technique particulier. Le médecin spécialiste senior est physiquement présent pour accueillir le patient.

- **Catégorie 3 : Les "accueils hautement spécialisés" qui relèvent de la permanence des soins régionale dans une spécialité définie.**

  - L'accès est direct mais régulé par le SAMU, par adressage selon protocole, à la demande d'un établissement de santé, ou par les structures d'urgences polyvalentes (mais avec une prise en charge d'emblée par le spécialiste concerné en association avec les urgentistes).
  - Le médecin spécialiste senior est physiquement présent pour prendre en charge le patient.

Pour mémoire les activités de santé mentale, obstétrique, réanimation médicale et chirurgicale polyvalente, réanimation néonatale, ne sont pas considérées dans cet inventaire car faisant l'objet de développement dans d'autres parties du SROS.

Le tableau ci-dessous présente l'inventaire des "accueils" qui ont vocation à être identifiés selon les critères retenus.

Lieu	Structure	Catégorie	Spécialité
Rouen			
	CHU Rouen	1	Pédiatrie Gynécologie Urgences ophtalmo.
		2	Cardiologie interventionnelle (cathétérismes) SOS-main Unité Neurovasculaire Centre d'accueil de référence des polytraumatisés
		3	Chirurgie cardiaque Neurochirurgie
	Hôpital du Belvédère	1	Gynécologie
	Clinique St Hilaire	2	Cardiologie interventionnelle (cathétérismes)
	Clinique Mathilde	1	Gynécologie
Le Havre			
	Groupe Hospitalier du Havre	1	Pédiatrie Gynécologie
		2	Cardiologie interventionnelle (cathétérismes) Unité Neurovasculaire
	Etablissement privé de l'Estuaire	2	Cardiologie interventionnelle (cathétérismes)
Dieppe			
	Centre hospitalier de Dieppe	1	Pédiatrie
Elbeuf			
	CHI Elbeuf-Louviers	1	Pédiatrie Gynécologie
Evreux			
	CHI Eure-Seine, site d'Evreux	1	Pédiatrie Gynécologie Unité Neurovasculaire
	Cl Bergouignan-Pasteur, dans le cadre d'une coopération avec le CHI Eure-Seine	2	Cardiologie interventionnelle (cathétérismes)

Enfin, un recensement des "accès à des prises en charges spécialisées via les services d'urgences polyvalents" participera à la définition de la permanence des soins et du répertoire opérationnel des ressources.

En termes d'équipements complémentaires

g) Un Hélicoptère Régional au SAMU 76A - CHU Hôpitaux de Rouen

Les délais d'intervention et les indisponibilités des équipes lors de transferts secondaires longs et susceptibles de pertes de chances pour les patients notamment dans les pathologies qui requièrent des prises en charges hautement spécialisées dans des délais courts (filière neuro-chirurgicale, filière neuro-vasculaire, filière de cardiologie interventionnelle, filière poly-traumatologique et strocke center,..), justifient l'intérêt de disposer d'un vecteur dédié qui ne pénalise pas le patient, et améliore la disponibilité des compétences médicales déjà rares.

Il sera prévu une implantation à Rouen dont les missions sanitaires exclusives porteront sur les interventions primaires, et notamment le déport d'équipes médicales avec jonctions SDIS, et les interventions secondaires pour transferts inter-hospitaliers nécessités par la gradation des soins et des plateaux ainsi que les prises en charges hautement spécialisées.
D'abord diurne, en semaine et les samedis, dimanche et jours fériés, le vecteur héliporté pourra être étendu en nuit sous réserve des dispositions techniques et des volumes d'activité.

Les zones de posé représentées par les hélisurfaces auront vocation à être mises en conformité avec la réglementation de l'aviation civile.

La mise en œuvre d'un vecteur héliporté médicalisé vient à la fois en complément et en substitution d'interventions actuellement réalisées par les moyens terrestres. Il a vocation à répondre à des protocoles d'engagement bien codifiés.

Par l'impact qu'il représente sur l'activité des SMUR terrestres, en nombre et en amélioration des durées d'intervention, sa mise en place ne peut se faire que dans le cadre d'une optimisation des moyens, d'une réorganisation et mutualisation des équipes. La mise ne œuvre effective répondra en conséquence à une étude de faisabilité préalable qui précisera les moyens disponibles et à redéployer pour constituer l'équipe médicale et soignante, l'organisation des interventions primaires et secondaires et leurs impacts en termes de recettes et de dépenses, la réorganisation du maillage des équipes SMUR qu'elle suppose.

h) Imagerie médicale

Les structures d'urgences ont pour mission à la fois la prise en charge des patients à leur niveau de compétences selon les plateaux et la spécialisation des unités qui composent l'établissement de santé, et l'orientation du patient vers les structures adéquates aux besoins. Dans ce contexte, l'accès à un plateau d'imagerie, pour réglementaire qu'il soit, doit non seulement être possible 24h/24 mais bénéficier de l'imagerie en coupe (Scanners et IRM), devenue indispensable à la bonne prise en charge et à l'orientation du patient, ainsi qu'un accès à l'échographie notamment par équipement spécifique des structures d'urgence.

Il est préconisé en conséquence, pour les structures des urgences adossées à un plateau technique conséquent et au moins une unité de médecine et une unité de chirurgie, l'accès à l'imagerie en coupe par scanner. Les modalités de fonctionnement seront déterminées en prenant en compte la participation des praticiens du plateau d'imagerie, organisés en astreinte opérationnelle ou en garde, et par défaut par une garde d'imagerie régionale et/ou territoriale organisée et sous la responsabilité du réseau régional d'imagerie. Dans cette hypothèse, il est recommandé que les praticiens urgentistes soient formés :

- à la prise en charge des patients et aux protocoles de télé-imagerie,
- aux examens d'échographie relevant de leurs domaines de compétences (diagnostic d'orientation et d'urgence).

III. QUALITE / SECURITE DE L'OFFRE

La mise en conformité à la réglementation en vigueur des services d'urgences et des structures pré-hospitalières mobiles doit être poursuivie.

Les services autorisés doivent disposer d'un personnel dédié. Lorsqu'un médecin assure seul la permanence des soins et l'activité SMUR, l'établissement formalise avec les autres praticiens de l'établissement son remplacement à l'accueil, lorsque celui-ci part pour une intervention pré-hospitalière. L'évolution vers l'autonomisation des structures d'urgence et des unités mobiles SMUR sera recherchée dès lors que l'activité pourra le justifier et que la démographie médicale puisse le permettre.

Par ailleurs, l'insuffisance démographique et le niveau des compétences nécessitent que les organisations internes aux structures d'urgence centrent les activités des médecins spécialisés en médecine d'urgence sur les activités propres d'urgence et favorisent les moyens d'optimisation de la régulation, de la permanence des soins, des temps d'intervention et de transports.

Les structures d'urgences optimiseront en conséquence leurs modalités de prise en charge des filières de soins spécifiques et d'orientation, notamment par la mise en place d'une fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation (I.A.O.), en lien avec le médecin responsable, dans les structures d'urgences dont l'activité le nécessite. La création de plages de consultations de spécialités accessibles aux services d'urgences est une opportunité pour améliorer les flux de patients et la qualité de leur prise en charge. Les modalités d'admissions dans les services d'hospitalisation sont à optimiser afin que puisse être assuré l'accueil des malades dès que nécessaire.

L'organisation tant sur le plan des locaux que du personnel, des unités d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.) dans toutes les structures d'urgences, reste une priorité. Elle doit être adaptée à l'activité de la structure des urgences et comporter au moins deux lits.

Le lien entre les urgences et la permanence des soins doit être renforcé au sein de chaque territoire. L'élaboration d'une charte de prise en charge, d'orientation, en lien avec le réseau régional urgences, sera formalisée au sein de chaque territoire de santé, tenant compte de l'offre des soins, des organisations et des spécificités locales.

IV. EFFICIENCE DU DISPOSITIF

La régulation des appels est centralisée dans chacun des 3 SAMU.

L'analyse de fonctionnement des centres 15 de la région doit permettre :

- d'adapter les organisations des trois SAMU en vue de pouvoir répondre à l'afflux massif et à la diversité des appels.
- Renforcer l'efficience et la performance des centres,
- consolider la régulation libérale par la mise en œuvre de la régulation déportée mais aussi entre les 3 SAMU pour les heures creuses, notamment en deuxième partie de nuit, peut s'avérer nécessaire.

  Les trois SAMU et leurs établissements supports présenteront des propositions d'organisation rationalisée dans l'année suivant l'approbation du présent volet, sur la base d'un audit mené conjointement avec l'ARS.

L'amélioration de l'implication de la communauté médicale et administrative des établissements dans la prise en charge en urgence doit être favorisée pour que celle-ci soit reconnue comme une mission de l'ensemble de l'établissement. Cette amélioration repose sur les travaux de la commission des soins non programmés (Commission d'Organisation de la Permanence des Soins) et l'élaboration et le suivi de chartes internes entre unités et structures d'urgences, qui permettent de définir les réorientations, les pathologies, les modalités de transport.

4.1 Situations de crises

La mise en place d'un système d'alerte, depuis l'année 2004, et une organisation complémentaire qui préviennent les situations de tensions, prépare et anticipe les décisions permettant la fluidité des prises en charge, la décompression des structures d'urgence et des établissements de santé sont indispensables et doivent être renforcés.

En effet, des difficultés de prise en charge des patients dans les établissements de santé de la région Haute Normandie et notamment lors d'afflux liés à des situations particulières (épidémies, effets saisonniers,..), ou pendant des périodes de fermeture de plateaux techniques ou de services d'hébergement, ont été observées ainsi qu'en France métropolitaine, de façon récurrente. Ces situations de tension sont en partie liées aux organisations sanitaires et au vieillissement continu de la population.

Par ailleurs l'offre de soins hospitalière en région Haute Normandie fonctionne souvent en flux tendu, situation qui nécessite que des mesures de fluidité puissent être prises en cas de besoin, par l'adaptation des capacités d'accueil sur la base de leurs connaissances temps réel.

L'articulation et l'harmonisation des plans blancs, les plans blancs départementaux, les plans « hôpitaux sous tension », sont nécessaires, notamment dans les situations de déclenchements dégradés et progressifs qui nécessitent la coordination des établissements de santé et des acteurs d'un même territoire de santé. Cette articulation est assurée par l'ARS et son pôle Veille et Sécurité Sanitaire.

Enfin, la connaissance des activités ainsi que des pathologies qui justifient le recours aux urgences, doit permettre d'anticiper, prévenir, et proposer les adaptations et les dispositions à prendre à chaque niveau de responsabilité que sont l'établissement de santé concerné, le territoire de santé, le département ou la région. La mobilisation des moyens et des compétences, l'adaptation de l'offre de soins et de ses modalités de fonctionnement aux situations critiques, doivent en effet permettre une plus grande réactivité, une fluidité et une capacité d'admission et d'orientation des patients renforcée.

Un système de veille et d'alerte a été mis en place en région Haute Normandie. Il collige quotidiennement, sur la base d'un cahier des charges national, les informations de prévisions des fermetures de capacités d'hospitalisation, de suivi des disponibilités capacitaires, de suivi des activités aux urgences, au SMUR et au SAMU. Il permet de distinguer les populations à risques (personnes âgées, enfants), et propose des indicateurs de tendances permettant les prévisions, mesures de la pression, évolution des hospitalisations. Cette application participe à la veille de la cellule interrégionale d'épidémiologie.

Cependant, ce système d'information reste incomplet par défaut d'exhaustivité pour quelques structures, une insuffisante information médicalisée compte tenu d'un défaut d'informatisation des structures d'urgences, des situations insuffisamment décrites à 24 heures, et enfin une insuffisante information sur les mesures réelles prises par les établissements de santé pour restaurer la fluidité. Par ailleurs, ce système d'information n'est pas adossé à une organisation collégiale régionale d'analyse et de décision.

Au cours des dernières situations de tensions, notamment de l'hiver 2008-2009, des plans d'actions ont été mis en œuvre par les établissements de santé au titre de leurs plans blancs dégradés et/ou de leurs plans « hôpital sous tension ».

Pour améliorer le dispositif régional, il est nécessaire d'envisager 3 axes d'organisation qui sont les actions recommandées de réactions concertées territoriales ou régionales, l'amélioration du lien Ville-Hôpital, l'organisation d'une concertation d'aide à la décision.

a) Recommandations d'organisations

- Des actions, non exhaustives, qui permettent d'améliorer le fonctionnement dégradé des établissements en situation de tension. Citons l'orientation justifiée vers une autre structure d'urgences ou un établissement disposant de lits, les déprogrammations d'activités qui pénalisent cependant particulièrement les établissements de santé publics, et le déblocage des lits réservés, la réouverture d'unités ou la mise en oeuvre d'unités mises en veille, nécessitant rappel de personnels et/ou volontariat aidé, l'installation de lits UHCD supplémentaires ou encore la mise ne place de modalités de sorties ou transferts plus précoces (y compris vers l'offre de soins privée) notamment en favorisant une plus forte implication des structures aval (SSR) et en développant la médicalisation des structures aval.
- L'organisation de comités de pilotage internes et/ou d'une cellule de crise quotidienne, et la mise en œuvre de plans « Hôpital sous tension » de plusieurs graduations seront harmonisés.

b) Favoriser les liens Ville Hôpital justifiés par le contexte fréquent d'une offre de soins libérale également fortement sollicitée

- Il est recommandé de mettre en place un système sentinelle pour mieux connaître les pathologies qui motivent les recours aux urgences, la provenance des patients, pour agir sur les adressages. Des actions pédagogiques et d'éducation des patients au bon usage des urgences seront développées.
- Il sera proposé des modalités d'interventions et de prises en charges plus réactives des structures alternatives à l'hospitalisation, notamment les structures HAD.

c) Une organisation régionale mise en place entre le réseau régional urgences et les représentants des instances régionales et départementales (cellule régionale de régulation de l'offre), dont les objectifs sont :

- de partager et harmoniser les plans « Hôpital sous tensions » entre établissements de santé,
- faire évoluer le système de veille-alerte pour prendre en compte les flux patients (entrées/sorties), les déclenchements d'actions des établissements, la notion de crise (réunion de la cellule de crise interne), et assurer une information exhaustive,
- assurer une vigilance documentée, analyser les activités et les risques, et établir les protocoles de réaction sur la base d'un système d'information qui doit devenir temps réel,
- organiser un pilotage collectif des décisions à proposer, par territoire de santé, sur des règles communes, respectant la gradation des prises en charge. La dimension ambulatoire des organisations et des actions sera intégrée.

V. COOPERATIONS ET PARTENARIATS

La prise en charge des urgences nécessite la participation de nombreux intervenants et de différentes structures, ce qui impose de donner aux acteurs la meilleure lisibilité possible du dispositif.

Les établissements autorisés à la prise en charge des urgences doivent formaliser leurs coopérations avec les autres acteurs impliqués dans la prise en charge de l'urgence au sein d'une annexe spécifique territoriale au réseau régional urgence. Les partenariats entre l'amont et l'aval des services d'urgences devront y être développés y compris avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le champ d'intervention SAMU-SDIS-Ambulanciers privés fait l'objet d'une convention annuelle trIpartite précisant la définition, l'organisation et la formalisation des compétences, des modalités d'intervention et des moyens engagés et régulés.

Deux structures régionales visent à associer étroitement l'ensemble des acteurs régionaux concernés par l'urgence :

- **Une commission régionale des urgences** permettant d'instaurer un dialogue permanent entre l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des professionnels concernés (collèges représentant les services d'urgences, fédérations d'établissements de santé, directeurs d'établissements, présidents de commission médicale d'établissements, syndicats professionnels,…) afin de préparer la répartition des moyens alloués au titre des plans urgence, de procéder à l'analyse de la situation et décider des mesures d'amélioration et de régulation du dispositif après avis du réseau régional des urgences.
- **Un réseau régional des urgences** comprenant les représentants des acteurs hospitaliers et libéraux. Il visera une meilleure prise en charge des patients et un accès gradué aux soins à travers le dispositif hospitalier par ses objectifs généraux et opérationnels. Il sera relayé au niveau de chaque territoire de santé par comité permanent des urgences :
    - **les objectifs généraux du réseau sont** la promotion d'une prise en charge optimisée des urgences sur l'ensemble de la région Haute Normandie :
        - par une meilleure orientation des patients en toutes circonstances.
        - par la coordination des actions et moyens de établissements sur les territoires de santé et au delà pour les soins très spécialisés.
        - par la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins, et d'harmonisation des pratiques médicales en médecine d'urgence.
    - **sur un plan opérationnel, le réseau coordonnera et accompagnera les travaux des comités permanents des urgences de chaque conférence sanitaire de territoire. Il assurera :**
        - la mise en place d'un observatoire des urgences : recueil et analyse des données d'activité colligées, diffusion des données exploitées, évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les membres du réseau, notamment en proposant des démarches d'amélioration de la qualité,
        - la définition et la coordination d'une politique cohérente de formation en lien avec le responsable de l'enseignement universitaire (la faculté de médecine, DESC de médecine d'urgence), le réseau d'enseignement des soins d'urgence regroupant les CESU,
        - la définition et la diffusion des protocoles de prise en charge (rédaction de procédures et évaluation) en lien avec les référentiels de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes,
        - il proposera les principes d'organisation et de communication en lien avec les référentiels nationaux et accompagnera la politique régionale des systèmes d'information dans le cadre de l'urgence notamment le répertoire opérationnel des ressources (R.O.R.),
        - il participera au système de veille et d'alerte sanitaire en proposant des protocoles, y compris de crise.

Conformément à l'article R. 6123-28 du code de la santé publique, devront adhérer au réseau régional des urgences tous les acteurs de l'urgence : les établissements de santé, les professionnels de la médecine de ville, notamment les médecins participant à la permanence des soins, les établissements sociaux et médico-sociaux en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les SDIS et les professionnels du transport sanitaire. Seront également membres les représentants des usagers désignés par l'ARH, les réseaux de soins en lien avec l'urgence, les officines de pharmacie.

Organisation générale

Le réseau se dotera d'une personnalité morale. Il s'organisera pour permettre une coordination médicale et un suivi des protocoles et procédures. Il développera un lien étroit avec chacun des territoires de santé qui auront installé un comité de suivi des activités d'urgence au sein de leur conférence de territoire.

VI. EVALUATION ET SUIVI

Le recueil de l'activité des services d'urgences et l'évaluation sont à généraliser dans tous les services concernés.

Le suivi et la traçabilité de l'activité est indispensable en matière de facturation, de gestion du service et de veille sanitaire.

Il devra être assuré dans le cadre des travaux de la future commission régionale des urgences sur la base des travaux préparés par le réseau régional des urgences et des indicateurs retenus colligés dans son système d'information (protocoles, annuaires, adressages vers les plateaux identifiés…).

Une série d'indicateurs pourrait être retenus tels que :

- nombre de services d'urgence conformes à la réglementation.
- nombre de création de centres de santé de proximité.
- nombre d'équipages de SMUR conformes à la réglementation.
- nombre de transports héliportés.
- nombre et nature des coopérations formalisées.
- production de rapports d'activité des services d'urgences, SAMU, SMUR et UHCD.
- évaluation de la régulation et des situations de tension.
- évaluation des rapports de dysfonctionnement.

VII. IMPLANTATIONS

Territoire de santé **ROUEN/ELBEUF**	2011	2017
Services/Structures d'urgence		
Rouen*	**3**	**3**
Petit-Quevilly	**1**	**1**
Bois-Guillaume	**1**	**1**
Elbeuf	**1**	**1**
Louviers	**1**	**1**
SMUR		
Rouen	**1**	**1**
Elbeuf	**1**	**1**
SAMU – centre 15		
Rouen	**1**	**1**

** 1 structure adulte et 1 structure pédiatrique au CHU de Rouen*

Territoire de santé **LE HAVRE**	2011	2017
Services/Structures d'urgence		
Le Havre	**2**	**2**
Montivilliers*	**2**	**2**
Lillebonne	**1**	**1**
Fécamp	**1**	**1**
Pont-Audemer	**1**	**1**
SMUR et antennes SMUR		
Montivilliers	**1**	**1**
Fécamp	**1**	**1**
Lillebonne	**1**	**1**
Pont-Audemer	**1**	**1**
SAMU – centre 15		
Montivilliers	**1**	**1**

** 1 structure adulte et 1 structure pédiatrique au GHH*

Territoire de santé **EVREUX-VERNON**	2011	2017
Services/Structures d'urgence		
Evreux	**2**	**2**
Vernon	**1**	**1**
Bernay	**1**	**1**
Gisors	**1**	**1**
Verneuil-sur-Avre	**1**	**1**
SMUR et antennes SMUR		
Evreux	**1**	**1**
Vernon	**1**	**1**
Bernay	**1**	**1**
Gisors	**1**	**1**
Verneuil-sur-Avre	**1**	**1**
SAMU – centre 15		
Site d'Evreux	**1**	**1**

Territoire de santé **DIEPPE**	2011	2017
Services/Structures d'urgence		
Dieppe	**1**	**1**
Eu	**1**	**0 ou 1***
SMUR et antennes SMUR		
Dieppe	**1**	**1**
Eu	**1**	**0 ou 1***

** Evolution à déterminer*

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Prise en charge des Urgences et articulation avec la permanence des soins : Document de synthèse SDACR – SROS 2009.

Annexe 2 : Cartographies.

Annexe 1 – Prise en charge des Urgences et articulation avec la permanence des soins : Document de synthèse SDACR – SROS 2009

PREAMBULE

Ce document est le résultat du travail entrepris en application de la circulaire du 31 décembre 2007 relative à la mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Il constitue une photographie à un moment donné des moyens susceptibles d'être mis en oeuvre en matière de secours et de soins d'urgence.

L'objectif recherché consiste à terme à harmoniser la planification et la répartition des moyens destinés à assurer les soins et secours d'urgence à la population. Pour cela, il convenait dans un premier temps de recenser les moyens humains et matériels et de formaliser sur des cartes les délais de couverture dans le domaine du soin et du secours à personne, entre les différents services qui concourent à l'aide médicale urgente et aux secours d'urgence aux victimes, afin d'identifier leur complémentarité et leur capacité respective. Dans une seconde phase, cette synthèse doit contribuer à l'optimisation de l'utilisation de ces moyens, à l'occasion notamment des travaux de révision, en cours, du SDACR et du SROS.

La démarche suivie a été celle de l'élaboration d'un document de synthèse commun composé pour l'essentiel de cartographies permettant de visualiser les moyens de secours des SDIS et ceux des structures de médecine et de soins d'urgence (Urgences, SAMU, SMUR). Ce document a été réalisé conjointement par les SAMU 76A et 76B et 27, les SDIS, les DDASS, sous l'autorité des préfets de Seine Maritime, de l'Eure et du directeur de l'ARH.

La validation de ce document est intervenue à l'issue de sa présentation pour avis aux CODAMUPS-TS des deux départements de la région Haute Normandie (comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins, et des transports sanitaires). Il constitue une première version cartographique annexée au volet « urgences » du SROS et intégrée dans la description du SDACR des départements concernés.

GENERALITES

La circulaire interministérielle N° DHOS/01/DDSC/BS IS/2007/457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) confirme que "ces deux outils de planification relèvent d'autorités, de niveaux territoriaux distincts et de calendriers différents".

AUTORITES

Le SDACR relève de l'autorité du Préfet, c'est un schéma territorial à compétence départementale. Il a été arrêté par le préfet de la Seine Maritime en juillet 2009. Le présent schéma reprend les dispositions du SDACR arrêté.

OBJECTIFS GENERAUX

Les objectifs poursuivis par chacun de ces outils sont sensiblement différents :

- le SDACR est élaboré sous l'autorité du préfet par le service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Il a pour objectifs de définir l'adéquation des moyens de secours à la réalité des risques. Le SDACR recense l'ensemble des risques présents dans le département et détermine la couverture optimale de ces risques par le SDISS.

- le SROS a pour objectif de planifier sur le territoire régional les activités de soins et les équipements médicaux et médico-techniques nécessaires aux besoins de santé de la population en regard des enjeux démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales. Il a également vocation à définir les rôles complémentaires de chaque acteur au sein du dispositif sanitaire. Il détermine les évolutions souhaitables des établissements de santé publics et privés et fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire. L'aide médicale urgente, qui a pour objectif d'adapter en urgence les soins aux besoins analysés par la régulation médicale du SAMU, s'inscrit dans cette logique.

ORIENTATIONS DIFFERENTES

La logique territoriale du **SDACR** est le département. Il a pour corollaire la **prise en compte des délais** d'intervention pour le secours, du traitement de l'appel à l'arrivée sur les lieux du 1er engin adapté (de l'ordre de 10' en milieu urbain et de l'ordre de 20' en milieu rural) de façon déterminante tandis que la logique du SROS est régionale, avant tout basée sur des **référentiels de qualité et d'accessibilité** de l'offre de soins qui prennent en compte de façon déterminante celles des plateaux techniques médico-chirurgicaux, des filières de soins et des ressources humaines médicales et paramédicales spécialisées correspondantes.

Le SROS définit des territoires de santé (bassins de santé couverts par des établissements de santé gradués) qui sont des entités géographiques propres à l'organisation sanitaire. Il répond à un mode d'organisation régionale voir interrégionale.

L'état des lieux cartographique suivant (voir cartes en annexe) positionne les moyens des structures autorisées pour l'activité de soins de médecine d'urgence (décret n° 2006-576 du 22/05/2006), les moyens des SDIS, ainsi que les couvertures de la permanence des soins (PDS) et les organisations des transports sanitaires urgents (TSU).

- **Carte n°1** : Population et risques en Haute Normandie.
- **Carte n°2** : Réseau des SAMU centre 15 et coordination des SMUR en Haute Normandie.
- **Carte n°3** : Accessibilité des SMUR par secteur aux communes de Haute Normandie.
- **Carte n°4** : Accessibilité des SMUR aux communes de Haute Normandie sans tenir compte de la sectorisation. L'accessibilité aux communes est calculée hors sectorisation à partir de la seule application RRAMU. On constate alors une meilleure accessibilité. A noter qu'une prochaine version du RRAMU tiendra compte du positionnement GPS des moyens.
- **Carte n°5** : Les calculs de l'accessibilité des SMUR aux communes intègre la mise en oeuvre d'une coopération transrégionale entre la Haute Normandie et les régions voisines.
- **Carte n°6** : Sectorisation des transports sanitaires urgents (TSU), implantation des compagnies d'ambulances et nombre d'ambulances de garde en Haute Normandie.
- **Carte n°7** : Accessibilité des transports sanitaires urgents à partir des sites dédiés en Haute Normandie. Cette carte fait apparaître une accessibilité des TSU calculée sur la base d'une fonctionnalité effective de tous les sites dédiés à la garde, ce qui n'est pas encore le cas.
- **Carte n°8** : Accessibilité des OTSU aux communes de Seine Maritime à partir d'une proposition de nouvelle sectorisation. L'amélioration constatée résulte certes de l'ajout d'un nouveau secteur de garde, mais résulte également du postulat que l'ensemble des sites dédiés serait alors fonctionnels.
- **Carte n°9** : Accessibilité des VSAV aux communes de Seine Maritime sans prise en compte du délai de mobilisation.
- **Carte n°10** : Accessibilité des VSAV aux communes de Seine Maritime avec prise en compte des délais de mobilisation.
- **Carte 11 :** Accessibilité des VSAV aux communes de l'Eure.

COMPLEMENTARITE DES DEUX DISPOSITIFS

Les critères respectifs d'intervention sont définis par voie de circulaire et font l'objet de conventions tripartites SAMU-SDIS-ATSU signées qui fixent les règles d'organisation et de fonctionnement de l'aide médicale urgente dans les départements de la Seine Maritime et de l'Eure. Ces conventions sont valables un an et renouvelées par tacite reconduction.

Les moyens du ministère de la Santé (SAMU, SMUR, structures des urgences), les moyens du SDIS, les ambulanciers et les médecins libéraux interviennent de façon complémentaire pour des raisons d'implantation géographique, de caractéristiques des secteurs d'intervention, de disponibilité et de qualification des effectifs nécessaires.

Cette complémentarité permet de mobiliser les professionnels et moyens de transport les plus appropriés à l'état du patient au vu des disponibilités géographiques.

Les moyens "Urgence et transport sanitaire" du SROS visent à concilier proximité, sécurité et qualité et conduisent à un maillage du territoire régional impliquant l'organisation de filières de prise en charge en fonction de la gradation des soins avec reconnaissance de l'accès direct à certains plateaux techniques spécialisés qui ne s'arrête pas aux frontières départementales.

Les SMURs sont localisés dans les établissements publics autorisés à faire fonctionner une structure des Urgences avec un seuil d'activité minimum (8000 passages/an) c'est-à-dire dans les bassins de population importants, à proximité des plateaux techniques médicaux reconnus et des filières de soins.

L'équipage d'un SMUR comprend 3 personnes dont au moins un médecin urgentiste. Le délai d'intervention moyen est de 10 minutes. La région ne dispose pas d'hélicoptère en propre du SAMU sur son territoire. La mise en place d'un tel dispositif est actuellement à l'étude.

Les moyens du SDIS sont organisés et répartis selon un maillage départemental à une échelle beaucoup plus fine, de l'ordre de la commune ou du canton. Les infirmiers et les médecins sapeurs-pompiers rattachés à un centre de secours sont des volontaires répartis sur l'ensemble du territoire. Mais ce sont le plus souvent des médecins ou infirmier(e)s libéraux et/ou salariés ne pouvant être disponibles en permanence et potentiellement mobilisables par le service du SDIS en fonction de leur disponibilité individuelle.

Les moyens héliportés de la sécurité civile interviennent en tant que de besoin en renfort du SDIS et des SAMU de la région, notamment sur les transferts départementaux. En dehors des zones urbaines, dans certaines zones rurales éloignées, apparaissent des délais d'intervention et de prises en charges qui doivent être améliorés.

La complémentarité consiste aussi en l'utilisation de moyens spécialisés de dégagement de victimes détenus par le SDIS ou ambulances privées par les équipages SMUR pour des interventions primaires (selon les modalités de déclenchement technique convenues entre les parties dans la convention tripartite). Elle prend aussi la forme de dépannages mutuels.

REGULATION ET GESTION DES ALERTES

Celles ci sont définies dans le cadre des dispositions de la convention tripartite relatives aux procédures de traitement de l'alerte qui prévoient une régulation médicale systématique et la mise en oeuvre d'une conférence à trois, notamment lorsque les appels recouvrent des champs de compétences partagées.

Actuellement il existe une interconnexion téléphonique entre les CRRA (C15) des SAMU et le CTA (C18) du SDIS. L'amélioration des conditions et modalités d'échange mutuel d'informations est en cours, d'une part dans le cadre d'un protocole qui permette au CRRA 15 d'identifier les appels particulièrement signalés, et d'autre part en étudiant la possibilité d'échanges numériques d'informations entre les deux centres de réception.

PERSPECTIVES DE TRAVAIL

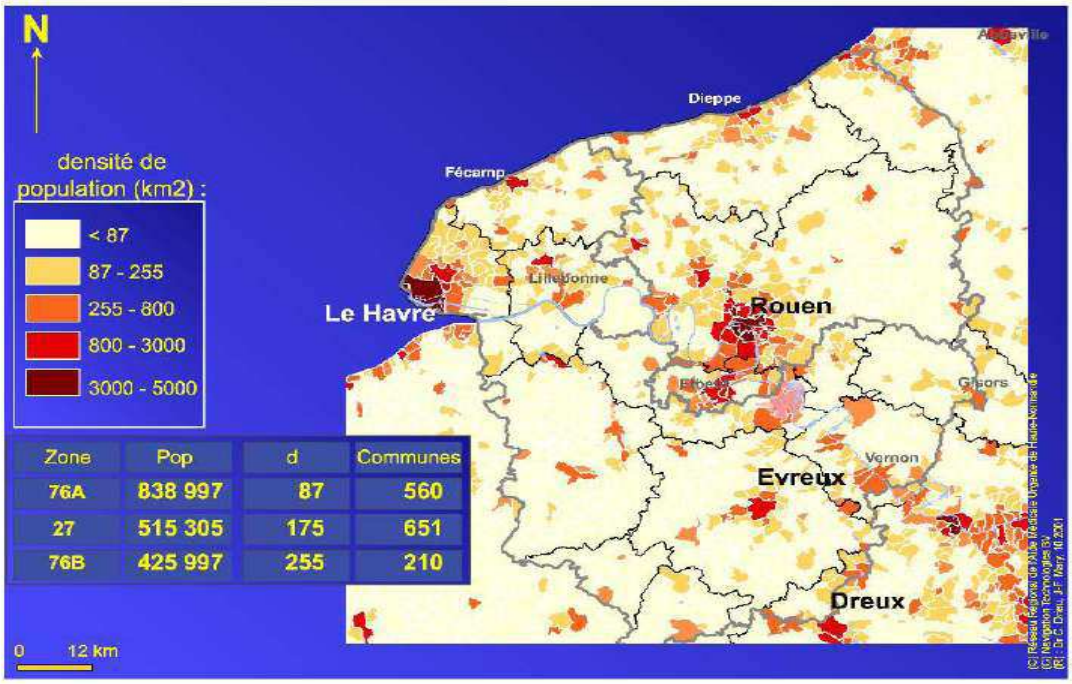
Les conventions tripartites prévoient des modalités précises de suivi et d'évaluation à travers la mise en place de comités de suivi. Il est nécessaire d'en assurer les réunions régulières afin de maintenir la concertation qui a prévalue à leurs finalisations.

La réduction des délais d'intervention et l'accessibilité de l'aide médicale urgente, du prompt secours et secours à personne dans les départements doit à ce titre faire encore l'objet d'une réflexion conjointe de l'ensemble des acteurs concernés.

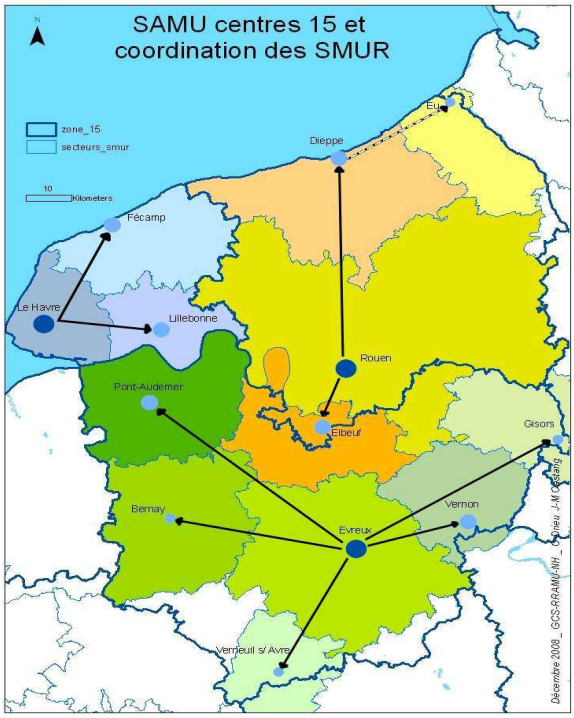
Annexe 2 : Cartographies

Carte n° 1

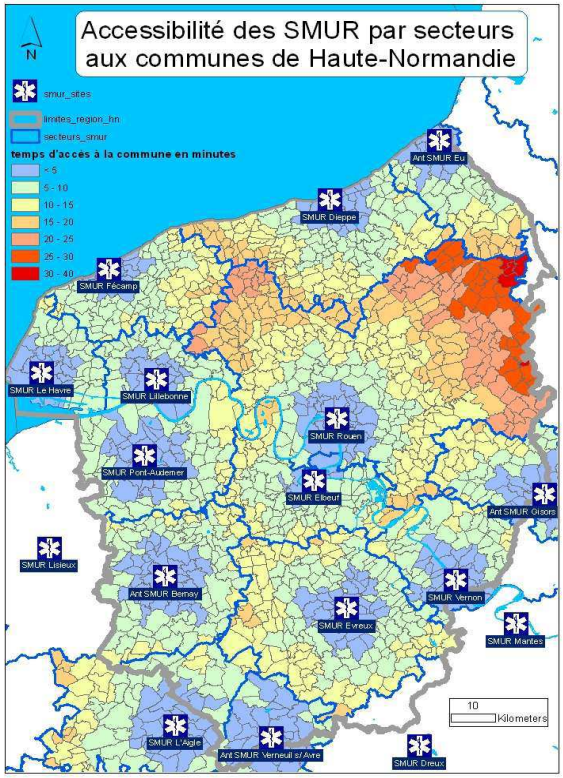
Population et risques



Carte n°2

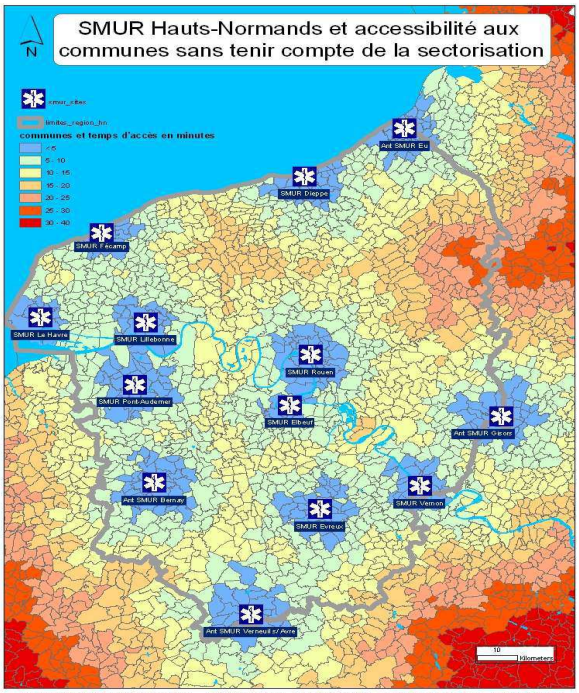


Carte n°3



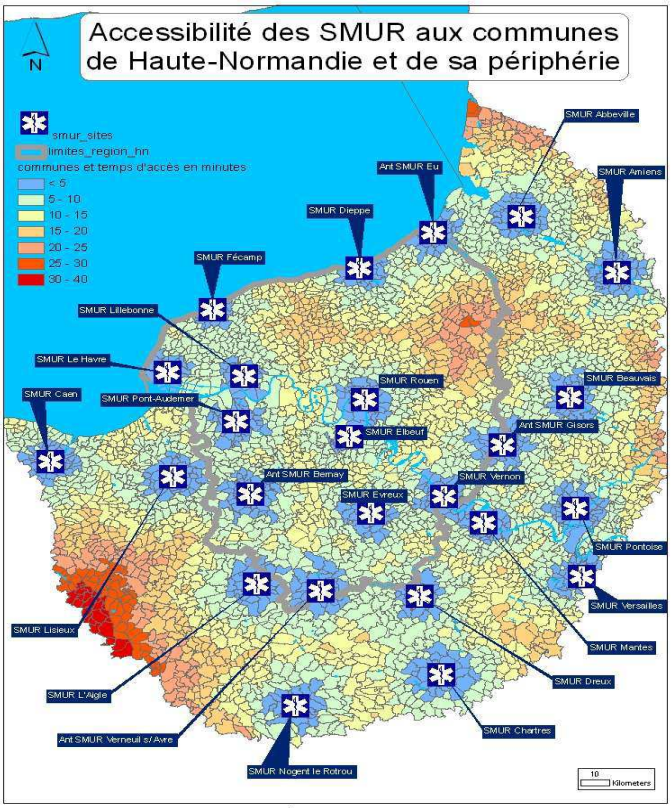
logiciels ArcGIS 9.2 + Network Analyst _ données NavteQ _ GCS-RRAMUHN _ C Drieu J-M Castang _ Décembre 2008

Carte n°4



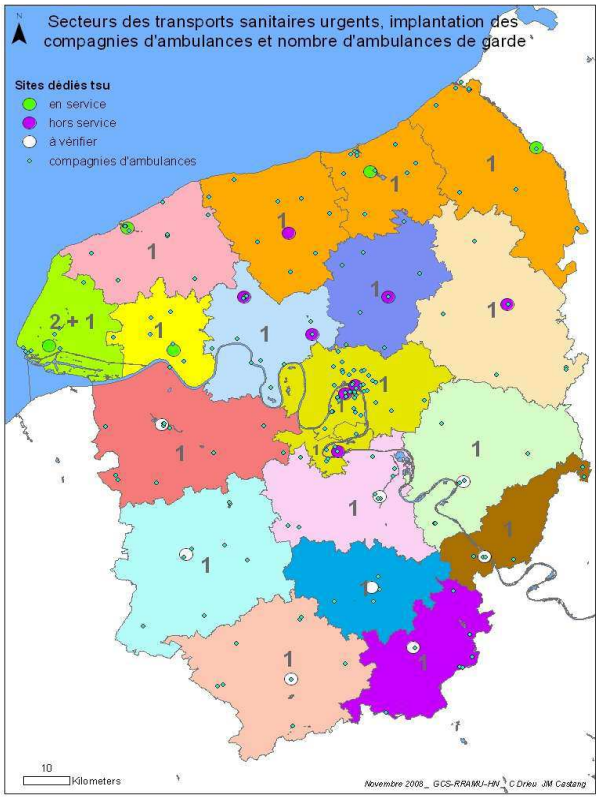
logiciels ArcGIS 9.2 + Network Analyst _ données NavteQ _ GCS-RRAMUHN _ C Drieu J-M Castang _ Décembre 2008

Carte n°5

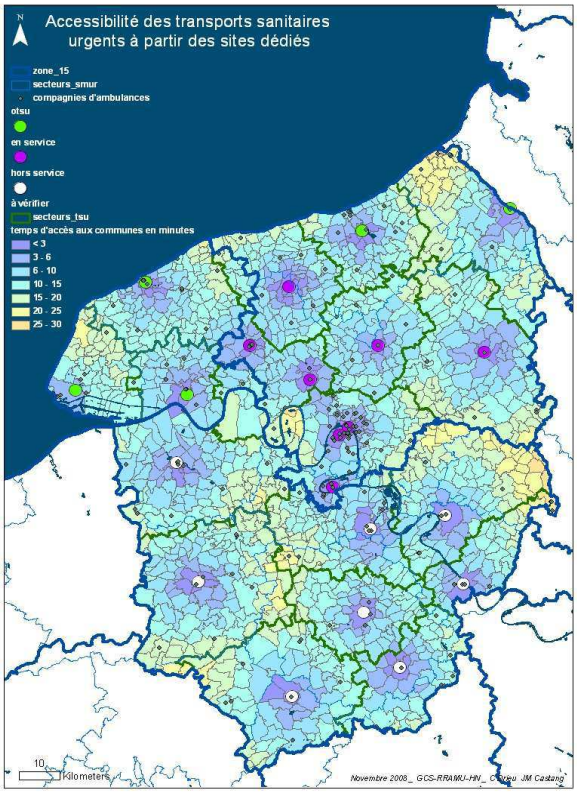


logiciels ArcGIS 9.2 + Network Analyst _ données NavteQ _ GCS-RRAMUHN _ C Drieu J-M Castang _ janvier 2009

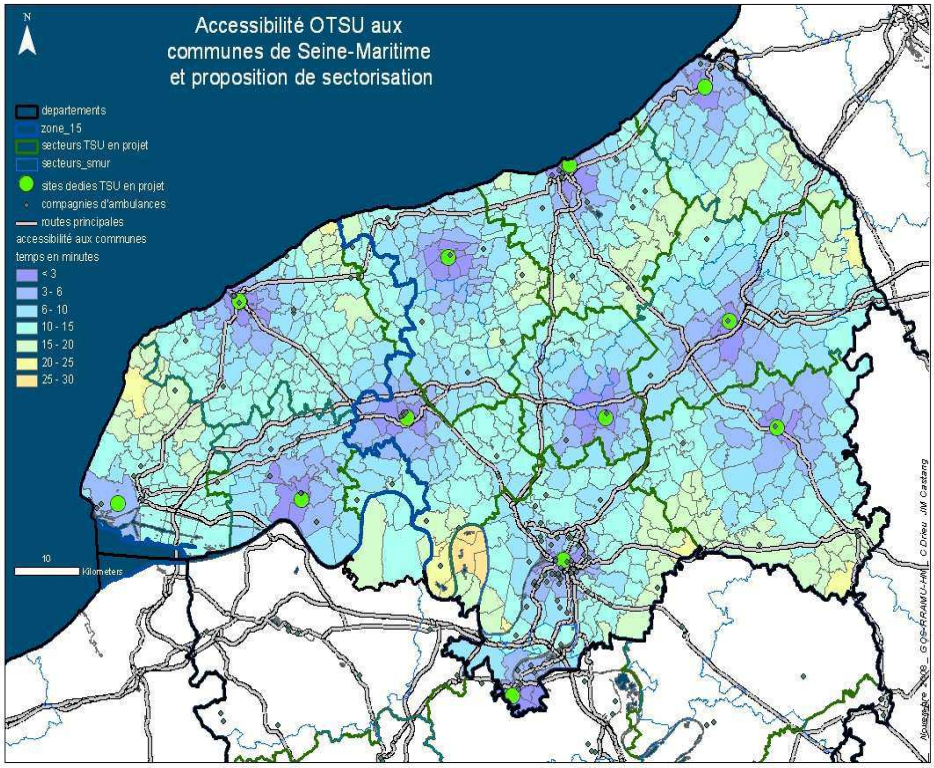
Carte n°6



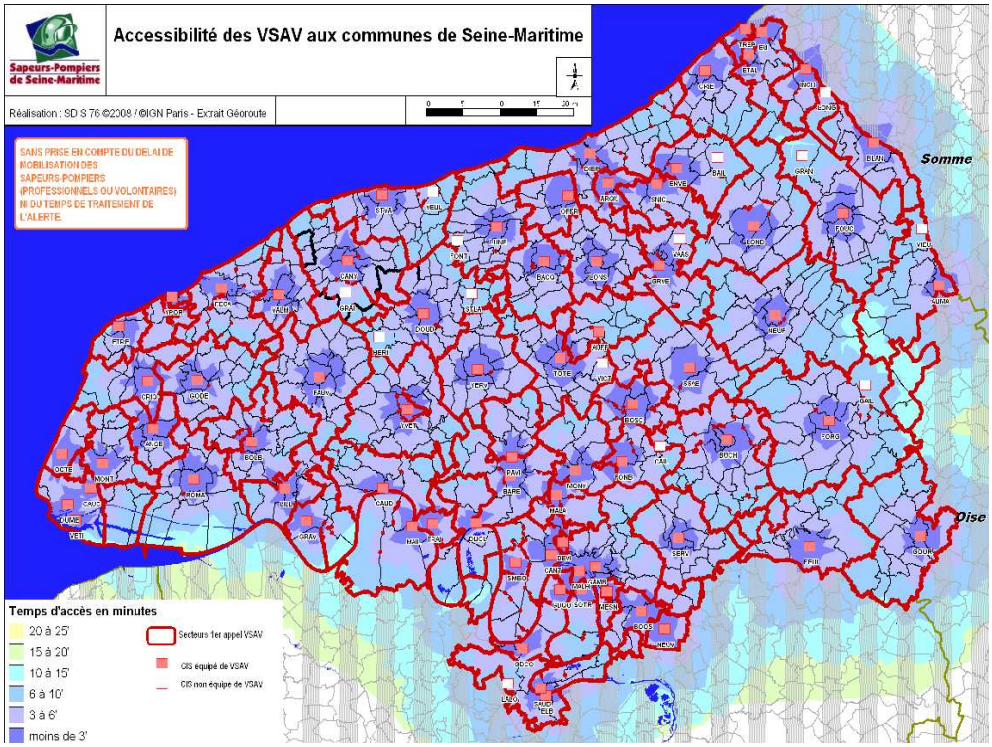
Carte n°7



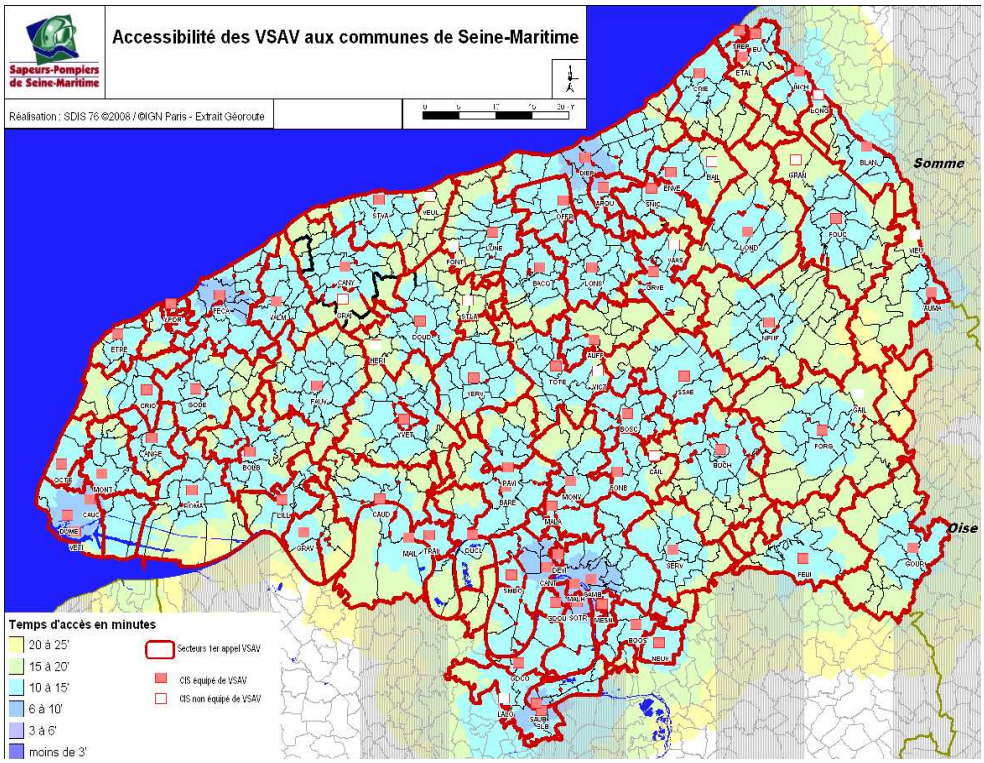
Carte n°8



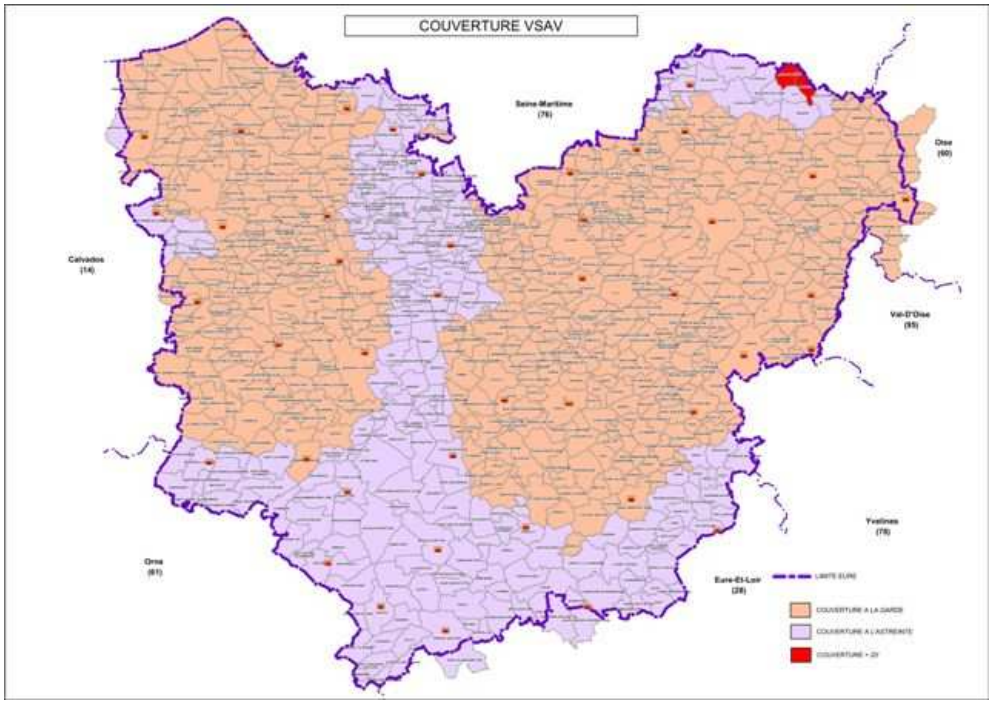
Carte n°9



Carte n°10



Carte n° 11


COUVERTURE VSAV
Seine-Maritime
(76)
Oise
(60)
Calvados
(14)
Val-D'Oise
(95)
Yvelines
(78)
Orne
(61)
Eure-Et-Loir
(28)

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Les soins de réanimation sont destinés à des personnes présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital.

Les soins intensifs répondent aux besoins des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un organe.

La surveillance continue permet l'observation constante clinique et biologique pour des malades qui le nécessitent en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

L'organisation actuelle de la réanimation résulte des décrets du 5 avril 2002, complétés par la circulaire DHOS du 27 août 2003 ayant servi de référence pour déterminer les orientations du SROS 3. Le décret du 24 janvier 2006 a précisé les conditions relatives à la réanimation et à la surveillance continue pédiatriques.

L'ensemble des autorisations de réanimation de Haute-Normandie ont été révisées en 2007 et les activités de soins intensifs et de surveillance continue ont fait l'objet de reconnaissance contractuelle (« labellisation ») après leur mise en place progressive selon les implantations prévues par l'annexe du SROS.

I. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

1.1 L'offre de soins

a) La réanimation

La Haute-Normandie comporte 108 lits de réanimation adulte et 10 lits de réanimation pédiatrique.
Le ratio régional du nombre de lits de réanimation pour 100 000 habitants en 2011 est de 6,4 lits.
Le ratio régional de réanimation adulte non spécialisée est de 4,69 lits/100 000 habitants, il est inférieur au ratio moyen Français qui est de 6,67 lits (source DHOS 2010).

Il existe par ailleurs une disparité de l'offre de soins entre les 4 territoires de santé, avec un rapport de 1 à 3 du ratio lit/population entre le territoire le mieux équipé (Rouen-Elbeuf) et le territoire le plus mal équipé (Evreux-Vernon) mais cette donnée est à interpréter en fonction de l'activité des établissements du territoire (cf. 1.2).

Les services de réanimation sont installés exclusivement dans les établissements publics de recours qui disposent d'unités de réanimation polyvalente médico-chirurgicale. Le CHU de Rouen concentre toutes les unités spécialisées de la région : réanimation médicale, chirurgicale, cardiothoracique et neurochirurgicale.

Il existe une seule implantation de réanimation pédiatrique au CHU de Rouen, depuis la fermeture de l'unité du GHH en 2007, cette dernière ayant été remplacée par une unité de surveillance continue pédiatrique.

La création d'une implantation supplémentaire de réanimation polyvalente adulte sur le territoire de santé Rouen-Elbeuf, prévue par le SROS en fonction de l'évolution des besoins de santé, n'a pas été validée à ce jour.

Tableau 1 : Capacités en lits de réanimation

Etablissements	Réanimation	
	Adulte	Pédiatrique
CHU Rouen		
Réanimation médicale	21	4
Réanimation chirurgicale	20 (dont 2 lits de salle d'accueil)	6
Réanimation neurochirurgicale	8	
Réanimation cardiothoracique	12	
CHI Elbeuf		
Réanimation polyvalente	9	
GH Le Havre		
Réanimation polyvalente	18	
CHI Eure-Seine		
Réanimation polyvalente	10	
CH Dieppe		
Réanimation polyvalente	10	

b) Les soins intensifs

Concernant les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC), le nombre et la localisation des 7 unités de la région n'ont pas été modifiés sur la période du SROS 3.

Pour les autres spécialités, le dispositif régional a été complété par la reconnaissance de plusieurs unités faisant passer le nombre de 5 à 9.

Il existe aujourd'hui :

- 2 USI de gastroentérologie, au CHU et au GHH.
- 2 USI neurovasculaires, au CHU et au GHH.
- 2 USI de pneumologie au CHU.
- 3 USI d'hématologie, 1 au CHU (enfants) et 2 au CRLC (adultes).

c) La surveillance continue

La mise en place des unités de surveillance continue (USC) adossées aux unités de réanimation s'est faite progressivement, conformément à la réglementation, en particulier au CHU de Rouen. Cependant, 2 unités restent à installer afin de disposer d'une filière complète dans tous les établissements disposant de réanimation : au GHH en complément du service de réanimation polyvalente et au CHU, en complément de la réanimation médicale pédiatrique.

Des USC « autonomes » ont été labellisées dans la plupart des établissements privés ayant une activité importante et 1 établissement public, le centre hospitalier de Fécamp.
Il s'agit le plus souvent d'USC polyvalentes médico-chirurgicales (8 unités) ou d'USC chirurgicales (2 unités).
Une USC orientée en cardiologie a été reconnue au CHU de Rouen compte-tenu du niveau important de son activité de cardiologie médicale et interventionnelle et une USC pédiatrique a été reconnue au GHH, en remplacement de l'unité de réanimation.

Au total, 22 USC sont installées dans la région, dont 8 adossées à des services de réanimation, correspondant à 178 lits dont 39 lits pour les USC adossées à des services de réanimation.
Il n'existe pas de référence nationale permettant d'interpréter ces chiffres.

1.2 L'activité des services et unités

a) La réanimation *(voir tableau 2 en annexe)*

En 2010, l'activité de réanimation adulte est importante sur le territoire Rouen-Elbeuf. En effet, le taux d'occupation des unités de réanimation du CHU et du CH d'Elbeuf dépasse le taux maximal de 80 % recommandé par la SFAR. Ce constat est cependant à interpréter en tenant compte des éléments suivants :

- existence de transferts vers le territoire Rouen-Elbeuf de patients en provenance d'autres territoires de santé, traduisant le rôle de recours régional du CHU (25 % des patients hospitalisés en réanimation chirurgicale au CHU proviennent du département de l'Eure).
- capacité des unités de surveillance continue du CHU en cours d'évolution.
- La réanimation est une activité soumise à des pics peu fréquents mais source de tensions vives.

L'activité de réanimation pédiatrique du CHU est globalement élevée (TO = 128 %, source PMSI). Cependant le taux d'occupation de la réanimation pédiatrique chirurgicale est plutôt proche de 70 %.

Sur les 3 autres territoires de santé, la capacité actuelle des services de réanimation polyvalente permet de répondre aux besoins de la population.

Le ratio de valorisation des journées de réanimation (% des journées ayant donné lieu à facturation du supplément réanimation) est de 90 % en moyenne pour la région. Cet indicateur, basé sur des critères médicaux de gravité, confirme la bonne adéquation des patients hospitalisés dans ces services.

L'analyse du case-mix à partir des données du PMSI 2010 montre une répartition des séjours par catégorie de soins très proche entre les 4 services de réanimation polyvalente de la région. Les 5 principales catégories représentent plus de 2/3 des séjours : pneumologie, appareil digestif, intoxications, système nerveux et cardiologie par fréquence décroissante.

b) Les soins intensifs *(voir tableau 3 en annexe)*

Le profil d'activité des unités de soins intensifs, analysé en fonction des spécialités exercées, correspond bien à la vocation des services.

On relève le taux d'occupation très élevé des USIC de la clinique Saint Hilaire et de l'hôpital privé de l'estuaire (respectivement 156 % et 133 %) traduisant le transfert d'activité entre USC cardiologique et USIC de ces 2 établissements suite aux évolutions tarifaires (suppression de la tarification « soins coûteux médecine » appliquée aux USC cardiologiques privées).

Après 2 ans de fonctionnement, l'USI neurovasculaire du CHU est saturée, malgré une durée de séjour très courte, il en est de même pour les 3 USI d'hématologie du territoire Rouen Elbeuf.

c) La surveillance continue *(voir tableau 4 en annexe)*

Les indicateurs d'activité mettent en évidence une surcapacité régionale importante des USC. En effet, le taux d'occupation régional moyen de ces unités est de 53 % et plus de la moitié des établissements ont un TO inférieur à 50 %. La durée de séjour moyenne reste cependant faible (2,3 jours) à l'exception de quelques établissements.

Le taux de valorisation des journées de surveillance continue (% des journées ayant donné lieu à facturation du supplément surveillance continue) est de 60 % avec des disparités importantes selon les établissements. Ce taux est logiquement élevé dans les USC adossées à des services de réanimation compte tenu des règles de tarification qui permettent la facturation d'un supplément pour tout patient venant de réanimation. En l'absence d'analyse médicale qualitative des patients pris en charge dans ces unités, il est difficile d'apprécier objectivement la bonne adéquation des malades et la place réelle des USC dans la filière de soins.

1.3 Les personnels médicaux et soignants

a) Les médecins anesthésistes réanimateurs

La Haute-Normandie fait partie des régions où la densité des médecins anesthésistes réanimateurs est la plus faible de France : 11,9 médecins pour 100 000 Habitants en 2006 pour une moyenne nationale de 16,2. On note cependant une progression importante des effectifs depuis 15 ans (+ 3,8 points) liée à la régulation régionale des spécialités via le concours de l'internat et au travail de fidélisation conduit par le département d'anesthésie-réanimation du CHU qui a permis de limiter la fuite extra-régionale des médecins formés. Il existe cependant une forte disparité intra-régionale entre le département de la Seine-Maritime, situé à la moyenne (16) alors que le département de l'Eure présente une pénurie préoccupante (6,7).

Les projections faites par la DREES montrent une dégradation à l'horizon 2015 qui dépend de la gestion des flux de médecins qui sera faite par l'internat qualifiant. Le statu quo sur la situation actuelle entraînerait une baisse de 10 % des effectifs au plan national alors que les besoins liés au vieillissement de la population nécessiteraient une augmentation de 15 %, sachant notamment que près de la moitié des médecins anesthésistes réanimateurs ont aujourd'hui entre 50 et 60 ans.

b) Les personnels soignants

Les effectifs d'IDE et d'aides-soignantes ont progressé pendant la période du SROS conjointement à la mise aux normes réglementaires des services de réanimation et à la labellisation des unités de soins intensifs et de surveillance continue qui s'est faite selon les recommandations d'un cahier des charges régional. Cette spécialité fait l'objet d'un turn-over important qui entraîne des impératifs de formation permanente.

1.4 Prélèvements d'organes, de tissus et cellules

Les prélèvements d'organes en vue de dons à des fins thérapeutiques sont pratiqués dans des établissements autorisés à cet effet par l'ARS après avis de l'agence de la biomédecine.

Les établissements de Haute-Normandie autorisés à prélever sont les suivants (Source ABM 2011) :

- CHU de Rouen : PMO, T/PMO, TCA,
  Prélèvement donneur vivant : moelle osseuse allo, moelle osseuse auto, intestin, pancréas, rein,
  Prélèvement d'organes à cœur arrêté : rein,
- CRLCC : Prélèvement donneur vivant : moelle osseuse allo, moelle osseuse auto
- CHI Elbeuf : TCA,
- Groupe Hospitalier du Havre : PMO, T/PMO, TCA,
- CHI Evreux-Vernon, site d'Evreux : PMO, T/PMO, TCA site de Vernon : PMO, T/PMO
- Centre Hospitalier de Dieppe : TCA

PMO : prélèvement multi-organes

T/PMO : prélèvement de tissus lors d'un PMO

TCA : prélèvement de tissus à cœur arrêté

II. PRINCIPAUX CONSTATS

En matière d'offre de soins

- Equipement régional en lits de réanimation inférieur à la moyenne nationale, inchangé par rapport au SROS précédant,
- Services de réanimation installés exclusivement dans des centres hospitaliers publics,
- Regroupement de l'ensemble des services de réanimation spécialisée de la région au CHU de Rouen,
- Nombre de services de réanimation inchangé, hormis le regroupement des 2 unités de réanimation du GHH en 1 seule unité polyvalente et la fermeture de la réanimation pédiatrique de cet établissement,
- Création de plusieurs unités de soins intensifs de spécialité, hors cardiologie (nombre d'USIC inchangé),

- Installation des unités de surveillance continue adossées aux services de réanimation bien engagée mais à compléter,
- Reconnaissance d'unités de surveillance continue dans les établissements privés ayant une activité le justifiant, le CRLCC et 1 établissement public de proximité.

› **En matière d'activité**

- Forte activité des services de réanimation adulte du territoire Rouen-Elbeuf,
- Saturation de l'activité de certaines USI en hématologie et neurologie,
- Capacité largement excédentaire des unités de surveillance continue autonomes de la région.

› **Faible densité de médecins anesthésistes réanimateurs dans le Département de l'Eure**

Et perspectives d'évolution démographique défavorable pour cette spécialité.

› **Mise en conformité des structures réalisée**

III. ENJEUX

Les principaux enjeux résultant de ce bilan sont les suivants :

- adapter les capacités des unités de réanimation lorsque le besoin le justifie,
- compléter les filières existantes par l'installation des unités manquantes de surveillance continue et de soins intensifs,
- conforter le maillage du dispositif et les coopérations inter-établissements,
- anticiper le recrutement du personnel médical et soignant nécessaire.

IV. ORIENTATIONS

4.1 Organisation et adaptation du dispositif

a) Principes généraux

La réanimation se distingue par la haute technicité des soins prodigués, l'importance des risques cliniques à gérer et à prévenir, enfin par des besoins en personnels et en matériels spécifiques. Ces éléments constituent des contraintes fortes qui obligent à un regroupement des plateaux techniques et des moyens humains.
Cette filière de soins a été restructurée en Haute-Normandie pendant la période du SROS 3.

Aujourd'hui, le dispositif régional nécessite des adaptations reposant sur les principes suivants :

- organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé,
- gestion formalisée des filières de patients avec les structures et/ou services d'amont et d'aval,
- coopération entre établissements de santé publics et privés.

b) Réanimation

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës, respiratoires, circulatoires et rénales mettant en jeu le pronostic vital. Les patients de réanimation nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléance.

Afin d'optimiser l'organisation et le fonctionnement de la réanimation, le regroupement géographique des unités de réanimation (lorsqu'elles sont multiples) et des unités de réanimation/surveillance continue doit être assuré.

Toutes les unités de réanimation doivent disposer de lits de surveillance continue, comme le prévoit la réglementation, afin de permettre une bonne organisation de la filière de soins et l'adéquation des patients au niveau de soins requis.

- **Réanimation adulte**

- *Réanimation polyvalente médico-chirurgicale*

Elle doit être confortée dans les établissements publics de recours. Le nombre d'implantations actuelles (1 implantation par territoire de santé) est suffisant compte tenu des contraintes énoncées précédemment.

- *Réanimation spécialisée*

Le CHU, en tant qu'établissement de référence régionale, a vocation à regrouper les unités de réanimation spécialisées : réanimation médicale, réanimation chirurgicale, réanimation cardio-thoracique et réanimation neurochirurgicale. Ces 2 dernières activités, qu'il est le seul à réaliser pour la région, ont été confortées par le schéma interrégional d'organisation sanitaire.

- *Adaptation du dispositif*

L'adaptation capacitaire de certaines unités est à prévoir en fonction du niveau de l'activité constatée. Ainsi, actuellement, l'activité importante de réanimation adulte sur le territoire de Rouen/Elbeuf nécessite une augmentation des capacités des services de réanimation et/ou de surveillance continue existants sur ce territoire de santé. L'appréciation du besoin doit en effet tenir compte de l'organisation et de l'activité de l'ensemble de la filière réanimation/surveillance continue.
A cet effet, un renforcement capacitaire des unités de réanimation chirurgicale et neurochirurgicale ainsi que de la surveillance continue du CHU est prévu.
Concernant le territoire Evreux-Vernon, une évolution capacitaire de la réanimation est à prévoir afin de réduire les transferts au CHU. Cette adaptation se fera en fonction du constat de la montée en charge de l'activité.

- **Réanimation pédiatrique**

Les unités de réanimation pédiatrique médicale et chirurgicale du CHU de Rouen ont vocation à répondre aux besoins régionaux dans ce domaine.

c) La surveillance continue

La surveillance continue prend en charge des patients qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée.
Elle constitue un niveau intermédiaire entre la réanimation et les services de soins, permettant la surveillance de malades dont l'état est trop sévère ou instable pour permettre la prise en charge dans ces services de soins.

Ce niveau de soins est organisé selon deux modalités :

- *USC adossés à la réanimation*

Tous les services de réanimation polyvalente ou spécialisée de la région disposent aujourd'hui d'une USC à l'exception du CHU de Rouen (réanimation médicale pédiatrique) et du GHH (réanimation polyvalente). Ces 2 unités devront être installées afin de compléter la filière et répondre à l'obligation réglementaire.

Par ailleurs, le regroupement géographique des unités de réanimation et de surveillance continue du CHU et l'adaptation capacitaire de ces USC doit permettre d'améliorer le fonctionnement en filière et de répondre aux besoins du territoire de santé.

Le bilan de l'activité de ces unités met en évidence une sous-activité dans les hôpitaux d'Evreux, Elbeuf et Dieppe. Ces unités sont de petite taille (4 ou 5 lits, soit la capacité minimale définie par la réglementation) et leur utilisation peut donc être améliorée.

- *USC non adossées à la réanimation (USC autonomes)*

Elles permettent de répondre au besoin de surveillance des patients dans les établissements publics ou privés ne disposant pas de lits de réanimation et dont la nature et le niveau de l'activité le justifie.

Le nombre actuel des USC autonomes installées, polyvalentes et chirurgicales, permet de répondre aux besoins de la région. Cependant, le faible niveau d'occupation de la majorité de ces unités (6 unités sur 11 ont un taux d'occupation < 50%), nécessite une révision capacitaire. Celle-ci sera engagée dans le cadre de l'élaboration des prochains CPOM qui seront conclus entre l'ARS et les établissements de santé.

L'unité spécialisée en cardiologie installée au CHU de Rouen est à maintenir compte tenu de la nature et du niveau de l'activité réalisée.

L'USC pédiatrique du GHH est à renforcer afin de conforter l'activité de pédiatrie médicale et chirurgicale de l'établissement public de recours du territoire de santé du Havre.

d) Les soins intensifs

Les soins intensifs sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance viscérale aiguë correspondant à une spécialité d'organe, mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant le recours à une méthode de suppléance.

Les unités de soins intensifs sont installées dans des établissements de santé publics ou ESPIC, dont l'activité le justifie, dans les spécialités suivantes : cardiologie, neurologie, pneumologie, gastro-entérologie et hématologie.

Afin de compléter le dispositif existant, 1 USI de gastro-entérologie et 1 USI neurovasculaire doivent être installées au Centre Hospitalier d'Evreux.

4.2 Qualité / Sécurité des soins

Elle repose sur la mise en œuvre des éléments suivants :

- Conformité des structures :
    - unités de réanimation / SC : conformité des conditions techniques de fonctionnement aux critères fixés réglementairement.
    - unités de SI et unités de SC autonomes : respect du cahier des charges régional en termes d'individualisation des locaux, de moyens en personnel et d'organisation de la permanence des soins.
- Adaptation de la formation initiale et continue des personnels soignants affectés à ces activités (formation technique, soutien psychologique).
- Prise en compte du risque infectieux, mise en place de programmes de prévention des infections nosocomiales.
- Evaluation de l'adéquation des patients au niveau de soins requis.
- Renforcement de l'activité de prélèvement d'organes dans les établissements autorisés de la région.
- Développement des prélèvements sur donneur décédé après arrêt cardiaque (DDAC) sur le site de greffe (CHU).
- Renforcement de l'unité mobile d'assistance circulatoire (UMAC) du CHU. Cette unité a été mise en place en 2011 avec des ressources mutualisées des services de réanimation, de chirurgie cardio-thoracique et du SAMU.

4.3 Coopérations et partenariat

Les coopérations sont nécessaires pour assurer le fonctionnement en filière du dispositif.

- En amont de la réanimation :
    - définition de procédures de prise en charge des patients relevant d'une activité de chirurgie lourde programmée.
    - convention obligatoire entre établissements disposant d'une USC autonome et établissements disposant de réanimation.
- En aval de la réanimation / SC :
    - organisation de la sortie des patients avec les services d'hospitalisation permettant d'optimiser la durée de séjour.
    - liens avec les services d'aval, en particulier le SSR : polytraumatisés / réadaptation, cérébrolésés / EVP, l'HAD, les structures médico-sociales.
- Organisation des filières entre services de spécialités et USI en particulier en cardiologie et neurologie (AVC).
- Organisation des transferts avec les SAMU / SMUR.

4.4 Evaluation et suivi

L'évaluation et le suivi de l'activité de réanimation repose sur le relevé d'indicateurs issus du PMSI ou fournis par les établissements. Ces indicateurs pourraient être regroupés sous la forme d'un tableau de bord régional des services de réanimation.

- Nombre de lits installés par niveau de soins.
- Taux d'ouverture des lits.
- Part des lits d'USC / lits de réanimation.
- Nombre de séjours, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, taux de séjour avec supplément.
- Age moyen, taux de patients > 75 ans, IGS II médian, taux de ventilation mécanique > 48 heures, taux de décès.
- Taux d'entrée par les urgences, taux de refus d'admission.
- Analyse des flux de sortie des patients, en particulier des patients de plus de 75 ans vers les services d'aval (notamment les services de SSR).
- Taux de transfert de malades hors région.
- Analyse quantitative et qualitative des patients transférés par un SMUR d'un établissement de santé vers une réanimation.
- Evaluation de la qualité des transferts inter-établissements.
- Nombre de patients de réanimation ayant fait l'objet d'une épuration extra-rénale.

V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé ROUEN/ELBEUF	2011	2017
Réanimation adulte		
Médicale	**1**	**1**
Chirurgicale	**1**	**1**
Neurochirurgicale	**1**	**1**
Cardiothoracique	**1**	**1**
Polyvalente	**1**	**1**
Réanimation pédiatrique		
Médicale	**1**	**1**
Chirurgicale	**1**	**1**
Soins intensifs		
Neurovasculaire	**1**	**1**
Cardiologie	**3**	**3**
Gastroentérologie	**1**	**1**
Pneumologie	**2**	**2**
Onco-hématologie*	**3**	**3**
Surveillance continue		
Adossée à la réanimation	**6**	**7**
Autonome**	**6**	**6**

** 2 unités adultes, 1 unité pédiatrique*
*** dont 1 USC de cardiologie*

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Réanimation polyvalente	**1**	**1**
Soins intensifs		
Neurovasculaire	**1**	**1**
Cardiologie	**2**	**2**
Gastroentérologie	**1**	**1**
Surveillance continue		
Adossée à la réanimation	**0**	**1**
Autonome*	**5**	**5**

*** dont 1 USC pédiatrique*

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Réanimation polyvalente	**1**	**1**
Soins intensifs		
Neurovasculaire	**0**	**1**
Cardiologie	**2**	**2**
Gastroentérologie	**0**	**1**
Surveillance continue		
Adossée à la réanimation	**1**	**1**
Autonome	**2**	**1 à 2**

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Réanimation polyvalente	**1**	**1**
Soins intensifs de cardiologie	**1**	**1**
Surveillance continue		
Adossée à la réanimation	**1**	**1**
Autonome	**1**	**1**

Tableau 2 : Activité des services de réanimation (source : PMSI 2010)

Etablissement	Lits installés Nombre	Séjours Nombre	Journées Nombre	TO %	DMS Jours	Ratio Valorisation %
CHU Rouen adulte	59	2572	18394	85,4	7,2	90,9
CHU Rouen pédiatrie	10	729	4658	128	6,4	77,4
CHI Elbeuf	9	364	2704	82,3	7,4	87,9
GH Le Havre	18	777	4746	72,2	6,1	85,1
CHI Eure-Seine	10	271	2591	70,1	9,6	85,1
CH Dieppe	10	284	2541	69,6	8,9	95,7
Total hors pédiatrie	**106**	**4268**	**30976**	**80**	**7,3**	**89,7**

Tableau 3 : Activité des unités de soins intensifs hors hématologie et neurovasculaire (source : PMSI 2010)

Etablissement	Lits installés Nombre	Séjours Nombre	Journées Nombre	TO %	DMS Jours
CHU Rouen	44	2599	14055	87,5	5,4
CHI Elbeuf	6	444	1502	68	3,4
Clinique St Hilaire	12	2492	6820	**156**	2,7
GH Le Havre	26	1825	6634	69,9	3,6
HPE	8	1261	3880	**133**	3
CHI Eure-Seine	8	597	2294	78,6	3,8
Clinique Bergouignan	6	505	1849	84,4	3,7
CH Dieppe	6	458	1309	59,8	2,9
Total	**116**	**10181**	**38343**	**90,5**	**3,8**

Tableau 4 : Activité des unités de surveillance continue adulte (source : PMSI 2010)

Etablissement	**Lits installés** Nombre	**Séjours** Nombre	**Journées** Nombre	**TO** **%**	**DMS** **J**ours	**Ratio Valorisation** **%**
CHU Rouen	38	6816	9328	67	1,4	57
CRLCC	4	407	606	41,5	1,5	22,6
Clinique Europe	19	1770	3885	56	2,2	38,1
Clinique Mathilde	10	360	2236	61	**6,2**	**75,9**
Clinique St Hilaire	10	726	1752	48	2,4	42,5
Clinique Cèdre	16	512	1653	28,3	3,2	**81,5**
CHI Elbeuf	4	278	806	55	2,9	50,1
HPE	15	712	3582	65,4	5	**73,4**
Clinique Ormeaux	10	183	1159	31,7	**6,3**	60,7
CHI Fécamp	7	431	1835	71,8	4,3	55,2
Clinique Tous Vents	5	254	1304	71,4	5,1	73,6
CHI Eure-Seine	8	153	1093	37,4	**7,1**	91
Clinique Pasteur	9	199	537	16,3	2,7	28,1
CH Dieppe	5	199	625	34,2	3,1	80,3
Clinique Mégival	8	515	1309	44,8	2,5	40,9
Total	**164**	**13515**	**31710**	**52,9**	**2,3**	**59,6**

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

L'insuffisance rénale chronique se caractérise par une altération irréversible du système de filtration glomérulaire, de la fonction tubulaire et endocrine des reins.

A son stade terminal, elle nécessite un traitement de substitution soit par épuration extra rénale du sang (dialyse) soit par transplantation rénale.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002** relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

- **Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

- **Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007** relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/3 du 15 avril 2007, p. 51).

- **Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005** relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20).

- **Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai** 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOM SS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105).

- **Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293)** : directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011.

I. ETAT DES LIEUX - DIAGNOSTIC - ENJEUX

1.1 Les malades Haut-Normand

Le registre REIN, renseigné par 22 régions Françaises, permet de disposer des informations comparées relatives aux malades insuffisants rénaux prévalents et incidents traités par dialyse ou par greffe rénale.
Les dernières données disponibles REIN concernent l'année 2009.

a) Prévalence de l'insuffisance rénale

La prévalence globale de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou par greffe rénale était de 989 par million d'habitants au 31/12/2009 en Haute-Normandie.

Ce taux était inférieur à la prévalence Française (1098 /M. hbt).

Par modalité de traitement, l'indice comparatif de prévalence était significativement supérieur au niveau national pour l'hémodialyse et la dialyse péritonéale et significativement inférieur pour la greffe rénale.

Prévalence globale standardisée de l'IRCT au 31/12/2009 (par million d'habitants)

Modalité de traitement	Haute-Normandie		France	
Hémodialyse	536	54,2 %	547	49,8 %
Transplantation	394	39 ,8 %	510	46,4 %
Dialyse péritonéale	59	6 %	42	3,8 %
Total	**989**		**1099**	

- Les caractéristiques des patients prévalents en dialyse étaient comparables aux données nationales :
  - sexe ratio = 1,4 versus 1,5.
  - âge médian = 71,6 ans versus 70,5 ans.
  - durée écoulée depuis le premier traitement en dialyse = durée médiane : 2,7 années versus 3 années.
  - néphropathie liée au diabète = 124 versus 121/M. hbt.
  - néphropathie hypertensive et vasculaire = 132 versus 133/M. hbt.

- En Haute-Normandie, la prévalence de l'IRCT a augmenté plus vite qu'au plan national sur la période du SROS 3 pour se rapprocher de la prévalence nationale aujourd'hui.

- Patients prévalents porteurs d'un greffon rénal :
  - le nombre de patients prévalents porteurs d'un greffon rénal était inférieur en Haute-Normandie au nombre moyen national (nombre estimé de malades vivants avec un greffon fonctionnel au 31 /12/2009 = 719, source : agence de la biomédecine).
  - les caractéristiques des patients greffés étaient cependant comparables aux valeurs moyennes.
  - sexe ratio = 1,7 versus 1,6.
  - âge médian = 53,5 ans versus 54,8 ans.
  - ancienneté de la greffe (durée médiane) = 7,3 ans versus 7,3 ans.

b) Les nouveaux malades (patients incidents)

En 2009, 265 nouveaux patients Hauts-Normands ont débuté un traitement de suppléance par dialyse.

L'incidence standardisée était légèrement supérieure à l'incidence nationale.

Les caractéristiques des patients étaient comparables à la moyenne des régions sauf pour les néphropathies liées au diabète, plus fréquentes.

Concernant la mise en route du premier traitement de l'insuffisance rénale, l'hémodialyse représentait 82,5 % des patients (France = 65,9 à 91,9 %), la dialyse péritonéale 14,3 % (France = 375 à 27,7 %) et la greffe préemptive 3,1 % (France = 1,2 à 11,4 %).

Les disparités interrégionales étaient donc très importantes en matière de choix du premier traitement engagé.

Concernant la transplantation rénale, parmi les 179 patients domiciliés en Haute-Normandie en attente de greffe au 1/1/2008, 77 ont été greffés soit un taux d'accès à la greffe de 43 % (France : 23 %) Le délai médian d'attente des malades domiciliés et inscrits dans la région entre 2004 et 2009 était de 9,6 mois (France : 18,9) source : agence de la biomédecine.

1.2 L'offre de soins

En 2011, la région comporte 9 centres lourds de dialyse pour adulte et 1 centre lourd pédiatrique soit 1 centre lourd pour adulte supplémentaire par comparaison à 2006.

En effet, le centre lourd autorisé à Vernon en 2006 a ouvert le 19 septembre 2011.

Les unités de dialyse médicalisées créées par les décrets de 2002 se sont mises en place progressivement depuis 2006, il en existe aujourd'hui 5 dans la région et tous les territoires de santé sont équipés d'au moins 1 UDM.

Le nombre et la localisation des antennes d'auto dialyse n'ont pas été modifiés à l'exception de la fermeture de l'une des 2 antennes du Havre.

Les postes en centre et en UDM

Territoire de santé	Etablissement	Centre lourd (nombre de postes)	UDM (nombre de postes)
Rouen-Elbeuf	CHU Adultes	18	
	CHU Pédiatrie	6	
	Hôpital Croix Rouge	15	
	Clinique Europe	25	
	ANIDER Petit Quevilly		14
	ANIDER Bois-Guillaume		10
	CHI Elbeuf	12	
Le Havre	GHH	15	8
	HPE	30	
Evreux Vernon	CHI site Evreux	18	8
	CHI site Vernon	8	
Dieppe	CH Dieppe	12	
	ANIDER/CH Dieppe		10
Total		**159**	**50**

153 postes de dialyse pour adultes et 6 postes pédiatriques seront installés fin 2011 dans les centres lourds de la région soit une augmentation de 22 postes sur la période du SROS 3 (+ 17 %), cette augmentation concerne principalement les centres privés.

50 postes d'UDM auront été créés dans le même temps.

Les postes en antenne d'autodialyse

Territoire de santé	Antenne	Postes
Rouen-Elbeuf	Rouen nord	10
	Rouen sud	10
	Cléon	10
	Louviers	8
Le Havre	Fécamp	10
	Fontaine La Mallet	10
	Le Havre Massillon	22
Evreux-Vernon	Evreux	10
	Saint Marcel	10
	Thiberville	6
Dieppe	Dieppe	10
	Eu	5
Total		**121**

1.3 L'activité de dialyse

a) Les techniques de prise en charge

1020 malades Haut-Normands étaient dialysés en 2010. Entre 2006 et 2010, la progression du nombre de patients a été de 23 % soit 5,7 % par an.

Comme on l'a vu précédemment, la prévalence régionale a rattrapé la prévalence nationale.

Entre 2006 et 2010, la répartition des malades pris en charge en centre et hors centre (UDM, autodialyse et dialyse péritonéale) a été peu modifiée. Elle correspond en 2010 à l'orientation définie par le SROS qui prévoyait une distribution centre/hors centre de 55%/45%.

La mise en place des UDM a bien entraîné le transfert attendu de patients en provenance des centres lourds et des antennes d'autodialyse et a entraîné conjointement une réduction de la part des patients pris en charge en autodialyse et en dialyse péritonéale.

En effet, le taux de dialyse péritonéale a baissé progressivement pour atteindre 8 % des patients dialysés en 2010, ce qui est inférieur à l'objectif de 10 % fixé par le SROS.

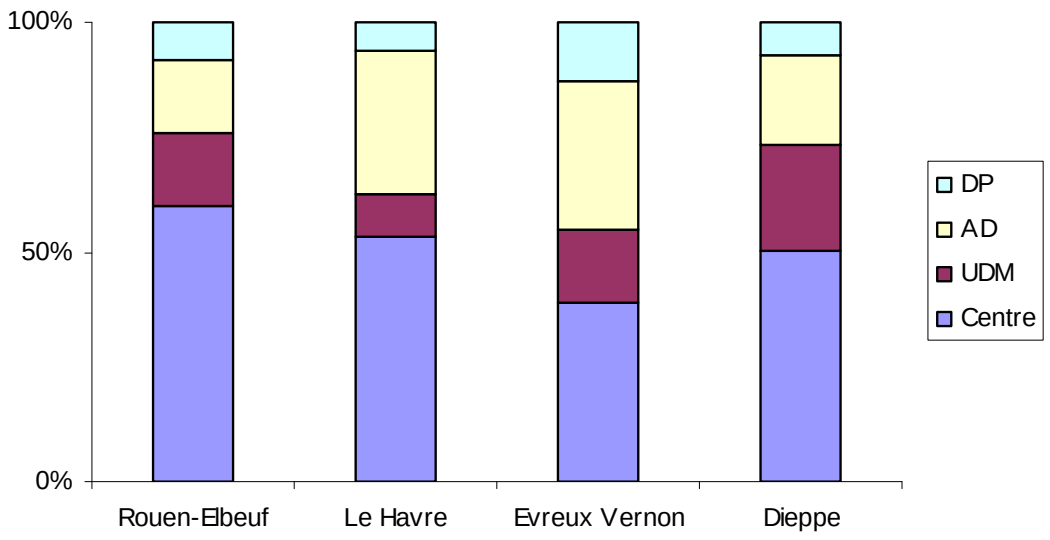
Enfin, l'hémodialyse à domicile reste une modalité de traitement anecdotique dans la région, réduite à quelques patients.

Répartition des modalités de dialyse (en % de la file active des patients)

Modalité de traitement	Résultats régionaux 2006	2010	Clé de répartition SROS	
Centre	52 %	54 %	55 %	
UDM	9 %	14 %	15 %	
Autodialyse	27 %	24 %	20 %	
Dialyse Péritonéale	11 %	8 %	10 %	
Total	**100**	**100**	**100**	

Cette répartition globale cache des disparités importantes entre territoires de santé et nature publique ou privée des centres.
Les structures privées développent préférentiellement la dialyse en centre et adressent peu de patients hors centre que ce soit en AD ou en DP.
Ces deux modalités sont essentiellement développées par les centres publics.

Répartition des modalités de dialyse par territoire de santé (2010)



Les principales évolutions constatées entre 2006 et 2010 sont les suivantes :

- **Territoire de santé Rouen/Elbeuf**

  Forte augmentation des patients incidents et prévalents en HD portant principalement sur l'activité en centre, stabilisation du nombre de patients en DP.

- **Territoire de santé du Havre**

  Forte augmentation des patients incidents et prévalents, prédominant aussi dans ce territoire sur les prises en charge en centre avec une stabilité de l'AD et baisse importante de la DP en 2010.

- **Territoire de santé Evreux-Vernon**

  Stabilité du nombre de patients en centre/UDM avec légère augmentation de l'AD et baisse régulière de La DP qui reste cependant au niveau le plus élevé de la région (13 %).

- **Territoire de santé de Dieppe**

  Augmentation des patients pris en charge en UDM, stabilité de l'activité en centre, baisse de l'AD et de la DP.

b) Les prises en charge spécifiques

Hémodialyse pédiatrique

L'autorisation du centre d'hémodialyse pédiatrique de 6 postes du CHU de Rouen a été confirmée dans le cadre du renouvellement des autorisations, comme prévu par le SROS compte-tenu de l'éloignement des autres centres pour enfants.
L'activité de ce centre reste faible : 10 à 15 enfants pris en charge avec 1 à 5 nouveaux patients par an.

Dialyse saisonnière

La prise en charge des vacanciers s'effectue à Rouen (Clinique de l'Europe), Le Havre (HPE) et Evreux, les autres centres ne souhaitent pas ou ne peuvent pas réaliser cette activité par saturation de leurs postes.
Cette modalité qui s'est développée depuis 10 ans reste cependant insuffisante pour répondre aux demandes des vacanciers de la région et le territoire de santé de Dieppe n'assure quasiment pas cette activité.

1.4 Prélèvement et greffe rénale

a) La greffe rénale

Le nombre de greffes rénales réalisées par le CHU de Rouen est passé de 36 en 2003 à 57 en 2010. Cette progression reste cependant très fluctuante d'une année à l'autre (59 greffes en 2006, 60 en 2008 mais seulement 43 en 2007 et 36 en 2009). L'objectif fixé par le SROS de 60 greffes annuelles n'est pas atteint.

Les greffes réalisées à partir de donneurs vivants sont minoritaires : 6 en 2009, 0 en 2010.

Le taux d'inscription sur la liste d'attente de greffe de malades prévalents en dialyse est inférieur à la moyenne nationale, en particulier après 60 ans (9,2 % en Haute-Normandie versus 15,9 % en France au 31/12/2008).

Le délai d'inscription sur cette liste d'attente est également plus long en Haute-Normandie (durée médiane : 28,6 mois) qu'au plan national (11,9 mois).
Les évaluations des durées moyennes d'attente sur liste sont néanmoins biaisées par les pratiques de certains centres : inscription en contre-indication "temporaire" d'emblée de patients dont la mise en œuvre effective de la greffe (vérification de l'absence de contre-indication absolue) n'a pas encore été validée. Cela a pour conséquence, outre de modifier le critère "délai d'attente", de modifier les scores FAG (facilité d'accès à la greffe) et favoriser ainsi les greffes ultérieures lors de la répartition régionale ou nationale des greffons, au détriment des patients inscrits "normalement" à l'issue de leur bilan pré-greffe, lorsque toutes les contre-indications ont été effectivement levées.

Une fois inscrit en liste d'attente, le délai d'attente est plus court en Haute-Normandie qu'au plan national et le taux d'accès à la greffe est meilleur.

b) Prélèvement des greffons rénaux

Le taux de prélèvement des sujets en état de mort encéphalique (SME) sur la période 2004-2009 est toujours inférieur au taux moyen national (16,5 par million d'habitants en 2009 versus 23,2) et en général le plus faible de la zone interrégionale de prélèvement et de répartition des greffons (zone du G4).

Ce constat est à relier à un faible recensement des SME dans les établissements de la région et à un fort taux d'opposition des patients ou de leurs familles.

1.5 Axe de qualité et d'efficience

- **Prévention de l'insuffisance rénale chronique**

Le diabète était affiché comme cible prioritaire du SROS compte-tenu de la fréquence de cette pathologie et de la fréquence plus élevée des néphropathies diabétiques dans la région.
Les réseaux de santé diabète se sont mis en place mais n'assurent qu'une couverture territoriale limitée et le suivi d'un faible nombre de patients (réseau diabète de l'estuaire et réseau Marédia).
La diffusion du carnet du diabétique est restée limitée.

Un DU de diabétologie a été proposé par l'UFR de médecine/pharmacie de Rouen, il a été supprimé en 2008 faute d'inscrits.

Des consultations avancées de néphrologie ont été mises en place à Yvetot (Clinique de l'Europe), Lillebonne et Fécamp (GHH), Pont-Audemer (HPE), et Verneuil (Evreux) ce qui permet d'assurer un accès de proximité aux patients peu mobiles.

Prévention de la désinsertion

Des séances nocturnes de dialyse sont proposées dans les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et du Havre, elles restent à mettre en place à Evreux.
L'accompagnement psychologique et social existe dans tous les centres.

Information et formation des patients

Elle repose sur la diffusion de supports, le renforcement de la collaboration entre néphrologues et médecins généralistes/soignants, l'amélioration de l'accessibilité à la consultation néphrologique.

Charte de qualité de dialyse

Le SROS prévoyait l'élaboration et l'affichage d'une charte de qualité commune aux centres de dialyse, visant à harmoniser les conditions de prise en charge des patients.
Cette charte n'a pas été mise en place mais des échanges entre néphrologues ont été réalisés sur les thématiques du SROS afin d'harmoniser les pratiques.

Filières d'aval

La réalisation de la dialyse, notamment péritonéale, en SSR et EHPAD s'est heurtée comme dans toutes les régions à des contraintes fortes (coût, formation des personnels, charge en soins, rémunération des professionnels libéraux) qui n'ont pas permis son développement.

II. PRINCIPAUX CONSTATS

Concernant les malades

L'augmentation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale sur la période du SROS a entraîné un rattrapage de la prévalence régionale qui est aujourd'hui proche de la moyenne nationale.

Parmi les patients prévalents, la part de patients transplantés est inférieure à la moyenne et la part de patients traités par dialyse péritonéale est supérieure.

Les caractéristiques épidémiologiques des patients prévalents et incidents dialysés Hauts-Normands sont proches des caractéristiques nationales.

Le taux d'inscription des patients Hauts-Normands sur la liste d'attente de greffe est inférieur au taux national, le délai d'inscription sur cette liste est plus long mais une fois inscrit, le délai d'attente de greffe est plus court.

La projection à 5 ans du nombre de dialysés prévue par l'annexe du SROS (Objectifs Quantifiés Régionaux) s'est révélée parfaitement exacte au plan régional mais variable selon les territoires de santé (proche de la borne haute à Rouen, le Havre et Dieppe et inférieure à la borne basse à Evreux).

Concernant les structures de soins et l'activité

L'évolution principale concerne la mise en place des UDM prévues par le SROS, le nombre de centres lourds est resté inchangé en l'attente de l'ouverture du centre de Vernon et la répartition des antennes d'autodialyse a été modifiée à la marge.
L'augmentation du nombre de postes est de 20 % en centre et de 50 % en centre et en UDM cumulés, ce qui est considérable.

La répartition des malades par modalité de dialyse est proche de la clé de répartition fixée par le SROS, à l'exception de la dialyse péritonéale dont la part a diminué. Cette répartition est cependant très variable par territoire de santé et par établissement.
La dialyse saisonnière est insuffisamment développée.
Le taux de prélèvement de greffons rénaux reste insuffisant et le nombre de greffes rénales n'a pas atteint les objectifs fixés par le SROS 3.

- **Concernant la qualité et l'efficience**

Des actions de prévention de l'insuffisance rénale chronique ont été mises en œuvre mais ne s'appliquent pas également à l'ensemble de la population ciblée.
L'absence de possibilité de suivi des indicateurs par centre ne permet pas d'apprécier l'harmonisation attendue des pratiques médicales.
Le développement de la dialyse en SSR et en EHPAD est difficile dans le contexte réglementaire actuel.

III. ORIENTATIONS - PRECONISATIONS

3.1 Préambule

Nous rappellerons ici les 3 axes figurant dans les préconisations nationales portant sur la prise en charge de l'IRC terminale. Ces axes constituent des enjeux forts pour la région Haute-Normandie.

Diversifier et renforcer l'offre de proximité par la mise en place d'UDM de proximité, le renforcement des unités d'autodialyse, le développement de la dialyse à domicile et notamment de la dialyse péritonéale.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- par la prévention de l'IRCT en particulier chez le diabétique et l'hypertendu.
- par la réduction du nombre de dialyses débutées en urgence.
- en s'appuyant sur les recommandations en matière de pratiques cliniques en dialyse.

Améliorer l'efficience médico-économique par un développement adapté des techniques de dialyse. A cet effet, un travail d'évaluation médico-économique de la prise en charge de l'IRCT a été engagé par l'HAS, travail fondé sur l'analyse de la trajectoire des patients et des déterminants de leur association (parcours de soins).

3.2 La prévention et la prise en charge précoce

La prévention est un axe majeur du programme régional de santé dont elle constitue un volet à part entière.
En matière de prévention de l'IRC, les cibles prioritaires restent les patients diabétiques et hypertendus.
Par ailleurs, la prise en charge précoce des malades insuffisants rénaux doit permettre de réduire le nombre de dialyses débutées en urgence.

Pour améliorer la prévention et le dépistage précoce, il est nécessaire :

- de développer la prévention primaire pour réduire les risques néphrotoxiques liés à l'utilisation de médicaments ou de substances toxiques.
- de renforcer le dépistage des populations à risque.
- d'améliorer la qualité de la prise en charge du diabète de type 2.
- d'améliorer l'accès à un avis spécialisé.

A cet effet, il est proposé :

- de développer l'information et le partenariat entre néphrologues hospitaliers, médecins généralistes et infirmiers libéraux.
- de diffuser l'information sur les recommandations pour la pratique clinique en vue de ralentir la progression de l'IRC, auprès des médecins généralistes.
- d'améliorer l'accessibilité des patients insuffisants rénaux à la consultation néphrologique.
- de développer l'éducation thérapeutique.
- de maintenir et conforter les consultations avancées de néphrologues dans les établissements de proximité ne disposant pas de cette spécialité.

3.3 L'organisation de l'offre de soins

a) Le maillage territorial gradué

Chaque territoire de santé doit disposer :

- d'une possibilité d'hospitalisation et de consultation en néphrologie.
- offrir les 4 modalités de traitement de l'IRC par épuration extra-rénale : hémodialyse en centre, en UDM, en autodialyse et dialyse à domicile.
- assurer l'activité de prélèvement d'organes.

Ce dispositif doit permettre d'assurer l'orientation et la prise en charge du patient selon la technique adaptée à son état ainsi que la coopération entre structures de soins et professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires.

b) Le développement des alternatives à la prise en charge en centre

Le vieillissement de la population des dialysés et la fréquence des comorbidités sévères et/ou instables nécessitant la médicalisation des prises en charge justifient le maintien d'une offre suffisante en centre de dialyse.

Conjointement, afin de répondre aux enjeux régionaux, il est nécessaire de poursuivre le développement adapté des modalités de traitement hors centre : développement de la dialyse péritonéale en priorité, adaptation du nombre et de l'activité des UDM et stabilisation de l'autodialyse.

A cet effet, le principe d'une clé de répartition des modalités de dialyse, défini lors du précédent schéma est repris.

Pour la période du SROS à venir, la répartition est fixée comme suit :

- hémodialyse en centre : 50%
- hémodialyse en UDM : 20%
- hémodialyse en unité d'autodialyse : 15%
- dialyse à domicile par dialyse péritonéale ou hémodialyse : 15%

Cette clé de répartition s'applique à la file active de patients des territoires de santé et des établissements disposant des autorisations de traitement de l'IRC en propre ou par convention. La mise en œuvre de ce schéma cible implique la coopération effective et formalisée des établissements de santé entre eux et avec l'ANIDER.

Les centres de dialyse

Leur nombre est actuellement suffisant et il n'est pas prévu d'implantation supplémentaire pendant la période du SROS.

On rappellera leur vocation à prendre en charge les patients les plus dépendants et présentant les comorbidités les plus sévères et/ou instables.

L'augmentation du nombre de postes de dialyse de centres existants permettra de répondre à l'évolution des besoins.

Cette adaptation se fera dans chaque centre en fonction de l'activité constatée et notamment du respect de la répartition de la file active des patients par modalité de prise en charge de ces centres.

Les unités de dialyse médicalisée

Leur développement est justifié par l'évolution du profil médical des patients et la mise en place de nouvelles UDM est à prévoir.

L'implantation d'UDM de proximité (non associée à un centre de dialyse) devra répondre à l'impératif de sécurité des soins et donc s'accompagner d'une organisation de la prise en charge de l'urgence et des modalités d'intervention des néphrologues, notamment par télémédecine.

Des structures mixtes UDM – unité d'autodialyse pourront être installées, dans ce cadre l'ANIDER propose d'assurer la formation à l'autodialyse dans les UDM dont elle a la charge lorsque les centres n'ont pas assuré cette formation et de faire évoluer certains sites d'autodialyse en antenne mixte : UDM / autodialyse avec l'appui de la télémédecine.

Les antennes d'autodialyse

Cette modalité de traitement est en régression mais doit cependant être confortée compte-tenu du service de proximité rendu aux patients.

Le nombre de sites permet de répondre actuellement à la demande et l'activité des antennes peut être adapté aux besoins ou évoluer vers une activité mixte UDM, autodialyse (cf. supra).

La dialyse péritonéale

Le développement de cette modalité est prioritaire afin de répondre aux objectifs régionaux et inverser la tendance à la baisse constatée depuis 2010.

Celle-ci passe par l'amélioration de l'information et de l'éducation du patient et par la mise à disposition des équipes néphrologiques des moyens nécessaires à la mise en place de cette technique.

Afin de répondre à ces contraintes, il est proposé de créer une maison de la DP dans les agglomérations de Rouen et Le Havre. Cette maison permettrait de regrouper et mutualiser les ressources médicales des centres de dialyse (assurant le suivi médical de leurs patients) et de l'ANIDER (apport des moyens logistiques matériels et pharmaceutiques et des compétences infirmières). Pour les deux autres territoires, le soutien des équipes néphrologiques pourrait être assuré par la création d'une filière de dialyse péritonéale de type « équipe mobile ».

La réalisation de la dialyse péritonéale dans les EHPAD doit être favorisée.
En l'état actuel de la réglementation qui ne prévoit pas de modalité de financement sous cette forme, des accords locaux pourraient être négociés avec l'assurance maladie pour sa mise en œuvre par convention avec un établissement de dialyse.

L'hémodialyse à domicile

Cette méthode nécessite motivation et autonomie du patient et reste marginale.
Elle pourrait cependant se développer avec la mise sur le marché de dialyseurs plus compacts et performants.

c) Les modalités particulières de dialyse

- **Dialyse pour enfant**

Le maintien du centre de dialyse pédiatrique du CHU de Rouen est préconisé malgré sa faible activité, pour des raisons d'accessibilité des soins.

- **Dialyse en soirée**

La possibilité de dialyse en soirée (3ème séance) doit être maintenue dans tous les territoires pour les patients ayant conservé une activité professionnelle. Ces séances de soirée doivent être réalisées en autodialyse voir en UDM.

- **Dialyse saisonnière**

La prise en charge des vacanciers est assurée dans tous les territoires de santé hormis celui de Dieppe.

L'organisation en filière de cette activité n'est pas souhaitée par les centres de dialyse qui continueront à l'assurer sur leurs postes vacants.

Il n'est pas envisagé de créer une unité de dialyse saisonnière.

d) L'organisation des filières de prise en charge des patients

- **Filière d'amont**

La prise en charge du patient atteint d'une IRC terminale nécessite une information préalable sur les traitements disponibles. Cette information oriente le choix du premier traitement : transplantation rénale, hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Cette étape est indispensable et permet, pour la dialyse, de proposer la technique la mieux adaptée à l'état du patient et notamment la dialyse péritonéale.

Une organisation collégiale de cette information entre les centres de dialyse et l'ANIDER est proposée à Rouen et Le Havre afin de mieux organiser la filière de prise en charge.

- **Filière d'aval**

La gestion des replis et des flux de patients entre transplantation et dialyse pourrait également bénéficier d'une organisation collégiale et formalisée.

e) La télémédecine

Les propositions sur la place de la télémédecine dans la prise en charge et le suivi du patient insuffisant rénal chronique sont les suivantes :

- mise en œuvre en unité d'autodialyse, en UDM ou à domicile.
- pour des patients connus et en relation avec les professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, IDE) pour le domicile ou les IDE en unités de dialyse.
- par modalité de télésurveillance et/ou de téléassistance.
- en utilisant les techniques de visioconférence (téléassistance) et de stockage des paramètres des générateurs de dialyse (télésurveillance).

La télédialyse pourra se mettre en place dans le cadre de projets autorisés par l'ARS dont les aspects suivants seront clairement décrits :

- juridiques.
- sécurité des soins et responsabilité des acteurs.
- respect des principes déontologiques.
- organisation et coût.

3.4 Prélèvement et greffe rénale

L'objectif général est d'augmenter l'activité de prélèvement afin d'augmenter le nombre de greffes rénales et de rejoindre la moyenne nationale.

Les actions suivantes sont proposées :

- développer le prélèvement dans les hôpitaux d'Evreux et de Dieppe.
- mettre en place le recensement des sujets en état de mort encéphalique dans tous les centres hospitaliers de la région.
- améliorer le recensement des SME au CHU et au GH du Havre.
- développer l'inscription des malades sur la liste d'attente avant la mise en dialyse.
- développer le don de rein par donneur vivant (néphrologues).
- développer le prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque (DDAC) sur le site de greffe (CHU).
- diminuer le taux d'opposition (unité de coordination et de prélèvement des greffes du CHU).

3.5 Qualité et efficience de la prise en charge des dialysés

Les actions suivantes sont retenues :

- améliorer l'information des malades en prédialyse afin de réduire le nombre de dialyses débutées en urgence et d'apporter un choix éclairé sur les techniques de dialyse.
- améliorer la formation des dialysés.
- harmoniser les pratiques entre centres de dialyse :
    - appliquer les recommandations de l'HAS sur la stratégie de prise en charge de l'IRCT (cf. supra – évaluation médico-économique en cours) lorsqu'elles seront disponibles.
    - mettre en place les indicateurs de suivi qualité COMPAQH relatifs à la dialyse.
- développer la technique d'hémodiafiltration en unités d'autodialyse et en UDM, en fonction de l'évolution de la réglementation (qui permet aujourd'hui cette technique en UDM mais pas en autodialyse).
- développer l'hémodialyse quotidienne pour les patients dont la tolérance hémodynamique est mauvaise en centre et hors centre et pour l'hémodialyse à domicile lorsque les nouveaux dialyseurs seront disponibles.

IV. INDICATEURS DE SUIVI

La mise en œuvre des orientations fera l'objet d'un suivi, au minimum annuel, portant sur les indicateurs suivants :

- nombre et type de structures de dialyse,
- nombre de postes,
- activité des centres par modalité de dialyse,
- caractéristiques des patients prévalents et incidents en dialyse (par territoire de santé et centre de dialyse) : rapport national et régional annuel REIN,
- indicateurs de qualité COMPAQH,
- suivi de la greffe et des prélèvements.

V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé **ROUEN / ELBEUF**	**2011**	**2017**
Centre d'hémodialyse pour adultes	**4**	**4**
Centre d'hémodialyse pour enfants	**1**	**1**
UDM	**2**	**3 à 4**
Unité d'autodialyse	**4**	**4**
Dialyse péritonéale	**4**	**4**

Territoire de santé **LE HAVRE**	**2011**	**2017**
Centre d'hémodialyse	**2**	**2**
UDM	**1**	**2**
AD	**3**	**3**
Dialyse péritonéale	**2**	**2**

Territoire de santé **EVREUX-VERNON**	**2011**	**2017**
Centre d'hémodialyse	**2**	**2**
UDM	**1**	**1**
AD	**3**	**3**
Dialyse péritonéale	**1**	**1**

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Centre d'hémodialyse	**1**	**1**
UDM	**1**	**1**
AD	**2**	**2**
Dialyse péritonéale	**1**	**1**

VI. ANNEXE

Annexe1 : Evaluation des besoins à 5 ans

Annexe1 : Evaluation des besoins à 5 ans

SROS IRC PROJECTIONS D'ACTIVITE

Modalité de dialyse	Clé de Répartition	Malades Prévalents 2010	Fourchette basse 2016 : + 26 %	Différentiel patients	Postes à créer	Fourchette haute 2016 : + 36 %	Différentiel patients	Postes à créer
REGION								
Total	**100**	**1020**	**1285**	**265**	**36**	**1387**	**367**	**63**
Centre	50	547	**643**	96	24	**694**	147	37
UDM	20	145	**257**	112	37	**277**	132	44
AD	15	243	**193**	-50	-25	**208**	-35	-17
DP	15	85	**193**	108		**208**	123	
TERRITOIRES								
Rouen-Elbeuf								
Total	100	**444**	**559**	**115**	**23**	**604**	**160**	**36**
Centre	50	267	**280**	13	3	**302**	35	9
UDM	20	69	**112**	43	14	**121**	52	17
AD	15	71	**84**	13	6	**91**	20	10
DP	15	37	**84**	47		**91**	54	
Le Havre								
Total	100	**314**	**396**	**82**	**4**	**427**	**113**	**13**
Centre	50	168	**198**	30	7	**214**	46	11
UDM	20	27	**79**	52	17	**85**	58	19
AD	15	100	**59**	-41	-20	**64**	-36	-18
DP	15	19	**59**	40		**64**	45	

Modalité de dialyse	Clé de Répartition	Malades Prévalents 2010	Fourchette basse 2016 : + 26 %	Différentiel patients	Postes à créer	Fourchette haute 2016 : + 36 %	Différentiel patients	Postes à créer
Evreux-Vernon								
Total	100	**171**	**215**	**44**	**4**	**233**	**62**	**9**
Centre	50	66	**108**	42	10	**116**	50	13
UDM	20	28	**43**	15	5	**47**	19	6
AD	15	54	**32**	-22	-11	**35**	-19	-10
DP	15	23	**32**	9		**35**	12	
Dieppe								
Total	100	**91**	**115**	**23**	**3**	**124**	**33**	**6**
Centre	50	46	**57**	11	3	**62**	16	4
UDM	20	21	**23**	2	1	**25**	4	1
AD	15	18	**17**	-1	-1	**19**	1	0
DP	15	6	**17**	11		**19**	13	

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Traitement du cancer

INTRODUCTION

Les organisations des soins en cancérologie ont évolué de façon très importante au cours de la dernière décennie notamment par les dispositions prises dans les SROS de seconde puis de troisième génération, et sous l'impulsion du plan cancer et de l'Institut National du Cancer : la gradation des soins a été organisée sur la base de sites de cancérologie (sites de référence, sites orientés et structures de proximité) et d' un fonctionnement en réseau centré autour du patient et de son médecin traitant, renforcée par des structures de coordination en cancérologie (3C), la formalisation explicite d'un réseau régional de cancérologie, et d'un pôle régional de cancérologie, le développement d'une coopération interrégionale dans le cadre du cancéropôle Nord-Ouest. De nombreuses innovations ont été développées telles que le dispositif d'annonce, la pluridisciplinarité au sein de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP), l'engagement de plans personnalisés de soins, la mise en œuvre de soins de supports et notamment la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Des renforcements techniques et de compétences ont pu être accompagnés et ont permis des avancées significatives dans le domaine de l'imagerie médicale (en coupe et en médecine nucléaire), du dépistage et des prises en charge notamment en radiothérapie par la modernisation du parc des appareils.

L'objet de la révision du SROS dans le domaine de la prise en charge du cancer se concentre sur l'amélioration de la qualité des prises en charge, l'accessibilité pour chaque patient aux soins adaptés à sa situation comprenant l'accès aux innovations thérapeutiques et de diagnostic, un égal accès à une offre transparente et lisible par tous, une modernisation encore à poursuivre des organisations, des équipements et des structures, une plus grande sécurité des soins enfin, dispositions reprises par les décrets du 21 mars 2007 ainsi que du nouveau plan national cancer II.

Il appartiendra ensuite aux établissements et aux professionnels de le décliner en adaptant leurs pratiques, leurs organisations avec le souci constant de la qualité des prestations rendues mais aussi de l'accueil et de l'information du patient et de ses proches.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Différents textes encadrent le SROS relatif à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, et notamment :

- **Le plan national Cancer 2003-2007.**
- **La circulaire n° 161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004** relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.
- **L'arrêté du 19 novembre 2004** relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale.
- **L'arrêté du 30 décembre 2004** relatif à la carte individuelle de suivi médical et aux informations individuelles de dosimétrie des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.
- **La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005** relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- **Le décret 2005-1023 du 24 août 2005** relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
- **L'arrêté du 22 septembre 2006** relatif aux informations dosimétriques devant figurer dans un compte rendu d'acte utilisant des rayonnements ionisants.
- **La circulaire 2007/230 du 11 juin 2007** relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique.
- **Le SROS 3 de Haute Normandie et notamment son volet 'traitement du cancer'** ainsi que 'prise en charge des soins palliatifs ' 2006.
- **Le décret 2007-388 du 21 mars 2007** relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- **Le décret 2007-389 du 21 mars 2007** relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- **L'arrêté du 29 mars 2007** fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- **Le décret 2007-875 du 14 mai 2007** portant dispositions particulières applicables aux radiophysiciens recrutés dans les établissements de santé.
- **La décision AFSSAPS du 27 juillet 2007** (JO du 14 août 2007) fixant les modalités de contrôle de qualité externe des installations de radiothérapie externe, et l'annexe à la décision.
- **La circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007** relative aux réseaux régionaux de cancérologie.
- **Le projet de critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers, la chimiothérapie et la radiothérapie externe.**
- **La circulaire DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008** relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.
- **Le décret n°2008-559 du 13 juin 2008** relatif à l'Institut national du cancer.
- **La publication le 16 juin 2008,** par mise en ligne sur le site de l'Institut (www.e-cancer.fr) des délibérations du conseil d'administration de l'Institut du 20 décembre 2007, relatives aux critères d'agréments prévus par le décret 2007-388 du 21 mars 2007.
- **La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- **Le plan national cancer II, 2009-2013.**
- **Le guide du SROS-PRS.**

RAPPEL DES DISPOSITIONS DES DECRETS CANCER

Les critères d'autorisation pour la pratique de l'activité de traitement du cancer s'appliquent à la prise en charge des tumeurs solides et des hémopathies malignes.

Plusieurs pratiques thérapeutiques sont spécifiquement soumises à autorisation :

- la chirurgie des cancers et pour cette pratique, plusieurs modalités que sont la chirurgie des cancers sans précision, ainsi que les disciplines soumises à seuils : les pathologies mammaires (tumeurs du sein), pathologies digestives, pathologies urologiques, pathologies thoraciques, pathologies gynécologiques, et enfin les pathologies ORL et maxillo-faciales.
- la radiothérapie externe et la curiethérapie de type précisé.
- l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.
- la chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

Ces activités sont soumises à des conditions d'autorisation qui sont l'adhésion à une coordination des soins en cancérologie (Réseau Régional de Cancérologie agréé par l'INCa ou réseau local approuvé par l'ARH), une organisation (seul ou avec d'autres titulaires et par convention) qui garantisse l'accès à un dispositif d'annonce, des propositions thérapeutiques et un Plan Personnalisé de Soins (PPS), le respect des référentiels de bonne pratique et un accès aux soins de soutien : douleur, soutien psychologique, services sociaux, soins palliatifs

Par discipline, des critères de seuil d'activité (30 interventions pour la chirurgie du sein, digestive, urologique et thoracique, 20 pour la gynécologie et l'ORL), d'environnement technique, de compétences, d'accessibilité aux plateaux techniques, d'équipements enfin sont requis.

Par ailleurs, des conditions techniques réglementaires imposent les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) dont le contenu est précisé, ainsi que des obligations de permanence et continuité des soins, de prise en charge des complications et des situations d'urgence, de critères d'environnement et de moyens (ou par convention) tel que l'accès à la réanimation, aux soins intensifs, ou encore à une unité de surveillance continue. De même, des critères de compétences sont définis notamment pour les activités de chimiothérapie.

Tous les établissements de santé qui prennent en charge le traitement du cancer, sont aujourd'hui autorisés selon les critères d'implantation, de conditions techniques et d'agréments réglementaires.

I. ETAT DES LIEUX REGIONAL

1.1 La demande de soins

La mortalité due aux cancers dans la région de Haute-Normandie est supérieure à la moyenne nationale. Elle situe la région en deuxième position des régions françaises : la surmortalité y est globalement supérieure de 6,3% (+ 9% pour les hommes et + 3,6% pour les femmes) par rapport à la France entière.

Des déterminants de santé défavorables (alcool, tabac), des risques environnementaux notamment industriels (amiante), et le vieillissement des populations participent et expliquent la constante évolution de l'incidence du cancer en région.

A titre d'exemple, les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) pour la région Haute Normandie, sont les suivants

	Haute Normandie	France
Pathologies		
Ensemble des Tumeurs :	112	100
Voies Aéro-digestives Supérieures (VADS) et œsophage	121,5	
Bronches, poumon	112	
Plèvre (professionnels)	172	
Colon, rectum	106,5	
Sein	110	
Utérus	123,5	
Prostate	113,8	
Leucémies	95,28	
Lymphome non Hodgkinien	92,8	
Déterminants de santé	**HN**	**Fr**
Tabac (nombre de cigarettes vendues par habitant de plus de 15 ans)	1345	1170

2004 Source ORS Score Santé - (référence nationale : base 100 - nombre de décès observés sur nombre de décès théoriques rapportés à la structure de la population nationale)

Les évolutions démographiques prévues sont quant à elles les suivantes et procèdent d'un solde naturel et migratoire positif

Région	Territoires de santé	Population (SROS 3)*	2010-2011 (projections)
Haute -Normandie	Le Havre	451 514	451 822
	Dieppe	173 222	174 087
	Rouen-Elbeuf	762 308	804 969
	Evreux-Vernon	375 313	396 086
	Région	**1 762 357**	**1 826 964**

Source INSEE

C'est surtout la population de l'Eure, et principalement l'Est du département, qui connaîtra une augmentation de sa population de près de 16,8% entre 2007 et 2040.

1.2 L'offre de soins

Les préconisations du SROS II, et des volets 2006 et 2008 du SROS III, ont amené à une recomposition des activités des établissements qui assuraient une activité de cancérologie, au regard d'une gradation des soins centrée sur le pôle régional de cancérologie. De nouveaux scanographes et appareils d'imagerie à résonance magnétique nucléaire (IRM) ont été autorisés et installés dans les territoires du Havre, Evreux-Vernon et Rouen-Elbeuf, ainsi qu'un Tomodensitomètre à émission de positons (PET-Scan) à Rouen et au Havre (2 autres TEP sont prévues respectivement à Rouen et à Evreux), et des gamma-caméras (cf. bilan du volet imagerie du SROS). Le parc d'accélérateurs de particules a également été renforcé et modernisé de même que les organisations régionales et territoriales (réseau Onco-Normand, Centres de coordination en cancérologie.).

Cependant, la pluridisciplinarité qu'imposent les critères d'une prise en charge de qualité des patients atteints de cancer (critères d'implantation, futurs critères d'agréments déterminés par l'INCa), nécessite que les structures de prise en charge, les acteurs, les équipements, et les coordinations soient mobilisées au mieux dans chaque territoire de santé.

L'état des lieux de l'organisation régionale actuelle prend en compte le rôle des acteurs, les plateaux de haute technicité et les activités, ainsi que les activités des établissements de santé selon les modalités de prises en charge, les disciplines soumises à seuil ou non, les compétences notamment au regard de la démographie professionnelle, les organisations territoriales et régionales.

1.3 L'activité

L'activité des établissements de santé et des acteurs est décrite notamment par l'exploitation des données du PMSI selon la méthode élaborée par l'INCa. Les résultats sont présentés en comparaison des années antérieures.

a) La prise en charge des disciplines soumises à seuil

En région, les activités par discipline et par territoire de santé montrent une forte hétérogénéité liée aux flux :

Territoire de santé de Dieppe

Chirurgie des Cancers	Patients du territoire	Activité réalisée au sein du TS	Dont en ETS non autorisé	Flux vers autres territoires	Taux attractivité hors région
Sein	196	67	12	71%	NS*
Gynécologiques	50	33	2	38%	
Digestifs	133	73		47%	
Urologiques	100	65		38%	
ORL et Maxillo Facial	58	45		29%	
Thoraciques	75	5	5	93%	
Chimiothérapies	754	382		48%	

** NS : non significatif*

Territoire de santé du Havre

Chirurgie des Cancers	Patients du territoire	Activité réalisée au sein du TS	Dont en ETS non autorisé	Flux vers autres territoires	Taux attractivité hors région
Sein	506	355	7	30%	NS
Gynécologiques	155	120	13	27%	
Digestifs	418	403	21	9%	
Urologiques	277	257	3	9%	
ORL et Maxillo Facial	140	113	5	20%	
Thoraciques	144	124	10	16%	
Chimiothérapies	2 090	1 804		16%	

Territoire de santé d'Evreux

Chirurgie des Cancers	Patients du territoire	Activité réalisée au sein du TS	Dont en ETS non autorisé	Flux vers autres territoires	Taux attractivité hors région
Sein	334	99	3	73%	5 à 10%
Gynécologiques	70	26	10	67%	
Digestifs	256	205	20	33%	
Urologiques	188	166	4	80%	
ORL et Maxillo Facial	107	49	13	61%	
Thoraciques	85	4	4	95%	
Chimiothérapies	1 219	854		38%	

Territoire de santé de Rouen

Chirurgie des Cancers	Patients du territoire	Activité réalisée au sein du TS	Dont en ETS non autorisé	Flux vers autres territoires	Taux attractivité hors région
Sein	922	1 505	1	1%	2 à 5 %
Gynécologiques	174	291	7	2%	
Digestifs	730	891	16	5%	
Urologiques	486	586	9	3%	
ORL et Maxillo Facial	264	380	4	2%	
Thoraciques	344	528		1%	
Chimiothérapies	3 344	4 565		2,9%	

Sites d'implantation de la chirurgie du cancer : comparaison des sites existants et des activités seuil.

GRADATION SIMPLIFIEE DE L'OFFRE

Les autorisations accordées en novembre 2009 concernent les activités suivantes. Chaque établissement ou structure de santé est caractérisé par l'ensemble des autorisations détenues.

Etablissements	FINESS	site géographique		Chirurgie des cancers						
			Chimiothérapie	mammaire	digestive	urologique	thoracique	gynécologique	ORL et maxillo-facial	radiothérapie
Territoire de santé de Dieppe			**2**	**1**	**2**	**2**		**2**	**2**	
CH Dieppe	760780023	Dieppe	X		X	X		X	X	
Clinique MEGIVAL	760027292	Saint Aubin sur Scie	X		X	X			X	
Clinique les Aubépines	760780197	Saint Aubin sur Scie		X				X		
Territoire de santé de Rouen-Elbeuf			**8**	**7**	**6**	**5**	**2**	**7**	**7**	**2**
Clinique du Cèdre	760780510	Bois Guillaume	X		X	X	X		X	
Clinique Saint Antoine	760780205	Bois Guillaume		X				X		
Clinique de l'Europe	760921809	Rouen	X	X	X	X		X	X	
Clinique Mathilde	760025312	Rouen	X	X	X	X		X	X	
Clinique Saint Hilaire	760780619	Rouen	X	X	X			X	X	
Centre de radiothérapie Frédéric Joliot	760000307	Rouen								X
CRLCC Henri Becquerel	760000166	Rouen	X	X				X	X	X
CHU Hôpitaux de Rouen	760780239	Rouen		X	X	X	X	X	X	
site CH Charles Nicolle	760000158	Rouen	X							
site CH Bois Guillaume	760783522	Bois Guillaume	X							
CHI Elbeuf - Louviers - Val de Reuil	760000463	St Aubin les Elbeuf	X	X	X	X		X	X	
Territoire de santé du Havre			**3**	**3**	**5**	**3**	**2**	**3**	**3**	**1**
site HPE (PCM et F1)	760000448	Le Havre	X	X	X	X	X	X	X	
Clinique les Ormeaux	760780791	Le Havre	X	X	X	X		X	X	
Groupe Hospitalier du Havre (GHH)	760780726	Le Havre	X	X	X	X	X	X	X	
Centre de radiothérapie Guillaume le Conquérant	760000414	Le Havre								X
Clinique Tous Vents	760780783	Lillebonne			X					
Clinique de l'Abbaye	760780825	Fécamp			X					
Territoire de santé d'Evreux-Vernon			**2**	**2**	**4**	**2**		**1**	**1**	**1**
CHI Eure Seine	270023724									
site CH Evreux	270000359	Evreux	X	X	X			X	X	
site CH Vernon	270000458	Vernon			X	X				
Clinique Bergouignan	270000953	Evreux			X					
Clinique Pasteur	270000326	Evreux	X	X	X	X				
Centre de radiothérapie Jacques Ramioul,	270000680	Evreux								X
			15	**13**	**17**	**12**	**4**	**13**	**13**	**4**

Ce schéma cible d'offre de soins en cancérologie ne peut néanmoins être maintenu dans tous les établissements autorisés au regard de seuils d'activité non atteints. On observe par ailleurs encore trop d'établissements de santé non autorisés qui poursuivent une activité chirurgicale carcinologique. Le tableau suivant reprend ces activités.

ACTIVITES SOUS LES SEUILS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES

Activités sous les seuils en établissements de santé autorisés en 2010												
	Sein	eff	Gynécologie	eff.	Digestifs	eff.	Urologiques	eff.	ORL et Maxillo-facial	eff.	Thoraciques	eff.
Dieppe			CH Dieppe	16			CH Dieppe	25	Cl Megival	7		
			Cl Aubepines	15								
Le havre			HPE	15								
Evreux			CHIES	16	Cl Bergouignan	21						
Rouen			CHIEL	10								
		0		**72**		**21**		**25**		**7**		**0**

L'analyse des activités de chirurgie du cancer, notamment pour celles soumises à seuil, montre en 2010 d'une part une activité persistante mais modérée, en région, d'établissements non autorisés, et d'autre part dans les 6 activités, plusieurs établissements n'atteignent pas les seuils. C'est notamment le cas en chirurgie gynécologique carcinologique à Dieppe, Evreux et Elbeuf, à Dieppe en urologie et ORL, et enfin à Evreux en chirurgie digestive.

Ainsi, pour deux activités qui requièrent des compétences, un environnement et des volumes d'activité suffisants, la chirurgie gynécologique et la chirurgie thoracique carcinologiques, seuls les territoires de santé du Havre et de Rouen peuvent couvrir les besoins régionaux, et des territoires déficitaires de Dieppe et Evreux.

Pour ces activités de chirurgie carcinologique gynécologique à Dieppe et Evreux, le maintien d'une implantation par territoire est retenu. Les établissements concernés auront à présenter une nouvelle demande d'autorisation dans les 6 mois.

S'agissant des flux entre territoires de santé, ils sont toujours importants, notamment pour les territoires de Dieppe et Evreux.

Activité	Dieppe	Evreux	Le havre	Rouen
Digestif	47%	33%	9%	5%
ORL	29%	61%	20%	2%
Thorax	93%	95%	16%	1%
Sein	71%	73%	30%	1%
Gynécologie	38%	67%	27%	2%
Urologie	38%	80%	9%	3%

DETAIL DES ACTIVITES DE CHIMIOTHERAPIE

TS	Lèvre, cavité buccale et pharynx	Oeil, cerveau et autres parties du système nerveux central	Organes digestifs	Organes génitaux de la femme	Organes génitaux de l'homme	Organes respiratoires et intrathoraciques	Os et cartilage articulaire	Peau	Sein	Thyroïde et autres glandes endocrines	Tissu mésothélial et tissus mous	Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	Tumeurs in situ	Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	Tumeurs malignes primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés	Voies urinaires	Total
Dieppe	27		99	32	14	87	3	3	72	1	5	5	3	18	25	7	401
Evreux-Vernon	38	6	275	33	27	172			150		14	6		100	82	24	927
Le Havre	94	12	481	96	80	336	2	17	388	4	41	7	4	105	186	70	1 923
Rouen-Elbeuf	160	53	1 008	259	128	666	16	90	1 221	6	63	29	2	234	655	207	4 797
Total	**319**	**71**	**1 863**	**420**	**249**	**1 261**	**21**	**110**	**1 831**	**11**	**123**	**47**	**9**	**457**	**948**	**308**	**8 048**

ACTIVITES DE CHIMIOTHERAPIE : LES FORCES ET FAIBLESSES DES ORGANISATIONS ACTUELLES

Les établissements de santé qui pratiquent l'activité de chimiothérapie ont structuré la reconstitution centralisée des cytostatiques.

Les liens entre établissements de santé sièges d'une reconstitution centralisée des cytostatiques et les établissements de santé qui pratiquent les chimiothérapies sans disposer d'une unité centralisée, ne font pas tous l'objet d'une convention type qui préciserait procédures et protocoles de prescription, validation, préparation, contrôles, administration, transport.

Pharmacovigilance et chimio-vigilance ne sont pas suffisamment développés pour assurer le systématisme des signalements nécessaires aux démarches qualités.

Le développement des chimiothérapies orales et leur diffusion en ambulatoire ne sont pas aujourd'hui totalement accompagnés d'une démarche qualité formalisée.

Il est relevé l'insuffisance du développement des chimiothérapies à domicile mises en œuvre dans le cadre de structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

Enfin, les compétences médicales rares s'agissant des spécialités d'oncologie médicale, de radiothérapie et d'hématologie, imposent de mettre en place des organisations qui permettent de déléguer à des praticiens, dont le savoir faire est attesté, la pratique des prescriptions initiales et des changements thérapeutiques ainsi que du suivi des chimiothérapies.

Description des conséquences de l'application des seuils d'activité

Le tableau reprend les évolutions d'implantation souhaitables.

Chirurgie des cancers – recomposition des implantations basée sur les seuils - Sites d'implantations 2012-2016 (SROS-PRS)

Chirurgie des cancers soumise à seuil	Mammaire		Gynécologiques		Digestifs		Urologiques		ORL et M.Facial		Thoraciques	
	SROS 3	SROS PRS	SROS 3	SROS PRS	SROS 3	SROS PRS	SROS 3	SROS PRS	SROS 3	SROS PRS	SROS 3	SROS PRS
Dieppe	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	0	0
Le Havre	3	3	3	2	5	5	3	3	3	3	2	2
Evreux	2	2	1	1	4	3	2	2	1	1	0	0
Rouen	7	7	7	6	6	6	5	5	7	7	2	2
	13	**13**	13	**10**	17	**16**	12	**11**	13	**12**	4	**4**

S'agissant de la chimiothérapie, les établissements qui exercent en 2010 cette activité sont décrits au regard des seuils d'activité prévus par l'arrêté du 29 mars 2007, ainsi que des critères d'autorisation prévus par l'article R6123-88 -3 du CSP et publiés le 16 juin 2008 par INCa, applicables à l'activité de chimiothérapie, et enfin des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article D 6124-134 du CSP.

Le bilan 2007 n'a pas fondamentalement évolué. On dénombrait 25 praticiens ETP spécialisés en Oncologie médicale ou en radiothérapie, dont 52% au CRLCC Becquerel. Par ailleurs, 26 spécialistes d'organes (notamment en gastro-entérologie et en pneumologie) étaient détenteurs d'un DESC et 27 praticiens avec DIU, DU ou compétence, dont la majorité (62%) se répartissait entre le CHU (2/3) et Le Havre (1/3).

Deux facteurs plaident pour un renforcement des compétences : l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des cancers notamment par le vieillissement de la population, et l'évolution défavorable de la démographie médicale qui touche autant les compétences spécialisées de diagnostic et de prise en charge d'organe, que celles de médecine générale. Ainsi, le développement accéléré de postes d'internes en spécialité, l'organisation des coopérations entre professionnels de Santé notamment au sein des pôles de santé, et enfin l'organisation de la prise en charge de la chimiothérapie sont indispensables.

Pour les postes d'interne et le post internat, un effort est réalisé depuis 2 années. Il reste à consolider :

Postes Internes par an et post-internat par 2 ans

	Nbre Internes 1 an		Post internat 2 ans	
	2010-2011	2011-2012	2009	2011-2015
Imagerie	7	9	3	8
Médecine nucléaire	1	1	1	1
Oncologie médicale et radiothérapie	1	3	1	3
Anatomo-pathologie	3	3	2	2
Hématologie	0	3	3	3

Les enseignements à tirer :

Plusieurs établissements de santé ont montré une activité de cancérologie soumise à seuil, limite voire en deçà des seuils en 2008. En 2010, pour certains d'entre eux, les activités n'ont pas atteint les seuils (tableau 3.2.1.1.6). Elles devront faire l'objet d'une recomposition par concentration des activités sur un seul site du territoire :

- territoire de Dieppe : chirurgie urologique, ORL, et gynécologique.
- territoire d'Evreux-Vernon : chirurgie carcinologique gynécologique.

S'agissant de la chimiothérapie, plusieurs établissements de santé pratiquant la chimiothérapie ne répondent pas à l'ensemble des critères de référence, notamment celui des compétences requises pour être autorisés. Il en résulte que les autorisations sont spécifiées plus étroitement : autorisé, associé toutes activités, associé avec identification particulière de la pathologie.

b) Les disciplines non soumises à seuil

Certaines activités ne sont pas soumises à seuil. Elles concernent des séjours en médecine hors chimiothérapie, ainsi que des activités de chirurgie carcinologiques non soumises à seuils.

Six disciplines sont concernées :

- la gynécologie est concernée par les tumeurs du col et in situ.
- les pathologies du système nerveux concernent exclusivement la neurochirurgie des tumeurs intra-crâniennes.
- en orthopédie et rhumatologie, les activités concernent en effet des actes très spécialisés qui sont réalisés en majorité au CHU et au GHH.
- les tumeurs oculaires pour lesquelles les interventions sont également réalisées en grande majorité dans les deux mêmes centres.

Enfin les tumeurs cutanées dont la majorité des interventions est représentée par des exérèses circonscrites.

Le tableau suivant reprend par territoire de santé le nombre d'établissements repérés dont l'activité est supérieure ou inférieure à 10 séjours.

Tableaux des activités de cancérologie non soumises à seuil,
Activités médicales hors chimiothérapie et qui ne relèvent pas d'une autorisation particulière
Activités chirurgicales qui relèvent de l'autorisation de chirurgie des cancers,

		Nombre de séjours								
Activité médicale non soumise à autorisation		**Rouen-Elbeuf**		**Le Havre**		**Evreux-Vernon**		**Dieppe**		**Total**
01	Affections du système nerveux	240	55%	115	26%	60	14%	23	5%	438
02	Affections de l'œil	9	64%	2	14%	3	21%		0%	14
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	459	56%	209	25%	93	11%	65	8%	826
04	Affections de l'appareil respiratoire	727	52%	278	20%	298	21%	99	7%	1402
06	Affections du tube digestif	1186	43%	521	19%	960	35%	97	4%	2764
07	Affections du système hépato-billiaire et du pancréas	464	53%	222	25%	137	16%	55	6%	878
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	147	49%	104	35%	46	15%	4	1%	301
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	520	81%	45	7%	42	7%	36	6%	643
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionelles	23	47%	8	16%	5	10%	13	27%	49
11	Affections du rein et des voies urinaires	184	57%	75	23%	34	11%	28	9%	321
12	Affections de l'appareil génital masculin	179	31%	121	21%	245	43%	30	5%	575
13	Affections de l'appareil génital féminin	132	50%	66	25%	26	10%	41	15%	265
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	14	26%	7	13%	22	42%	10	19%	53
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	814	64%	234	18%	164	13%	63	5%	1275
25	Maladies dues à une infection par le VIH	1	33%		0%	2	67%		0%	3
27	Transplantation d'organes	96	100%		0%		0%		0%	96
90	Erreurs et autres séjours inclassables		0%		0%	1	50%	1	50%	2
		5195	**52%**	**2007**	**20%**	**2138**	**22%**	**565**	**6%**	**9905**
		Nombre de séjours								
Activité chirurgicale non soumise à autorisation		**Rouen-Elbeuf**		**Le Havre**		**Evreux-Vernon**		**Dieppe**		**Total**
01	Affections du système nerveux	200	99%	2	1%		0%		0%	202
02	Affections de l'œil	91	68%	25	19%	13	10%	5	4%	134
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	5	50%	3	30%	2	20%		0%	10
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	128	67%	30	16%	23	12%	10	5%	191
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	1052	52%	472	23%	404	20%	98	5%	2026
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionelles	1	100%		0%		0%		0%	1
13	Affections de l'appareil génital féminin	168	71%	31	13%	25	11%	11	5%	235
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	1	20%	2	40%	2	40%		0%	5
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	236	69%	62	18%	20	6%	25	7%	343
25	Maladies dues à une infection par le VIH	2	100%		0%		0%		0%	2
		1884	**60%**	**627**	**20%**	**489**	**16%**	**149**	**5%**	**3149**

Plusieurs enseignements peuvent en être tirés :

- pour les activités de médecine, hors chimiothérapie, les attractivités des territoires d'Evreux-Vernon et Dieppe sont systématiquement inférieures aux besoins exprimés par l'importance des populations à couvrir.
- le territoire du Havre présente une activité insuffisante en hématologie, et en endocrinologie carcinologique.
- le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est attractif sur tous les segments d'activité, de façon importante (> à 66%) en hématologie, gynécologie, tumeurs osseuses, endocrinologie. Il représente le recours exclusif pour les tumeurs du système nerveux.
- le CHU de Rouen est en conséquence le pôle de référence dans la prise en charge chirurgicale des tumeurs osseuses et de la sphère intracrânienne.
- Une activité importante de diagnostic est assurée par l'ensemble des établissements de santé, quelque soit l'autorisation détenue.
- l'activité de chimiothérapie peut être exercée dans les établissements non autorisés associés,
- l'activité chirurgicale carcinologique non soumise à seuils doit être réalisée dans les établissements de santé autorisés à la chirurgie carcinologique.

c) Centres de radiothérapie, imagerie, techniques innovantes, médecine nucléaire

LES CENTRES DE RADIOTHERAPIE

4 centres de radiothérapie, dont 3 centres privés libéraux implantés au sein d'établissements de santé privés et le centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) H. Becquerel, constituent le maillage de l'offre structurelle. Les données en sont présentées dans le tableau suivant :

Centres	Nbre Appareils	Nbre Patients			Nbre Radiothérapeutes	Nbre Radiophysiciens
		2008	2009	2010		
CRLCC Becquerel, Rouen	4	1 809	1 891	2 077	5,98	3,95
C. Joliot, Rouen	3	1 641	1 618	1 596	4,5	2,8
C. Gamma 27, Evreux	2	723	632	651	2	2
C.G Le Conquérant, Le Havre	2	1 108	1 083	1 005	2,75	2

Outre les progrès à réaliser au regard des constats relatifs à la sécurisation des installations et des prises en charge notamment par le renforcement des dispositifs de contrôles, il est relevé au titre des activités, plusieurs pratiques qui apparaissent manquer en région et qui relèvent pour partie de dispositions de modernisation des appareils et équipements existants, et pour partie d'équipements et d'activités dont les implantations doivent être régulées. Certaines activités nécessiteront la définition d'orientations.

Des techniques qui relèvent d'une modernisation régionale et diffuse

- radiothérapie conformationnelle, considérée comme insuffisamment développée, à fortiori avec modulation d'intensité (IMRT) dont les indications augmentent.
- radiothérapie avec asservissement respiratoire.
- systèmes de repositionnement des patients répondant à une meilleure sécurité de prise en charge.

Des techniques spécifiques dont l'introduction relèvent d'une réflexion interrégionale

- radiothérapie stéréotaxique intracranienne dont la disponibilité apparaît nécessaire à moyen terme et pour laquelle une demande existe notamment en neuro-chirurgie (30 à 50 indications par an).
- radiothérapie robotisée (Cyberknife) dont l'intérêt, sur résultats attendus d'évaluation nationale, pourra être posé dans le cadre d'une réflexion interrégionale.

Des techniques qui relèvent d'un positionnement régional du pôle régional

- irradiation corporelle totale.
- radiothérapie pédiatrique* dont les indications et le recrutement apparaît interrégional.

Des techniques qui relèvent d'un nécessaire renforcement

- curiethérapie pour laquelle une insuffisance de pratique liée à l'insuffisance de chambres opérationnelles en région (1 chambre au centre Guillaume le conquérant), avait été relevée par l'ensemble des professionnels en 2008. Le démarrage de cette activité à Rouen en 2010 a amélioré la réponse aux besoins et porte à 2 sites du Havre et de Rouen l'accès à cette technique.
- un défaut de développement et de prise en charge de la curiethérapie de prostate* dont les indications permettrait de situer le besoin entre 60 et 80 cas annuels.
- des délais de prise en charge et des indications insuffisamment retenues en radiothérapie palliative et symptomatique, ainsi qu'en urgence pour la prise en charge des compressions médullaires.

Ce bilan ne peut être complet sans évoquer l'insuffisance démographique professionnelle actuelle et prochaine au regard des enjeux de la région, notamment en radiothérapeutes, radio-physiciens spécialisés en radio-physique médicale, manipulateurs…

INNOVATIONS ET MEDECINE NUCLEAIRE

Plusieurs points retiennent l'attention dans le cadre du bilan des forces et faiblesses de l'offre, et particulièrement une pratique en réseau de professionnels globalement satisfaisante mais perfectible compte tenu de :

- un développement nécessaire au plus près des opérateurs de la technique du ganglion sentinelle.
- un déficit relevé des activités d'exploration par la tomodensitométrie à émission de positons (TEP) dont un seul appareil est installé pour 3 appareils autorisés alors que les indications augmentent, que les traceurs se diversifient, et que les activités de recherche nécessitent un élargissement des plages d'examens. L'accès à cette technique reste en conséquence contraint et non satisfaisant. L'ouverture en 2011 du site du Havre permet une amélioration notable de l'accès à cet examen.
- la nécessité de développer les thérapeutiques qui utilisent les radioéléments en sources non scellées (estimation du besoin à 500 journées par an).
- des difficultés prévisibles d'organisation des examens extemporanés par 2 facteurs que sont l'insuffisance prévisible du nombre de spécialistes et le niveau d'environnement technique insuffisant.

ACTIVITES SPECIFIQUES

En Onco-hématologie

Activité importante qui représente près de 7,4 % des séjours en hospitalisation complète, 11,1% des patients en chimiothérapie (et 10,8% en séjours).

Les points forts de l'onco-hématologie en Haute-Normandie comprennent notamment :

- la possibilité de prendre en charge tous les types d'hémopathies malignes.
- une intégration forte dans la recherche : au niveau régional (INSERM U918 dédiée à l'étude des hémopathies lymphoïdes B), interrégional (dans le cadre d'un axe spécifique d'hématologie du Canceropôle nord-ouest), national ou international (essais de phases précoces I-II). Les prélèvements biologiques tumoraux bénéficient de la tumorothèque et de son organisation (Réseau d'accès à la tumorothèque, financement INCA). Si cette forte intégration dans la recherche clinique et biologique en cancérologie est principalement le fait du Centre Henri Becquerel, elle constitue clairement un atout pour l'ensemble de la région en améliorant le niveau global de prise en charge et d'expertise, et en faisant bénéficier les patients de thérapies ou stratégies thérapeutiques innovantes. La création d'une équipe mobile de recherche clinique témoigne de la volonté d'étendre la recherche à l'ensemble des centres de la région.
- l'existence d'une communication formelle (RCP hebdomadaire) et informelle entre les différents partenaires onco-hématologues et le centre de référence.

Cependant, la fragilité des équipes médicales représente l'un des facteurs limitant de l'activité. Pour la plupart des centres hospitaliers, l'oncohématologie se résume à une personne, en charge de toute l'activité d'onco-hématologie. De même, l'équipe du Centre Henri Becquerel, bien que plus étoffée, ne comprend toutefois que 6 hématologues à temps plein pour une activité intense représentant près de 75% de l'activité régionale.

En Onco-pédiatrie

Les activités sont organisées autour et par le centre de référence (CHU Rouen), qui assure l'ensemble de la filière de prise en charge en lien avec les établissements de santé qui participent à la fédération inter-établissements régionale. RCP, astreinte régionale, dispositif d'annonce sont assurés par l'unité. L'activité de recherche est conséquente.

Cependant, il est relevé plusieurs points manquants, fragiles ou considérés comme insuffisamment développés, ou encore d'une insuffisante lisibilité :

- au plan des partenariats avec l'interrégion Nord-ouest et le cancéropôle, la région Haute-Normandie participe à la RCP interrégionale Nord-Ouest.
- au niveau des moyens de télésanté (dossiers, prescriptions, visio-conférences) pour l'animation du réseau.
- au titre de l'activité de radiothérapie chez l'enfant au CHB.
- au titre de l'organisation de RCP interrégionales et des 2èmes avis sur la base de centres de compétences et de relations inter-professionnelles privilégiées et identifiées, cependant indépendantes de la dynamique interrégionale Nord-Ouest.

En Onco-gériatrie

Il est relevé dans le bilan de l'offre, une sous –estimation des risques et de la fragilité médico-psycho-sociale des sujets âgés.

Par ailleurs les personnes âgées de plus de 70 ans représenteront près de 60% des cancers diagnostiqués. C'est dire l'importance de proposer une organisation qui tienne compte de leur spécificité.

L'unité Pilote de Coordination en Onco-Gériatrie (UPCOG) a été soutenue au cours de la période 2006-2011. Elle doit maintenant mieux définir ses missions dans le cadre d'une UCOG, pour laquelle un projet sera proposé à l'INCa, et qui puisse fédérer à la fois les filières gériatriques et les cancérologues autour d'un projet de recherche, de formation, de prise en charge, d'amélioration des pratiques.

1.4 Adressages et organisation de l'offre

a) Déterminants des adressages et des flux de patients

Le bilan des activités montre un fort flux entre territoires et notamment centrifuge vers le territoire Rouen-Elbeuf. Ces flux nuisent, par leur importance, au maintien et à la solidité de l'offre « la plus complète possible au regard de la qualité des soins », installée dans les territoires concernés. Les adressages sont un levier important de régulation de l'offre.

Leurs déterminants, facteurs de l'orientation des patients sont :

- la demande du patient ou de son entourage.
- la proximité géographique.
- les habitudes de travail personnelles des professionnels.
- le délai pour obtenir un avis ou une prise en charge.
- la compétence reconnue (ou ressentie) du correspondant technique.
- l'organisation des prises en charge, RCP, soins de support, gestion des suites ou des complications…

Par ailleurs, le libre choix du patient, le niveau du plateau technique proposé, les compétences et la notoriété des praticiens, mais aussi le bouche à oreille empirique participent à ces orientations.

Les critères d'adressage souvent ne sont pas explicites et ils ne sont pas fondés sur une réelle documentation.

b) L'offre de soins structurelle territoriale

Le SROS 2 a structuré l'offre de soins en cancérologie par 3 niveaux de prise en charge en fonction des compétences, de l'environnement technique et des activités. Des coopérations entre les 3 niveaux étaient préconisées.

Le SROS 3 a posé également une organisation graduée et en réseau, dont la complexité impose une meilleure lisibilité et une nécessaire clarification des missions, coopérations, champs d'interventions et articulations entre les acteurs.

LE NIVEAU TERRITORIAL

L'offre de soins au sein des territoires de proximité

Chacun des 4 territoires de santé est constitué de plusieurs territoires de proximité au sein desquels l'offre de soins est assurée par les acteurs libéraux (praticiens traitants, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales, infirmières, kinésithérapeutes, ..), ainsi que par des structures de prise en charge à domicile (SSIAD, HAD..) des services mandataires, ou encore des coordinations et réseaux de soins (soins palliatifs, douleur, démence,…).

Néanmoins, malgré le nombre et l'implication des acteurs, le maillage reste fragile par l'effet de l'évolution de la démographie des professionnels de santé, l'hétérogénéité des prestations assurées selon les territoires et enfin par une insuffisante coordination des différentes démarches.

Une offre de soins hospitalière territoriale méconnue

Les établissements de santé, qui devaient être organisés par territoire de santé, en site de cancérologie et sites orientés vers la cancérologie, n'ont pas complètement abouti cette organisation qui laisse en conséquence le constat suivant par territoire (établissements MCO, hors hôpitaux locaux) :

- une insuffisante lisibilité des activités assurées par les établissements.

- une gradation mal identifiée dans le domaine du cancer (établissements de recours, établissements à activité spécialisées, établissements de proximité…).
- une insuffisance de conventions entre établissements de santé.

Par ailleurs, les établissements de santé qui participent à la prise en charge aval ne sont pas identifiés (HAD, SSR notamment).

Territoire	Sites de Chirurgie du cancer en 2011	Sites de Médecine en 2011	Sites de Chimiothérapie Autorisés, En 2011
Dieppe	3	5	3
Le havre	5	11	3
Evreux-vernon	4	9	2
Rouen-Elbeuf	8	13	8

UN NIVEAU REGIONAL MIEUX IDENTIFIE

- les unités de références (ex. Onco-pédiatrie ou encore l'hématologie au CRLCC…).
- le pôle régional de cancérologie (CHU et CRLCC).

LE NIVEAU INTERREGIONAL ET NATIONAL

- l'Interrégion Nord-Ouest dont le Groupement des 3 CRLCC (Baclesse, Becquerel et Centre Oscar Lambret), le GCS des 4 CHU (G4), le cancéropôle et les dispositions du SIOS.
- les agences, Instituts et directions nationales (DHOS, AFSAAPS, INCa, HAS…).

- la gradation des soins est enfin difficilement décrite par insuffisance de formalisation des liens entre les différentes structures notamment :
    - 3C et établissements de santé.
    - 3C et Réseau Régional de Cancérologie (Réseau Onco-Normand).
    - réseau Onco-Normand et pôle régional de cancérologie.
    - liens entre les réseaux d'organes, et le R.O.N ainsi que le Pôle Régional de Cancérologie.
    - pôle régional de cancérologie.

1.5 Les fonctionnements

Le SROS 2 a incité les acteurs régionaux à développer, dès 1999, les pratiques en réseau, les activités pluridisciplinaires, l'harmonisation des prises en charges, le dépistage et la prévention, la complémentarité des plateaux techniques et des compétences.

Ces principes ont été renforcés par le SROS 3 pour permettre le développement des activités en réseau, celui de la qualité de la prise en charge des patients par le déploiement des dispositifs d'annonce, des soins de supports (notamment les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, les soutiens psychologiques..) et la mise en place des plans personnalisés de soins.

La mise en œuvre systématique de la pluridisciplinarité pour les décisions thérapeutiques (RCP) et les prises en charges, a été organisée ; leur évaluation ainsi que leur suivi confiés au réseau Onco-Normand. Quatre centres de coordination en cancérologie (3C), soit un par territoire de santé, sont en place.

a) Renforcement des activités de réseau (Réseau Onco Normand)

Le réseau Onco-Normand a notamment développé les consultations pluridisciplinaires, permis l'harmonisation des pratiques par celle des référentiels et des protocoles de prise en charge clinique à retenir en région Haute Normandie, le développement d'un dossier commun en cancérologie standardisé et partagé en accès protégé pour ses membres.
Les missions se sont cependant élargies pour contribuer à la réflexion sur mise en place d'un centre de coordination en cancérologie dans chaque territoire de santé, participer à l'organisation des formations des acteurs au dispositif d'annonce.

b) Qualité des prises en charge du patient

Le déploiement des dispositifs d'amélioration de la qualité des prises en charges reste incomplet.

Les dispositifs d'annonce sont, pour partie, installés puis ont été renforcés en 2007.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont installées cependant elles ne sont exhaustives ni pour les situations non compliquées qui requièrent une décision d'affectation à un protocole répertorié, ni pour les situations complexes hyperspécialisées de niveau régional qui relèvent du pôle régional de cancérologie.

Il existe une réelle difficulté de maintenir 47 RCP en région compte tenu de la démographie médicale notamment des radiothérapeutes et des oncologues, qui ne permet pas une complète pluridisciplinarité de toutes les RCP, malgré l'utilisation croissante des techniques de visioconférence. Une concentration et un regroupement des RCP par territoire de santé doit être opéré.

Les dispositifs d'annonce, parcours de soins et soins de supports, ainsi que les compétences en psycho-oncologie, ont été renforcés (particulièrement au cours de l'année 2007) dans chaque territoire de santé, pour permettre leur développement au sein de 16 établissements dont respectivement 2 pour le territoire de Dieppe, 3 pour celui du Havre, 3 pour celui d'Evreux et 8 pour le territoire de Rouen. Force est de constater cependant que ces dispositions sont encore incomplètes et inégalement développées dans les établissements.

Enfin, chacun des 4 centres de coordination en cancérologie territoriaux sont financés mais ne sont pas tous installés ni opérationnels en début 2008.

c) Les systèmes d'information

Il n'est pas d'organisation qui ne nécessite, pour permettre de prendre en charge, suivre, accompagner le patient et coordonner les acteurs, ainsi que de proposer les évolutions des structures, des compétences et des organisations, un système d'information performant qui puisse également informer le patient, faciliter la pluridisciplinarité, organiser l'évaluation des organisations et des pratiques, participer à la recherche.

La description des compétences et savoir faire nécessaires, celle des environnements techniques utiles aux activités, des volumes d'activités, ainsi que la qualité des méthodes d'évaluation et indicateurs retenus, référentiels de bonnes pratiques et référentiels scientifiques sont autant d'éléments utiles.

En région Haute-Normandie, sous l'animation du réseau Onco-Normand, un Dossier Communiquant en Cancérologie est déjà bien engagé et contient les modules « RCP » (dont 24 structures utilisatrices dont 11 temps réel, parmi 47), « projet thérapeutique » et « projet de soins personnalisé ». Le déploiement reste en conséquence incomplet, et contraint par la difficulté des interfaces établissements (réduire les doubles saisies), l'organisation du consentement patient, le changement des pratiques collectives. Dans un délai d'un an, l'extension des interfaces du DCC doit permettre l'exhaustivité de son utilisation.

Télé-consultations et transferts d'images sont encore émergents, de même que les outils de l'évaluation des pratiques, et du recueil d'informations à visée de suivi régional et d'épidémiologie. Néanmoins, en lien avec le GCS télésanté de Haute-Normandie et les dispositions du SROS-PRS Imagerie, le développement de la télé-imagerie et le partage des images archivées sur PACS régional ou PACS en réseau en cancérologie est une priorité.
Il est relevé l'intérêt d'un système d'identification régional unique du patient.

d) Pôle Régional de cancérologie, liens avec le Réseau Régional de Cancérologie, positionnement dans l'interrégion Nord-Ouest

Au sein d'une convention cadre, le pôle régional de Cancérologie, labellisé en 2011 est constitué du CHU de Rouen et du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (H. Becquerel). Il a déjà particulièrement développé ses activités de recherche et innovations, ainsi que les coopérations dans l'espace interrégional Nord-Ouest.
La médecine nucléaire, l'imagerie spécialisée, des projets de recherche, une plate-forme de génétique moléculaire et un projet expérimental d'unité pilote de recherche en onco-gériatrie, le développement de la tumorothèque, sont autant d'actions développées en commun.

Cependant, il est relevé une insuffisante lisibilité des activités hyperspécialisées du niveau de recours régional (définition et description), pour lesquelles l'organisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires spécifiques, des consultations de 2ème avis, le développement d'accès facilités (procédures) aux traitements innovants, apparaissent nécessaires. Pour répondre aux objectifs du plan cancer II, une RCP de chirurgie carcinologique régionale de recours sera installée.

L'articulation entre les missions du pôle et celles du réseau n'est pas formalisée.

Enfin, le pôle régional participe aux activités du cancéropôle Nord-Ouest. Il a inscrit ses axes de recherche prioritaires dans ceux définis avec l'INCa. Pour la période 2007-2009, suite à l'appel à projet national destiné aux Cancéropôles, les axes retenus sont le cancer du côlon, les hémopathies malignes, le ciblage multimodalités en cancérologie, le cancer et les neurosciences, enfin le cancer l'individu et la société. Ces axes s'appuient sur 3 plateformes transversales, également validées par l'INCa que sont un centre de traitement des données (CTD), la plateforme génomique, la tumorothèque.

1.6 Démographie et qualification

a) Des structures par âge différentes selon les territoires de santé

Ages	<= 55 ans	56 à 60 ans	> 60 ans
Toutes spécialités			
Dieppe	78,6 %	14,3 %	7,1 %
Evreux-Vernon	72,9 %	20,8 %	6,3 %
Le Havre	75 %	14,3 %	10,7 %
Rouen-Elbeuf	42,9 %	48,3 %	8,8 %
Région	54,5 %	36,8 %	8,7 %
Oncologues et radiothérapeutes			
Région	76,2 %	9,5 %	14,3 %

Près de 45% des praticiens impliqués dans la prise en charge du cancer ont plus de 55 ans, mais la situation est contrastée selon les territoires, avec une part beaucoup plus importante de praticiens de + 55 ans sur le territoire de Rouen-Elbeuf (57%).

b) L'état des lieux des qualifications

Les données recueillies par pré-enquête en 2008 permettent d'apprécier l'ordre de grandeur du nombre des praticiens impliqués dans la prise en charge du cancer, par niveau de reconnaissance (n=361) :

Qualifications	Répartition	% cumulés
Spécialistes en cancérologie	3,8 %	3,8 %
Spécialistes d'organes et compétents en cancérologie ou diplômés d'étude supérieure complémentaire (DESC)	5,9 %	9,7 %
Spécialistes d'organes diplômés d'universités en cancérologie (capacité, DIU, DU)	22,3 %	32 %

Identique à celle du territoire métropolitain, et contrastant avec des savoir-faire importants et des compétences assises sur des formations continues universitaires (DU, DIU, capacités...), la situation de la Haute-Normandie impose des mesures spécifiques régionales : formation initiale, l'évolution de la démographie, la reconnaissance par les acquis, formation continue, organisations transitoires à retenir pour assurer le maintien d'un haut degré de compétence (réseau des correspondants).

II. ORIENTATIONS

2.1 Introduction aux dispositions du SROS consécutives au diagnostic régional et au regard des références nationales et régionales. Axes généraux

Le volet " Prise en charge des personnes atteintes de cancer " poursuit trois objectifs principaux :

- améliorer la lisibilité de l'organisation des soins en cancérologie par la mise en place d'une gradation simplifiée favorisant l'accès aux soins et la prise en charge des patients atteints de cancer.
- donner du sens concret aux objectifs d'organisation afin de renforcer l'équité d'accès aux soins, la coordination des acteurs, la qualité des pratiques professionnelles en prenant en compte l'écoute, l'information et l'éducation des patients et de leur famille. En conséquence au sein de chaque niveau que sont les établissements de santé, les territoires de santé, la région, et en tenant compte de la nécessaire continuité des soins entre la ville et l'hôpital, faire converger autour du patient l'ensemble des compétences, plateaux techniques et soins nécessaires afin de lui garantir une trajectoire de prise en charge harmonieuse, de qualité et de sécurité optimale, toujours adaptée autant que possible tout au long de son parcours.
- développer les soins et les démarches qualité ainsi que les actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé du patient.

2.2 Les principes d'adaptation et d'adéquation de l'offre structurelle

Pour adapter l'offre aux besoins, il apparaît nécessaire de prévoir la modernisation des équipements, des plateaux techniques, le renforcement des équipes notamment en terme de compétences spécifiques.

Cette adéquation sera étroitement corrélée aux critères qualité. Elle proposera en conséquence des regroupements de compétences et des coopérations renforcées entre professionnels et structures de soins. Le régime des autorisations en traduira les conséquences.

a) Les établissements de santé

Les établissements de santé sont gradués en conséquence de la façon suivante :

- **des établissements de santé autorisés** qui répondent aux critères d'autorisation et d'agréments définis au plan national. Ces établissements mettent en place et proposent aux patients l'accès aux dispositifs d'annonce et aux soins de supports. Ils développent la qualité des prises en charge au regard des critères de l'INCa, notamment le projet thérapeutique et le plan personnalisé de soin élaboré lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire à laquelle l'établissement soumet systématiquement le dossier et la situation clinique du patient. Ils mettent en place l'accès aux soins de supports utiles à leur prise en charge.

  Les activités sont celles de la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie, ainsi que celle de la radiothérapie.
- **des établissements de santé associés** qui ne répondent pas à l'ensemble des critères qualité dans l'activité de chimiothérapie. Sont également concernés les établissements de prise en charge en médecine (hors chimiothérapie), les SSR ou encore les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

Dans chaque territoire de santé l'objectif est de disposer d'au moins une offre dans chacune des disciplines soumises à seuils ainsi que de l'accès aux dispositifs qualités qui seront proposés dans chaque établissement autorisé. Néanmoins, il n'est pas prévu à court terme l'implantation d'une activité de radiothérapie dans le territoire de Dieppe ni d'activité de chirurgie thoracique dans les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon.

b) Les activités spécifiques qui font l'objet de préconisations particulières

ONCO-PEDIATRIE

Les centres hospitaliers du Havre, de Dieppe, d'Evreux, et de Lisieux (Basse-Normandie) sont organisés, autour du centre de référence du CHU, dans un cadre fédératif. Recours, expertise de 2ème avis, orientations hyperspécialisées sont assurées, de même que la délégation des prescriptions de chimiothérapie.

Les évolutions du dispositif renforcent en conséquence d'une part les moyens de la télésanté (par la pratique des visioconférences et l'harmonisation et l'interopérabilité des logiciels de chimiothérapie,) et d'autre part les organisations interrégionales pour lesquelles un partenariat explicite sera formalisé dans le cadre de l'inter-région Nord-Ouest avec la région Picardie et le CHU d'Amiens, notamment en onco-hématologie, mais aussi en radiothérapie, pouvant justifier d'un renforcement de moyens à Rouen au CRLCC Henri Becquerel (CRLCC) : temps de radio-pédiatre, d'anesthésie .

Une RCP interrégionale d'oncopédiatrie est identifiée par l'INCa.

Pour répondre à la mission d'un centre de référence et contribuer activement aux prochaines RCP interrégionales, le centre de référence aura à maintenir et développer, par un partenariat renforcé notamment avec le CRLCC Becquerel, les activités de radiothérapie pédiatrique :

- renforcement de la radiothérapie pédiatrique dans le cadre des coopérations au sein de l'interrégion Nord-Ouest, notamment avec la Basse Normandie et la Picardie.

Enfin, une unité spécifique de soins palliatifs pédiatriques doit être développée.

ONCO-HEMATOLOGIE

Le CRLCC Henri Becquerel couvre la prise en charge de l'ensemble des hémopathies malignes et met en œuvre les activités spécifiques très spécialisées des allogreffes, des autogreffes, de la radio-immunothérapie, et des inductions de leucémies aiguës. Il assure également la formation initiale et la mise en œuvre des essais thérapeutiques.
Les centres hospitaliers de Dieppe, Le Havre, Evreux, assurent la prise en charge des hémopathies malignes en dehors des missions spécifiques du Centre Henri Becquerel.

La situation de fragilité des équipes impose un renforcement des 3 centres périphériques qui devra être opéré prioritairement au Havre.

Par ailleurs, le centre Becquerel organisera et renforcera la RCP d'Onco-Hématologie régionale au titre de ses activités très spécialisées et de sa participation au pôle régional.
Compte tenu de ce rôle de référence, des conventions sont à conclure entre le CRLCC et les centres autorisés qui ne disposent pas des compétences d'un médecin qualifiés, ainsi qu'avec les centres associés de Dieppe, Le Havre, Evreux et Rouen.

Ces conventions préciseront :

- l'identification du praticien correspondant.
- les modalités du diagnostic.
- l'organisation du passage en RCP régionale.
- les modalités de la consultation référente au centre Henri Becquerel (par visio-conférence à trois, praticien CRLCC-praticien correspondant-patient, situation majoritaire, ou consultation physique dans les autres cas).
- l'organisation spécifique de la primo-prescription et la première cure par le centre de référence ou le centre autorisé qui dispose des compétences.
- les conditions de mise en œuvre du protocole de chimiothérapie au plus proche du domicile compatible avec les impératifs de sécurité et d'environnement technique et de compétence (détermination des lieux de chimiothérapie première cure, autres cures, repli).
- les conditions de reconstitution, et l'organisation du « OK chimio » qui peut être assuré :
    - par le praticien compétent et/ou primo-prescripteur pour la première cure.
    - par le praticien relais et correspondant du praticien primo-prescripteur pour les cures suivantes (centres autorisés sans compétences, centres associés, médecin traitant en pôle de santé.

ONCO-GERIATRIE

Pour répondre à une organisation qui permette la prise en compte des spécificités de la personne âgée, il est utile de consolider l'Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG), dont les missions sont l'information et la formation des personnels médicaux et auxiliaires, l'information du public sur les procédures, la recherche thématique et l'élaboration de référentiels, enfin la mise en place d'une approche standardisée des malades âgés atteints de cancer. Les mesures suivantes renforceront l'expertise gériatrique :

- développer dans chaque territoire une coordination Inter-établissements et Ville, ayant vocation à s'intégrer dans une organisation territoriale polyvalente.
- améliorer l'implication des équipes cancer et gériatriques, notamment dans les établissements de recours, par l'harmonisation des prises en charge, et l'utilisation d'outils communs de dépistage de la fragilité qui permettront de documenter la RCP.
- mettre en place un dispositif d'expertise gériatrique de la fragilité : repérage de la fragilité, évaluation gériatrique complémentaire pour les patients repérés fragiles, avis gériatrique en RCP.
- étendre à l'ensemble des établissements du territoire y compris les établissements privés, le dispositif d'expertise gériatrique de la fragilité.
- renforcer dans les établissements de recours les évaluations gériatriques.
- enfin, en lien avec les recommandations du volet SSR, développer des unités de soins de suite gériatriques compétentes dans la prise en charge des cancers.

Consolider l'unité de coordination de l'oncogériatrie (UCOG) pour permettre

- l'élaboration et l'appropriation des recommandations de prises en charge et des référentiels de bonnes pratiques dont la relecture des recommandations nationales et leur mise à disposition en partenariat avec le RRC-RON.

- l'organisation des formations, en s'appuyant notamment sur les outils du télé-enseignement :
    - engager un programme régional de formation et de sensibilisation des praticiens gériatres, des oncologues, des praticiens libéraux médicaux et soignants, là encore avec le concours du RRC.
    - engager les formations communes entre soignants de cancérologie et de gériatrie, et l'échange de pratiques.
- le développement de la recherche en onco-gériatrie, en lien avec le gérontopôle Nord-Ouest, et le renforcement de l'inclusion de patients dans les essais cliniques multicentriques: partenariat RRC-RON-PRC.
- l'amélioration des difficultés rencontrées pour l'orientation et la prise en charge des patients gériatriques, fragiles par définition, notamment dans les situations où il n'y a pas de concertation entre oncologue et gériatre.

La structuration onco-gériatrique régionale s'appuiera sur la territorialisation des équipes onco-gériatriques. Elle nécessite de renforcer le lien entre les professionnels des deux secteurs et de créer des « sas d'enregistrement » des personnes âgées, de façon à éviter l'absence de présentation des dossiers en RCP. Un numéro vert sera mis à disposition et maintenu par l'UCOG. Les filières de gériatrie identifiées en seront les relais et les coordonateurs.

Procédures d'évaluation de la fragilité gériatrique

- par la construction d'un outil de dépistage commun de la fragilité, et son appropriation par les professionnels, et dont la promotion, la sensibilisation et la formation, s'appuieront sur le réseau régional de cancérologie (RRC-Réseau Onco Normand).
- par l'identification de trois niveaux d'évaluation : dépistage, évaluation gériatrique, suivi :
    - niveau 1 : repérage minimaliste de la fragilité.
    - niveau 2 : appel à l'évaluation gériatrique, identification du risque potentiel du traitement oncologique.
    - niveau 3 : suivi gériatrique.
- par l'enrichissement systématique de toute RCP du résultat du dépistage ou de l'évaluation gériatrique qui devra faire partie intégrante du dossier de RCP.
- en développant et en adaptant le rôle de l'infirmière de coordination et de suivi en cancérologie, à la prise en charge et au suivi des patients gériatriques : organiser le suivi coordonné avec les IDE de l'évaluation gériatrique, du domicile (SSIAD, et libérales des pôles de santé).
- l'aide à l'orientation du patient dans les filières onco-gériatriques.
- la participation du spécialiste en médecine générale à l'évaluation onco-gériatrique et à la RCP.

RADIOTHERAPIE, UTILISATION DE RADIO-ELEMENTS EN SOURCE NON SCELLEES, MEDECINE NUCLEAIRE

Radiothérapie et curie thérapie, utilisation des radioéléments en sources non scellées

L'offre de soins dans ce domaine, sera renforcée au titre des techniques :

- dont la diffusion doit être étendue.
- qui relèvent d'une régulation d'implantation du fait de leur haute technicité et des conditions de compétences, d'environnement, d'activité, ainsi que des coûts de mise en œuvre.

Les quatre centres devront introduire, pendant la période du SROS, sous réserve d'un accès à un plateau technique d'imagerie performant (TDM, IRM, PET) et d'un équilibre économique, les techniques modernes ou émergentes suivantes :

- la modulation d'intensité (IMRT).
- les systèmes de positionnement du patient.
- l'asservissement respiratoire.

Les techniques et les implantations à prévoir, répondant à des besoins régionaux (et interrégionaux) limités pour lesquels une expertise particulière ainsi que des équipements et un environnement spécifique sont nécessaires, sont les suivantes :

- irradiations corporelles totales : 1 centre.
- radiothérapie pédiatrique répondant à la fois aux besoins régionaux et interrégionaux : 1 centre, en fonction des futurs critères d'autorisation pour cette activité.
- radiothérapie Stéréotaxique intracrânienne : l'implantation d'un 2ème centre dans l'interrégion est envisagée par le SIOS en fonction de l'activité du centre de Lille et de l'évaluation des besoins. La région Haute Normandie préparera et documentera une éventuelle implantation à Rouen pour répondre aux orientations du SIOS.
- la radiothérapie robotisée (Cyber-Knife) fera également l'objet d'une réflexion interrégionale pour définir l'intérêt d'une nouvelle implantation qui pourrait être localisée en Haute Normandie
- curiethérapie à bas débit (LDR) ou à débit pulsé (PDR) : 1 centre sera optimalement situé à Rouen en complément du centre du Havre (1 chambre).
- curiethérapie prostatique : une activité prévisionnelle minimale, une équipe formée s'engageant dans un processus d'apprentissage et regroupant radiothérapeute, urologue, radiophysicien et anesthésiste, ainsi que la proximité d'un service de curiethérapie conventionnelle, représentent les critères de développement et de diffusion de la technique. 2 à 3 centres sont envisagés.
- curiethérapie : développer les techniques notamment de haut-débit, et formaliser les filières de prise en charge notamment avec Caen.

Enfin, chacun des 4 centres de radiothérapie s'organisera pour améliorer les délais de prise en charge, mieux répondre aux indications palliatives et symptomatiques et à la prise en charge en urgence des compressions médullaires, et enfin mieux prendre en compte les besoins du territoire de Dieppe qui ne dispose pas de cette offre de soins.

Les implantations sont les suivantes

Activités	Le Havre	Evreux-Vernon	Rouen-Elbeuf
Radiothérapie	**1**	**1**	**2**
IMRT, Positionnement patient, Asservissement respiratoire	**Oui**	**Oui**	**Oui**
ICT			**1**
RxTT Pédiatrique			**1**
Curiethérapie			
LDR - PDR	**1 (1Chbre)**		**1 (2 à 4 Chbre)**
Prostate	**1**		**1 à 2**

LES EQUIPEMENTS NECESSAIRES AU DIAGNOSTIC

Améliorer les conditions d'accès à l'Imagerie par une augmentation du parc d'équipements lourds

- 4 appareils prévus en 2009 ne sont pas encore installés à Dieppe (1), au Havre (1), à Evreux (1) et à Rouen (1 appareil 3 Tesla).
- une extension est à prévoir pour diminuer les délais d'accès évalués à 34 jours en 2008, 30 jours en 2009, en fort recul en 2010 (49) selon la méthode Cemka-Eval, de 25 jours selon l'étude benchmarking imageire de l'ANAP (T1-2010), dans tous les cas plus du double des délais préconisés par le plan cancer II. Il est en conséquence nécessaire d'augmenter le parc des IRM de 50%, c'est à dire doubler le parc installé 2012 et passer de 20 à 30 appareils, diminuer les délais d'accès de 34 jours à 10 jours). Les dispositions du SROS Imagerie préciseront les implantations.

Dans le domaine de la médecine nucléaire

Les orientations concernent :

- ***ganglion sentinelle***

Le développement de cette technique sera assuré dans tout établissement autorisé au traitement du cancer en chirurgie mammaire, par la technique du ganglion sentinelle par radiodétection, pour laquelle un protocole entre chirurgiens et médecine nucléaire comprendra des critères qualité, notamment une information mutuelle, la gestion des déchets, la maintenance du détecteur, et une courbe d'apprentissage de 30.

- ***anatomopathologie***

Le réseau de macroscopistes reste à renforcer et à identifier. Le renforcement de l'organisation des examens extemporanés par l'amélioration de l'environnement technique de leur réalisation aux blocs opératoires : plateau technique, mise en place après apprentissage de macroscopistes, locaux dédiés.

- ***TEP***

L'installation du TEP du Havre en septembre 2011 permet une amélioration des délais d'accès. Confirmer et installer le second appareil prévu à Rouen est la priorité des 2 années prochaines.

Une coopération étroite sera développée entre les deux centres de médecine nucléaire de Rouen qui permettra l'accès à cette technique aux praticiens libéraux.
S'agissant d'Evreux, l'implantation d'un appareil restera possible, néanmoins dans le cadre d'une collaboration avec le centre de Rouen et dans un délai inférieur à l'échéance du SROS:

L'implantation d'un cyclotron fera l'objet d'une réflexion interrégionale pour définir l'intérêt d'une nouvelle installation qui pourrait être localisée en Haute Normandie.

- Le centre régional de lutte contre le cancer assurera le renforcement de la radiothérapie métabolique au sein des 3 chambres installées. Le maintien des sites actuels d'implantation de la médecine nucléaire.

CHIMIOTHERAPIE

Chaque territoire de santé proposera une offre de soins dont la gradation en établissements de santé autorisés et établissements de santé associés répondra dans l'espace aux compétences, plateaux et environnements techniques, ainsi qu'aux regroupements d'activités.
L'organisation des chimiothérapies relève essentiellement de démarches qualités et de coopérations entre établissements de santé. Les préconisations seront en conséquence spécifiées dans les chapitres suivants.

Territoire	Chirurgie du cancer	Chimiothérapie		
		ETS autorisables	ETS associés	
		MCO	MCO hors HL	HAD
Dieppe	3	2	2	1
Le Havre	5	3	2	3
Evreux-Vernon	2	2	2	2
Rouen-Elbeuf	8	7	-	3

c) Le pôle régional et ses partenaires

Au regard des constats réalisés, le pôle régional composé du CHU et du CRLCC Henri Becquerel devra renforcer ses liens avec le réseau Onco-Normand, proposer un cadre de coopération permettant la contractualisation directe, et le développement des activités actuellement insuffisamment structurées.

Le pôle régional de cancérologie :

- met en œuvre les activités hyperspécialisées régionales dites de recours, dont la liste sera définie, décrite et mise à jour chaque année, en lien avec le réseau Onco-Normand et les réseaux d'organes. Cette liste sera accessible dans un annuaire régional des ressources en cancérologie.
- organise les RCP régionales, activités pour lesquelles une formalisation sera proposée. Il assure par ailleurs l'organisation et le suivi des RCP interrégionales dans certaines disciplines. Il participe à l'organisation des consultations de 2ème avis.
- propose sur documentation et en lien avec les organisations interrégionales, les innovations et techniques à mettre en place en région.
- propose et met en œuvre les équipements et techniques d'intérêt régional, notamment dans le domaine des équipements lourds ou à diffusion encore restreinte.
- participe en lien avec le RON à l'harmonisation, la diffusion et l'évaluation des référentiels nationaux et régionaux de bonnes pratiques.
- alimente et participe au système d'information régional, en lien avec le R.O.N.
- propose une organisation qui permette l'accès des patients aux innovations et aux protocoles expérimentaux en favorisant les inclusions de patients, dans un délai de 2 ans.
- assure une veille technologique.
- assure la formation et prépare les transferts de compétence nécessaires.
- contribue avec la faculté à la formation initiale des professionnels de santé.

2.3 Améliorer l'accessibilité du patient à l'offre installée, favoriser les activités transversales, les coopérations, les réseaux

Rendre lisible l'organisation de l'offre de soins, simplifier pour le patient les critères de choix, permettre la documentation objective des dispositifs de prise en charge, mais aussi participer à une orientation motivée, documentée, professionnelle, et aidée par des décisions de RCP : autant de modalités d'un meilleur accès à une offre adaptée aux besoins des malades.

C'est aussi, au delà d'une gradation des soins basée sur les autorisations et les critères de qualité, favoriser les coordinations qui structurent les acteurs et organisent les trajectoires de prise en charge. C'est enfin, autant que possible, permettre à chaque patient d'être acteur de sa maladie et bénéficier de l'ensemble des soins qui lui sont nécessaires.

L'accessibilité recouvrira en conséquence :

- la disponibilité de l'offre de soins graduée, identifiée et autorisée qui réponde à des délais de prise en charge satisfaisants.
- la connaissance des missions de chaque acteur.
- la connaissance des relations entre les niveaux d'interventions et les dispositions d'organisation des trajectoires.

L'offre de soin structurelle est articulée par des instances de coordination, organisations professionnelles et un système d'information

Au regard de la pluridisciplinarité des intervenants de proximité et de l'intérêt de faire converger autour du patient atteint de cancer les prestations médicales et médico-psycho-sociales dont il peut avoir besoin, la coordination des acteurs de proximité apparaît essentielle et doit recouvrir un champ large du fait des différentes pathologies et situations cliniques qui font intervenir les mêmes acteurs.

LES CENTRES DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE (3 C)

Les «3C» ont pour mission de s'assurer que l'organisation de la prise en charge de chaque patient cancéreux s'effectue conformément à la meilleure stratégie définie pour lui, dans le cadre d'une orientation structurée et informée, lui permettant de bénéficier de l'ensemble des compétences et techniques nécessaires à la prise en charge de sa maladie, dans le respect des bonnes pratiques.

Les «3C» garantissent l'accès aux soins diagnostiques et curatifs techniques mais également à la mise à disposition en tant que de besoin des compétences et programmes suivants qui représentent autant de moyens mobilisés au service du patient :

- information du patient et accès aux programmes d'éducation thérapeutique.
- accès aux annuaires de compétences et de prise en charge.
- passage en réunion de concertation pluridisciplinaire.
- accès au dispositif d'annonce.
- bénéfice d'un programme personnalisé de soins.
- accès aux soins de supports.
- orientation et prise en charge sociale.
- accès à la prise en charge en soins palliatifs.
- accès à la prise en charge de la douleur chronique rebelle.
- orientation vers les réseaux de prise en charge locaux…

Pour permettre l'accompagnement et le suivi longitudinal de la prise en charge de chaque patient au travers des dispositifs décrits, et assurer qualité et harmonisation des pratiques en lien avec le réseau régional de cancérologie, les «3C» sont en conséquence harmonisés. Ils utiliseront des méthodes communes, favoriseront la mise en place d'audits de bonne pratiques internes aux établissements, partageront les informations au sein d'un dossier commun en lien avec le DCC, permettant l'évaluation descriptive des activités et des suivis.

La répartition des activités en 4 niveaux opérationnels de mise en œuvre des missions «3C»

- **le niveau du réseau régional** (réseau Onco-Normand – RON) : harmonisation des références, propositions d'organisations, recommandations relatives aux méthodes, élaboration de cahiers des charges. C'est le niveau de la stratégie, de l'animation régionale et d'aide à la décision en lien avec l'ARH.
- **le réseau régional dans sa fonction d'harmonisation et suivi des '3C'**.

  Il permettra l'effectivité de la mise en œuvre et de la diffusion de la dynamique régionale, ainsi que l'harmonisation et le suivi des 3C. Il facilitera la communication, participera aux évaluations, réalisera les synthèses et rapports ad-hoc, mènera les études nécessaires, regroupera les données régionales notamment selon les tableaux de receuil d'activité des 3C élaborés par l'INCa.
- **le niveau territorial assurera les fonctions de coordination** des prises en charge, s'assurera des circuits patients et des trajectoires adéquates, facilitera les fonctions de 'reporting' et les transmissions de données des établissements adhérents. Il organisera et animera le point d'information cancer et pourra aider aux adressages. C'est à ce niveau que l'évaluation en proximité du bon fonctionnement du dispositif de prise en charge du cancer doit être réalisée, évaluée, améliorée. Le 3C territorial accompagne et facilite les audits dans les établissements de santé.
- **chaque établissement** adhérent met en œuvre les compétences nécessaires à la prise en charge effective et transversale du patient. Lorsqu'un dispositif est incomplet voire absent, il oriente le patient, en lien avec le « 3C », vers celui le plus adéquat.

LE RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE (R.R.C) ONCO-NORMAND (R.O.N)

Le réseau Onco Normand assure les 5 missions définies au plan national :

- harmonisation, adaptation et diffusion régionale des référentiels nationaux de bonnes pratiques cliniques.
- mise en œuvre d'une communication entre professionnels de santé (DCC).
- partage de l'information à visée du public et des professionnels de santé.
- aide à la formation continue.
- observation et évaluation de pratiques professionnelles.

Le RON assurera d'autres objectifs spécifiques :

- animation et coordination régionale.
- participation aux organisations régionales, leur fonctionnement, leur amélioration, et leur mise en œuvre.
- harmonisation, suivi et coordination des centres de coordination en cancérologie (3C).

LE POLE REGIONAL DE CANCEROLOGIE

Ses missions ont déjà été évoquées dans l'offre de soins au titre des activités de prise en charge (activités hyperspécialisées, RCP de recours, ..).

LES RESEAUX D'ORGANE

En lien avec le RON et le pôle Régional de Cancérologie, les réseaux d'organe :

- animent les réseaux des professionnels de la discipline au sein de la région.
- mènent des expertises relatives à la discipline en lien avec le RON, le pôle régional mais aussi l'ARS.
- assurent staffs et échanges professionnels, notamment dans le cadre d'études de cas et d'aide à la prise de décision.
- participent à la formation notamment professionnelle et continue.
- participent à la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles en région, ainsi qu'à la veille technologique dans la discipline.
- peuvent proposer les évolutions souhaitables des organisations régionales retenues et de la démographie médicale.

L'INTERREGION

Constituée des régions Basse et Haute Normandie, de la Picardie et du Nord-Pas de Calais, l'interrégion Nord-Ouest est dotée de 4 instances qui œuvrent dans le domaine du cancer :

- le cancéropôle Nord-Ouest dont les activités sont essentiellement concentrées dans le domaine de la recherche, (CHUs, CRLCCs, Inserm, Universités, ….).
- le GCS G4 qui regroupe les 4 CHU de l'interrégion et dont les objectifs participent aux mises en œuvre opérationnelles et aux choix interrégionaux dans le domaine du cancer : partage et répartition d'activités, mise en œuvre d'équipements lourds, partage de compétences.
- le groupement C3 des 3 centres de lutte contre le cancer BACLESSE (Caen), BECQUEREL (Rouen) et le centre Oscar LAMBRET (Lille).
- les dispositions du SIOS qui dans certains domaines, notamment en neurochirurgie, organisent la prise en charge des cancers (CyberKnife, radiothérapie stéréotaxique, ..).

En dehors des activités de recherche, l'interrégion Nord-Ouest constitue le bon niveau de l'introduction et la diffusion de techniques innovantes, le transfert de compétences et la formation initiale. Dans ce domaine, il apparaît utile de définir et d'engager un programme d'implantations et de complémentarité.

2.4 Principe de qualité et de sécurité de l'offre

Les principes de qualité et de sécurité de l'offre de soins reposent sur plusieurs axes que sont :

- les critères d'autorisations et d'agréments prévus par les décrets de mars 2007, notamment les conditions d'environnements, de compétences, et de volumes d'activités encadrent les activités.
- l'appui des structures dont les missions participent pleinement à l'amélioration de la qualité des prises en charge. On citera les centres de coordination en cancérologie, le réseau Onco-Normand, l'observatoire régional des médicaments et des techniques innovants et coûteux, les démarches d'accréditation, la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles.
- les conditions techniques et de radioprotection qui encadrent la sécurisation des activités à risque notamment la radiothérapie et la chimiothérapie.
- les systèmes d'information sont au cœur du dispositif par la coordination des soins et le suivi des prises en charge des patients qu'ils permettent,
- formation et compétences sont les pré-requis indispensables à la qualité. Des actions seront à ce titre engagées (compétences attestées, RCP exhaustives, participations obligatoires, rôle du pôle régional et des réseaux d'organes).
- une démarche régionale nécessaire de promotion de cette culture.

a) Le système d'information

Il répondra aux critères du cahier des charges national du développement et de la mise en œuvre du Dossier Commun en Cancérologie (DCC). Plus précisément, afin de permettre un développement et une diffusion rapide du DCC, les dispositions suivantes sont préconisées sous la maîtrise d'ouvrage du RON.

Le DCC :

- intégration du projet dans la politique régionale de Télésanté : cahiers des charges des spécifications, travail relatif aux interfaces nécessaires au bon fonctionnement du DCC.
- extension de l'utilisation à l'ensemble des RCP, temps réel, pour l'ensemble des situations cliniques soumises.
- prise en compte du programme thérapeutique et du programme personnalisé de soins.
- fourniture de statistiques d'activité aux RCP, qui servira d'outil de mesure de l'activité des 3C.
- valorisation en points d'EPP pour les professionnels.

Le système d'information développera les techniques de visioconférence pour :

- faciliter le fonctionnement des RCP régionales qui doivent être mises en place au niveau du pôle régional de cancérologie.
- éviter les déplacements de professionnels de santé (notamment les radiothérapeutes qui interviennent sur plusieurs RCP).
- disposer du transfert d'images radiologiques en même temps que la visioconférence et intégrer ce transfert dans le cadre du chantier régional de télé-imagerie : développer le dossier commun d'imagerie en cancérologie.

Le système d'information participera également à la mise en œuvre, et assurera la validité et la maintenance d'un annuaire des ressources en cancérologie :

- annuaire et cartographie des RCP reprenant leurs modalités d'organisation et leur localisation ; ainsi que des professionnels de santé et des organisations.
- soins à domicile (HAD, chimiothérapie, soins palliatifs …) et leur organisation.
- répertoire en soins de support, dont la douleur, la nutrition, le social, les modalités d'accès à un soutien psychologique, y compris au domicile ainsi que les soins palliatifs.
- répertoire des protocoles de recherche clinique mis en œuvre dans la région et leurs modalités d'organisation (mise à disposition d'équipes mobiles de recherche clinique) en relais de l'information diffusée sur les sites nationaux (DHOS, INCa…).

- le réseau de tumorothèque régional et l'intérêt pour le patient de bénéficier d'une conservation d'échantillon tumoral.
- l'accès aux plateformes de génétique moléculaire et aux consultations d'oncogénétique.

b) La sécurisation de l'activité de radiothérapie

Les dispositions des textes qui régissent la radioprotection des personnes qui travaillent en radiophysique médicale, la radioprotection des patients et les démarches qualité des contrôles, ainsi que les missions et formations auxquelles sont soumis les radiophysiciens , les critères d'agréments de l'INCa enfin, rendent plus contraignante l'activité de radiothérapie.

Par ailleurs, la pénurie des physiciens spécialisés en radiophysique médicale (PSRPM) est particulièrement prégnante en région Haute Normandie et rend indispensable une organisation qui puisse assurer une continuité et une permanence des soins en cas de difficulté.

Il est en conséquence préconisé de :

- mettre en commun les compétences d'un ingénieur qualiticien pour harmoniser et partager les démarches qualité des 4 centres de radiothérapie (partage de procédures génériques adaptées ensuite aux situations individuelles).
- mettre à niveau progressivement et rapidement les différents systèmes de sécurité, notamment la mise en conformité des équipements logiciels, le R et V (report et verify), le développement de la dosimétrie in-vivo, la mise en œuvre d'un renforcement des identifications ; et l'élaboration d'un plan de programmation de la qualité.
- installer une structure de coopération et de gestion du risque commune aux 4 centres permettant de répondre aux absences de radiophysiciens, à la mutualisation de temps de qualiticien, d'informaticien et d'expertise, enfin de partager les retours d'expériences.

c) Qualité et sécurité de la pratique des chimiothérapies

Principes

Les traitements de chimiothérapie, leurs adjuvants, les techniques nouvelles, quel que soit leur mode d'administration (parentérale, orale, intrathécale...) doivent être conformes aux référentiels et protocoles nationaux quand ils existent, validés par le Réseau, garantissant notamment le bon usage des médicaments, des techniques et prestations innovantes. Le cadre est donc celui des établissements autorisés, des établissements associés ou des structures d'HAD, ainsi que les prises en charge ambulatoires notamment pour les chimiothérapies orales.

La création d'un observatoire régional des médicaments et des innovations thérapeutiques, qui répond à l'objectif de suivi quantitatif et qualitatif des prescriptions et des consommations de médicaments utilisés dans le cancer et de l'accès aux thérapeutiques les mieux adaptées, participe à la qualité des prises en charge.

Cette qualité des chimiothérapies passe également par :

- le respect des normes sécuritaires relatives à la préparation et la reconstitution des cytostatiques, ainsi que celui des référentiels de bonnes pratiques cliniques de mise en œuvre des chimiothérapies (locaux, personnel...).
- le respect des critères d'activité minimum selon l'arrêté du 29 mars 2007.
- l'organisation de la continuité des soins en particulier lors des complications des soins.

Pratique des chimiothérapies : préconisations

- Un réseau de praticiens correspondants identifiés sera organisé conjointement par le pôle régional de cancérologie, le réseau Onco-Normand et les réseaux d'organes concernés, discipline par discipline pour permettre, aux praticiens concernés, la prise en charge de leurs patients en lien avec le primo-prescripteur.

Cette organisation en réseau tiendra compte notamment de l'exhaustivité des examens en RCP, de leurs participations effectives des praticiens aux RCP et au DCC, à une formation médicale continue voire diplômante, ainsi que d'un volume d'activité personnel et de pratique significatifs.

Les praticiens généralistes sont particulièrement impliqués dans cette activité. L'organisation de ces praticiens et les coopérations locales développées entre professionnels de santé pour la chimiothérapie sont la garantie d'une prise en charge de qualité.

- **la décision** sera exclusivement prise au cours d'une RCP à laquelle participe un médecin répondant aux qualifications mentionnées dans le décret du 27 mars 2007.

- **La première prescription et/ou le changement de traitement** sont réalisés par un praticien ayant les titres ou qualifications déjà mentionnés, qui exerce dans un établissement de santé autorisé.
- **La prescription des chimiothérapies** sera informatisée ainsi que les étapes de préparation et d'administration afin d'obtenir la traçabilité de l'ensemble des cures administrées ; cette informatisation impose que les systèmes d'information des différents établissements autorisés et associés ainsi que des HAD puissent communiquer et être inter-opérables entre eux.

- **Les modalités de transport** des reconstitutions ainsi que la traçabilité seront décrites et protocolisées au niveau régional.

- **La réalisation effective de la chimiothérapie**

La réalisation des chimiothérapies est placée sous la responsabilité des praticiens primo-prescripteurs ou correspondants identifiés.

En établissement associé

Lorsqu'elle est pratiquée dans un établissement associé, elle nécessite l'engagement, à l'aide d'une convention type élaborée par le réseau Onco-Normand, des 2 établissements, autorisé (adresseur) et associé (effecteur). Elle précise :

- l'organisation du passage en RCP.
- les modalités de la consultation par le praticien primo-prescripteur du centre autorisé.
- l'organisation spécifique de la primo-prescription et la première cure par le centre de référence ou le centre autorisé qui dispose des compétences.
- l'identification du praticien correspondant du réseau des correspondants.
- les modalités du renouvellement des cures, les conditions de reconstitution, et l'organisation du « OK chimio » qui peut être assuré :
    - par le praticien compétent et/ou primo-prescripteur pour la première cure.
    - par le praticien relais et correspondant du praticien primo-prescripteur pour les cures suivantes (centres autorisés sans compétences, centres associés, médecin traitant en pôle de santé.
    - celles du « OK chimio » par le praticien correspondant notamment le médecin généraliste concerné.

- les conditions de mise en œuvre du protocole de chimiothérapie au plus proche du domicile compatible avec les impératifs de sécurité et d'environnement technique et de compétence (détermination des lieux de chimiothérapie première cure, autres cures, repli).

Elle précise également pour les cures, les dispositions de responsabilités, la nature des protocoles de mise en œuvre, les procédures de suivi et de contrôle de la chimiothérapie.

Une fiche de liaison (au mieux incluse dans le DCC), assure le recueil des informations, précise les dispositions de la continuité des soins et de la permanence des soins, ainsi que les caractéristiques d'appels urgence. Un système d'inscription temporaire du patient, avec son accord, pourra être prévu dans l'annuaire des patients à suivi particulier (régulation – centre 15).

- **des procédures** de prescription, validation, préparation, contrôles, administration, gestion des déchets, chimio-protection, et de signalement des effets secondaires inattendus ainsi qu'indésirables graves survenus lors de l'administration de ces produits ou au décours de celle-ci, sont élaborées en lien avec le réseau Onco-Normand et l'observatoire des médicaments et des techniques innovantes (OMEDIT). Elles sont adaptées aux situations individuelles de chaque établissement.

Les chimiothérapies orales

S'agissant enfin des chimiothérapies orales qui échappent aux dispositifs qualité mis en œuvre pour les chimiothérapies parentérales, une réflexion régionale « ville hôpital » est formalisée. Les préconisations régionales seront complétées et amendées dès que les recommandations nationales en cours d'élaboration seront disponibles.

Les conventions passées seront adaptées à la prise en charge des chimiothérapies à domicile, notamment orales. Elles formaliseront entre l'établissement autorisé, l'établissement associé et le pôle de santé ambulatoire, les conditions techniques de mise en œuvre, la démarche qualité, les formations nécessaires, le système d'information partagé, les pathologies concernées, l'organisation du « OK chimio » par le médecin généraliste, les modalités de sa participation à la RCP (fiche de liaison, dépistage de la fragilité ...), son accès au DCC, et enfin l'implication de l'infirmière de coordination.

d) L'après cancer / PPAC

- Une expérimentation spatiale pourra être menée selon certaines pathologies. La mise en œuvre fera l'objet d'une définition de la zone expérimentatrice ou selon un appel à candidature. Ceci se ferait en lien avec le réseau onconormand. Il s'agirait d'organiser un suivi alterné du patient entre le centre autorisé et le médecin traitant. Les informations circuleraient via un carnet de soins partagé entre les 2 praticiens.
- L'accompagnement social doit s'effectuer en lien avec l'infirmière coordinatrice et l'assistante sociale des établissements de santé. Le rôle de l'infirmière coordinatrice est de permettre ce lien entre l'hôpital et la ville, et de coordonner l'ensemble du parcours du patient.

Chaque patient devra pouvoir bénéficier d'un programme de soins personnalisé qui sera défini lors des RCP, mais également en collaboration avec le patient.

e) Formations et compétences : une nécessaire politique régionale

Il est constaté une fragilité des formations qualifiées, à l'instar de la France métropolitaine. Par ailleurs, le vieillissement démographique professionnel est défavorable à la région. Il est donc indispensable de :

- éclairer précisément, par un travail d'enquête, les compétences, formations, activités des praticiens impliqués dans la prise en charge du cancer (Pôle régional de cancérologie, Réseau Onco-Normand, Université, CHU, représentants des réseaux d'organes, Conseil de l'Ordre des médecins, ARS).
- mettre en place une réflexion sur les critères de reconnaissance des compétences pour permettre une habilitation de praticiens formés et une délégation de mise en œuvre des chimiothérapies.
- bâtir un programme de formation, initiale et continue régional mais aussi à l'échelle de l'Interrégion Nord-Ouest.
- favoriser la création d'un poste universitaire et l'organisation d'une filière universitaire en oncologie médicale.

f) Pour une démarche régionale de la qualité en cancérologie

Une démarche qualité régionale est nécessaire.
Elle pourra porter sur chaque stade de la prise en charge, comme la pertinence de la décision de traitement, sa réalisation, la sécurité du patient, la performance des coordinations ou encore le partage de l'information.
La démarche qualité sera mise en œuvre aux différents niveaux de prise en charge ou de coordinations (professionnel, établissement, 3C, réseau de cancérologie, pôle régional de cancérologie). Elle sera néanmoins animée au niveau du réseau régional.

g) Coordination dans l'élaboration et le suivi des référentiels

Réseau Onco Normand, Pôle Régional de Cancérologie et Observatoire Régional des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques assureront conjointement et dans leurs domaines de compétences, l'élaboration des référentiels régionaux éventuels, l'adaptation régionale des recommandations nationales.

h) Principes de coopérations et de partenariats

Les coopérations et partenariats visent à conforter l'organisation en réseau afin de mieux articuler les intervenants et les acteurs, permettre une meilleure sécurité et qualité de prise en charge par le regroupement d'activités et de compétences, assurer la multidisciplinarité des prises en charge, permettre de tracer et orienter les trajectoires de prises en charge, enfin assurer la subsidiarité des acteurs.

- **Au niveau des territoires de santé**, les coopérations inter-établissements seront formalisées en chirurgie, notamment pour les disciplines suivantes, pour lesquelles des fragilités sont observées, et faute de coopérations abouties entre établissements, les activités suivantes seront regroupées sur un seul site par territoire et discipline :
    - territoire de Dieppe : chirurgie carcinologique urologique, ORL, et gynécologique.
    - territoire d'Evreux-Vernon : chirurgie carcinologique urologique et gynécologique.
    - en chimiothérapie sur la base des conventions types qui lient les établissements de santé autorisés aux établissements associés, et plus spécifiquement pour les territoires de Dieppe et Rouen-Elbeuf.
    - une fédération inter hospitalière d'Onco-hématologie sera formalisée entre les établissements du CHU de Rouen, CRLCC Henri Becquerel, CHI Eure-Seine, Groupe Hospitalier du Havre, CH de Dieppe, CHI Elbeuf-Louviers.

- **Au niveau des territoires de premiers recours**, chaque pôle de santé constitué adhérera au réseau régional de cancérologie et passera convention avec les centres autorisés en cancérologie.
  Ces dispositions devraient permettre sur la base du cahier des charges des pôles de santé et du projet médical du pôle, d'organiser au mieux par les professionnels ambulatoires et dans le cadre des bonnes pratiques, le dépistage, l'orientation, le suivi du patient atteint de cancer, le diagnostic de fragilité en onco-gériatrie, la prise en charge des chimiothérapies, enfin l'après-cancer.

- **Seront également formalisées les relations suivantes :**
    - 3C et établissements de santé : privilégier le GCS, qui pourra permettre notamment les coopérations professionnelles.
    - les 3C et le Réseau Régional de Cancérologie (Réseau Onco-Normand).
    - le Réseau Onco-Normand et le pôle régional de cancérologie par l'adhésion du Pôle, mais aussi par la formalisation du partage des informations et la définition des objectifs communs.
    - les réseaux d'organe, le R.O.N et le Pôle Régional de Cancérologie.
    - la cadre de coopération du pôle régional de cancérologie (GCS), permettant la contractualisation.

III. EVALUATION ET SUIVI

Seront suivis les indicateurs suivants :

Des critères de prise en charge

- les critères de délais de prise en charge aux différentes étapes du diagnostic et des prises en charge thérapeutiques.
- la pertinence de la décision de traitement, sa réalisation, la sécurité du patient.
- la mise en œuvre qualitative et quantitative des soins de supports et des dispositifs d'annonce.
- l'inclusion dans des protocoles de recherche, l'accès à l'innovation thérapeutique et à la tumorothèque.

Des critères de coordination

- la performance des coordinations.
- le partage de l'information.
- l'exhaustivité des recueils d'informations nécessaires aux coordinations et au suivi des prises en charge.
- les rapports d'activités des centres de coordinations en cancérologie et leurs indicateurs de suivi en lien avec les indicateurs INCa.

Des critères qualité

- les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.
- la disponibilité de référentiels d'investigation et de traitement.

Des critères de suivi

- les activités de chaque établissement de santé au regard du PMSI.

IV. IMPLANTATIONS

ROUEN / ELBEUF	2011	2017
Chirurgie	**8**	**8**
Chimiothérapie		
Etablissements MCO autorisés	**7**	**7**
Etablissements MCO associés	**0**	**0**
HAD associées	**3**	**3**
Radiothérapie	**2**	**2**
IMRT	**OUI**	**OUI**
Irradiation corporelle totale	**1**	**1**
Radiothérapie pédiatrique	**1**	**1**
Radiothérapie stéréotaxique *	**1**	**1**
Cyber knife*	**1**	**1**
Curiethérapie		
LDR – PDR	**1 (2 à 4 chambres)**	**1**
Prostate	**1**	**1 à 2**
Cyclotron *	**0**	**1**

** organisation interrégionale (SIOS)*

LE HAVRE	2011	2017
Chirurgie	**5**	**5**
Chimiothérapie		
Etablissements MCO autorisés	**3**	**3**
Etablissements MCO associés	**2**	**2**
HAD associées	**3**	**3**
Radiothérapie	**1**	**1**
IMRT	**OUI**	**OUI**
Curiethérapie		
LDR – PDR	**1 (1 chambre)**	**1**
Prostate	**1**	**1**

EVREUX - VERNON	2011	2017
Chirurgie	**3**	**2**
Chimiothérapie		
Etablissements MCO autorisés	**2**	**2**
Etablissements MCO associés	**2**	**2**
HAD associées	**2**	**2**
Radiothérapie	**1**	**1**
IMRT	**OUI**	**OUI**
Curiethérapie	**0**	**0**

DIEPPE	2011	2017
Chirurgie	**3**	**3**
Chimiothérapie		
Etablissements MCO autorisés	**1 à 2**	**1 à 2**
Etablissements MCO associés	**2**	**2**
HAD associées	**1**	**1**
Radiothérapie	**0**	**0**

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Loi de bioéthique de 2004 et 2011.**

- **Code de la santé publique :**

    - Articles L 1131-1 à L 1131- 7
    - Articles L 1132-1 à L 1132- 7
    - Articles L 1133-1 à L 1133 - 10
    - Articles R 1131-1 à R 1131- 23
    - Articles R 1132-1 à R 1132 – 20

- **Décret n°2008-321 du 4 avril 2008** relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.

- **Arrêté du 27 novembre 2008** fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.

- **Estimation des besoins de la population pour les dix années à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique, Octobre 2008, Institut national du cancer.**

- **Plan cancer 2009-2013** (mesures 14 et 23).

- **Plan national de lutte contre les maladies rares 2010-2014.**

- **Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010** relative à la biologie médicale.

I. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

Le thème de la génétique post-natale est abordé pour la première fois dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Ce volet concerne la génétique constitutionnelle dans le cadre médical. Les maladies à déterminisme génétique comprennent les maladies chromosomiques, les maladies géniques et les maladies génomiques.

Le champ du SROS inclut l'oncogénétique constitutionnelle qui porte sur la recherche d'une prédisposition génétique héréditaire au cancer chez une personne, ainsi que la pharmacogénétique (qui est l'étude de l'influence de la variabilité du génome dans la réponse aux médicaments) et les analyses HLA (hors histocompatibilité).

Sont exclus la génétique somatique (étude du patrimoine génétique d'une tumeur), le diagnostic génétique prénatal qui est traité avec le SROS Périnatalité et l'analyse des caractéristiques génétiques réalisées en médecine légale. Il convient également d'exclure de ce champ les maladies multifactorielles, à propos desquelles la positivité d'un test de susceptibilité ne modifiera pas la prise en charge de la maladie.

La génétique est une discipline au sein de laquelle s'associent étroitement la clinique et la biologie, afin de conjuguer l'expertise clinique indispensable à l'évaluation phénotypique, à une prescription cohérente des analyses génétiques et à une information préalable des patients.
Son exercice s'effectue dans le respect d'un cadre légal strict, celui des lois de bioéthique de 2004 et 2011. En effet, les informations produites sont des données sensibles souvent relatives à des maladies graves et doivent être communiquées avec précaution aux personnes porteuses des caractéristiques génétiques.
Au niveau national, l'agence de biomédecine (ABM) s'intéresse à l'activité des laboratoires. Elle délivre l'agrément des praticiens des laboratoires, donne un avis sur les autorisations d'activité et réalise le recueil d'activité de ces laboratoires depuis l'année 2009. L'ABM a également pour mission de concourir à l'amélioration des pratiques. Une collaboration s'est instaurée avec la base de données Orphanet des maladies rares, qui recense les diagnostics que chaque laboratoire est en mesure de proposer.
L'Institut national du cancer réalise le suivi de l'activité d'oncogénétique, aussi bien clinique que biologique depuis 2003.

1.1 Le contexte médical

On dénombre aujourd'hui environ 7 000 maladies génétiques, dont 5 000 maladies sévères, chroniques et complexes. 3 millions de patients sont concernés en France et 30 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

Le champ des maladies génétiques, qui comprend les maladies chromosomiques, géniques et génomiques est occupé principalement par des maladies rares (80% des maladies rares sont des maladies génétiques). Des pathologies ont une prévalence plus élevée telles les trisomies 21 (1/650), les hémochromatoses (1/1 000) et les formes mendéliennes de cancer (1/300).

La génétique est étroitement associée à la recherche dans un principe de continuité et afin de lutter plus efficacement contre les maladies génétiques, de l'enfant et de l'adulte. Ainsi, les laboratoires de génétique moléculaire situés dans les CHU sont également liés à des unités de recherche INSERM.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Ces analyses ont pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne,
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés,

- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne par un traitement prophylactique, la prévention des complications ou la suppression d'une surveillance médicale inadaptée.

Le diagnostic génétique s'effectue ainsi sur deux populations différentes, d'une part des patients ayant d'ores et déjà développé une maladie, et d'autre part les patients asymptomatiques. Cette dernière catégorie comprend les patients pré symptomatiques, qui développeront une maladie à révélation tardive et les porteurs sains, qui transmettront le gène à leur descendance.

La génétique est une discipline très évolutive, d'une part par le nombre croissant de patients chaque année, en particulier les patients asymptomatiques, et d'autre part par l'arrivée de nouvelles techniques diagnostiques des maladies génomiques.

1.2 Etat des lieux de l'offre de soins

Les trois composantes de l'activité de génétique sont la génétique clinique, la cytogénétique et la génétique moléculaire.

L'activité de génétique postnatale est étroitement liée à l'activité de diagnostic prénatal qui est réalisée dans les mêmes consultations et dans les mêmes laboratoires.

En région Haute-Normandie, l'activité de génétique s'est structurée progressivement depuis 1996 avec la création de la fédération de génétique du CHU de Rouen puis de la fédération de génétique de Haute-Normandie, comprenant différentes unités cliniques et biologiques.

LA FEDERATION REGIONALE DE GENETIQUE

- **Fédération de génétique du CHU de Rouen**
  - *Service de génétique*

    -> UF de génétique clinique et UF de génétique moléculaire.
  - *Laboratoire d'Histologie, cytogénétique et Biologie de la reproduction*

    -> UF de cytogénétique.
  - *Laboratoire de Biochimie*

    -> UF de dépistage et suivi des maladies métaboliques.
- **EFS de Normandie**

  -> Consultations de génétique et laboratoire de cytogénétique.
- **GH du Havre**

  -> Unité de cytogénétique et génétique médicale.

La coordination de la prise en charge des patients est effectuée en totale interaction entre les acteurs de la fédération de génétique.

L'activité relative aux maladies thromboemboliques (consultations et analyses) est effectuée indépendamment de cette fédération, au sein de l'UF d'hémostase du laboratoire d'Hématologie Biologie du CHU de Rouen.

Il existe également un laboratoire privé de cytogénétique dans l'Eure, dont l'activité est essentiellement extrarégionale (15% de l'activité réalisée pour l'Eure).

a) La génétique clinique

Les motifs de consultation sont :

- la démarche diagnostique, chez un enfant ou un adulte suspect de maladie génétique, et adressé par les différentes spécialités du corps médical.
- la prise en charge de sujets asymptomatiques, afin de déterminer s'il existe un risque pour eux de développer la maladie présente dans la famille.

- la coordination de la prise en charge et le suivi médical.

Un autre motif de consultation est le diagnostic prénatal (traité dans le SROS périnatalité).

La population concernée comprend les patients malades (cas index) et les membres de la famille (cas apparentés).
Les consultations de génétique ont pour caractéristique d'être longues, d'une durée de 50 minutes.

Les consultations sont réalisées au CHU de Rouen, au sein de l'EFS situé à Bois-Guillaume et au GH du Havre. Les consultations des pathologies thromboemboliques sont réalisées au sein de l'unité bioclinique d'hémostase du Laboratoire d'Hématologie Biologie du CHU de Rouen et du service de médecine interne. Le centre régional de traitement des maladies hémorragiques graves (CRTH), au sein du service d'hématologie, réalise une activité de conseil génétique pour les maladies constitutionnelles hémorragiques graves pour exemple l'hémophilie A sévère.

La loi encadre strictement les conditions de prescription d'examen des caractéristiques génétiques chez les personnes asymptomatiques. Ces prescriptions ne peuvent être réalisées qu'au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques. Ces équipes ont pour obligation de se déclarer auprès de l'agence de biomédecine.
Les prescriptions en faveur des cas index peuvent être réalisées en dehors de ce dispositif spécifique, ce qui est le cas en particulier pour la recherche de maladies thromboemboliques et les hémochromatoses.

L'UF de génétique clinique du CHU est centre agréé par l'INCa pour les consultations d'oncogénétique et centre de compétence pour les anomalies du développement et syndromes malformatifs, les maladies mitochondriales, les maladies neuromusculaires et les surdités congénitales et génétiques. Le Centre régional de traitement des maladies hémorragiques (CRTH) est centre de compétence pour les maladies hémorragiques constitutionnelles graves

Ces organisations contribuent à structurer les filières de prise en charge sur le territoire régional. En effet, les centres de compétence ont vocation à assurer la prise en charge et le suivi des patients, à proximité de leur domicile et à participer à l'ensemble des missions des Centres de Référence et plus particulièrement au suivi épidémiologique de ces patients.

Des collaborations pluridisciplinaires et pouvant dépasser le cadre de la région ont été mises en place: RCP régionale d'oncogénétique, RCP interrégionale d'oncogénétique Rouen- Caen- Le Havre-Fort de France. Une RCP « Anomalies du Développement » est réalisée par visioconférence avec Lille.

Pour les maladies thromboemboliques veineuses, l'UF d'hémostase appartient au réseau G4 thromboses, permettant une amélioration des soins et de la prise en charge des patients et des apparentés. Un PHRC régional sur la relation phénotype clinico biologique/génotype est mis en place. Une visioconférence est organisée 4 fois par an.

Le nombre annuel de consultations réalisées au sein de la fédération régionale de génétique est de l'ordre de 5 100. Ce bilan concerne les consultations pré et post-natales.

L'augmentation du nombre de consultations est de 20 % chaque année. Cette augmentation est liée en grande partie à la demande croissante de consultations d'oncogénétique, dont le nombre était de 1 505 en 2009 sur la région, soit un taux de 83,6 consultations pour 100 000 habitants, plaçant la région Haute-Normandie en seconde position. La demande de consultations en oncogénétique est centrée sur deux localisations, le cancer du sein et les cancers colorectaux.

Le délai d'obtention d'une consultation est très variable. En l'absence d'urgence, compte tenu de la demande importante et de la saturation des consultations, le délai pour la première consultation peut aller jusqu'à un an. Les situations nécessitant une consultation rapide sont néanmoins traitées en quelques jours.

b) Les analyses biologiques

L'activité des laboratoires est soumise à autorisation. Elle comprend :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire : recherche d'anomalies de nombre ou de structure des chromosomes.
- les analyses de génétique moléculaire : recherche d'anomalies de séquence ou de structure des gènes.

Compte tenu de la diversité et de la complexité des analyses, l'organisation de l'activité de génétique moléculaire est nationale. L'activité des laboratoires n'est ainsi pas superposable aux analyses réalisées pour les patients de la région.
L'activité de cytogénétique est une activité de proximité régionale. Les quatre laboratoires de cytogénétique autorisés en Haute-Normandie réalisent également une activité de génétique prénatale. Les activités pré et post-natales, aussi bien pour la cytogénétique que pour la génétique moléculaire, sont indissociables.

Il existe en sus de l'offre régionale, des laboratoires installés hors région, réalisant à distance essentiellement des analyses de niveau 1 de génétique moléculaire et des caryotypes.

L'ACTIVITE DES LABORATOIRES DE LA REGION

La cytogénétique

4 laboratoires sont autorisés dans la région :

- le laboratoire d'histologie, cytogénétique et biologie de la reproduction du CHU de Rouen,
- le laboratoire de cytogénétique de l'EFS-Normandie à Bois-Guillaume,
- le laboratoire de cytogénétique du GH du Havre,
- le centre de biologie et de cytogénétique médicale situé à Evreux.

L'activité du laboratoire de l'Eure est particulière en ce sens où elle n'est dévolue aux patients de la région que pour 15 % de son activité. Les autres laboratoires répondent aux besoins des patients de la région.

La découverte de certaines anomalies nécessite une exploration personnalisée, adaptée au cas par cas.

Activité des laboratoires de cytogénétique de Haute-Normandie et Evolution 2009-2010

Indication		Région HN 2009	Région HN 2010	Evolution nombre	Evolution %
Retard mental / malformations / anomalies du développement	caryotype	791	782	- 9	- 1,14 %
	FISH	267	228	- 39	- 14,61 %
Troubles de la reproduction	caryotype	1 068	1 305	237	22,19 %
	FISH	49	145	96	195,92 %
Etudes familiales	caryotype	435	390	- 45	- 10,34 %
	FISH	107	82	- 25	- 23,36 %
Autre (y compris maladies cassantes)	caryotype	99	62	- 37	- 37,37 %
	FISH	14	2	- 12	- 85,71 %
TOTAL	**caryotype**	**2 393**	**2 539**	**146**	**6,10 %**
	FISH	**437**	**457**	**20**	**4,58 %**

La génétique moléculaire

Les analyses de génétique moléculaire sont graduées en deux niveaux :

- les analyses de niveau 1 : elles concernent des recherches de mutations fréquentes, dont le résultat est le plus souvent binaire.
- les analyses de niveau 2 : ce sont des analyses très spécialisées et chronophages. Selon la rareté de la pathologie et la complexité du diagnostic, le recours peut alors être régional, national, voire international. L'analyse du gène est exhaustive. Toute technique pour rechercher des mutations inconnues entre dans ce cadre. Le laboratoire doit être référent auprès des cliniciens et des laboratoires réalisant les analyses de niveau 1 pour la maladie en question. Il assure également la veille technologique et scientifique.

Trois laboratoires réalisent une activité de génétique moléculaire en 2009 dans la région :

- le laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Rouen. Celui-ci a un recrutement national (80 %), régional (15 %), et international (5 %). Il a une expertise diagnostique nationale dans les domaines des cancers héréditaires, des amyotrophies spinales infantiles, de certaines formes de retards mentaux et des formes héréditaires de la maladie d'Alzheimer.
- l'unité d'hémostase du laboratoire d'hématologie du CHU de Rouen, réalisant les bilans de maladies thromboemboliques, a une activité essentiellement régionale.
- l'UF des maladies héréditaires du métabolisme a une activité majoritairement nationale (90%) pour une dizaine de maladies métaboliques héréditaires.

Activité des laboratoires de génétique moléculaire de Haute-Normandie en 2009

Domaine d'analyse	Laboratoire	Nombre de cas index	Nombre d'analyses de niveau 2 sur cas index	Nombre de cas apparentés	Nombre total de cas
Génétique moléculaire hors oncogénétique	Laboratoire de Génétique moléculaire	1 291	299	852	2 143
Oncogénétique	Laboratoire de Génétique moléculaire	552	552	258	810
Maladies thromboemboliques	Laboratoire d'hémostase	3 365	0	777	4 142
Pharmacogénétique des anticoagulants	Laboratoire d'hémostase	16		0	16
Maladies héréditaires du métabolisme	Laboratoire de biochimie	66	62	41	107
TOTAL		**5 290**		**1 928**	**7 218**

332 tests ont été réalisés pour le diagnostic de l'hémochromatose et 4 142 l'ont été pour la recherche de maladies thromboemboliques.

L'activité de CGH array

L'identification récente (2004) d'anomalies génomiques touchant des segments chromosomiques, anomalies indétectables par méthode classique de cytogénétique, a nécessité le développement de nouvelles technologies (CGH Array ou puces à ADN) combinant l'expertise des cytogénéticiens et des généticiens moléculaires.

En Haute-Normandie, dans le cadre d'un appel à projet national, le laboratoire de génétique moléculaire a mis en place une plateforme régionale de CGH Array. L'indication des analyses, leur interprétation, leur confirmation par des examens ciblés sont réalisés par les généticiens du laboratoire de génétique moléculaire, de cytogénétique du CHU de Rouen, de cytogénétique de l'EFS-Normandie et de cytogénétique du GH du Havre.

En 2009, 122 analyses ont été effectuées pour l'indication retard mental/ malformations.

L'ACTIVITE DES LABORATOIRES HORS REGION

Les laboratoires réalisant des analyses pour les patients hauts-normands effectuent des actes inscrits à la nomenclature. Ce sont essentiellement des caryotypes (126 actes) et des recherches d'hémochromatoses simples (recherche de la mutation C282Y du gène HFE1- 385 actes).

1.3 Les enjeux

Les principaux enjeux sur la période du SROS seront :

- faire face à l'augmentation attendue du volume de consultations, dans un contexte de démographie médicale défavorable, et d'identification croissante de maladies à déterminisme génétique,
- réduire les délais de consultation,
- maintenir un délai de rendu des résultats des analyses génétiques compatible avec une prise en charge médicale adaptée,
- assurer, en termes d'offre de soins, l'accès aux nouvelles techniques d'analyse du génome en mutualisant l'expertise, les plateaux techniques et les formations des équipes,
- mieux informer les professionnels de santé et le public.

La mise en œuvre du schéma devra tenir compte de la planification nationale des activités de génétique moléculaire pour les analyses de niveau 2.
Il faudra également considérer le fait que le développement des activités de consultations et de laboratoire, en dehors des actes inscrits à la nomenclature, sont dépendants des financements nationaux attribués sur appels à projets.

II. ORIENTATIONS

2.1 Améliorer l'accès aux soins

a) Organisation des consultations

L'augmentation du nombre de consultations est inéluctable compte tenu :

- de la sensibilisation progressive des médecins généralistes et de spécialités,
- de l'identification récente et croissante du déterminisme génétique des maladies,
- du bénéfice médical secondaire aux consultations de génétique qu'il s'agisse de la personne atteinte de la maladie (cas index) ou des apparentés.

Ainsi l'augmentation des consultations concerne à la fois les malades et les personnes asymptomatiques.

La montée en charge des consultations d'oncogénétique sera liée aux deux localisations cancers sein-ovaire et cancers digestifs (x2 pour les cancers sein-ovaire, x3 pour les cancers digestifs).

PRECONISATIONS

Maintien des sites de consultations

Ces consultations très spécialisées se situent à un niveau de recours régional.
La consultation située au Havre a vocation à couvrir les besoins de la population du territoire de santé du Havre.
Les consultations situées à Rouen et Bois-Guillaume couvrent actuellement le reste de la région Haute-Normandie, soit les territoires de santé de Rouen, Evreux-Vernon et Dieppe.
Compte-tenu de la démographie médicale des généticiens cliniciens, des délais de rendez-vous (hors urgence) il n'est pas opportun de créer une consultation avancée sur le territoire d'Evreux-Vernon.

Il serait souhaitable de développer des consultations avancées, sous réserve d'une augmentation des effectifs.

La démographie médicale des médecins généticiens est telle que le recrutement de nouveaux praticiens n'est pas réalisable à court terme.
Une mesure efficace dans ce court terme serait le recrutement de conseiller en génétique travaillant au sein d'équipes pluridisciplinaires, et permettant de dégager du temps aux généticiens déjà en poste.
Une autre mesure, que l'on doit considérer comme transitoire, serait de mutualiser un praticien sur plusieurs sites.

Organisation de la filière régionale

Ces consultations sont organisées dans le cadre de la fédération régionale de génétique qui constitue une filière clinicobiologique régionale. Le CHU, qui regroupe des consultations généralistes et spécialisées (oncogénétique, neurogénétique, cardiogénétique, génétique des surdités) constitue ainsi un « centre de génétique clinique » à vocation régionale.

L'activité clinique et biologique relative aux maladies thromboemboliques réalisée au sein de l'UF bioclinique d'hémostase du laboratoire d'hématologie biologie du CHU de Rouen, devra être intégrée à cette fédération régionale.

b) Le maillage territorial des laboratoires

Les actes de cytogénétique

Quatre laboratoires effectuant des analyses de cytogénétique sont implantés dans la région.
Cette activité comporte actuellement la réalisation de caryotypes et de FISH.
L'activité de cytogénétique est amenée à évoluer dans les années à venir, avec le développement des analyses chromosomiques sur puces à ADN, qui sont des analyses pouvant être réalisées aussi bien en laboratoire de cytogénétique qu'en laboratoire de génétique moléculaire.

Ainsi, le nombre actuel d'implantations de laboratoires réalisant des caryotypes et des FISH permet de couvrir les besoins de la région.

L'activité de cytogénétique est une activité de recours territorial qui nécessite une expertise clinicobiologique.
Il faudra ainsi privilégier le recours aux laboratoires de cytogénétique installés dans la région, afin d'optimiser l'interprétation des résultats.

Les actes de génétique moléculaire

Les actes de génétique moléculaire sont, selon leur niveau de difficulté, des actes de recours régional (actes de niveau 1) ou des actes de recours national voire international (actes de niveau 2).

Les trois laboratoires concernés sont d'ailleurs situés au sein du CHU. Chacun présente une orientation spécifique :

- le laboratoire de génétique moléculaire effectue uniquement des analyses de niveau 2 pour ce qui concerne l'oncogénétique et présente une expertise mixte pour les autres tests.
- l'UF des maladies métaboliques héréditaires a une activité également quasi exclusive en actes de niveau 2.
- le laboratoire d'hémostase effectue des tests de niveau 1 pour les maladies thromboemboliques.

Le développement des laboratoires réalisant des analyses de niveau 2 se fera sous l'influence de l'évolution de la découverte de nouveaux diagnostics génétiques. C'est pourquoi le lien de ces laboratoires avec la recherche est essentiel pour assurer leur assise nationale voire internationale.

Les analyses de niveau 1 ont vocation à continuer d'être réalisées en région.
L'expertise que les professionnels de la région ont développée sur les analyses de niveau 2 doit être confortée. Parallèlement, le développement de nouveaux tests devra se faire en cohérence avec les nouveaux besoins qui seront identifiés au niveau national.

Dans le domaine des maladies thromboemboliques, il n'est pas prévu d'augmentation d'activité biologique sur la période du SROS. Par contre, la mise en place d'une consultation d'information pré diagnostic moléculaire chez les apparentés asymptomatiques laisse prévoir une importante augmentation d'activité clinique avec effectifs insuffisants.

Les analyses HLA par technique de biologie moléculaire sont indiquées chez les patients infectés par le VIH devant recevoir un traitement incluant de l'abacavir. Cette activité est réalisée depuis peu par le laboratoire de l'EFS-Normandie.

Une évolution significative et historique de la génétique moléculaire est, depuis 2009, le développement de séquençage de l'ADN dit de nouvelle génération permettant d'analyser l'intégralité des gènes. Compte tenu de l'impact médical de ces nouvelles technologies en termes d'efficacité du diagnostic, de délais des rendus, une commission nationale sous l'égide du ministère de la santé a été créée en août 2011, dans le but de planifier en France l'organisation de centres nationaux de diagnostic approfondi.
Il est essentiel que le développement de la génétique, dans la région, tienne compte de cette évolution nationale.

c) Rendre lisible l'offre disponible

Les médecins généralistes interviennent aux différentes étapes de la prise en charge des personnes concernées par une maladie génétique :

- suspicion d'existence d'une maladie génétique chez les cas index et apparentés,
- orientation adéquate dans le système de soins, tenant compte de la réglementation spécifique de prescription des tests génétiques pour les cas apparentés,
- suivi des personnes malades et/ou des personnes présentant une prédisposition héréditaire.

Un des éléments essentiels qui limitent l'accès aux consultations de génétique est la mauvaise connaissance des maladies génétiques par les médecins.

Des actions d'information vers les professionnels de santé sur le diagnostic des maladies génétiques, la prise en charge des patients et l'offre existante en consultations de génétique devront être mises en place. Un des enjeux est de préserver la qualité de recrutement des patients en consultations de génétique. Le rôle de ces professionnels de 1er recours est essentiel notamment vis-à-vis des personnes asymptomatiques, susceptibles de bénéficier d'un programme de prévention.

Pour les usagers, il serait utile d'effectuer des campagnes d'information ciblées sur l'existence de cancers héréditaires pour lesquels un dépistage précoce peut être proposé.

2.2 Améliorer l'efficience et la qualité

a) Les coopérations

Dans la pratique quotidienne, des coopérations existent dans le cadre de la fédération de génétique :

- coopérations entre laboratoires de génétique moléculaire et de cytogénétique,
- coopérations entre les consultations de génétique et les laboratoires,
- coopérations entre génétique prénatale et postnatale : consultations communes, laboratoires effectuant des actes relevant de la génétique prénatale et de la génétique post-natale.

Les coopérations sont à poursuivre, notamment dans le partage des équipements, pour permettre l'automatisation des techniques, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation. Un travail en synergie existe déjà dans la mesure où la majorité des consultations bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire. La coopération de l'ensemble des acteurs est ainsi assurée par des staffs.

Des coopérations sont à établir entre les laboratoires et les établissements de santé pour instaurer une filière complète clinico-biologique sur le territoire régional.

b) Le Plan national des maladies rares (PNMR2)

La prise en charge des maladies rares est organisée dans le cadre de collaborations avec les centres de référence et de compétences.

La région Haute-Normandie dispose de cinq centres de compétences pour les maladies d'origine génétique.

- L'unité de génétique clinique du CHU de Rouen est centre de compétences pour :
    - les anomalies du développement et syndromes malformatifs,
    - les maladies mitochondriales,
    - les surdités congénitales et génétiques,
    - les maladies neuromusculaires.
- Le Centre Régional de Traitement des maladies Hémorragiques (CRTH) est centre de compétence pour les maladies hémorragiques constitutionnelles sévères.

Le périmètre des filières de prise en charge des maladies rares seront précisés dans le cadre du plan national des maladies rares 2011 -2014.

c) Le plan cancer 2

Le plan cancer 2009-2013 comprend des mesures relatives aux cancers génétiques :

- mesure 14-3 : favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque,
- mesure 23-3 : suivre les personnes à risque génétique.

Les actions relatives à la réalisation de ces mesures sont en cours au niveau national.

d) Le développement de nouvelles techniques

Ces dernières années, se sont développées des techniques à la frontière de l'analyse chromosomique et de la génétique moléculaire, comme la technique d'hybridation génomique comparative (CGH Array) utilisant les puces à ADN. Cette technique prendra une place de plus en plus importante dans le diagnostic. Il en est de même du séquençage haut débit, qui permettra d'accéder à l'ensemble du génome de l'individu. L'enjeu sera d'ordre éthique, du fait de la production d'informations dont on n'aura pas une utilité immédiate, mais également de formation du personnel, d'ordre organisationnel afin d'assurer la qualité de l'interprétation des examens. Car cela signifie le développement du nouveau métier de bio-informaticien et une acceptation sociétale.

Un appareil de CGH array est installé à Rouen. Une coopération étroite entre les laboratoires de cytogénétique et de génétique moléculaire doit être amplifiée.

e) La qualité des pratiques

Les laboratoires devront s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques. Des recommandations de bonne pratique en génétique sont en cours d'élaboration par l'agence de biomédecine, afin d'harmoniser les pratiques et améliorer la prise en charge et la qualité des soins en la matière.

Les laboratoires devront également s'engager dans la démarche d'accréditation des laboratoires.

III. INDICATEURS DE SUIVI

- Présence, au niveau régional ou interrégional, d'un centre de génétique clinique structuré, répondant à ses missions.
- Nombre et liste de laboratoires organisés en réseau à l'échelle régionale ou interrégionale.
- Nombre et liste de laboratoires de la région ayant initié une démarche de certification.
- Nombre de consultations dans les familles connues.
- Nombre de consultations pour de nouvelles familles.
- Délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation.
- Délai de rendu des résultats des laboratoires.
- Nombre d'analyses réalisées.
- Nombre d'analyses de niveau 1 et 2.
- Nombre d'anomalies détectées.
- Liste des maladies pour lesquelles une analyse est disponible dans le laboratoire.
- Part des analyses inscrites à la nomenclature.
- Positionnement national des activités de génétique réalisées en Haute-Normandie : pourcentage d'analyses provenant d'autres régions.

IV. IMPLANTATIONS

Les implantations correspondent aux sites exerçant une activité autorisée.

Territoire de santé ROUEN / ELBEUF	2011	2017
Analyses de cytogénétique	2	2
Analyses de génétique moléculaire Autorisation non limitée	2	2
Analyses de génétique moléculaire Autorisation limitée	1 dont : - 1 limitée à l'étude de la coagulation	2 dont : - 1 limitée à l'étude de la coagulation - 1 limitée aux analyses HLA

Territoire de santé LE HAVRE	2011	2017
Analyses de cytogénétique	1	1
Analyses de génétique moléculaire Autorisation non limitée	0	0
Analyses de génétique moléculaire Autorisation limitée	0	0

Territoire de santé EVREUX-VERNON	2011	2017
Analyses de cytogénétique	1	1
Analyses de génétique moléculaire Autorisation non limitée	0	0
Analyses de génétique moléculaire Autorisation limitée	0	0

Territoire de santé DIEPPE	2011	2017
Analyses de cytogénétique	0	0
Analyses de génétique moléculaire Autorisation non limitée	0	0
Analyses de génétique moléculaire Autorisation limitée	0	0

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Imagerie médicale

L’imagerie médicale est l’ensemble des techniques permettant de visualiser une partie du corps humain ou d’un organe et d’en conserver une image, dans l’objectif de réaliser un diagnostic, de guider un geste thérapeutique ou de suivre à moyen terme les résultats d’un traitement.

Les images médicales obtenues à différentes échelles, qui bénéficient de retraitements d’images de plus en plus performants, analysées et interprétées par les médecins radiologues, sont devenues des éléments indispensables à l’établissement d’un diagnostic précis, lors d’une intervention chirurgicale ou encore au plan de la connaissance pour l’aide qu’elles apportent au clinicien comme au chercheur.

L’imagerie médicale est l’un des domaines de la médecine qui a le plus évolué ces dernières décennies : la numérisation de l’image, et les possibilités de traitement et de transmission aisée et rapide, l’essor de l’imagerie en coupe qui concerne la tomodensitométrie (ou scanner) technique d’examen irradiante, et l’imagerie par résonnance magnétique qui soumet le corps humain à un champ magnétique, et qui restituent des images anatomiques et maintenant fonctionnelles pour certains examens, enfin la médecine nucléaire qui utilise des traceurs ou sources radioactives en sources non scellées et restitue des images fonctionnelles et métaboliques : scintigraphie couplée ou non à un scanner (SPECT ou SPECT-CT).et tomographie à émission de positons (T.E.P.) couplé à un scanner particulier (le PET-TDM)

L’imagerie médicale, par son évolution technologique permanente et rapide, contribue fortement à la structuration territoriale. La répartition optimale des équipements doit assurer l’accès à ces techniques diagnostiques et répondre au développement des urgences et des soins non programmés ainsi que celui de la radiologie interventionnelle Elle est particulièrement nécessaire compte tenu de l'évolution défavorable de la démographie médicale dont la baisse est évaluée à près de 20% d'ici à 2020 (source Rapport d'avril 2005 de la commission de l'observatoire de la démographie médicale présidée par le Pr Berland).
Une organisation optimisée s’impose donc, pour prendre en charge les nouvelles demandes de soins.

Ce volet du SROS traite de l’ensemble des techniques d’imagerie médicale, à l’exception des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie qui relèvent du SIOS, et en cardiologie (cf volet cardiologie du SROS).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Des textes de diverses natures (directives, décrets, arrêtés, circulaires, référentiels) encadrent ce volet du SROS :

- **Directive 97/43/EURATOM du Conseil du 30 juin 1997** relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'exposition à des fins médicales.
- **Circulaire DHOS du 22 avril 2002** relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positons et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émissions de positons.
- **Circulaire DHOS du 24 avril 2002** relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupes par scanner et IRM.
- **Circulaire DHOS du 3 mai 2002** relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet cancérologie du SROS.
- **Circulaire DHOS du 3 novembre 2003** relative à la prise en charge des AVC (en ce qui concerne le plateau technique requis pour les unités neurovasculaires (cf volet spécifique Cérébrolésés).
- **Décret n° 2006-73 du 24 janvier 2006** relatif aux activités de soins faisant l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire prévu à l'article L 6121-4 du code de la santé publique.
- **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- **SROS 3, volet imagerie médicale, 15 octobre 2009.**
- **Articles L 1434-1 et L 1434-7 et 9** du code de la santé relatifs aux Projet stratégique régional et aux schémas régionaux d'organisation des soins.
- **Articles R 6122-25 et 26** du code de santé publique qui fixent les listes des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation.
- **Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010** relatif à la télémédecine.
- **Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011** relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale 2010-2011 du 8 avril 2011.

CONTEXTE REGIONAL

Les équipements matériels lourds au regard des autorisations accordées au 1er septembre 2011 ainsi qu'aux prévisions d'implantation du SROS 3 sont les suivants.

Les équipements matériels lourds (autorisations au 1er/09/2011)

Territoires de santé	Equipements			Ratio pour 100 000		Populations
	Autorisés	Prévus SROS 3	Installés	Appareils installés	Prévus SROS 3	
SCANNERS						
Rouen-Elbeuf	15	15	14	1,57	1,86	804 969
Le Havre	9	9	8	1,61	1,99	451 822
Evreux-Vernon	7	7	7	1,32	1,77	396 086
Dieppe	3	3	2	0,99	1,72	174 087
TOTAL	34	34	31	1,46	1,86	1 826 964
France métropolitaine		1 029		1,63		62 230 000
IRM						
Rouen-Elbeuf	8	9	8	0,92	1,12	
Le Havre	5	5	4	0,92	1,11	
Evreux-Vernon	3	4	3	0,53	1,01	
Dieppe	1	2	1	0,50	1,15	
TOTAL	17	20	16	0,79	1,09	
France métropolitaine	640			1,00	1,01	
Hm/Fr-Metro	2,65%					
GAMMA-CAMERAS						
Rouen-Elbeuf	6	6	5			
Le Havre	4	4	4			
Evreux-Vernon	2	2	2			
Dieppe	0	0	0			
TOTAL	12		11			
PET-SCAN				Ratio par million Hbts		
Rouen-Elbeuf	1	2	1	1,24	2,48	
Le Havre	1	1	0	0	2,21	
Evreux-Vernon	0	1	0	0	2,52	
Dieppe	0	0	0	0	0	
TOTAL	2	4	1	0,55	2,19	
France métropolitaine	105			1,66		
Hm/Fr-Metro	2,65%					

Les constats

- Taux d'équipement inférieurs aux moyennes nationales.
- PET-SCAN (tomodensitométrie à émission de positons - TEP, couplé à un scanner) : un appareil est installé à Rouen (GIE – CRLCC – CHU) sur les deux prévus. L'appareil du Havre, est opérationnel en septembre 2011. Faute de compétences suffisantes, l'appareil d'Evreux n'est pas installé et son autorisation est caduque.

Les activités

Des disparités importantes peuvent être relevées au sein du territoire régional. Le territoire de Rouen-Elbeuf apparait ainsi le mieux équipé et le plus attractif tandis que le territoire de Dieppe est moins bien pourvu en scanographes et les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon en IRM.

Il convient cependant de nuancer ce constat par l'observation de l'attractivité de chaque territoire.

Le territoire de Rouen-Elbeuf présente en effet des flux de patients largement bénéficiaires comme l'attestait déjà une étude des flux de patients hospitalisés réalisée en 2010 qui montrait notamment un déséquilibre des flux entre Rouen-Elbeuf et Dieppe (28,6% des patients résidant dans le territoire de Dieppe et relevant d'une hospitalisation étaient pris en charge dans un établissement du territoire de Rouen-Elbeuf). Les besoins en imagerie sont d'autant plus importants sur le territoire de Rouen qu'y sont implantés les établissements à vocation régionale (CHU de Rouen, CRLCC Henri Becquerel).

Ces constats perdurent comme le montrent les données suivantes.

- En moyenne, plus de 9 100 forfaits patients sont réalisés par appareil TDM (Scanner), [6 100 à 9 500], les territoires et le statut public ou privé des plateaux, et 4 800 forfaits par IRM. (année 2008).
- Les flux de patients entre territoires sont plus importants vers les territoires limitrophes des autres régions, mais significatifs également entre territoires de Haute Normandie.

Equipement flux	Rouen Elbeuf	Le Havre	Dieppe	Evreux Vernon	Total flux
TDM* (Scanner)	**+ 3 048**	**- 1 110**	**- 4 065**	**- 6 148**	**- 8 275**
IRM**	**+ 2 564**	**- 1 110**	**- 1 392**	**- 3 975**	**- 3 913**

Evolution de la substitution de l'imagerie conventionnelle par l'imagerie en coupe

- Il est bien observé une augmentation continue de l'imagerie en coupe pour la période 2006-2007, respectivement de 11,49% et 11,87% pour les examens scanners et IRM, ainsi qu'au cours de la période 2009-2010, par le double effet de la mise en œuvre des nouveaux équipements et celui des pratiques sur certains segments d'examens.
- Néanmoins, après une relative stabilité des activités conventionnelles objectivée entre les années 2006 et 2007 (-0,2%), on observe une réelle hausse de l'activité conventionnelle ambulatoire entre 2009 et 2010 (source SNIIR-AM) qui concerne à la fois les échographies et la radiologie conventionnelle notamment en ambulatoire.

Activité	Evolution 2010/2009	Objectif fin 2012	Nb Actes ambulatoires
			Pub et Priv
Echographies	11,4%		
Rx Conventionnelle	4,6%		
dont Crane	- 9 ,6%	-70%	20 676
dont Thorax	- 2,7%	-30%	53 470
dont Abdomen SP	1,4%	-30%	12 006

La substitution n'est en conséquence pas suffisante, l'augmentation des activités en coupe, très liée aux équipements, restant elle-même insuffisante dans le contexte d'un besoin plus important notamment au regard des effets du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des pathologies chroniques : cardiologie affections neuro-vasculaires, cancer, maladie d'Alzheimer.

A titre d'exemple, situations dans lesquelles l'examen IRM est indiqué, à la fois en phase aiguë ou en suivi, mais dont les indications sont encore insuffisantes et nécessitent une augmentation du parc :

	Séjours 2010
AVC et AIT	3 187
Infarctus aigus	1 240
Insuffisance cardiaque	5 479
Risques du Cancers du sein – haut risque sans mutation et personnes porteuses gène BRCAZ	1 641 en Normandie

Les délais d'attente

Hors des demandes urgentes et celles des patients hospitalisés, qui sont prises en charge dans des délais adaptés, plusieurs études ont été menées pour décrire les pratiques relatives aux examens pour patients externes, notamment celles concernant le suivi annuel des équipements IRM et de leur fonctionnement (Sté CEMKA-EVAL - groupe Imagerie Santé Avenir, ANAP, INCa). Elles montrent des délais d'attente encore importants, bien qu'en nette amélioration, en région Haute Normandie. Ainsi, s'agissant des examens IRM, les délais d'attente évoluent de 54,7 jours en 2006 à 34,8 jours en 2008 sous l'effet notable de l'installation de nouveaux équipements prévus au SROS. Néanmoins les écarts selon la méthode d'analyse sont importants.

Méthode	Nb cas cliniques	2008	2009	2010	
				Ambulatoire	Hospitalisés
Cemka-Eval	1	34,8 j	30,1 j,	49,3 j	
ANAP	5			25,2 j	6,65 j

L'écart aux objectifs du plan cancer 2004-2008 (15 jours) et aux attentes des professionnels, reste nettement défavorable, notamment au regard de l'objectif 2009-2013 du plan cancer II qui retient l'ambition d'un délai d'attente en 2010 de 10 jours soit une diminution de moitié pour la région Haute Normandie. On rappellera par ailleurs l'objectif prévu au titre du même plan de 10 à 15 appareils par million d'habitants à l'échéance 2013.

En résumé, le bilan des activités montre que :

- le fonctionnement des équipements est disparate entre l'activité ambulatoire et celle liée aux patients hospitalisés en tenant compte des nécessités de l'urgence, ainsi qu'entre les territoires de santé.
- les activités moyennes par appareil, attestent que les matériels lourds sont très utilisés, à la limite de leurs capacités. Une extension des moyens est donc souhaitable.
- les substitutions aux activités d'imagerie conventionnelle ne sont pas optimales, notamment pour assurer le développement de nouvelles indications (colo-scanners, coro-scanners..).
- les flux de patients sont importants entre territoires, proportionnellement aux activités et aux examens effectués pour les résidents des territoires.
    - vers Rouen, de Dieppe notamment.
    - vers la Basse Normandie de Pont-Audemer et Bernay.
    - vers l'Ile de France de Rouen, Le Havre, Evreux.
    - vers la Picardie de Neufchâtel, Gisors, Eu.
- l'accessibilité géographique est encore incomplète (flux) tandis que l'accessibilité en termes de délais d'attente, qui reste insuffisante, malgré les améliorations, au regard des objectifs nationaux, et l'accès aux nouvelles indications, plaident eux aussi pour un élargissement des équipements.

LA PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE

Si la permanence des soins en imagerie est assurée, dans le cadre d'organisations spécifiques fonctionnant par gardes et/ou astreintes (24h/24), par les équipes de radiologues publics et privés sur leurs plateaux respectifs, des améliorations sont nécessaires. En effet, les dispositions prévues du SROS dans sa version 2006, ne sont pas opérationnelles au sens d'une organisation territoriale et/ou régionale, alors que les besoins sont importants tant en imagerie en coupe qu'en échographie notamment dans les établissements de santé qui assurent l'accueil des urgences, ainsi qu'au regard de la situation défavorable de la démographie médicale. On notera par ailleurs que les praticiens qui ont accès aux plateaux d'imagerie en coupe ne participent pas tous à la permanence des soins.
Il apparaît en conséquence nécessaire de mettre en place une organisation régionale qui permette la lecture et l'interprétation à distance compte tenu des difficultés de la démographie médicale.

RESEAU D'IMAGES ET RESEAU IMAGE

La télé-radiologie représente l'un des moyens de répondre à plusieurs enjeux de santé publique que sont :

- une prise en charge documentée, conforme aux données les plus récentes de la science et des bonnes pratiques, permise par une bonne articulation entre le lieu de l'exploration radiologique et le lieu de l'expertise disponible, notamment en urgence.
- l'orientation la plus adéquate possible du patient vers les structures les mieux adaptées tenant compte de l'offre graduée des soins et des compétences spécialisées et hyperspécialisées mises en œuvre.
- l'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'une qualité constante de la prise en charge sur tout le territoire.
- une optimisation du temps médical spécialisé et une limitation des transferts utiles.

Elle doit permettre l'adaptation des fonctionnements et des organisations dans un contexte de contraintes démographiques fortes, et faciliter la mise en œuvre d'une permanence des soins de qualité au profit des patients de chaque territoire de santé et des établissements de santé.

Dans ce domaine, il n'existe pas de réseau technique organisé de télé-radiologie en région Haute Normandie, ni sur le plan des moyens techniques au service des patients et des professionnels, ni par voie de conséquence sur le plan des organisations. En effet :

- il n'existe pas d'architecture réseau haut débit organisée et dédiée à la télé-imagerie, comprenant la qualité de service requise par les professionnels de santé, les protocoles de transferts d'images, l'interconnexion des infrastructures d'archivage (PACS) notamment.
- les établissements de santé, les plateaux d'imagerie médicale numérisés, les professionnels de santé ne sont pas organisés en réseau de téléconsultations et de télé-expertise, partageant par ailleurs des protocoles communs, une démarche qualité commune, des objectifs communs de bonnes pratiques, un système d'information communicant.

La situation régionale 2011 est en conséquence un frein au développement de la gradation des soins, à l'optimisation des ressources rares, à la qualité de prise en charge au plus près des patients.

Deux niveaux d'organisation sont à développer :

- un réseau technique de télé-radiologie qui permette les transferts d'images et de données médicales.
- un réseau organisationnel de professionnels de santé et d'établissements et de plateaux d'imagerie.

La démographie professionnelle

– ***Les données nationales métropolitaines***

Les conditions d'exercice des professionnels spécialisés en radiodiagnostic et imagerie médicale se répartissaient en France, en 2007, entre 68% en exercice libéral et 32% en exercice salarié. Par ailleurs, 27,8% des activités sont réalisées en établissements publics, 53,3% en cabinets de groupe, 12% en cabinets individuels.

L'ONDPS (rapport 2006-2007) chiffrait le déficit en 2012 à -4,5% ; et – 4,4% au regard de l'incidence du cancer (2446 praticiens pour 100 000 cas versus 2099 pour 100 000 en 2012).

– ***Les données régionales***

La densité des radiologues est inférieure à la moyenne nationale (8,7 radiologues /100 000 habitants contre une moyenne nationale de 11,2/100 000), y compris dans le territoire de Rouen-Elbeuf, siège du CHU. Le département de l'Eure connaît une densité plus faible encore (6,3 / 100 000).

Le nombre de postes insuffisamment pourvus ne cesse de croître dans les établissements du secteur public où la situation est très préoccupante par le double effet :

- de l'attractivité du secteur privé qui détermine de nombreux départs de radiologues hospitaliers vers les structures privées au cours des dernières années, ce flux s'étant récemment accéléré.
- et de la proximité de la région Ile de France compte tenu que plus de 30% des radiologues formés migrent en fin d'internat dans une autre région et en particulier vers la région parisienne en raison notamment de l'attractivité des postes statutaires proposés en post internat.

En 2020, il est prévu une baisse de 26% des radiologues en France. Dans ce contexte, les départs de radiologues à exercice libéral, public ou mixte actuels (n=160 dont 29 dans l'Eure. Sce CNOM 2010) seraient de près de 33 praticiens dans les 8 prochaines années.

La filière de formation du CHU, s'avère encore insuffisante pour compenser le flux négatif qui s'est installé en Haute-Normandie, et l'année blanche 2006 a accentué la tendance du fait de l'allongement de la maquette de formation. Par ailleurs, le nombre de praticiens qui s'installent au regard des praticiens formés n'est pas favorable (2001-2008 – 71% soit 5 internes formés par an pour 3,5 installations).

C'est dire l'importance des mesures d'attractivité à développer au titre des jeunes praticiens formés (passer de 7 à 9 radiologues formés en région), d'optimisation des plateaux techniques et leur attractivité, et enfin de développement des coopérations professionnelles.

Le nombre des professionnels spécialisés en médecine nucléaire est lui aussi réduit en Haute-Normandie qui comptait à la fin du SROS II moins de 9 ETP (équivalents temps plein) soit une densité de 0,5/100.000 habitants.

S'agissant des manipulateurs d'électroradiologie, la Haute-Normandie n'était pas mal placée au plan national (d'après une enquête parue dans " Le Médecin Radiologue " en mars 2002), mais il existait une grande disparité entre les deux départements, l'Eure présentant un taux inférieur à la moyenne nationale, mais aussi au sein même du département de Seine Maritime. La situation havraise (secteurs publics et privés confondus) est très tendue depuis plusieurs années déjà.

Les besoins supplémentaires en manipulateurs d'électroradiologie vont croître encore en raison de l'augmentation du parc des matériels lourds, de spécialisation des activités notamment le développement de l'imagerie fonctionnelle (les nouvelles techniques s'avérant plus consommatrices de temps paramédical), et du remplacement des départs à la retraite (en France, 44% des effectifs sont à renouveler entre 1999 et 2015 source ONDPS).

Ainsi, l'augmentation des effectifs issus des nouvelles promotions de l'école des manipulateurs de Rouen (+ 6 places en 2004) ne peut pallier que partiellement le déficit structurel et le besoin. L'ouverture d'une section de formation au Havre devrait améliorer la situation à partir de l'année 2012.

Une meilleure répartition régionale au sortir des écoles de manipulateurs de Rouen et de la filière Havraise serait souhaitable.

Le schéma régional doit répondre aux problématiques suivantes :

- la mise en place d'organisations mutualisées, notamment à l'échelle des territoires de santé (Pôles d'imagerie médicale POSIM), et l'utilisation des nouvelles techniques de communication, permettant d'encourager une offre de soins en imagerie coordonnée dans chaque territoire.
- l'amélioration de l'accès à l'imagerie non programmée en lien avec le réseau des urgences, l'organisation territoriale de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), les coopérations utilisant notamment la téléradiologie en respectant les recommandations de bonne pratique (www.sfrnet.org).
- l'expertise à distance et l'organisation des activités très spécialisées notamment en imagerie vasculaire et interventionnelle, en lien avec les centres de compétences spécialisées d'organes (embolisations).
- Le développement de nouvelles implantations pour :
    - renforcer l'accessibilité géographique et technique aux examens Scanner et IRM et réduire les délais d'attente, l'exposition aux rayonnements.
    - permettre une accélération de la substitution par le renforcement des équipements.
    - répondre aux évolutions techniques et des pratiques (cœur, cancer, techniques fonctionnelles et interventionnelles…), pour assurer les besoins de soin, et de prévention (dépistage).
    - répondre aux objectifs de diversification du parc des IRM. notamment aux indications ostéo-articulaires.
    - diversifier le parc IRM avec des appareils à ouverture/tunnel large pour faciliter l'accès aux examens d'imagerie en coupe à des populations nécessitant une prise en charge adaptée (personnes de forte corpulence, personnes handicapés et/ou appareillées, personnes souffrant de claustrophobies,…).
    - favoriser l'accès à l'imagerie en coupe à l'ensemble des professionnels de l'imagerie du territoire de santé, sur la base d'un projet médical commun de territoire, qui tienne compte des impératifs de qualité.

I. ORIENTATIONS / EVOLUTIONS

L'organisation de l'imagerie médicale devra garantir une accessibilité aux équipements en organisant un maillage du territoire régional par :

- une meilleure collaboration public-privé, notamment sur la permanence des soins et par la mise en place de pôles territoriaux d'imagerie médicale.
- un renforcement des centres hospitaliers périphériques.
- la mise en place de réseaux de transmission d'images numérisées.

Elle devra également rééquilibrer et développer l'imagerie en coupes en substitution à la radiologie conventionnelle, en lien avec le niveau de l'activité médico-chirurgicale, des urgences et de la réanimation en réponse aux constats d'activités.

1.1 Principe d'accessibilité du dispositif

L'accessibilité du dispositif sera assurée par la gradation des plateaux techniques de radiologie et de médecine nucléaire :

a) Concernant la radiologie

Trois niveaux de plateau technique restent identifiés. **Chacun d'entre eux participe à la garde régionale mise en place**.

Le plateau technique de proximité correspond au niveau de proximité et comprend : la radiologie conventionnelle, l'échographie, l'installation de scanners en particulier nécessaires aux activités d'accueil des urgences significatives. Les plateaux de proximité sont numérisés et en capacité de transmettre les images. Ils adhèrent à un réseau technique haut-débit et au réseau régional image. L'offre d'imagerie en coupe non adossée à un plateau médico-chirurgical participe de cette proximité.

Le plateau technique étendu correspond au niveau de recours et comprend au moins le plateau technique correspondant au niveau de proximité. A ce niveau il est nécessaire d'avoir accès à une IRM. Le développement d'une activité de radiologie polyvalente doit être rendue possible.

Le plateau est sénioriser, spécialisé, ouvert 24/24h. La permanence est mutualisée entre les établissements et les praticiens y compris libéraux.

Le plateau technique complet correspond au niveau de référence régionale et recouvre des activités exclusives de l'établissement de santé de référence régionale situé sur le site de Rouen et partagées le cas échéant avec d'autres établissements de la région (PET SCAN, certaines activités interventionnelles, …).

b) Concernant la médecine nucléaire

Deux niveaux d'équipements sont identifiés :

- **les plateaux techniques standards** équipés de gamma caméras simples (caméras à scintillation) non munies de détecteur d'émission de positons en coïncidence.
- **les plateaux techniques complets** qui regroupent sur le même site des gamma caméras et des appareils d'imagerie à positons (CRLCC, Le Havre, Evreux).

Principe d'adéquation / adaptation de l'offre aux besoins

L'adaptabilité et l'adéquation de l'offre aux besoins nécessitent des organisations particulières fonction des activités spécifiques concernées par l'imagerie médicale, des orientations particulières pour chaque discipline de l'imagerie médicale, des équipements adaptés aux besoins de l'imagerie morphologique, fonctionnelle et interventionnelle.

ORGANISATION EN FONCTION D'UNE ACTIVITE SPECIFIQUE

Imagerie et urgences

Le scanner est l'examen de référence en matière de prise en charge des examens non programmés. Il est essentiel d'équiper les établissements ayant une activité significative d'accueil des urgences adossée à une activité médico-chirurgicale elle même significative.

Un scanner dédié à la prise en charge des urgences peut être envisagé dans les structures ayant une activité très importante (au-delà de 40 000 passages annuels constatés).

Mise en place d'une grande garde d'imagerie, notamment pour répondre aux enjeux de la permanence des soins, notamment pour les affections neuro-vasculaires (IRM).

Adhésion des établissements et plateaux techniques au réseau Image pour permettre la réalisation d'examens déportés ainsi que des activités d'échographie : télé-radiologie, concertation radiologue-urgentiste, échographies de diagnostic d'orientation….

Imagerie et cancérologie

Tout centre de radiothérapie doit pouvoir avoir accès à un scanner : l'acquisition des données nécessaires à la préparation des actes de radiothérapie.

L'IRM est devenue aujourd'hui un examen indispensable dans le domaine de la cancérologie, tant pour le diagnostic que le suivi. Les files actives en cancérologie sont importantes en région Haute Normandie. Elles concernent plus de 13 000 personnes par an répartis dans les 4 territoires de santé.

L'implantation des PET SCAN est privilégiée sur des sites ayant une activité significative et diversifiée dans la prise en charge du cancer (pôle de cancérologie, territoires du Havre et d'Evreux-Vernon).

Imagerie et neurologie

Mettre en place un accès 24h/24h à une IRM, examen de choix pour la prise en charge des affections neuro-vasculaires, ou à défaut un scanner, dans les structures identifiées pour la prise en charge des AVC (accidents vasculaires cérébraux). et pour l'unité neurovasculaire de référence.

En terme d'organisation, l'orientation du patient et la pratique de la thrombolyse endovasculaire seront basés sur un protocole régional de prise en charge en lien avec les structures d'urgences et les UNV. La thrombolyse, prioritairement réalisée par un médecin formé et expérimenté en neurologie, et à l'utilisation des agents thrombolytiques, sera mise en œuvre sur la base d'un diagnostic étayé selon l'imagerie disponible scanner ou IRM. On relèvera l'intérêt d'une grande garde régionale neuro-vasculaire...

Imagerie et pédiatrie

L'IRM est l'examen de choix, avec l'échographie, en pédiatrie car non irradiant.

Imagerie et pathologies cardiovasculaires

Les indications de l'imagerie en coupes se développent dans le domaine de l'exploration morphologique et fonctionnelle du cœur. Les indications diagnostiques de la radiologie vasculaire classique sont en forte diminution au profit du scanner et de l'IRM.

Par ailleurs l'angiographie interventionnelle thérapeutique se développe.
Il faut donc veiller à ce que les professionnels utilisant des appareils d'angiographie substituent efficacement leurs activités diagnostiques au profit d'une activité thérapeutique.

1.2 Adaptation des équipements aux besoins

a) Imagerie conventionnelle

Les indications de la radiologie conventionnelle sont en évolution constante au regard des recommandations de bonnes pratiques et de l'essor des nouvelles techniques.

De nombreux actes réalisés en radiologie conventionnelle doivent pouvoir être substitués par l'imagerie en coupe dans le respect des recommandations de bonnes pratiques, Ils concernent notamment les radiographies de Crâne, Thorax, et Abdomen, pour des réductions respectivement de 70%, 30% et 30%.

En termes d'équipement, l'opportunité de renouveler une salle de radiologie conventionnelle devra tenir compte de la recherche de collaborations (public/privé notamment) et du développement de l'imagerie en coupe.
A ce titre, l'accès aux équipements lourds doit être équitable entre praticiens de telle sorte que la pratique des examens en coupe soit proposée à tout praticien radiologue.

La numérisation des salles non encore équipées est à développer

Enfin, en termes d'accès aux soins, l'identification, au sein de chaque territoire de santé et des POSIM, d'une répartition optimale des plateaux d'imagerie conventionnelle sera proposée dans un délai de 2 ans, au titre des projets médicaux de territoires et d'imagerie (POSIM).

b) Mammographie

Les techniques de prélèvements sous repérage stéréotaxique et sous aspiration devront être disponibles dans chaque territoire.

La numérisation progressive des appareils habilités doit permettre une meilleure organisation des doubles lectures des dépistages organisés.

c) Échographie

La qualité des appareils utilisés et donc l'homogénéité des examens pratiqués toutes spécialités confondues doit être améliorée. A ce titre, la numérisation des appareils est un objectif qui doit permettre le transfert des données au sein du réseau image, l'expertise à distance, voire la télé-assistance.

Le personnel médical accueillant les urgences, notamment gynéco-obstétricales, devront bénéficier d'un accès à un échographe dédié aux activités urgences, et d'une formation.

d) Imagerie en coupes

Scanners

L'objectif 2009-2011 prévoyait l'équipement en priorité les établissements ayant une activité d'accueil des urgences et/ou une activité médico-chirurgicale significative. Cet objectif est atteint.

Les critères généraux d'installation des scanners sont liés aux besoins réels de la population pour des examens réalisés en externe, et aux besoins hospitaliers publics et privés. Ils tiennent compte également des ressources humaines et compétences disponibles ainsi que des objectifs de réduction des délais d'attente.

Compte tenu des évolutions récentes du parc des scanners et des indications plus fréquentes des IRM, il n'est pas prévu d'évolution dans les 3 prochaines années en dehors d'un éventuel projet commun des territoires de Lillebonne et Yvetot au sein d'un POSIM.

IRM

Les besoins étant en augmentation, il s'agit de :

- mettre en œuvre les autorisations déjà accordées et de doter les territoires faiblement équipés : installation des 4 appareils restants.
- équiper les établissements ayant une activité médico-chirurgicale importante (supérieure à 20.000 entrées) et en particulier ceux disposant d'un scanner afin de promouvoir la substitution.
- améliorer les délais d'attentes, répondre aux besoins de proximité en limitant les flux patients.
- favoriser les activités fonctionnelles et interventionnelles et les diagnostics morphologiques, développer les activités innovantes et de recherche, et enfin répondre aux demandes croissantes des indications de l'IRM ainsi que du suivi et de la surveillance des patients cancéreux, de celles en cardiologie, dans les affections neuro-vasculaires, les indications ostéeo-articulaires qui représentent en Haute Normandie plus de 50% des examens.
- les critères pris en compte pour prioriser les implantations et les équipements nouveaux et complémentaires sont les suivants pour les sites existants.
- sites autorisés pour au moins 1 appareil IRM polyvalent.
- structures et établissements à activités neuro-vasculaires, cardiologiques, cancérologiques, labellisées ou autorisées.
- établissements sièges d'une unité cognitivo-comportementale, d'un centre mémoire de ressource,
- établissements à activité significative en orthopédie et traumatologie ou dont l'activité IRM osteo-articulaire est importante.
- établissements qui prennent en charge les femmes enceintes et les enfants.
- la nécessité d'un complément de plateau (IRM-TDM) sur activité significative.
- l'accessibilité ambulatoire spatiale ainsi celle des populations nécessitant une prise en charge adaptée.

Enfin un taux d'équipement 2015 par million d'habitant qui doit se rapprocher des préconisations du plan cancer II (près de 15 appareils /M hbts).

Les propositions sont les suivantes :

Sites avec Scanner	TDM Installés	Sites autorisés pour au moins 1 appareil IRM polyvalent	Cancer établissements autorisés	affections Neuro-vasculaire UNV	Consultations mémoire, Centres mémoire de ressource, Unité cognitivo-comportementale	prise en charge de la cardiologie USIC, Angioplastie	Orthopédie - traumatologie	activité IRM osteo-articulaire	Femmes enceintes	Pédiatrie	Complément de plateau (IRM-TDM) sur activité significative	Accessibilité ambulatoire spatiale
Rouen	**15**											
Cl St-Hilaire	1	1	x			x	x					
Cl Europe	2	1	x				x					
Cl Mathilde	1	1	x				x		x			
Cl Cedre	**1**	**1**	x				x					x
CHU B.Guillaume	1		x								x	
CHU Rouen Ch.N	**3**	**4**	x	x	x	x	x		x	x		
CHU St-Julien	**1 nl**										x	x
CRLCC	1		xx								x	
Maromme	1										x	
Mesnil-Esnard	1										x	
CHIEL-Elbeuf	**2**	**1**	x			x	x		x	x		x
Dieppe	**3**											
CH Dieppe	**2**	**1**	x	x		x	x		x	x		
St-Aubin - Mégival	**1**		x				x				x	
Le Havre	**9**											
CH Fécamp	1								x		x	
CH Lillebonne	1								x		x	
CH Pont-audemer	1 nl										x	
GHH-Monod	**2**	**2**	x	x	x	x	x		x	x		
GHH-Flaubert	1										x	
Cl Ormeaux	**1**	**1**	x				x					
HPE	**1**	**1**	x			x	x		x			
Le havre centre	**1**	**1**										
Evreux-Vernon	**7**											
Cl Pasteur - Evreux	**1**	**1**	x				x					
Cl Bergouignan Evreux	1					x	x					
CHIES-Cambolle	2	2	x	x	x	x	x		x	x		
CHIES-Vernon	**1**	**1**	x				x		x			
CH Bernay	1								x		x	
CH Gisors	1 nl								x		x	
Totaux	**34**	**20**										

Sites avec Scanner	TDM Installés	Sites autorisés pour au moins 1 appareil IRM polyvalent	Proposition territoire	IRM Polyvalentes	Dont renforcement Sros-Prs	IRM À orientation ostéo-articulaire	Dont renforcement Sros-Prs	Total IRM 2015	taux d'équipement 2015 par MH
Rouen								**14**	**17,4**
Cl St-Hilaire	1	1	**Renforcement du pôle régional** : 1 appareil ouvert (obésité, activités interventionnelles) **Diversification des appareils :** 3 appareils à orientation ostéoarticulaire dont 1 pole de référence, 1 agglo Elbeuf, 1 Rouen Nord **complément de plateau :** 1 appareil polyvalent Rouen rive Sud	**11**	**2**	**3**	**3**		
Cl Europe	2	1							
Cl Mathilde	1	1							
Cl Cedre	**1**	**1**							
CHU B.Guillaume	1								
CHU Rouen Ch.N	**3**	**(4)**							
CHU St-Julien	**1 nl**								
CRLCC	1								
Maromme	1								
Mesnil-Esnard	1								
CHIEL-Elbeuf	**2**	**1**							
Dieppe								**3**	**16,7**
CH Dieppe	**2**	**(2)**	**Diversification des appareils :** 1 appareil appareils à orientation ostéoarticulaire **(Sros 3)** **complément de plateau :** 1 appareil polyvalent	**2**	**1**	**1**			
St-Aubin - Mégival	**1**								
Le Havre								**7**	**17,3**
CH Fécamp	1		**Diversification des appareils :** 2 appareils à orientation ostéoarticulaire	**5**		**2**	**2**		
CH Lillebonne	1								
CH Pont-audemer	1 nl								
GHH-Monod	**2**	**(2)**							
GHH-Flaubert	1								
Cl Ormeaux	**1**	**1**							
HPE	**1**	**1**							
Le havre centre	**1**	**1**							
Evreux-Vernon								**6**	**15,1**
Cl Pasteur - Evreux	**1**	**1**	**Diversification des appareils :** 2 appareils à orientation ostéoarticulaire dont 1 pole ébroïcien 1 Vernon	**4**		**2**	**2**		
Cl Bergouignan Evreux	1								
CHIES-Cambolle	2	(2)							
CHIES-Vernon	**1**	**1**							
CH Bernay	1								
CH Gisors	1 nl								
Totaux		**20**		**22**	**3**	**8**	**7**	**30**	**16**

Il est envisagé à l'échéance de 2015 d'augmenter le parc de **10** appareils par rapport aux objectifs 2011 du SROS précédent. Ce renforcement permettra une diversification de près de 27% du parc.

Les deux types d'appareils d'imagerie pourront être implantés de façon limitée en ville, en dehors d'un établissement de santé, sans adossement à un plateau médico-chirurgical, et notamment pour les agglomérations de Rouen et du Havre. Néanmoins les appareils à orientation ostéoarticulaire seront obligatoirement adossés à un appareil polyvalent. L'intérêt de ces implantations indépendantes peut se justifier par :

- la réduction des délais moyens d'attente pour des examens simples par optimisation des organisations.
- une meilleure accessibilité géographique des patients.
- le développement souhaité de l'imagerie en coupe par substitution à l'imagerie conventionnelle elle-même plus répartie sur le territoire.

  Pour autant, la participation au système territorial et régional de permanence des soins des praticiens qui réalisent l'activité de ces plateaux ambulatoires d'imagerie en coupe, sera nécessaire et organisée notamment dans le cadre du réseau régional Image.

▪ **Des élargissements sont en conséquence proposés**

Pour les scanners, la proximité, le développement de la substitution, l'émergence de la télé-radiologie, ont bénéficié d'un développement récent qui répond actuellement aux objectifs et aux besoins. Néanmoins, la couverture des deux territoires de proximité de Lillebonne-Bolbec et d'Yvetot peut justifier, en terme d'accès aux soins, l'étude d'un projet commun.

Pour les IRM, les activités spécialisées (pédiatrie, cancérologie, affections neuro-vasculaires), la réponse aux besoins identifiés (flux centrifuges), l'innovation, motivent les élargissements suivants qui seront cependant encore limités et devront être complétés sur la base d'une évaluation documentée des besoins émergents à l'échéance 2 ans :

Territoire du havre, agglomération du Havre

- Diversification des appareils par 2 appareils à orientation ostéoarticulaire supplémentaires.
- Mise en œuvre de l'équipement autorisé non encore installé.

Territoire de Dieppe, agglomération de Dieppe

- Diversification des équipements par 1 appareil à orientation ostéoarticulaire à Dieppe.
- Mise en œuvre d'un appareil polyvalent complémentaire dans le cadre d'une seconde implantation (complément de plateau).

Territoire de santé d'Evreux

Agglomération d'Evreux

- Mise en œuvre d'un appareil polyvalent complémentaire.
- Diversification des équipements par 1 appareil à orientation ostéoarticulaire.

Agglomération de Vernon

- Diversification des équipements par 1 appareil à orientation ostéoarticulaire.

Territoire de Rouen-Elbeuf

Agglomération d'Elbeuf

- Diversification des équipements par 1 appareil à orientation ostéoarticulaire.

Agglomération de Rouen

- Renforcement du pôle régional :
  - 1 appareil ouvert (obésité, activités interventionnelles).
  - Diversification des équipements par 1 appareil à orientation ostéoarticulaire.
  - Installation de l'IRM 3 tesla recherche.
- Renforcement de l'accès et complément de plateau
  - Un appareil polyvalent en périphérie de l'agglomération sud.
  - Un appareil à orientation ostéoarticulaire rive droite, plateau nord.

Les appareils installés (scanners ou d'IRM) pourront pour partie, être affectés à des prises en charge spécifiques telles que les activités de soins urgences, prise en charge du cancer, pédiatrie, cardiologie, ou encore les activités de recherche, ou consacrées à des activités interventionnelles ou des techniques fonctionnelles. Ils seront spécifiquement dédiés aux indications ostéo-articulaires pour les équipements identifiés comme tels.

Pour assurer l'augmentation souhaitée des matériels lourds, ainsi que les compétences nécessaires au développement des nouvelles techniques interventionnelles ou fonctionnelles et à la prise en charge de pathologies spécifiques (exemple de la cancérologie), il est indispensable de renforcer la politique régionale de formation à laquelle contribuera le réseau régional Image en lien avec les responsables universitaires.

Ses objectifs seront notamment de :

- développer les compétences et permettre de renforcer la filière de formation initiale et continue des praticiens et de leurs collaborateurs manipulateurs d'électro-radiologie.
- favoriser l'installation des praticiens formés (rappelons qu'un seul praticien sur 5 a choisi en 2008 une installation en Haute Normandie), et faciliter l'accès au post-internat pour les praticiens.
- maintenir les plateaux de compétences et mettre en place une politique de recrutement régional partagé au sein du réseau Image : charte déontologique, mesures d'attractivité communes et concertées, développement des coopérations sur des projets innovants, participation à la permanence des soins, ou encore élaboration et partages de référentiels de bonnes pratiques.

e) Médecine nucléaire

L'objectif est de stabiliser cette activité en favorisant la promotion du regroupement des sites ainsi que l'installation des autorisations accordées.

Gamma-caméras

Il s'agit d'éviter la dispersion des sites et favoriser le regroupement. Les contraintes de sécurité relatives aux conditions de réanimation imposent l'adossement de cet équipement à des établissements de soins.

Pet-Scan

Les performances des TEP (ou PET) en matière de détection et de sensibilité diagnostiques sont nettement supérieures à celles des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émissions de positons en coïncidence (CEDET). Les examens réalisés avec un TEP sont également plus courts. Il convient donc de favoriser, quand cela est nécessaire, l'installation d'un PET-scan au détriment d'une caméra CEDET.

L'implantation doit être privilégiée dans une structure proposant un plateau technique optimisé de médecine nucléaire, sachant que les indications d'utilisation seront élargies à l'avenir.

En outre, le PET SCAN devra être adossé à un établissement de soins développant une activité correspondant aux indications de la médecine nucléaire et du PET SCAN en particulier (cancérologie).

Au titre des activités de cancérologie et de la couverture des besoins en région Haute Normandie, et au regard de la démographie défavorable à court terme pour ce qui concerne cette activité, 4 appareils sont indiqués en trois implantations distinctes, dont l'installation doit être priorisée.

- **Agglomération de Rouen** : 2 appareils sur un site, installés dans un délai de 2 ans. Leur mise en œuvre favorisera l'accès, aux praticiens externes, notamment libéraux.
- **Agglomération du Havre** : 1 appareil installé en 2011, dans le cadre d'une coopération étroite et formalisée (GCS), dont l'accès est ouvert aux praticiens des structures régionales et libérales compétentes.
- **Agglomération d'Evreux** : 1 appareil dont la mise en œuvre sera organisée à l'échéance du SROS-PRS, en collaboration étroite avec la structure de référence régionale.

Cyclotron

La réflexion sur l'implantation d'éventuels futurs PET SCAN ne peut s'affranchir de celle menée sur l'implantation d'un cyclotron nécessaire à la fabrication et à l'approvisionnement du produit utilisé par les PET-SCAN (18 FDG). Elle doit être extra régionale et renvoie donc au SIOS. Elle doit être aussi multi partenariale (interlocuteurs privés : industries, et institutionnels : universités, recherche, Région....).

f) Radiologie interventionnelle

Ce volet organise une gradation des plateaux techniques pour cette activité de soins et donne des axes d'évolution à échéance du SROS.

Gradation des plateaux techniques

Deux niveaux de prise en charge peuvent être distingués :

- **radiologie interventionnelle de proximité,** c'est à dire non vasculaire, souvent prolongement de la radiologie diagnostique.
- **radiologie interventionnelle lourde** nécessitant une salle dédiée, un accès direct à l'anesthésie-réanimation et justifiant une permanence des soins.

Préconisations en matière de radiologie interventionnelle lourde

- éviter la dispersion des équipements matériels lourds.
- privilégier un réseau de soins adapté (filières régionales).
- constituer des équipes de taille suffisante avec spécialisation des intervenants (médicaux et paramédicaux).
- respecter des seuils d'activité minimale.
- favoriser le développement de l'angiographie thérapeutique au détriment de l'angiographie diagnostique, laquelle doit être substituée progressivement par les techniques d'imagerie en coupes.
- organiser la permanence des soins grâce à la collaboration public-privé et à la mutualisation des compétences régionales.

Principe de qualité / sécurité de l'offre

Favoriser les possibilités d'archivages des dossiers d'imagerie et leurs échanges intra et intersites

La qualité et la sécurité de l'offre en imagerie nécessitent d'une part le développement des réseaux d'images et de la télémédecine qui permettent le développement d'une démarche qualité régionale (bon usage, référentiels de bonnes pratiques, aides à la prescription..), et d'autre part, l'identification de filières régionales dans le domaine de la radiologie interventionnelle.

Elle est particulièrement favorisée par la diversification et par le renforcement des IRM qui permet notamment la réduction des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants, le respect des bonnes pratiques.

Réseaux d'images et télémédecine

Le développement de la numérisation et des réseaux informatiques intra-établissements (PACS) sera privilégié, ainsi que celui du réseau d'échanges externes d'images entre les différents établissements publics et privés sans oublier les cabinets de radiologie de ville. Prévoir à terme la diffusion des images vers les prescripteurs exerçant en cabinet libéral (banques d'images, serveurs spécifiques, PACS, ..).

La programmation de ce projet, déclinée dans le programme de télémédecine, intègre :

- le développement d'un réseau d'imagerie qui maille le territoire et assure les besoins de la permanence des soins notamment dans les domaines de l'urgence, l'imagerie, les affections neuro-vasculaires,…
- le développement d'un dossier d'imagerie en cancérologie.

Le projet de télé-radiologie veillera à la compatibilité et l'interopérabilité des équipements, et exclura en conséquence les systèmes " fermés " c'est-à-dire non connectables avec les autres réseaux.
L'utilisation des réseaux haut-débit permettra d'améliorer sécurité et vitesse de télétransmission, de favoriser les pratiques de télé-expertise temps réel ou déporté et d'organiser des activités en tenant compte des disponibilités et des contraintes démographiques.

L'activité réalisée en télémédecine devra être comptabilisée au sein des statistiques d'activité des services de radiologie concernés et valorisée.

Un objectif de 2 ans est retenu pour le déploiement du projet régional, porté par le réseau régional Image et le groupement de coopération de santé de télésanté de Haute Normandie.

De la radiologie interventionnelle lourde

Le SROS doit identifier et optimiser des filières régionales en radiologie interventionnelle lourde (hors neuroradiologie) notamment dans le domaine de la prise en charge des urgences d'hémostase endovasculaire. En conséquence, il est proposé que **2** plateaux d'imagerie interventionnelle soit développés et soutenus au CHU de Rouen d'une part, au GH du Havre d'autre part, en lien avec le réseau régional urgence. Cette activité sera identifiée dans le répertoire opérationnel des ressources (R.O.R).

Principe d'efficience du dispositif

L'efficience du dispositif sera renforcée par la création du réseau régional Image et la mise en place d'une cellule de télémédecine s'appuyant sur un comité de professionnels composé de radiologues, d'urgentistes, d'autres praticiens expérimentant déjà la technique (préconisation ANAES 2003).

Démarche qualité commune, organisation des complémentarités et coopérations publiques/privées quand cela est possible (POSIM), mise en commun de moyens matériels et humains ainsi que des systèmes d'informations, mise en place enfin d'une démarche de facilitation et de maintien des compétences et du recrutement prioritaire de radiologues, sont autant de domaines à développer par le réseau Image.

Le réseau régional d'imagerie proposera une stratégie régionale d'efficience qui permette le développement des bonnes pratiques par les bonnes indications (mise à disposition du guide du bon usage, intégration dans les systèmes de prescription), qui s'appuiera notamment sur les informations de l'observatoire régional prévu par le SROS précédent et qui reste à mettre en œuvre : analyse critique et un suivi pour améliorer et optimiser la réalisation des examens et la gestion du temps des professionnels de l'imagerie.

Elle concernera notamment :

- les outils et les organisations internes des plateaux.
- les coopérations territoriales.
- l'accès des personnes hospitalisées aux examens d'imagerie en vue de réduire la DMS.
- l'amélioration de l'accès à l'imagerie pour les populations spécifiques, âgées ou en situation de précarité, ou encore les personnes handicapées.

II. COOPERATIONS ET PARTENARIATS

2.1 Permanence des soins

a) Dispositions générales

Le développement des coopérations entre secteurs public et privé est un enjeu majeur pour garantir la permanence de soins sur les sites appelés à assurer l'accueil des urgences. La permanence des examens intéresse essentiellement le scanner, technique de référence dans le domaine de l'urgence.

- Toute autorisation d'un appareil d'imagerie en coupes (scanner ou IRM) ne pourra être accordée que si les radiologues prévus pour intervenir sur l'équipement concerné s'engagent à participer effectivement à la permanence des soins au niveau de l'agglomération ou du territoire concerné, et de la région.

- Au minimum, chaque établissement siège d'une activité urgences adossée à une activité médico-chirurgicale, met en œuvre une permanence des soins en imagerie par la capacité à :
    - réaliser techniquement les images demandées.
    - assurer l'imagerie en coupe notamment les scanners.
    - être en capacité de proposer les examens échographiques nécessaires, voire de diagnostics d'orientation.
    - être en capacité de transmettre les images en cas de besoin, à un centre expert de garde, ou encore vers un plateau hyperspécialisé pour télé-expertise.

Les fonctionnements des équipements nécessiteront le développement de partenariats multiples qui doivent permettre la pérennité des activités des équipements et l'efficience du dispositif régional. Ainsi, la permanence des soins sera assurée par la collaboration des radiologues publics et privés, au mieux au sein des mêmes plateaux techniques autant que possible, au minimum et nécessairement au titre de l'organisation régionale et territoriale de la permanence des soins par télé-imagerie (garde territoriale et/ou régionale).

Pour faciliter l'organisation de la permanence des soins, notamment dans les agglomérations de taille moyenne et/ou déficitaires en radiologues, la collaboration public/privé pourra trouver son prolongement ou sa facilitation dans la constitution d'un cadre juridique de coopération tel que le groupement de coopération sanitaire (GCS), permettant de faciliter le fonctionnement d'équipements lourds communs hôpital/Cliniques, la mobilité des radiologues privés et publics, et contribuer à l'amélioration de l'efficience et la performance des organisations prévues au présent volet.

Les modalités de cette participation devront être clairement définies dans les dossiers de demande d'autorisation ou de renouvellement ainsi que dans les CPOM.

b) La permanence des soins assurée par chaque plateau d'imagerie sera complétée par une garde territoriale et régionale

Cette garde régionale, rendue possible par la lecture déportée dans le cadre des recommandations des représentants des professionnels, du CNOM, de la SFR et de la DGOS sur la pratique de la télé-radiologie, aura les caractéristiques suivantes :

- Elle répondra aux activités urgences, à deux niveaux d'intervention que sont :
    - la réponse aux besoins de lecture spécialisée des images en coupe.
    - les avis spécialisés en imagerie, et hyperspécialisés dans les spécialités d'organes utiles (organisation à prévoir au titre des spécialités à garde régionale défini dans le cadre du SROS Urgences et de l'organisation de la permanence des soins territoriale).
- Elle permettra la lecture déportée pour les activités hors urgence, au titre de l'activité de plateaux d'imagerie en coupe en situation de fragilité de compétence ponctuelle ou occasionnelle.
- Elle sera organisée autour des activités d'imagerie en coupe (essentiellement les scanners), et ne pourra répondre, à court terme, aux examens d'échographie qui seront réalisés en situation d'urgence par des praticiens formés, dans leur domaine de compétence, pour des actes limités de diagnostic d'orientation permettant les décisions de maintien de la prise en charge sur site au regard des compétences et du plateau technique disponibles, ou de transfert secondaire éventuel du patient vers un centre spécialisé ou hyperspécialisé.
- Elle nécessitera l'interconnexion des PACS existants et à venir.
- Une progressivité de mise en œuvre par une phase régionale, éventuellement complétée d'une déclinaison secondaire par territoire de santé ou regroupement de territoires selon les activités réelles : Rouen et Dieppe, Le Havre, Evreux – Vernon.

c) L'organisation de la permanence en imagerie implique les radiologues, les plateaux d'imagerie et les établissements de santé, ainsi que le réseau régional Image

- La garde est assurée par les praticiens liés par statut ou par contrat aux structures autorisées, elles-mêmes liées à l'ARS par un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) dont les dispositions imposent une participation à la permanence des soins.
- Tous les praticiens qui participent aux activités d'imagerie en coupe des plateaux autorisés et installés en région (plateaux publics, établissements privés, GCS, GIE, SCM …) contribuent en conséquence à la garde régionale. Cette activité est rémunérée.
- La permanence des soins est assurée par périodes de 24 heures et couvre les activités urgences ainsi que la lecture des images scanners orphelines par défaut temporaire de compétences. Un rôle est établi sous la responsabilité du réseau régional Image.
- Le plateau d'imagerie en coupe de garde, assure ses propres obligations de permanence et reçoit et interprète les images en provenance des plateaux qui le demandent, pendant la période de 24 heures qu'il couvre.

- Il pourra être envisagé à terme les 2 modes d'organisation territoriale que sont une permanence régionale et une permanence par territoire de santé.
- Pour assurer au mieux la garde, il sera utile de mettre en place les moyens techniques permettant de « prendre la main » à distance sur les consoles des plateaux demandeurs.
- Les échanges entre professionnels répondront aux dispositions du CNOM, de la SFR, du G4 et de la DGOS.

2.2 Du réseau régional Image

a) Réseau image fonctionnelle et organisationnel

Le Groupement de Coopération Sanitaire, l'association loi 1901, ou une convention multilatérale, représentent à ce jour les modalités envisageables pour encadrer une activité réseau. Cependant, pour permettre les financements, notamment externes, ainsi que la fluidité des interventions croisées publiques-privées, le GCS sera la modalité à privilégier.

Par ailleurs, un GCS Télésanté approuvé, dont le champ est plus large que l'organisation de la télé-radiologie, contribuera aux développements techniques du réseau et sa mise en œuvre, notamment par celui des annuaires, des serveurs d'identité (application nationale), des outils collaboratifs, des dossiers partagés. Il apportera les appuis techniques nécessaires aux maitrises d'ouvrage et à l'écriture des cahiers des charges techniques.

Le réseau image aura à définir une politique d'équipement et d'infrastructure en lien avec le GCS télésanté. Il organise l'information partagée et les protocoles d'échanges médicaux, la mise en œuvre des bonnes pratiques en imagerie et en assure le suivi. Il développe les démarches qualité, propose les évolutions pertinentes des organisations régionales. Des moyens de fonctionnement et d'équipements seront nécessaires pour lesquels une structuration en GCS peut être utile.

b) Les objectifs généraux en seront donc

- promouvoir une démarche qualité par la définition de protocoles, la diffusion des recommandations et référentiels de bonnes pratiques, la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité des prises en charge.
- assurer une prise en charge optimale des patients, notamment la permanence et la continuité des soins.
- assurer une bonne accessibilité des patients aux plateaux techniques et aux compétences nécessaires dans les activités programmées et d'urgence.

c) Et de façon plus opérationnelle, le réseau image

- établit et assure le suivi et l'évaluation d'une charte qualité régionale (justification, transmissions, échanges..).
- développe le dossier d'imagerie du patient (archivage, comptes rendus..).
- participe au développement des équipements régionaux et à l'élaboration des projets de télé-radiologie au sein du GCS de télésanté de Haute Normandie en veillant à la cohérence des projets entre eux.
- organise les activités de télé-expertise, téléconsultation, diagnostics à distance, et participe au suivi des filières de soins notamment urgences, affections neuro-vasculaires, cancer.
- partenaire de l'ARS, le réseau formule les propositions d'amélioration de l'organisation des activités et des collaborations utiles à la mise en œuvre des objectifs de soins du SROS.

- assure la mise en place d'un observatoire des pratiques et des activités. Il recueille et analyse les données transmises et en diffuse les exploitations.
- il assure la veille et l'analyse sur les techniques d'imagerie utilisées, leurs indications, le service médical rendu.
- assure la veille scientifique en télé-radiologie et fait des propositions d'introduction, de déploiement et de transferts des compétences nécessaires.
- propose et participe aux actions de formation.
- fait des recommandations et accompagne les activités des manipulateurs d'électroradiologie: formation, mobilité, partage de compétences et délégations de tâches, démarches qualité.
- développe enfin des partenariats dans le cadre de la recherche : recrutements et inclusion des patients, participation aux projets innovants.

Il appartiendra aux radiologues, au réseau régional Image et aux conférences de territoire dans le cadre de leur projet médical de territoire, de veiller à la mise en place très rapide, d'un schéma de la permanence radiologique des soins par territoire. Les demandes d'autorisations et les projets d'organisation autour de la permanence des soins qui en découleront, devront être en cohérence avec ce schéma.

Enfin, la coopération entre établissements publics doit être favorisée par l'augmentation du nombre de postes d'assistants spécialistes régionaux mutualisés. Ces postes ont un caractère formateur et permettent aux centres hospitaliers périphériques de bénéficier d'une présence radiologique renforcée.

III. EVALUATION ET SUIVI

La circulaire du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupes par scanner et IRM prévoit qu'une évaluation et un suivi du SROS soient effectués régulièrement. Elle préconise dans cette optique la constitution d'un Comité Régional de l'Imagerie (émanation des COTER), chargé entre autres de l'évaluation du fonctionnement et du suivi de l'activité des plateaux techniques et du respect des bonnes pratiques. Ce rôle sera assuré par le réseau régional Image dont les analyses seront communiquées à l'ARS au sein d'un comité réuni tous les ans.

3.1 Evaluation

Il s'agira de prévoir l'évaluation du respect des recommandations formulées dans le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale diffusé en 2005 ainsi que l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des structures.

3.2 Suivi

- Suivi de la mise en œuvre des objectifs quantifiés par territoire de santé et par type d'équipements lourds (nombres d'implantation d'appareils et d'actes).
- Suivi quantitatif et qualitatif de l'activité de ces équipements (actes, patients, traitement, délais d'attente).
- Suivi de la permanence des soins.
- Suivi de la substitution entre type d'appareils d'imagerie.

IV. IMPLANTATIONS

Territoire de santé	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ROUEN/ELBEUF	**NOMBRE D'IMPLANTATIONS**						**NOMBRE D'EQUIPEMENTS**					
Scanners												
Agglo de Rouen	**10**					**11***	**13**					**13-14***
Elbeuf	**1**					**1**	**2**					**2**
IRM												
Rouen	**5**		**6**			**6**	**8**	**10**	**11**	**11**	**12**	**12**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire								**1**	**2**	**2**	**2**	**2**
Elbeuf	**1**		**1**			**1**	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire									**1**	**1**	**1**	**1**
Gamma-caméras												
Rouen	**2**		**2**			**2**	**6**		**6**			**6**
Pet Scan												
Rouen	**1**		**1**			**1**	**1**		**2**			**2**

** possibilité sur étude d'opportunité, d'une installation à Yvetot*

Territoire de santé	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
LE HAVRE	**NOMBRE D'IMPLANTATIONS**						**NOMBRE D'EQUIPEMENTS**					
Scanners												
Agglomération du Havre	**5**					**5**	**6**					**6**
Lillebonne	**1**					**1**	**1**					**1**
Fécamp	**1**					**1**	**1**					**1**
Pont-Audemer	**1**					**1**	**1**					**1**
IRM												
Le Havre	**4**		**4**			**4**	**5**	**5**	**6**	**7**		**7**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire									**1**	**1**		**1**
Gamma-caméras												
Le Havre	**1**					**1**	**4**					**4**
Pet Scan												
Le Havre	**1**					**1**	**1**					**1**
Caisson hyperbare	**1**					**0 ou 1**						**0 ou 1**

Territoire de santé	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EVREUX-VERNON	**NOMBRE D'IMPLANTATIONS**						**NOMBRE D'EQUIPEMENTS**					
Scanners												
Evreux	**2***		**2**			**2**	**4**					**4**
Vernon	**1**		**1**			**1**	**1**					**1**
Bernay	**1**		**1**			**1**	**1**					**1**
Gisors	**1**		**1**			**1**	**1**					**1**
IRM												
Evreux	**2**					**2**	**2**		**3**	**4**		**4**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire									**1**	**2**		**2**
Vernon	**1**					**1**	**1**			**2**		**2**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire										**1**		**1**
Gamma-caméras												
Evreux**	**2**		**1**			**1**	**2**		**2**			**2**
Pet Scan												
Evreux	**1**					**1**	**1**					**1**

** en termes d'implantation de scanners, 3 implantations à Evreux mais 2 au terme de la recomposition des établissements privés (cliniques Bergouignan et Pasteur).*
*** le regroupement des plateaux de médecine nucléaire, dans le cadre d'une collaboration public / privé est préconisé.*

Territoire de santé	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIEPPE	**NOMBRE D'IMPLANTATIONS**						**NOMBRE D'EQUIPEMENTS**					
Scanners												
Dieppe	**2**		**2**			**2**	**2**		**3**			**3**
IRM												
Dieppe	**1**	**2**				**2**	**2**	**3**				**3**
Dont IRM à orientation ostéoarticulaire								**1**				**1**
Gamma-caméras												
Dieppe	**0**		**0**			**0**	**0**		**0**			**0**
Pet Scan												
Dieppe	**0**		**0**			**0**	**0**		**0**			**0**

Le site correspond pour cette thématique à l'agglomération et non à la commune.

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Prise en charge de la douleur

La prise en compte de la douleur est une préoccupation omniprésente dans le monde de la santé et a été inscrite par le législateur dans le code de la Santé Publique.

Ainsi, elle figure parmi les droits du patient. La prise en considération de sa douleur est développée dans la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; dans le cadre du titre II sur la démocratie sanitaire le législateur a mentionné à l'article L.1110.5 :*"Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance, prévenue, évaluée, prise en compte et traitée".*
"Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort".

Parmi les nombreuses définitions de la douleur on peut retenir celle de l'association internationale de l'étude sur la douleur (IASP) :

"la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion".

Cette définition intègre bien le caractère multifactoriel de la douleur : réponse psychophysiologique à un stimulus, la douleur revêt :

- une dimension sensorielle nociceptive,
- une dimension émotionnelle et affective,
- ainsi qu'une composante cognitive,

capables de s'associer à des degrés divers chez un malade donné. Toujours subjective, la douleur est ce que le malade affirme qu'elle est.

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

- assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer ou combiner les techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales,
- décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial,
- obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement,
- prendre en compte l'environnement familial, culturel, social et professionnel du patient,
- pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective de l'activité de prise en charge de la douleur chronique rebelle, participer à la recherche et l'enseignement.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Plan national de lutte contre la douleur 2008-2012.**

- **Plan cancer 2009-2013, mesure 19.**

- **Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011** relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

- **Douleur chronique** : les aspects organisationnels : Le point de vue des structures spécialisées, avril 2009, HAS.

- **Circulaire DHOS/DGS n°451 du 11 juillet 2004** relative aux droits des personnes hospitalisées.

- **Article L.1110-5** du code de la santé publique, loi n ° 2002--303 du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé : «…Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée …».

- **Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002** relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

- **Code de déontologie médicale - Article 37** : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

- **Décret n°2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Texte abrogé décret n°2004- 802 du 29 juillet 2004 et indexé au Code de la santé publique (CSP– Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, Section 1.- art R 4311-1à15).
  Article 2 : «les soins infirmiers ….ont pour objet, dans le respect de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle …
  (5 °) de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes,…».

- **Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

- **Circulaire DGS/DH n°98/586 du 24 septembre 1998** relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

- **Circulaire DGS/DH n°94/3 du 7 janvier 1994** relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

- **Décret n°93-221 du 16 février 1993** relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

- **Références ANAES** (manuel d'accréditation) le patient et sa prise en charge OPC.1.a-OPC.4.b-OPC.4.e-OPC.5.b – nouvelle dénomination Haute Autorité de Santé.

- **Douleur chronique** : les aspects organisationnels le point de vue des structures spécialisées, HAS, avril2009.

I. ETAT DES LIEUX

En Haute-Normandie, 6 établissements de santé MCO organisent une consultation de lutte contre la douleur chronique :

- le CHU de Rouen, également organisé en centre de lutte contre la douleur chronique.
- le CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil.
- le CRLCC Becquerel : la consultation douleur du CRLCC est tournée vers les besoins des patients pris en charge au sein de CRLCC. L'équipe a une activité mixte douleur-soins palliatifs.
- le Groupe Hospitalier du Havre en collaboration avec le réseau AMPA.
- le CHI Eure-Seine.
- le centre hospitalier de Dieppe.

Le CHU de Rouen est le seul établissement de santé répondant aux critères de pluridisciplinarité tels que décrits dans la circulaire de 1998. Les autres établissements de santé cités organisent des consultations pluridisciplinaires, selon des organisations proches de celles décrites dans la circulaire de 1998.

Les missions des consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique sont :

- prévention,
- soins,
- réinsertion,
- prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient.

Certains professionnels de santé exerçant en ville ainsi que certains établissements de santé organisent des consultations douleur mono disciplinaires (un seul professionnel de santé réalisant ces consultations douleur).

Comparaison du nombre de structures en Haute-Normandie par rapport au niveau national

Tableau 5. Répartition des structures par région selon le type de la structure (en effectif).

	Consultation	Unité	Centre	Total	Nombre de structures pour 100 000 habitants
Alsace	2	3	2	7	0,38
Aquitaine	9	1	2	12	0,38
Auvergne	5	1	1	7	0,52
Basse-Normandie	9	1	1	11	0,76
Bourgogne	7	3	0	10	0,62
Bretagne	12	4	1	17	0,55
Centre	6	2	0	8	0,32
Champagne-Ardenne	2	1	1	4	0,30
DOM	5	1	1	7	0,38
Franche-Comté	2	4	2	8	0,70
Haute-Normandie	4	0	1	5	0,28
Ile-de-France	22	14	8	44	0,38
Languedoc-Roussillon	7	4	2	13	0,51
Limousin	4	0	1	5	0,69
Lorraine	6	5	1	12	0,51
Midi-Pyrénées	7	4	1	12	0,43
Nord-Pas-de-Calais	4	7	1	12	0,30
Pays de la Loire	13	7	2	22	0,64
Picardie	7	5	0	12	0,63
Poitou-Charentes	5	3	2	10	0,58
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7	7	2	16	0,33
Rhône-Alpes	18	13	3	34	0,56
Total	**163**	**90**	**35**	**288**	**0,45**

Données HAS 2009

En France métropolitaine, le nombre moyen de structures de prise en charge de la douleur chronique est de 0,45/100 000 habitants.

En 2009 la région Haute-Normandie dispose de 0,28 structure / 100 000 habitants ; elle apparaît comme la moins dotée de toutes les régions métropolitaines.

Les locaux des consultations

- Dédiés spécifiquement à la consultation douleur : 5 consultations sur 6 en HN contre 54,8 % au niveau national.
- Salle de réunion : 6 consultations sur 6 en HN contre 62,2 % au niveau national.
- Salle de relaxation : 4 consultations sur 6 en HN contre 31,8 % au niveau national.
- Secrétariat spécifique : 5 consultations sur 6 en HN contre 53,9 % au niveau national.
- Accès pour personnes handicapées : 6 consultations sur 6 en HN contre 95,7 % au niveau national.

Au regard de ces données, les structures de prise en charge de la douleur chronique en Haute-Normandie sont adaptées du point de vue architectural.

Organisation de la PEC au sein des structures de consultation

Les personnels des différentes structures sont cumulés pour cette analyse.

- Coordination

En Haute-Normandie le temps médical consacré à la coordination est variable selon les structures : de 2 vacations par semaine à 1 équivalent temps plein.

Les deux spécialités les plus souvent rencontrées pour organiser la coordination sont en Haute-Normandie comme sur le territoire national, les médecins généralistes et les médecins anesthésistes-réanimateurs formés à la prise en charge de la douleur (DU, DIU ou capacité douleur).

- Les personnels médicaux

Spécialité	Haute-Normandie En ETP	Enquête HAS 2009 En ETP moyen
Médecin généraliste	1,80	0,51
Rhumatologues	1,00	0,43
Anesthésistes-réanimateurs	0,85	0,87
Psychiatre	0,25	0,52
Neurologue	0,05	0,46
MPR	0,05	0,16

Les compétences médicales mises à disposition des consultations sont variables et diffèrent de la description nationale. En Haute-Normandie les médecins généralistes et les rhumatologues sont les spécialités qui « donnent » le plus de temps aux consultations douleur.

Les temps mis à disposition d'autres compétences telles que les psychiatres, les neurologues les médecins MPR sont très faibles.

- Les personnels autres que médicaux

Spécialité	Haute-Normandie En ETP	Enquête HAS 2009 En ETP moyen
IDE	3,30	1,13
Psychologue	3,15	0,77
Masseur-kinésithérapeute	ETP non renseigné 3 pour l'ensemble des consultations	0,16
Assistant de secrétariat/secrétaire	3,10	0,62
Travailleur social	Non renseigné	0,09
Assistante sociale	2 pour l'ensemble des structures	Non renseigné

Les compétences autres que médicales mises à disposition des consultations sont variables et diffèrent de la description nationale.
Les psychologues sont plus présents en Haute-Normandie qu'au niveau national.

- Organisation des consultations

- Heures d'ouverture : pas de données de comparaison au niveau national,
- Permanence téléphonique : pas de données de comparaison au niveau national.

Permanence téléphonique	Nombre d'établissements
moins de 4 heures/jour	1
4 heures à 8 heures/jour	2
plus de 8 heures/jour	4

En 2009, toutes les structures organisent une permanence téléphonique pendant la journée. Aucune ne maintient cette permanence la nuit, les fins de semaine ou les jours fériés.

- Organisation de la pluridisciplinarité : les structures organisent la pluridisciplinarité de façon différente : pour 4 d'entre elles au moins une fois par mois et pour 3 d'entre elles plus d'une fois par mois. La capacité des structures à la mettre en œuvre est conditionnée à la disponibilité des différentes compétences professionnelles. Cette difficulté est rencontrée de façon comparable au niveau national.

- Nombre moyen de patients sur la liste d'attente : les délais d'attente en Haute-Normandie sont comparables aux délais d'attente observés en moyenne : de 1 à 3 mois en France (jusqu'à 55 patients en liste d'attente).

- Hospitalisation des patients vus en consultation : l'enquête HAS rapporte un taux d'hospitalisation des patients souffrant de douleur chronique et vus initialement en consultation externe de 17 %.
Il n'est pas possible d'établir ce taux en Haute-Normandie, puisque nous ne disposons pas du nombre total de consultations externes.

- Articulation avec les professionnels de santé extérieurs : comme dans l'enquête HAS toutes les structures informent par courrier le médecin traitant après chaque consultation.
Les organisations des consultations spécialisées pour la prise en charge de la douleur chronique (personnels dédiés, compétences mises à disposition, ressources) ne sont pas homogènes. De plus les indicateurs utiles au suivi de leur activité ne sont pas identiques et en conséquence ne permettent pas de la décrire de façon pertinente et fiable.
En 2009, le nombre de consultations déclarées est au minimum 389 et au maximum 2 978. Cependant ces chiffres ne sont pas exhaustifs et ne relèvent pas l'activité des consultations spécialisées telles que les consultations migraines ou rachis.

Accompagnement régional des structures de prise en charge de la douleur

Pour permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre le programme national de lutte contre la douleur chronique, la prise en charge de la douleur.est intégrée à la liste des missions d'intérêt général (MIG).

Ainsi, depuis plusieurs années, des dotations sont allouées aux structures publiques et privées organisées. Les structures de prise en charge de la douleur chronique n'ont pas fait l'objet en Haute-Normandie d'une reconnaissance par l'Agence régionale de santé alors que cette MIG est modélisée :

- en dessous de 500 consultations médicales externes par an pour douleur, aucun financement.
- de 500 à 1000 consultations médicales externes par an pour douleur, le forfait de base proposé est 0,6 ETP de PH, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et 0,5 ETP de secrétaire. Le montant de base estimé est 131 000 euros pour la structure spécialisée calculée sur le coût moyen des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2%.
- à partir de 1000 consultations médicales externes par an pour douleur, le forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP de PH toutes les 500 consultations et de 0,6 ETP toutes les 1 000 consultations médicales pour les personnels non médical.

Nombre de consultations médicales externes par an pour douleur	Allocation forfaitaire
500 à 1 000	131 000 €
1 000 à 1 500	200 000 €
2 000 à 2 500	311 000 €
3 000 à 3 500	422 000 €
7 000 à 7 500	865 000 €

En 2009, l'activité de deux structures haut-normandes organisées en consultation était inférieure au seuil des 500 consultations médicales externes annuelles.

Les réseaux d'appui à la prise en charge de la douleur chronique

Deux réseaux se développent sur deux territoires de santé.

		Composition équipe de coordination
Territoire Eure-Seine	Normandos	Prise en charge des lombalgies chroniques
Territoire Le Havre	AMPA	Prise en charge pluridisciplinaire de patients douloureux chroniques

Synthèse

- La prise en charge de la douleur figure au sein des plans de formation des établissements ; les formations sont de nature très variable (journées de sensibilisation, formations internes à formations qualifiantes).
- 1 centre de prise en charge de la douleur et 4 consultations pluridisciplinaires dédiées à la douleur (hors CRLCC) ; les compétences médicales ainsi que des autres intervenants sont insuffisantes : insuffisance de psychiatres, de pédiatres, de MPR, de psychologues, néanmoins la pluridisciplinarité est organisée.
- Les structures haut-normandes organisent des modalités plurielles de prise en charge au sein des consultations dédiées à la douleur chronique : les différents professionnels organisent la multidisciplinarité de façon simultanée ou non selon les besoins des patients et surtout selon les disponibilités des différents professionnels et les organisations possibles.
- Les structures de prise en charge de la douleur chronique décrivent une grande difficulté à organiser une réelle pluridisciplinarité en lien avec les réalités démographiques des professionnels en région. En conséquence l'accès aux compétences de certains professionnels de santé (psychiatre …) est organisé à distance de la première consultation.
- L'activité apparaît importante et croissante. Cependant les relevés d'activité doivent être systématisés et les indicateurs relevés doivent être comparables entre eux. L'activité de consultation n'est pas exhaustive : consultation migraine à Rouen, consultation rachis au Havre.
- 5 « équipes mobiles » en intra-établissement.
- Les difficultés liées à l'organisation de la pluridisciplinarité sont décrites également à l'échelle du territoire national.

II. ENJEUX

- Identifier, conforter, structurer et coordonner l'ensemble des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique et développer l'offre de soins pédiatrique.
- Assurer sur tous les territoires de santé l'accès des patients à une prise en charge de la douleur chronique.
- Mettre en place un dispositif de coordination régionale en lien avec l'ARS.

  En lien avec la politique des réseaux, cette coordination régionale pourra se rapprocher du dispositif de coordination régionale des soins palliatifs (recommandations de la circulaire du 25 mars 2008).

III. ORIENTATIONS

3.1 Améliorer l'accès aux soins

L'instruction DGOS du 19 mai 2011 vient fortement structurer le maillage territorial en redéfinissant les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ainsi que leurs modalités de prise en charge. Elles doivent être polyvalentes et peuvent développer des expertises spécifiques ou une prise en charge populationnelle identifiée.

Pour faciliter l'accès de tous les patients douloureux chroniques à une prise en charge adaptée et harmonisée sur les territoires de santé, trois niveaux de prise en charge sont définis :

a) Niveau de proximité

Ce niveau s'appuie sur les consultations pluri professionnelles d'étude et de traitement de la douleur chronique en lien avec le niveau de recours (consultations au sein des centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé). Elles regroupent des compétences de médecin algologue, d'IDE, de psychologue. Elles assurent la prise en charge des douleurs chroniques et/ou préviennent la chronicisation. Elles sont adossées à un établissement de santé public ou privé.

De plus, les établissements de santé développent une prise en charge de la douleur élaborée, pilotée et harmonisée au sein de leur comité de lutte contre la douleur (CLUD) voire d'inter CLUD.

Des consultations supplémentaires d'évaluation et de traitement de la douleur chronique pourront être développées sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et du Havre.

L'organisation d'équipes mobiles telles que préconisées dans la circulaire de 1994 (selon le même modèle d'organisation que les équipes mobiles de soins palliatifs) a été partiellement réalisée et maintenue à un stade initial de mise en œuvre en Haute-Normandie (équipes restreintes, avis intra-établissement). Cependant cette modalité d'organisation n'est pas redéfinie par l'instruction de mai 2011 La poursuite de leur déploiement n'est donc pas préconisée.

b) Niveau de recours

Le niveau de recours s'appuie sur les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique et assure une prise en charge pluridisciplinaire ainsi que l'accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Ces structures spécialisées développent la pluridisciplinarité impérativement, qu'elle soit simultanée ou différée, et assurent une prise en charge globale des patients douloureux (physique, psychologique, familiale et réinsertion socioprofessionnelle).

Une telle structure assure les missions des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique et apporte son expertise et sa compétence en ce qui concerne les situations complexes (réunions de concertation pluridisciplinaire), participe aux activités de formation et de recherche, et au recueil de données épidémiologiques.

Chaque territoire de santé devra disposer au minimum d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique. Des consultations d'étude et de traitement de la douleur devront évoluer au cours du SROS-PRS vers une structure organisée en centre d'étude et de traitement de la douleur chronique en particulier sur les territoires de santé d'Evreux-Vernon et de Dieppe.

Des conventions devront être passées entre les établissements du niveau de proximité et les établissements du niveau de recours.

c) Niveau de référence régional : Centre expert régional

Outre les prestations du niveau de recours, le niveau de référence régionale offre des prestations spécialisées, coordonne l'accès à des techniques innovantes ainsi que des activités de recherche et de formation sur la thématique « douleur ».

Le CHU de Rouen est centre expert régional. Il apporte son expertise et sa compétence en ce qui concerne les douleurs chroniques complexes car résistantes aux prises en charge validées par les recommandations des sociétés savantes et de la HAS. Il pilote et structure les réunions de synthèse pluridisciplinaires thématiques.

Le niveau régional assure une offre de soins en matière de prise en charge de la douleur des enfants et des adolescents.

De plus, il coordonne les stratégies de prises en charge complexes telles que celles nécessitant la compétence et l'expertise d'un neurochirurgien (stimulation médullaire, névralgies faciales, stimulations corticales), ainsi que celles impliquant les techniques innovantes (morphinothérapie intrathécale, vertébroplastie, cimentoplastie, stimulation transcranienne, blocs anesthésiques abdominaux et pelviens…).

Des conventions devront être passées entre les établissements du niveau de recours et l'établissement de référence régional.

d) Prise en charge des enfants et des adolescents

La gradation de la prise en charge des enfants et des adolescents s'organise en deux niveaux :

- le niveau de proximité est assuré par les médecins de ville (médecins généralistes, pédiatres) et les médecins spécialistes exerçant en établissement de santé.
- le niveau de recours s'appuie sur les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique et assure une prise en charge pluridisciplinaire ainsi que l'accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation.
- chaque territoire de santé devra disposer au minimum d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique organisant l'accès à la compétence d'un pédiatre formé à la prise en charge de la douleur chronique.
- le niveau de référence régional organise au sein du centre d'étude et de traitement de la douleur chronique, la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent.

3.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Pour favoriser la lisibilité du dispositif, toutes les expertises spécifiques (les consultations dédiées à la prise en charge de troubles douloureux tels que céphalées, rachialgies…) seront rapprochées fonctionnellement d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique, consultation ou centre.
Chaque territoire de santé devra disposer au minimum d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique.

3.3 Améliorer l'efficience

Au regard des exigences de qualité des pratiques professionnelles, il convient de :

- respecter les recommandations édictées par la Haute Autorité de Santé et la SFETD.
- structurer et organiser des réunions de synthèse pluridisciplinaires et thématiques par territoire de santé ou régionales. Les outils de télémédecine peuvent être utiles.
- homogénéiser la démarche évaluative et le suivi des patients douloureux chroniques : réflexion pour élaborer un dossier médical commun, réflexion relative à l'évaluation infirmière, contenu / organisation des consultations de suivi.
- développer collectivement des programmes d'éducation thérapeutique en particulier pour des pathologies telles que les fibromyalgies, les algodystrophies, les rachialgies chroniques rebelles.
- structurer une offre hospitalière en matière de programmes d'éducation thérapeutique : mutualisation des programmes pour répondre aux situations de pathologie chronique.
- favoriser les articulations et les collaborations qui permettent d'assurer des prises en charge multidimensionnelles garanties par l'interdisciplinarité.

Au regard des organisations régionales, il convient d'améliorer la prise en charge :

- des pathologies particulières : fibromyalgies, conduites addictives.

- des populations identifiées : situation de précarité, personnes âgées, enfants et adolescents, personnes handicapées ou polyhandicapées.

en s'appuyant sur les organisations et compétences déjà existantes dans le but de diffuser les modèles qui font leurs preuves (consultation douleur et emploi...).

De plus la prise en charge globale des patients souffrant de douleur chronique impose que les professionnels mettent en place les articulations suivantes :

- articulation entre les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et le réseau Onconormand.
- articulation entre les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et les structures de prise en charge des soins palliatifs.
- articulation entre les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et les réseaux de prise en charge de la douleur chronique.

3.4 Le maillage du territoire

a) Création d'un dispositif de coordination régionale d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

A l'issue du SROS-PRS, une coordination régionale devra être mise en place. Elle pourra s'appuyer sur des organisations déjà existantes (SETD, réseaux de prise en charge de la douleur, l'Association Douleur Normande). En lien avec la politique des réseaux (recommandations de la circulaire du 25 mars 2008), elle pourra se raprocher du dispositif de coordination régionale des soins palliatifs.

b) Articulation entre les acteurs de la ville, de l'hôpital, du secteur médicosocial

- La prise en charge globale et coordonnée des patients sera assurée par la coordination des acteurs de la médecine de ville (médecin traitant, médecins spécialistes, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé), les associations de patients et les SETD.
- Partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions : HAD, SSIAD, EHPAD, secteur médico-social.
- Etablir des liens privilégiés avec les acteurs du monde du travail, les travailleurs sociaux et les associations de bénévoles.

c) Renforcer les coopérations

Entre les établissements

- Pour assurer l'accès aux soins de tous les patients sur les territoires de santé, conventions entre les établissements de santé ne développant pas une consultation douleur et les établissements de santé disposant d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique.
- Conventions pour définir les modalités concrètes d'organisation de consultations avancées au sein des centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé.
- Formalisation des complémentarités et des collaborations entre les établissements de santé et les professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique pour mettre en œuvre la pluridisciplinarité et garantir une prise en charge globale et multifactorielle des patients douloureux chroniques.
- Conventions avec les structures d'aval (établissements de santé SSR, établissements médico-sociaux) dans le but de coordonner et d'harmoniser les stratégies de prise en charge de la douleur chronique.
- Conventions avec les structures exerçant une activité de psychiatrie pour garantir l'accès à la prise en charge de la douleur chronique.

Avec les acteurs du soin en ville

- Implication des médecins traitants à la décision thérapeutique des SETD.
- Intégration des médecins de ville au sein des réseaux de santé dédiés à la prise en charge de la douleur chronique et du dispositif de coordination régionale.
- Favoriser le retour à domicile en concertation avec les acteurs libéraux.
- Intégrer les professionnels de santé exerçant en ville aux formations.

3.5 Schéma cible d'organisation régionale

Le schéma proposé vise à conforter et renforcer l'offre de soins en matière de prise en charge de la douleur chronique en Haute-Normandie. Ainsi le taux d'équipement en 2016 situera la région au niveau moyen national (2009) : 0,45 SETD / 100 000 habitants.

Une consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique supplémentaire pourra être développée respectivement sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et du Havre.
Chaque territoire de santé devra disposer au minimum d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Des consultations d'étude et de traitement de la douleur devront évoluer au cours du SROS PRS vers une structure organisée en centre d'étude et de traitement de la douleur chronique en particulier sur les territoires de santé d'Evreux-Vernon et de Dieppe.

IV. INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.
- Activité des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique :
    - file active de la consultation,
    - nombre de consultations externes médicales et des autres intervenants,
    - nombre de consultations internes médicales et des autres intervenants,
    - nombre de nouveaux patients pris en charge,
    - nombre d'enfants de moins de 16 ans vus par la consultation,
    - nature des pathologies prises en charge en consultation,
    - nombre de consultations pluridisciplinaires en présence du patient,
    - délai moyen d'obtention d'un rendez-vous,
    - nombre moyen de patients sur liste d'attente,
    - nombre de séjours,
    - durée moyenne des séjours,
    - nature des pathologies prises en charge en hospitalisation,
    - nombre de réunions de synthèse pluridisciplinaires.
- Suivi de la mise en œuvre des coopérations entre acteurs de prise en charge de la douleur chronique.
- Existence d'un dispositif de coordination régionale et bilan annuel d'activité.
- La nature et le nombre des formations en lien avec la prise en charge de la douleur chronique organisées.

V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé	2011		2017	
	Consultations	Centres*	Consultations	Centres*
ROUEN/ELBEUF	2	1	3	Au moins 1
LE HAVRE	1	0	1	1
EVREUX/VERNON	1	0	0	1
DIEPPE	1	0	0	1

** Le centre d'étude et de traitement de la douleur chronique assure à la fois des consultations et la possibilité d'hospitalisations.*

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Soins palliatifs

Dans une société où il est difficile d'annoncer à l'entourage ou au patient lui-même que la médecine ne pourra les guérir, le terme de soins palliatifs sonne comme une condamnation.
Derrière ce terme, il y a une part de soins spécifiques et la part de soins palliatifs qui comprend non seulement la prise en charge médicale, mais également sociale, intime, philosophique et spirituelle. Pour ceux qui acceptent de soigner sans guérir et accompagner la vie en fin, la mission est lourde et mérite d'être redéfinie, soutenue et nourrie de sens.

On peut évaluer le degré de civilisation d'une société à sa capacité de donner priorité à l'humain dans une démarche solidaire. En 2011, la prise en charge des soins palliatifs est un enjeu de santé publique et au-delà, un enjeu sociétal d'importance au regard des évolutions à venir de la démographie française. Ceci est clairement identifié au sein du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012.

L'Agence Régionale de Santé se donne pour mission de réunir les différents acteurs des soins dans les champs sanitaire, médico-social et ambulatoire. Elle entend ainsi marquer son attachement à organiser les solidarités. La thématique des soins palliatifs est marqueuse de cette volonté et c'est pourquoi ce volet soins palliatifs est traité en sus des volets SROS obligatoires (activités de soins soumises à autorisation et soins aux détenus). La structuration des soins palliatifs en Haute-Normandie a de plus fait l'objet d'un premier schéma régional d'organisation sanitaire 2004-2009.

Parmi les nombreuses définitions des soins palliatifs on peut retenir celle de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)[1] :

"Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie évolutive, grave ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche."

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002 donne la définition suivante *:*

"les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précisions ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés".

L'appropriation et la compréhension des soins palliatifs par la société et le monde de la santé fut progressive au cours des trente dernières années sous l'impulsion des associations d'accompagnement des malades[1] :

1986 : officialisation des soins palliatifs par la "Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale", aussi appelée "Circulaire Laroque".

1991 : la loi hospitalière du 31 juillet introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé.

1998 : Bernard Kouchner, secrétaire d'État chargé de la santé, déclare que «les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique». Le plan triennal 1999-2001 entraîne plusieurs actions de formation (en faculté de médecine et dans les instituts de soins infirmiers) ainsi que la création de nouvelles structures de soins.

1999 : la loi du 9 juin garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie (article 1). La loi institue aussi un congé d'accompagnement que peuvent prendre des personnes désireuses d'accompagner un proche en fin de vie (articles 11 et 12).

[1] Source site internet SFAP

D'autres dispositions concernent :

- l'intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), outil servant à la répartition des ressources, en fonction de priorités définies (article 2).
- l'organisation de l'enseignement des soins palliatifs (article 7).
- l'organisation du bénévolat (article 10).

2000 : la circulaire du 22 mars de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), définit la contribution du fonds d'action sanitaire et social de la caisse pour le maintien au domicile des personnes en fin de vie. Elle prévoit en particulier une aide financière (sous conditions) pour le paiement de gardes-malades et l'achat d'équipements spécifiques. Une dotation est créée pour soutenir la formation des bénévoles d'accompagnement ; la gestion en est confiée à la SFAP. En outre, le gouvernement édite la circulaire du 30 mai qui encourage le développement de l'hospitalisation à domicile par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), en précisant que ces structures doivent participer à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

2002 : la circulaire du 19 février précise l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle définit les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile, la notion de démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés soins palliatifs.

Cette circulaire s'accompagne d'un second programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 qui privilégie trois axes :

- le développement des soins palliatifs à domicile.
- la poursuite du renforcement et de la création de structures spécialisées.
- la sensibilisation et l'information de l'ensemble du corps social à la démarche palliative.

2003 : le plan cancer remis au président de la république insiste sur la nécessité de développer les soins de support, permettant une prise en charge globale du patient dans laquelle s'inscrivent les soins palliatifs et l'accompagnement.

2005 : loi relative aux droits des malades et à la fin de vie dite Léonetti du 22 avril 2005. Elle affirme :

- le droit au non acharnement thérapeutique.
- le droit de refuser un traitement.
- le droit au soulagement de la douleur en toutes circonstances.
- la possibilité de la sédation dans certaines situations exceptionnelles de fin de vie.
- le droit de faire respecter sa volonté en cas d'impossibilité de l'exprimer soi même.
- la désignation possible de la personne de confiance.
- les directives anticipées.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Loi n° 2005-30 du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie.

- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- **Loi n° 99-477 du 9 juin 1999** visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.

- **Décrets n°2006-119 relatif aux directives anticipées et n°2006-120** relatif à la procédure collégiale, prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

- **Décrets n°2006-122** relatifs au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.

- **Décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile abrogé par le décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : dispositions réglementaires).

- **Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008** relative à l'organisation des soins palliatifs.

- **Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008** relative au référentiel national d'organisation des réseaux en soins palliatifs.

- **Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A no 2006-90 du 2 mars 2006** relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée,

- **Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006** relative à l'hospitalisation à domicile.

- **Circulaire DHOS/O2 no 2004-257 du 9 juin 2004** relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés de soins palliatifs.

- **Circulaire DHOS/O2 no 2004-290 du 25 juin 2004** relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés de soins palliatifs.

- **Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D no 2002-98 du 19 février 2002** relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

- **Circulaire DH/E02 n° 2000/295 du 30 mai 2000** relative à l'hospitalisation à domicile.

- **Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002** relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

- **Programme de développement de soins palliatifs 2008-2012.**

- **Programme de développement de soins palliatifs 2002-2005.**

- **Plan cancer 2009 – 2013.**

- **Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010** relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans es établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I. ETAT DES LIEUX

Les taux comparatifs de mortalité générale et de mortalité prématurée par territoire de santé ou pour la région sont supérieurs aux taux nationaux.

1.1 Structuration de l'offre de soins dédiée à la prise en charge des soins palliatifs

L'unité de soins palliatifs

1 unité régionale de soins palliatifs au CHU de Rouen : 5 lits en 2010 (ouverture en avril 2008).
Elle devrait atteindre sa capacité optimale en septembre 2011 après la réalisation de travaux. En 2012 elle devrait stabiliser l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire développée au sein de l'unité.
L'offre en matière de lits de recours semble insuffisante. 4 établissements enregistrent plus de 600 décès/an.

Les lits identifiés soins palliatifs

140 lits identifiés dans 23 établissements de santé soit un ratio régional LISP MCO/100 000 ha = 5,2 légèrement supérieur au taux national de référence (5/100 000 ha).

- Territoire de santé Rouen-Elbeuf : 62 LISP (42 MCO/ 20 SSR), ratio LISP MCO/100 000 ha = 5,3
- Territoire de santé de Dieppe: 13 LIPS (9 MCO/ 4 SSR), ratio LISP MCO/100 000 ha = 5,2
- Territoire de santé Le Havre : 36 LIPS (27 MCO/ 9 SSR), ratio LISP MCO/100 000 ha = 6,0
- Territoire de santé Evreux-Vernon : 29 LIPS (16 MCO/ 13 SSR), ratio LISP MCO/100 000 ha = 4,1

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP): 6 EMSP soit 1/ 303 000 ha

Territoire de santé
Rouen-Elbeuf : 1/266 000 ha
CHU de Rouen
CRLCC Becquerel
CHI Elbeuf-Louviers
Dieppe : 1/174 000ha
CH de Dieppe
Le Havre : 1/451 000ha
Groupe hospitalier du Havre
Evreux-Vernon : 1/391 00ha
CHI-Eure-Seine

L'EMSP du CRLCC Becquerel n'a pas vocation à intervenir en dehors de l'établissement. En conséquence cette équipe n'est pas comptabilisée au sein des EMSP ayant vocation à intervenir au sein des établissements médico-sociaux. De plus elle a une activité mixte douleur-soins palliatifs.

Parmi les cinq EMSP ayant vocation à intervenir au sein des établissements médico-sociaux, deux ont une activité mixte douleur-soins palliatifs (CHI Eure-Seine, Centre hospitalier de Dieppe).

Les effectifs, compétences professionnelles et ressources dont disposent les EMSP sont variables et hétérogènes alors qu'elles sont soutenues par des ressources au titre des missions d'intérêt général (MIG). Les équipes constatent que ces financements ne leur sont pas intégralement attribués.

Prise en charge des soins palliatifs en HAD

Les structures d'hospitalisation à domicile sont au nombre de 10. Toutes les HAD assurent la prise en charge de soins palliatifs.

Les réseaux de soins palliatifs

Ces réseaux ont été refondés en 2010 : ils sont depuis au nombre de 4 soit 1 par territoire de santé.

Le champ médico-social

Les taux d'équipement apparaissent comme favorables en comparaison des taux de référence nationaux (France métropolitaine).

Cependant, au regard de l'indicateur dépense par habitant (somme des enveloppes médico-sociales régionales, de la dotation régionale pour les unités de soins de longue durée et les dépenses d'actes infirmiers de soins rapportée à un habitant), la Haute-Normandie est la 3ème région la moins bien dotée en 2009 (source CNSA).

Nombre EHPAD et SSIAD en Haute-Normandie

Territoire de santé	EHPAD			SSIAD
	Public	Privé	Total	
Rouen-Elbeuf	36	35	71	26
Le Havre	16	16	32	11
Dieppe	9	5	14	8
Evreux-Vernon	20	14	34	13
Total	**81**	**70**	**151**	**58**

Actualisation août 2010

Taux d'équipement secteur médico-social (prise en charge des personnes âgées)

Structure	Haute-Normandie source : données ARS 2010	France métropolitaine source : données STATISS 2009
Structures pour personnes âgées dépendantes	150,6 /00	117,98 /00
Lits médicalisés pour personnes âgées	96,09 /00	97,66 /00
SSIAD	17,07 /00	17,40 /00

1.2 L'activité identifiée en soins palliatifs

Analyse quantitative

- L'activité des établissements de santé

L'analyse du PMSI pour l'année 2009 permet d'identifier 2 355 séjours ayant pour diagnostic principal la prise en charge pour soins palliatifs. Parmi ceux-ci 1 902 séjours ont été réalisés par des d'établissements de santé ayant des lits identifiés pour la prise en charge de soins palliatifs soit 80% de l'ensemble des séjours. L'activité déclarée dans les LISP par les établissements de santé en 2009 est de 1 485 séjours (enquête ARS). Sous réserve des biais liés à l'enquête (erreurs liées au mode déclaratif), de l'ordre de 78% des séjours de soins palliatifs sont réalisés dans des lits identifiés.

L'activité de l'unité de soins palliatifs située au CHU de Rouen est 106 séjours en 2009, 113 séjours en 2010 alors que sa capacité est de 5 lits.

- L'activité des EMSP

Les organisations des EMSP (personnels dédiés, compétences mises à disposition, ressources logistiques, modalités des interventions au sein des établissements médico-sociaux…) ne sont pas homogènes et ne peuvent être modélisées.
Les indicateurs permettant de suivre l'activité des EMSP ne sont pas identiques et en conséquence ne permettent pas de décrire de façon pertinente et fiable l'activité des EMSP.

- L'activité des HAD en matière de soins palliatifs

En 2010, pour les établissements d'HAD de Haute-Normandie, la part des séjours des patients nécessitant des soins palliatifs représente le 2ème mode de prise en charge principal le plus fréquent en terme de journées. Ces séjours correspondent à 23,4% des journées réalisées (25,9% au niveau national).
Il est important de signaler que ce mode de prise en charge a atteint 45% pour 2 établissements.

Les organisations et articulations développées en Haute-Normandie

- La place des acteurs locaux : HAD, SSIAD, réseaux, associations de bénévoles

Les structures de soins, les réseaux d'appui en soins palliatifs, les services d'aide à domicile, les bénévoles, ainsi que les professionnels de santé libéraux apportent tous leur compétence et leur expérience et sont tous légitimes.
La diffusion de la culture palliative dépend aussi de la clarification du rôle de chacun, en particulier une clarification tournée vers les patients et leur entourage, mais aussi une clarification au service des acteurs de la prise en charge.
Les techniques innovantes de communication peuvent être à l'avenir un outil utile (réunion de synthèse inter-équipes et télémédecine).
Les organisations de bénévoles semblent être insuffisamment connues des établissements de santé et connaissent des difficultés de financement des formations des bénévoles et de leurs déplacements.

- Articulation établissements sanitaires et établissements médico-sociaux

L'articulation entre les EMSP et les EHPAD

Les EMSP sont au nombre de 5 et les EHPAD sont au nombre de 151 sur les territoires de santé.

Les besoins des EHPAD sont de natures différentes selon l'engagement en soins palliatifs développé et/ou souhaité et sont non standardisables.
Les EHPAD adossés à un établissement de santé disposent en interne de compétences permettant la diffusion de la culture palliative.
Les EMSP sont des petites équipes dont les moyens doivent être renforcés pour assurer cette mission. Elles ne peuvent pas intervenir au sein de l'ensemble des EHPAD de façon immédiate.

Les échanges déjà existants entre EMSP et EHPAD :

- la culture palliative déjà existante au sein d'un EHPAD est déterminante pour assurer des échanges de qualité avec l'EMSP ainsi que la motivation et la volonté concrétisées lorsque des contacts ont été pris à l'initiative de l'EHPAD.
- au cours des premiers mois qui suivent la signature d'une convention, les demandes sont importantes et variées : formation et information en soins palliatifs, aide à la prise en charge ou à la décision, soutien ou deuil des soignants, mise en place de protocoles de prise en charge. Puis les besoins des EHPAD évoluent. La fréquence des échanges s'espace. Les EHPAD s'autonomisent face aux situations palliatives (situations plus complexes et/ou plus rares).
- certaines situations palliatives peuvent être anticipées au regard de pathologies identifiées.
- la formation et l'information en soins palliatifs représentent le socle commun des premières rencontres entre EHPAD et EMSP.
- l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs au sein des EHPAD est financée par une enveloppe sanitaire mission d'intérêt général (MIG). La convention entre EHPAD et EMSP porte sur les modalités d'intervention seules. Une EMSP ne peut facturer ses interventions. De plus les formations apportées par les EMSP ne se substituent pas aux formations institutionnelles.

L'articulation entre les EMSP, les équipes mobiles de gériatrie et les EHPAD

- L'expérience croisée des 2 équipes du CHU de Rouen (EMSP et EMG) montre qu'il n'y a pas de difficulté ressentie en première analyse pour repérer leur champ d'intervention respectif (pas d'intervention doublon). Il n'y a pas de critère objectif établi pour recourir à l'une ou l'autre équipe.
- L'anticipation des situations palliatives et des besoins des résidents et de leur entourage familial est une problématique partagée par l'ensemble des acteurs en soins palliatifs. La connaissance et l'expérience communes développées au contact des équipes mobiles devraient permettre de développer les prescriptions anticipées, le soutien des équipes, la réflexion éthique.
- La diffusion de la culture palliative au sein des EHPAD est à promouvoir (projet médical, renforcement des compétences en matière de soins palliatifs, désignation d'un référent institutionnel soins palliatifs par chaque EHPAD). Les techniques innovantes de communication peuvent être à l'avenir un outil utile (réunions de synthèse pluridisciplinaires, réunions inter-équipes mobiles et EHPAD...).
- La permanence des soins constitue une limite à la prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins des résidents : parmi les propositions d'évolution figure la « fédération » d'IDE d'astreinte la nuit au profit d'un petit nombre d'EHPAD.

1. 3 L'accompagnement régional des LISP et USP

Dans le cadre de la mise en oeuvre du plan cancer d'une part et du plan national soins palliatifs d'autre part, en conformité avec les recommandations des circulaires de 2004 et 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie a labellisé des lits identifiés en soins palliatifs dans des établissements de santé rattachés à l'activité MCO et SSR, qu'ils soient ex DG ou ex OQN et l'unité régionale en soins palliatifs située au CHU de Rouen. Ces labellisations ont fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle et des financements étaient alors alloués en lien avec les plans nationaux.

Depuis, la création de trois groupes homogènes de séjour au sein de la version 11 du PMSI identifie selon la gradation des lits reconnus par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé, trois niveaux de rémunération des séjours de soins palliatifs. Ainsi c'est l'activité en soins palliatifs générée par les établissements de santé qui finance cette activité.

Les prises en charge dans les LISP et USP doivent répondre au référenciel élaboré dans le cadre du comité de suivi du programme de développement des soins palliatifs par le groupe de travail SFAP/CNAM et ainsi contribuer à la diffusion de la culture palliative.

II. ENJEUX

Développer l'offre en soins palliatifs

- Créer une USP au Groupe hospitaluer du Havre et au CHI Eure-Seine et renforcer les moyens de l'USP de Rouen en direction de la recherche et de la formation.
- Créer une équipe de recours régionale dans le domaine de la pédiatrie.

Mener une démarche projet pour une politique de développement de la culture palliative dans les associations et établissements médico-sociaux

Mettre en place un dispositif de coordination régionale en lien avec l'ARS

Dans le but de diffuser et de partager la culture palliative un dispositif de coordination des acteurs en soins palliatifs (ville- hôpital-établissements médico-sociaux) un dispositif de coordination régionale sera mis en place. Ses missions seront de représenter l'ensemble des acteurs de soins palliatifs de la région, de lancer, animer et coordonner les groupes de travail concernant les thématiques identifiées et de participer au suivi régional de la déclinaison du plan soins palliatifs en lien avec l'ARS.

En lien avec la politique des réseaux, cette coordination régionale pourra se rapprocher du dispositif de coordination régionale d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (recommandations de la circulaire du 25 mars 2008).

III. ORIENTATIONS

3.1 Améliorer l'accès aux soins

La prise en charge des soins palliatifs s'effectue dans les trois champs : ambulatoire, sanitaire et médico-social. En effet, dans beaucoup de situations, les soins peuvent êtres pratiqués au domicile, par exemple grâce au soutien à domicile d'un professionnel spécialisé ou d'un bénévole formé.

Pour faciliter l'accès de tous les patients en situation de soins palliatifs à une prise en charge adaptée et harmonisée sur les territoires de santé, le groupe thématique intègre dans sa réflexion cette dimension plurielle et propose de structurer cet accès en définissant la gradation des soins de la façon suivante :

Niveau de proximité

Le niveau de proximité s'appuie sur **les acteurs du lieu de vie** et correspond à un premier niveau de prise en charge. Ce niveau implique de façon synchrone ou non les professionnels de santé libéraux, les associations de bénévoles et les structures suivantes : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide à domicile, les réseaux d'appui en soins palliatifs, les unités de médecine des établissements de santé sans plateau technique, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements médico-sociaux (hébergeant des personnes âgées dépendantes et hébergeant des personnes handicapées).

Niveau de recours

Le niveau de recours intervient lorsque la prise en charge de la situation palliative est difficile au domicile. Le niveau de recours est déterminé par **la présence de compétences et/ou d'organisations dédiées spécifiquement à la prise en charge en soins palliatifs**.

En conséquence, le niveau de recours s'appuie sur les établissements de santé, dont les structures d'hospitalisation à domicile, pour lesquels la prise en charge des soins palliatifs est une mission de service public. Ils désignent les référents soins palliatifs institutionnels et prennent en charge des patients nécessitant des soins palliatifs dans les lits conventionnels et/ou les lits identifiés, les unités de soins palliatifs (USP). Ces prises en charge peuvent être expertisées et soutenues par les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).
Le niveau de recours peut disposer de lits d'hospitalisation dédiés à la prise en charge des soins palliatifs (LISP). Ces lits ne peuvent être regroupés. Ces lits permettent, par exemple, d'assurer un repli des patients du domicile.

Le niveau de recours donne accès à un plateau technique adapté et peut se structurer en unité de soins palliatifs. Une USP réserve sa capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles.

Ces prises en charge spécialisées en soins palliatifs sont développées autour de l'interdisciplinarité et de la collégialité et assurent une prise en charge globale des patients en situation de soins palliatifs comme de son entourage familial c'est à dire la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique, psychosocial et spirituel, le retour et le maintien à domicile.

Les USP et EMSP ont une dimension supplémentaire d'aide à la décision thérapeutique, de sensibilisation des acteurs de santé à la culture palliative et à la réflexion éthique.
Les EMSP ont de plus pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients au sein des établissements de santé et/ou hébergeant des personnes âgées dépendantes de son territoire de santé.

Des conventions devront être passées entre les établissements du niveau de recours et les différents acteurs du niveau de proximité pour garantir la qualité des soins, la fluidité des parcours des patients en situation palliative et la sécurité des prises en charge.
Ce niveau peut participer aux activités de formation (formation initiale) et de recherche.

Niveau de référence régional

Outre les prestations du niveau de recours, le niveau de référence régionale offre des prestations spécialisées, coordonne l'accès à des techniques innovantes ainsi que des activités de recherche et de formation sur la thématique des soins palliatifs.

En Haute-Normandie ce niveau de référence régional est assuré par le CHU de Rouen. Il apporte une offre de soins en matière de prise en charge palliative des enfants et des adolescents.

Le niveau régional apporte son expertise et sa compétence en ce qui concerne les situations palliatives complexes. Il coordonne les projets de recherche de nature régionale.

L'unité régionale de soins palliatifs (URSP) située au CHU de Rouen a une vocation de recrutement de situations palliatives de proximité et également de situations palliatives de recours.

Des conventions devront être passées avec les acteurs du niveau de recours et les établissements du niveau de recours.

3.2 Prise en charge des enfants et des adolescents

Les prises en charge des situations palliatives pédiatriques s'organisent au niveau de recours régional (EMSP et équipe ressource en soins palliatifs pédiatriques).

3.3 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

De l'anticipation et de l'identification des situations palliatives dépend la qualité de la prise en charge : ceci passe par l'information et la sensibilisation des patients et des familles, le repérage des personnes et des structures ressources dans le bassin de proximité du patient.

De l'anticipation et de l'identification des situations palliatives dépend également la coordination et la fluidité des parcours des patients en favorisant l'établissement de passerelles directes entre structures. En effet la connaissance partagée par les différents acteurs des situations palliatives (SAMU, structure d'accueil des urgences, services médico-chirurgicaux, services hébergeant des LISP…) ainsi que leur mise à jour régulière conduira à éviter les situations de retard de prise en charge ou de prise en charge inadaptée alors qu'une situation palliative est connue.
Les techniques innovantes de communication et en particulier la télémédecine, peuvent être un outil utile.

Le ratio régional LISP MCO/100 000 ha est de 5,2. Il est légèrement supérieur au taux national de référence (5,0/100 000 ha). Des LISP pourront faire l'objet de reconnaissance contractuelle selon les besoins objectivés sur les territoires de santé. Les séjours de soins palliatifs devront réunir les critères de qualité définis par le groupe de travail SFAP/CNAM.

Le nombre d'EMSP sur les territoires de santé est suffisant et adapté aux besoins des territoires de santé. Cependant elles doivent être maintenues, confortées et renforcées en ressources humaines et moyens logistiques pour péreniser leur fonctionnement.

3.4 Améliorer l'efficience par la diffusion de la culture palliative

L'enjeu de ce volet SROS est à son terme la diffusion réelle et effective de la culture palliative. Un partage régional de la culture palliative sera facilité, accompagné et mis en œuvre à la faveur de la mise en place d'un dispositif de coordination régionale des soins palliatifs.

De plus, la coordination régionale sera responsable de l'évaluation du dispositif régional : suivi de l'activité clinique et de formation et recherche.

Au regard des exigences de qualité des pratiques professionnelles, il convient de :

- respecter les recommandations édictées par les sociétés savantes.
- développer collégialement des programmes d'éducation thérapeutique.
- favoriser les articulations et les collaborations qui permettent d'assurer des prises en charge multidimensionnelles garanties par l'interdisciplinarité.

En lien avec la politique des réseaux (circulaire du 25 mars 2008), elle pourra se rapprocher du dispositif de coordination régionale d'évaluation et de traitement de la douleur chronique.

L'amélioration de l'efficience du dispositif impose de coordonner et d'articuler les différents acteurs intervenant en soins palliatifs :

- la médecine de ville et les professionnels de santé de ville.
- les établissements de santé MCO et SSR.
- les établissements médico-sociaux, en particulier les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les établissements hébergeant des personnes handicapées.

a) Place des acteurs du domicile

La nécessité de l'anticipation des situations palliatives et des besoins des patients ainsi que de leur entourage familial est une problématique partagée par l'ensemble des acteurs en soins palliatifs au domicile.

La mise en œuvre d'une filière de la prise en charge des soins palliatifs permettra d'organiser et d'optimiser les parcours des personnes en situation palliative.

Articulation entre les EMSP et les équipes gériatriques

Le rapprochement des EMSP de la filière de soins gériatriques (en particulier des équipes mobiles gériatriques) s'opèrent de façon naturelle et spontanée concomitamment à la structuration des différentes équipes. Leur mission commune est d'établir un relais notamment pour les EHPAD plus éloignés et de mener une action complémentaire auprès des EHPAD en mettant à disposition leur compétence spécifique.

Articulation avec le réseau Onconormand

b) Renforcer les coopérations et les partenariats

- Conventions entre les acteurs du niveau de proximité et les établissements du niveau de recours pour définir les parcours optimisés des patients en situation palliative et les modalités concrètes de prise en charge de ces patients.
- Conventions entre les établissements du niveau de recours et le niveau de référence régional pour garantir l'accès de l'ensemble des patients concernés à ce niveau d'expertise et de compétence en ce qui concerne les situations palliatives complexes.
- Conventions entre les EMSP et les EHPAD pour définir les modalités concrètes des interventions des EMSP au sein des EHPAD.
- Conventions entre les EMSP et les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes handicapées, pour définir les modalités concrètes des interventions des EMSP au sein des EMS.
- Conventions entre les différents acteurs du domicile pour définir le niveau d'intervention de chacun.
- Conventions pour favoriser la création de réseaux ville-hôpital.
- Conventions pour favoriser le retour à domicile en concertation avec les acteurs libéraux.

IV. INDICATEURS DE SUIVI

- Capacité en LISP.
- Nombre d'USP et bilan d'activité.
- Activité des EMSP :
    - nombre de conventions signées entre EMSP et EHPAD au sein de la région.
    - pourcentage d'EHPAD de la région ayant signé une convention avec une EMSP.
    - nombre d'EMSP de la région ayant signé une convention d'intervention dans un EHPAD.
    - nombre moyen d'EHPAD dans lesquels intervient une même EMSP.
    - pourcentage de personnes en EHPAD dont le dossier a fait l'objet d'une intervention de l'EMSP sous quelque forme que ce soit, par rapport aux personnes décédées.
- Suivi de la mise en œuvre des coopérations entre acteurs de prise en charge des soins palliatifs.
- Organisation d'une journée régionale annuelle sur les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.
- Existence d'un dispositif de coordination régionale et bilan annuel d'activité.

V. IMPLANTATIONS

Territoire de santé	2011	2017	2011	2017
	EMSP		Unité de soins palliatifs**	
ROUEN/ELBEUF	2	2	1	1
LE HAVRE	1	1	0	1
EVREUX/VERNON	1	1	0	1
DIEPPE	1	1	0	0

*** 1 USP au sein des établissements de santé qui connaissent plus de 600 décès par année.*

Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Schéma Régional de l'Organisation des Soins

Soins aux personnes détenues

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- **Code de la santé publique.** Le 2° de l'article L.1431-2 et le 5° de l'article .L. 1434-9 dans leur rédaction résultant de l'article 118 de la loi HPST.
- **Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009** (articles 45 à 56 et notamment les articles 55 et 56 qui insèrent des modifications et ajouts dans la rédaction des articles dans le code de la santé publique).
- **Loi d'orientation du 9 septembre 2002** qui prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues.
- **Loi n°94-43 du 18 janvier 1994** relative à la santé publique et à la protection sociale.
- **Arrêté interministériel du 24 août 2000** relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.
- **Circulaire dgos/R5/2011/311 du 1er août 2011** relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).
- **Plan d'actions stratégiques 2010-2014** des personnes placées sous main de justice (PMJ).

INTRODUCTION

Le schéma régional est élaboré pour les personnes détenues qui n'ont pas accès aux soins en milieu libre.

Les établissements pénitentiaires ne sont pas uniquement des lieux d'exécution des peines mais également des lieux de détention provisoire avant jugement.

Les populations incarcérées représentent une population cumulant de nombreux facteurs de risques. Bien souvent, avant leur incarcération, elles étaient confrontées à des situations de précarité et d'exclusion qui concouraient à un faible accès aux soins et aux droits. La population pénale se caractérise par une prévalence accrue des troubles mentaux.

La prise en charge des personnes détenues se fait dans un cadre sécurisé au sein des quatre établissements pénitentiaires existants que sont la maison d'arrêt d'Evreux, le Centre Pénitentiaire (quartier maison d'arrêt et quartier centre de détention) du Havre, la maison d'arrêt de Rouen, et le Centre de Détention de Val de Reuil.
Par conséquent les conditions d'exercices des personnels soignants sont dépendantes des règles de fonctionnement de l'Administration Pénitentiaire.

Le SROS « soins aux personnes détenues » est le premier SROS sur cette thématique.

L'organisation des soins aux personnes détenues instaurée par la loi du 18 janvier 1994 s'appuie sur une conception globale de la santé, dans ses aspects somatiques, psychiatriques, de prévention et d'éducation à la santé dans un continuum de soins.

L'objectif de ce présent volet est d'assurer à la population carcérale, une qualité et une continuité des soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population.

Ce schéma est élaboré avec les établissements de santé en partenariat avec l'administration pénitentiaire.

CONTEXTE REGIONAL

Les établissements pénitentiaires de la région et leurs capacités

En Haute-Normandie, il y a 4 établissements pénitentiaires :

- la maison d'arrêt de Rouen (projet de reconstruction).
- le Centre Pénitentiaire du Havre (ouverture en avril 2010).
- le Centre de Détention de Val de Reuil (ouverture en 1989).
- la maison d'arrêt d'Evreux.

2 sont situés dans le département de Seine-Maritime et 2 sont dans le département de l'Eure.

La capacité totale de ces établissements, en effectifs théoriques est de 2 340 personnes incarcérées. Ce chiffre peut être dépassé par une surpopulation carcérale en maison d'arrêt ou en quartier maison d'arrêt (cf. annexe 2 caractéristiques des établissements pénitentiaires de la région Haute-Normandie).

Les structures de soins somatiques et psychiatriques au sein de chaque établissement pénitentiaire

Conformément à l'article L 6111-1 un établissement public de santé situé à proximité de chaque établissement pénitentiaire est désigné par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour dispenser les soins définis à l'article L 6111-1, pour participer à l'accueil et au traitement des urgences et afin de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. Il en est de même pour les soins psychiatriques.

Les modalités d'intervention de l'établissement de santé sont fixées par un protocole (art R 6112-16) signé par le directeur de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le directeur de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé. L'ensemble des protocoles a été révisé en 2007.

Les soins sont dispensés par les unités suivantes :

- 4 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) :
    - UCSA du CHU pour la maison d'arrêt de Rouen.
    - UCSA du GH du Havre pour le Centre Pénitentiaire du Havre.
    - UCSA du CHI Evreux-Vernon pour la maison d'arrêt d'Evreux.
    - UCSA du CHI Elbeuf-Louviers pour le Centre de Détention de Val de Reuil.

- 1 Service Médico Psychologique Régional (SMPR) géré par le CH du Rouvray à la maison d'arrêt de Rouen et une antenne au Centre de Détention de Val de Reuil.
- Equipes de soins psychiatriques du CH de Navarre et du GH du Havre qui interviennent au sein des UCSA pour les établissements pénitentiaires d'Evreux et du Havre.
- 1 Centre Ressources Régional pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) situé au CH du Rouvray.
- 1 équipe spécifique pour la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel au centre de détention de Val de Reuil qui est un établissement ciblé par l'administration pénitentiaire dans cette prise en charge.
- 1 unité pour malades difficiles (UMD) est en cours de construction au CH du Rouvray (ouverture prévue en 2012).

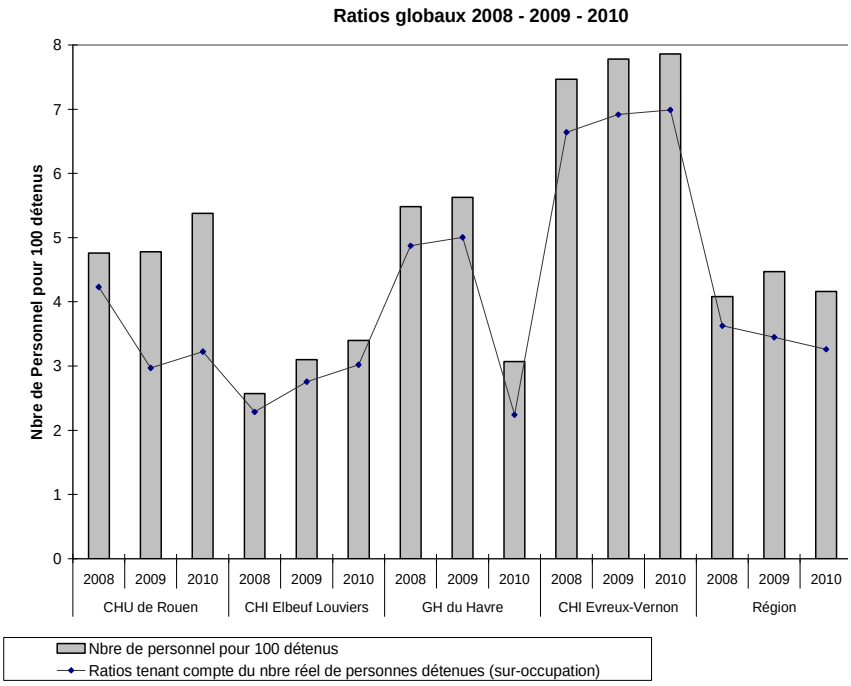
Au total 2 302 m² sont dédiés aux soins somatiques et aux soins psychiatriques pour une population carcérale de 2 671 personnes entrantes. Ces surfaces varient selon les établissements pénitentiaires de la région et sont insuffisantes excepté dans celui du Havre nouvellement construit.

1.1 Les personnels dédiés aux soins des personnes détenues[1]

Pour les soins somatiques et psychiatriques

Les personnels médicaux et non médicaux dédiés pour les soins somatiques (UCSA) et psychiatriques sont au nombre de 97 équivalents temps plein (ETP) en 2010. Ils ont augmenté de 29% (plus de 22 ETP depuis 2008) pour 2 340 personnes détenues. En même temps le nombre de places pour personnes détenues a fortement augmenté suite à la création du nouveau centre pénitentiaire du Havre qui a ouvert en avril 2010 et dont la capacité atteint 690 places (189 places auparavant). Par conséquent pour la région le ratio de personnel pour 100 personnes détenues a diminué malgré les efforts réalisés.

Au niveau régional de fortes variations sont constatées allant de 3.07 au Centre Pénitentiaire du Havre à 7.86 ETP pour 100 personnes détenues à la maison d'arrêt d'Evreux. Les ratios sont plus faibles lorsque les centres pénitentiaires ont une population carcérale plus élevée.

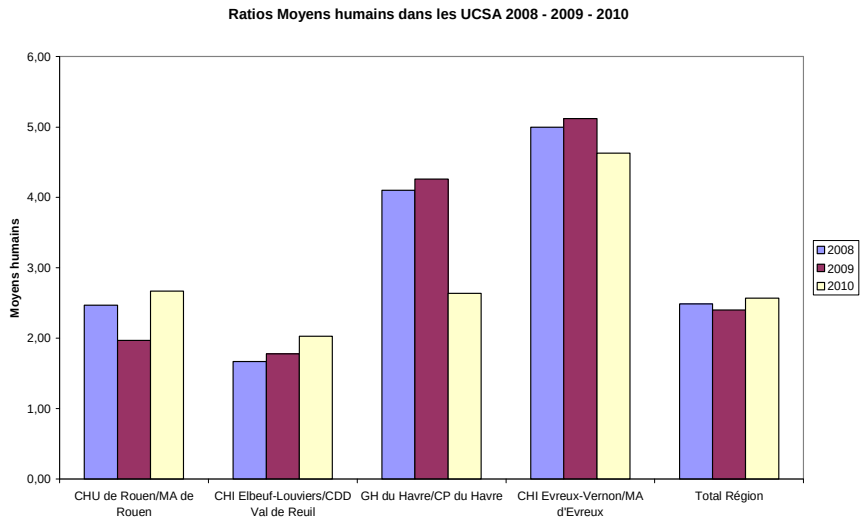


[1] Source : rapport annuel UCSA 2010 de l'Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues

Pour les soins somatiques

En ce qui concerne les soins somatiques, les personnels sont au nombre de 57.63 ETP pour 2 340 personnes détenues soit un ratio de 2.57 ETP pour 100 personnes détenues alors que le périmètre d'une mission d'intérêt général (MIG) tel qu'il est défini dans le cahier des charges national indique un effectif de 6.7 pour 70 à 200 personnes détenues, soit un ratio (hypothèse basse) de 3.65/100 personnes détenues. Les effectifs de chaque établissement sont en dessous du périmètre MIG (hypothèse basse) excepté pour la maison d'arrêt d'Evreux.

Il est important de rappeler que les UCSA sont financées à la fois sous forme d'une dotation globale MIG et de tarification à l'activité (consultations). Le renforcement des effectifs relève de ces deux modes de financement, en sachant que les recrutements sont difficiles dans ces unités.



Pour les soins psychiatriques

Les personnels sont au nombre de 39.7 ETP pour 2 340 personnes détenues soit un ratio de 1.49 ETP pour 100 personnes détenues en précisant que pour la structure du Havre les équipes de soins psychiatriques sont communes avec les équipes de soins somatiques et les personnels ont été comptabilisés dans les effectifs de l'offre de soins somatiques (excepté pour les psychiatres et les psychologues).

1.2 L'offre de soins somatiques[2]

a) Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

L'activité soignante

Les infirmières assurent des consultations et des activités variées dans les domaines de soins et de prévention et d'éducation à la santé. Le nombre d'actes s'élève à 122 172 sur une année.
Il faut noter un temps important consacré à la distribution des médicaments.

L'informatisation du circuit pharmacie existe pour 2 établissements (maison d'arrêt de Rouen et celle d'Evreux).

[2] Source : rapport annuel UCSA 2010 de l'Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues

Les consultations d'entrants et les consultations de suivi

Les consultations à l'entrée et de suivi sont assurées dans tous les établissements par les médecins des UCSA. 12 236 consultations sur site ont été réalisées en 2010 soit une augmentation de 30% par rapport à 2009.
Dans l'ensemble des établissements, il faut souligner un manque d'optimisation du temps des équipes médicales et infirmières du fait que les déplacements des personnes détenues vers le service médical ne sont pas toujours possibles car dépendant des contraintes de gestion de l'administration pénitentiaire.

Les consultations spécialisées nécessitant un équipement

- L'ophtalmologie.
- La radiologie.
- Les soins dentaires.
- La kinésithérapie.

Equipements et moyens en personnel

	Radiographie numérique		Fauteuil dentaire		Ophtalmologie		Salle de kinésithérapie	
	Equipement	Personnel	Equipement	Personnel	Equipement	Personnel	Equipement	Personnel
Maison d'arrêt de Rouen	Oui	Oui (manipulateur ou médecin radiologue)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Centre de détention du Val de Reuil	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Pas de médecin	Oui	Non
Centre pénitentiaire du Havre	Oui	Oui (manipulateur ou médecin radiologue)	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Maison d'arrêt d'Evreux	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non

Les consultations spécialisées au sein des centres pénitentiaires (sans plateau technique)

	Pneumo-logie	Dermato-logie	ORL	Gynéco-obstétrique	Ortho--pédie	Addicto-logie	Hépato-gastrologie	Cardio-logie	VIH
Maison d'arrêt de Rouen	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui				Oui
Maison d'arrêt d'Evreux		Oui				Oui	Oui		
Centre pénitentiaire du Havre		Oui					Oui en cours d'organisation		
Centre de détention du Val de Reuil	Oui	Oui					Oui	Oui	Oui

Les consultations de spécialistes (pneumologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, hépato-gastrologie, dermatologie) sont plus ou moins développées dans les établissements pénitentiaires et elles représentent un volume d'environ 2 218 actes.

Les consultations hors site

Les consultations programmées (hors site) génèrent un nombre d'extractions importantes et dans certains cas sont dues à un manque de vacations de spécialistes sur site. Il faudrait davantage de consultations d'orthopédie à la maison d'arrêt de Rouen, d'hépatologie gastrologie et de dermatologie à la maison d'arrêt d'Évreux.

b) L'hospitalisation en chambres sécurisées et en UHSI

Les chambres sécurisées

La circulaire relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées du 13 mars 2006 fixe à 10 chambres sécurisées les besoins pour l'ensemble des 4 établissements de santé de la région support d'une UCSA. 8 chambres sécurisées sont implantées et 6 sont financées en MIG.

Elles se répartissent ainsi :

Etablissements de santé	Nb théorique	Installées	Financées (MIG)
CHI Elbeuf Louviers	3	2	2
CHU Rouen	3	2	1
GH du Havre	3	3	2
CHI Evreux-Vernon	1	1	1
TOTAL	10	8	6

L'hospitalisation dans les chambres sécurisées au CHU et dans les centres hospitaliers implique une organisation médicale bien spécifique (195 personnes détenues hospitalisées en 2009 et 218 en 2010).

L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)

Le faible nombre d'hospitalisations en UHSI (24 en 2010) est dû à des difficultés d'admission au CH de la Pitié Salpêtrière excepté pour le Centre de Détention de Val de Reuil qui a établi de bonnes relations.

c) Les urgences : la permanence des soins

	2 Astreinte somatique	3 Centre 15	1 Astreinte psychiatrique	4 Conventions avec le secteur libéral	Autres modalités
Maison d'arrêt de Rouen	Non	Oui	Non	Oui	Convention avec l'arum
Centre de détention du Val de Reuil	Oui	Oui	Non	Non	Conférence à 3 (UCSA C15 SMUR)
Centre pénitentiaire du Havre	Non	Oui	Non	Non	Non
Maison d'arrêt d'Evreux	Non	Oui	Oui	Non	Protocole de prise en charge – Astreinte téléphonique avec équipe IDE

Des modalités de réponse aux besoins de soins en période de permanence des soins existent pour les 4 établissements pénitentiaires.

Le recours au centre 15 constitue le point central de l'organisation. A ce propos, il est important de généraliser la communication directe entre la personne détenue et le régulateur afin que celui-ci puisse évaluer au mieux la problématique médicale.

La maison d'arrêt de Rouen et le centre de détention de Val de Reuil ont également mis en place un dispositif de recours à une permanence médicale : ARUM à Rouen et médecin d'astreinte à l'UCSA du Val de Reuil.

A la maison d'arrêt d'Evreux, le recours au médecin psychiatre d'astreinte au CH de Navarre est organisé.

Au centre pénitentiaire du Havre, des modalités de permanence, en sus de l'intervention du centre 15, sont à l'étude.

Le nombre d'extractions en urgence est de 547 sur l'ensemble des centres pénitentiaires.

1.3 L'offre de soins psychiatriques : 3 niveaux de soins

a) Les soins de proximité ou soins ambulatoires (niveau 1)

- Une équipe psychiatrique du CH de Navarre (maison d'arrêt d'Evreux) et une équipe mixte intervenant au sein du Centre Pénitentiaire du Havre.
- Dans les deux autres structures le SMPR assure les prises en charge.

Les consultations

Les consultations des arrivants et de suivi sont organisées mais comme pour les soins somatiques, un manque d'efficience est constaté dû à une perte de temps liée aux conditions d'exercice en milieu pénitentiaire (locaux et déplacement).

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.)

Les activités de groupe de type ateliers thérapeutiques sont insuffisamment développées et sont peu valorisées. Elles existent sans structuration formelle dans les Maisons d'arrêt de Rouen et d'Evreux.

b) Les soins en hospitalisation de jour (niveau 2)

L'hôpital de jour situé à la maison d'arrêt de Rouen géré par le SMPR a une capacité insuffisante (8 places) pour accueillir d'une part les personnes détenues de la maison d'arrêt de Rouen et d'autre part les patients provenant des autres établissements pénitentiaires notamment celui du Havre.
Dans la région au regard de la population carcérale, on note un besoin réel d'augmenter les cellules d'hébergement.

c) Les soins en hospitalisation complète en psychiatrie et UHSA (niveau 3)

Les hospitalisations complètes en psychiatrie des personnes détenues (D 398)

Les hospitalisations en psychiatrie de personnes détenues s'effectuent sous la forme d'une « admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat » équivalent de l'ancien mode d'hospitalisation d'office HO D398.

Les prises en charge en hospitalisation complète se réalisent dans les 3 centres hospitaliers de la région (GH du Havre, CH du Rouvray et CH de Navarre).
Elles se font dans des conditions d'hébergement très insatisfaisantes puisque les personnes détenues sont mises en chambre d'isolement tout au long du séjour et quelque soit le diagnostic les personnes détenues ne peuvent pas accéder aux éventuels soins thérapeutiques de groupe.

Le CH de Navarre reçoit les personnes détenues de la Maison d'arrêt d'Evreux mais également celles du Centre de détention du Val de Reuil alors que celles-ci sont suivies par les équipes psychiatriques du SMPR de Rouen.

Au total on dénombre en 2010, 148 hospitalisations d'office pour la région dont 89 issues de la Maison d'arrêt de Rouen.

L'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

Une UHSA interrégionale sera créée à Lille et accueillera les patients de la Haute-Normandie. Des modalités de prises en charge seront à établir dès son ouverture prévue en 2013.

d) Prise en charge spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel

Conformément à la circulaire DHOS du 08 décembre 2008 la prise en charge est mise en œuvre au Centre de Détention de Val de Reuil, établissement identifié par l'administration pénitentiaire pour recevoir les auteurs de violences sexuelles condamnés. Ils représentent 32% de la population carcérale de cet établissement.

Des prises en charge sont également assurées dans les autres établissements pénitentiaires puisque des auteurs d'infractions à caractère sexuel sont également incarcérés dans les autres établissements pénitentiaires. A ce titre, les montants attribués par l'ARS sont à hauteur de 547 696 €uros (CH du Rouvray : 347 696 €uros, CH de Navarre et GH du Havre : 100 000 €uros chacun).

Des équipes de psychiatres et psychologues sont constituées pour chaque établissement pénitentiaire et conduisent des actions de groupe.

Pour cette activité spécifique un partenariat est à développer entre acteurs de santé, acteurs pénitentiaires, notamment les services de probation et d'insertion professionnelle (SPIP).

Le Centre Ressources des Intervenants Normands auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRINAVS) situé au CH du Rouvray assure des formations auprès des professionnels de la région.

e) Préparation de la sortie

La préparation des personnes détenues à la sortie est organisée par les équipes de soins somatiques et psychiatriques lorsqu'elles ont connaissance de la date de sortie. En règle générale, la personne détenue a une consultation, une ordonnance si besoin et un courrier est établi auprès du médecin traitant identifié afin que son parcours de soins soit poursuivi. On note la présence d'assistantes sociales des hôpitaux à la Maison d'arrêt de Rouen et au Centre de Détention du Val de Reuil bien que cette mission relève de l'administration pénitentiaire notamment du SPIP.

Dans le cadre de problématiques complexes fréquemment rencontrées, liées à des situations de précarité, les structures sociales restent insuffisantes.

1.4 La prévention et la prise en charge médico-sociale

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des UCSA qui ont vocation à réaliser cette coordination mais elles ne disposent pas toujours d'un temps suffisant de cadre pour assurer cette mission.

A l'heure actuelle, les actions sont multiples, insuffisamment coordonnées et dépendantes de l'organisation propre à chaque type d'établissement pénitentiaire.
Les comités de pilotage mis en place et destinés à assurer la cohérence des projets, des interventions et la coordination des différents partenaires, ne sont plus réunis.

Une animation régionale assurée par l'ARS favorise les échanges sur les questions de santé entre les UCSA et le projet régional de santé (PRS).

a) Les dépistages et la réduction des risques

L'ensemble des établissements met en œuvre un dépistage (VIH / VHB / VHC ; syphilis) ainsi qu'une radio pulmonaire (tuberculose) ; parfois un bilan dentaire est établi lors des consultations d'entrant.

De manière spécifique, les dépistages organisés du cancer colorectal et du sein doivent être améliorés par un partenariat formalisé avec les deux structures référentes (DECADE et EMMA).

La réduction des risques doit faire l'objet d'une réflexion collective préalable permettant de définir des modalités d'intervention compatibles avec le contexte carcéral.

b) Pratiques addictives

Deux établissements : la Maison d'arrêt de Rouen et le Centre de Détention de Val de Reuil bénéficient de l'intervention d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) intra muros. Les deux autres établissements : le Centre Pénitentiaire du Havre et la Maison d'arrêt d'Evreux rencontrent de réelles difficultés par manque de recours à des équipes médico-sociales CSAPA ou hospitalière (équipes de liaison).

Durant la détention les traitements de substitution sont distribués. Le relais à la sortie est assuré par le médecin traitant.

En matière de prévention, le tabac et le sevrage tabagique reste un enjeu important pour les personnes détenues.

c) La prévention de la crise suicidaire

Les dispositifs de prévention du suicide existent dans tous les établissements pénitentiaires. Conformément à la circulaire interministérielle du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire, l'ensemble des équipes de soins réalisent des entretiens de repérage de la crise suicidaire qui sont abordées au cours des réunions de coordination dont la commission pluridisciplinaire unique (CPU).

Des formations sont organisées par l'ingénierie du groupement de santé publique (IGRSP) de l'ARS auprès de groupes composés de représentants des UCSA, SMPR, SPIP et établissements pénitentiaires. Au total 200 personnes formées.

Les bilans de ces formations sont positifs et ne demandent qu'à être reconduits et renforcés par un module d'évaluation.

d) Prise en charge du handicap et de la vieillesse

Comme dans tout établissement destiné à recevoir du public, l'établissement pénitentiaire est parfois inadapté à certaines situations de handicap et nécessite donc pour y remédier certaines adaptations. Les dispositifs d'aide aux personnes vieillissantes (APA, aide à domicile) sont mis en œuvre pour les personnes détenues.

1.5 L'efficience de l'offre de soins[3]

a) Les systèmes d'information et les nouvelles technologies

Système d'information partagée entre service de soins somatiques et psychiatriques

	Mise en réseau somatique et psychiatrique	Dossier médical psychiatrique	Dossier médical	Demandes d'examen imagerie	Demandes de Pharmacie	Laboratoire	Télémédecine (consultations médicales à distance
Maison d'arrêt de Rouen	Non	NR	Non	Non	Non	Non	Non
Centre de détention du Val de Reuil	Non	NR	Oui	Non	Non	Oui	Non
Centre pénitentiaire du Havre	Oui		Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Maison d'arrêt d'Evreux	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui

Les systèmes d'information dans les 4 UCSA sont nettement insuffisants alors que les UCSA sont des unités à part entière de l'établissement de santé et doivent avoir les mêmes fonctionnalités.

Un programme d'installation est à mener par les établissements de santé conjointement avec les établissements pénitentiaires.

La télémédecine fait l'objet de besoins spécifiques exprimés par les équipes médicales en matière de télé consultation, et de télé expertise, notamment pour l'imagerie médicale, la dermatologie, l'orthopédie et l'ophtalmologie.
Une réflexion est en cours dans le cadre du SROS télémédecine.

b) Lien entre les différentes prises en charge

La coordination des différentes prises en charge : psychiatriques, somatiques, de prévention, d'éducation à la santé reste à consolider.

La coordination et l'organisation entre les administrations de santé et pénitentiaires ont été actés lors de la révision des protocoles (2007 et 2011) et sont à poursuivre dans la pratique en respectant les règles professionnelles de chacun.

La commission pluridisciplinaire unique (CPU) est mise en place dans l'ensemble des établissements pénitentiaires et permet une collaboration des acteurs de la santé et de la pénitentiaire.

[3] Source : rapport annuel UCSA 2010 de l'Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues

1.6 Conclusion

Les effectifs en 2010 au sein des UCSA sont inférieurs aux effectifs indiqués dans le périmètre MIG dans trois UCSA. Les équipes sont toutes pluridisciplinaires (médecin, infirmière, psychiatre, psychologue, …) et elles assurent des prises en charge de qualité dans un contexte particulier. L'insuffisance des effectifs et les difficultés de recrutement tant médical que paramédical pour ces structures reflètent en partie les problèmes de démographie de la région.

La prise en charge des personnes détenues aussi bien pour les soins somatiques que psychiatriques est assurée dans les 4 centres pénitentiaires selon des organisations spécifiques. Les soins en détention font partie intégrante du parcours de soins de la personne et la continuité des soins est à mieux articuler entre les différents domaines sanitaire, ambulatoire et de prévention.

Les UCSA sont les pivots de l'organisation des soins somatiques et psychiatriques dans les deux établissements qui n'ont pas de SMPR (Maison d'arrêt d'Evreux et Centre Pénitentiaire du Havre).
Les personnes détenues bénéficient des consultations d'entrant et de suivi.
Certaines consultations spécialisées sont à privilégier sur site afin d'éviter de nombreuses extractions.
Les consultations effectuées au sein des UCSA sont à optimiser car une perte de temps est constatée due aux contraintes du milieu pénitentiaire et aux caractéristiques de la population.

La prise en charge psychiatrique n'est pas suffisamment diversifiée. L'offre de soins en CATTP et hôpital de jour est insuffisante.

La prise en charge des AICS est mise en place en priorité au Centre de Détention de Val de Reuil et dans l'ensemble des établissements pénitentiaires.

La prise en charge de soins sous contrainte demande à être réorganisée avec le double souci d'améliorer les conditions d'accueil et de garantir la sécurité.

Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que les modalités de mise en œuvre sont insuffisamment lisibles pour l'ensemble des acteurs.

Le dispositif de prise en charge des conduites addictives et sa coordination sont insuffisants au Centre Pénitentiaire du Havre et à la Maison d'arrêt d'Evreux.

Les UCSA et SMPR ne sont pas encore dotés d'outils informatiques compatibles de façon globale et l'accès aux soins par la télémédecine n'y est pas développé.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est à optimiser par la poursuite d'une coordination avec l'administration pénitentiaire déjà bien mise en place lors de la révision des différents protocoles.

II. ORIENTATIONS REGIONALES ET DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Au regard du bilan réalisé, les orientations régionales sont les suivantes :

2.1 Améliorer le dispositif d'offre de soins somatiques et l'accès aux consultations spécialisées quelque soit le lieu de détention

- Les orientations en matière d'équipement ou de consultations de spécialistes sont à réexaminer au sein de chaque établissement en tenant compte des possibilités d'une part, d'acquérir et d'installer des équipements médicaux et d'autre part, des possibilités de recrutement.
- Il faudra tenir compte également du coût des appareils et des contraintes liées aux locaux.
- Pour limiter les extractions, le nombre de consultations spécialisées est à développer sur le site en privilégiant les spécialités dont la demande est la plus importante et en développant la télémédecine. Une étude complémentaire sur les besoins est à mettre en place afin de définir les consultations à promouvoir sur site ainsi que celles pouvant faire l'objet de télémédecine comme la dermatologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'imagerie médicale par exemple.
- Le programme des 10 chambres sécurisées doit être finalisé pour aboutir à un agrément de l'administration pénitentiaire et être valorisé dans le cadre des MIG.
- Des conventions sont à étudier d'une part avec l'UHSI de la Pitié Salpêtrière et d'autre part avec l'UHSI de Lille pour ce qui concerne les personnes détenues au Centre Pénitentiaire du Havre. Il serait souhaitable que la compétence géographique de l'UHSI de Lille soit alignée sur l'Inter région pénitentiaire Nord Pas-de-Calais, Picardie et Haute-Normandie.
- Des modalités d'organisation avec le centre 15 et les établissements de santé de proximité sont à inscrire dans les protocoles signés entre les établissements de santé et l'administration pénitentiaire.

2.2 Améliorer le dispositif de soins psychiatriques et introduire une diversification de prise en charge (niveaux 1 et 2)

Renforcer le nombre de psychologues :

- au regard du déficit constaté de psychiatres au Havre, il est préconisé d'augmenter le nombre de psychologues.
- niveau 1 : créer deux CATTP : un à la maison d'arrêt d'Evreux et un au centre pénitentiaire du Havre.
- conformément à l'instruction du 29 juillet 2011, cette offre de prise en charge doit permettre des activités de groupe, type atelier thérapeutique.
- niveau 2 : créer des places en hôpital de jour au sein des établissements pénitentiaires n'en disposant pas. Il ressort des orientations nationales que le nombre de place d'hôpital de jour souhaitable devrait être de une pour 100 places de détention. En appliquant ce taux à la région l'objectif cible serait de 20 à 25 places.

2.3 Organiser par territoire de santé la prise en charge des hospitalisations complètes en psychiatrie (niveau 3)

- La création d'une unité spécifique de 8 places + 2 chambres d'isolement au CH du Rouvray améliorera les conditions d'hospitalisation des personnes détenues venant de la maison d'arrêt de Rouen et du Centre de Détention de Val de Reuil, actuellement hospitalisées au CH de Navarre (projet début 2012).
- Une unité de 4 places est en cours de réalisation au GH du Havre et quelques places sont prévues dans le nouvel hôpital à Navarre pour les personnes détenues de la maison d'arrêt d'Evreux.

- Une réflexion régionale sera à mener dans le cadre de l'ouverture de l'UHSA de Lille en 2013 et de l'opportunité d'un projet d'une UHSA en Haute-Normandie sur le site du CH du Rouvray.

2.4 Améliorer la lisibilité et la coordination des actions de prévention et de la prise en charge médico-sociale

- Renforcer le rôle de coordination des UCSA dans les actions de prévention. L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des UCSA depuis leur création en 1994. La démarche de promotion de la santé et d'éducation s'intègre dans une démarche globale. En application des références réglementaires c'est l'établissement de santé siège de l'UCSA qui a la responsabilité de la coordination, de la promotion et de l'éducation pour la santé. Les comités de pilotage mis en place antérieurement dans la région doivent élaborer les programmes annuels ou pluriannuels d'éducation pour la santé en lien avec l'établissement pénitentiaire et aussi assurer la cohérence des interventions des différents partenaires. Pour accomplir ces missions les UCSA doivent disposer d'un temps de cadre de santé suffisant.

- Identifier un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent pour chaque établissement[4].

Ont vocation à jouer ce rôle :

- le CSAPA du CHS du Rouvray qui intervient déjà à la maison d'arrêt de Rouen et au Centre de Détention de Val-de-Reuil, dont les moyens sont à renforcer.
- le CSAPA du CHS de Navarre pour Evreux et le CSAPA de l'association Oppelia au Havre, dont les moyens doivent être renforcés pour rendre effective une intervention en milieu carcéral.

  Par ailleurs, le développement des équipes hospitalières de liaison en addictologie devra conduire à un soutien des équipes notamment des UCSA pour faire face à des situations complexes.
  Une attention particulière sera apportée à la continuité des prises en charge (en particulier pour les traitements de substitution) à l'entrée comme à la sortie.
  Outre les drogues illicites (et les traitements de substitution), une grande attention sera portée à la question du tabac (qui est un enjeu lors des hospitalisations, notamment en UHSI) et des médicaments.
- poursuivre les actions de prévention du suicide en coordination avec les actions conduites par l'administration pénitentiaire.

2.5 Poursuivre la structuration de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS)

- La prise en charge des AICS est assurée non seulement au Centre de Détention du Val de Reuil mais aussi dans les autres établissements pénitentiaires. Toutefois la coordination reste à consolider entre les équipes soignantes et pénitentiaires.

  L'ARS, les établissements de santé et la direction interrégionale des services pénitentiaires réviseront les protocoles fixant les modalités d'intervention de l'UCSA et du SMPR. Un suivi du dispositif s'impose. Un guide méthodologique est en cours de rédaction.

[4] Circulaire du 17 novembre 2010 relative à la prise en charge des addictions en détention

2.6 Améliorer la sortie et le parcours de soins

La préparation à la sortie mobilise aussi les équipes de soins somatiques, psychiatriques et le SPIP ainsi il est important de :

- renforcer le partenariat avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).
- mobiliser les structures sociales pour l'hébergement et la réinsertion.
- favoriser une coordination avec le secteur ambulatoire et le secteur psychiatrique pour les injonctions ou obligations de soins.
- établir un protocole commun : justice/santé de préparation à la sortie en priorité dans les centres de détention, puis dans les maisons d'arrêt.
- donner au centre thérapeutique Saint Sever les moyens de prendre en charge les anciens détenus de Val de Reuil et améliorer la coordination avec les CMP.

2.7 Améliorer l'efficience de l'offre de soins

- Mise en place des systèmes d'information et des nouvelles technologies : un programme d'équipement est à conduire par les établissements de santé conjointement avec les établissements pénitentiaires. L'informatisation du circuit pharmacie est une priorité pour 2 établissements (maison d'arrêt de Rouen et celle d'Evreux).
- Etudier un projet ou des projets de télémédecine. Les disciplines prioritaires repérées sont l'imagerie médicale, la dermatologie, la psychiatrie. Une réflexion approfondie devra être menée dans le cadre du SROS télémédecine.

2.8 Valoriser l'activité de soins en milieu pénitentiaire

- L'unité de soins prenant en charge des personnes détenues est une structure interne faisant partie intégrante de l'établissement de santé de rattachement. A ce titre, il est important que l'activité de cette unité soit intégrée d'une part dans le projet médical de l'établissement et d'autre part dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et la direction de l'établissement.
- Une journée régionale dont l'objectif serait de présenter la spécificité des soins en milieu pénitentiaire pourrait être organisée.

Ces orientations impliquent pour chacune d'elles :

- une articulation entre les différentes prises en charge psychiatriques, somatiques, de prévention, d'éducation pour la santé.
- une coordination et des échanges entre les administrations de santé et pénitentiaires.

Afin de mettre en œuvre ces orientations, l'ARS dispose des leviers suivants :

- les CPOM conclu entre l'ARS et les établissements de santé.
- l'attribution et l'évaluation des MIG.
- le guide méthodologique national relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection social qui est en cours de révision.
- l'accompagnement des procédures d'allocation des moyens.

III. INDICATEURS DE SUIVI

Bilan annuel du SROS lors d'une réunion de suivi avec :

- activité en hôpital de jour de psychiatrie.
- activité en hospitalisation complète en psychiatrie.
- Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire et qualité de ces échanges.
- prises en charge des AICS pendant et après détention : nombre de patients, nombre de prises en charge, actions de formation et d'information du CRIAVS.
- inscription dans les CPOM du suivi des UCSA et soins psychiatriques.

IV. IMPLANTATIONS

			Situation actuelle 2011						
			Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		
Territoire	**EP**	**UCSA******	**Equipe de soins psy**	**CATTP**	**SMPR***	**Hôp jour Nb de places**	**Hospitalisation sans consentement**		**AICS****
ROUEN ELBEUF	Maison d'Arrêt de Rouen	x			x	8	CH du Rouvray		x
	CDD Val de Reuil	x			x		CH de Navarre		x en priorité
LE HAVRE	CP du Havre	x	x		Intervention ponctuelle		GH Havre		x
EVREUX	Maison d'Arrêt d'Evreux	x	x		Intervention ponctuelle		CH de Navarre		x
			Situation à échéance du SROS 2017						
			Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		
Territoire	**EP**	**UCSA******	**Equipe de soins psy**	**CATTP**	**SMPR***	**objectif cible Hôp jour Nb de places**	**Hospitalisation sans consentement**	**UHSA**	**AICS****
ROUEN ELBEUF	Maison d'Arrêt de Rouen	x			x	20 ou 25 places***	1 unité au CH Rouvray	Ouverture Lille en 2013	1 équipe
	CDD Val de Reuil	x			x				
LE HAVRE	CP du Havre	x		x			1 unité au GH Havre		x
EVREUX	Maison d'Arrêt d'Evreux	x		x			Quelques places		x

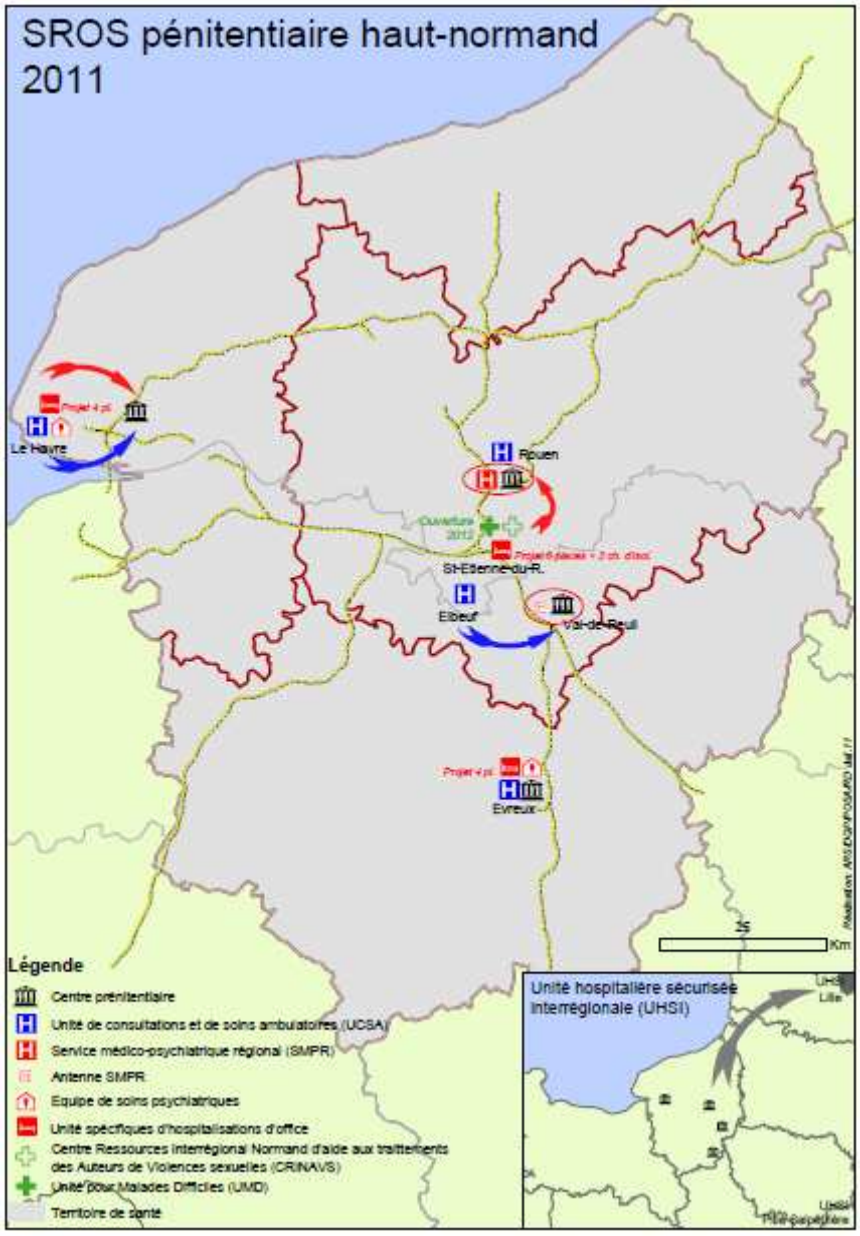
**Le SMPR assure des actes de niveau 1.*
***1 Centre Ressources Régional pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) situé au CH du Rouvray.*
****Répartition à étudier.*
*****Les UCSA support des soins psychiatriques*

V. ANNEXES

Annexe 1 : **Cartographie des structures pénitentiaires.**

Annexe 2 : **Tableau des caractéristiques des établissements pénitentiaires de la région Haute-Normandie.**

Annexe 1 : Cartographie des structures pénitentiaires



Annexe 2 : Caractéristiques des établissements pénitentiaires de la région Haute-Normandie

Etablissement pénitentiaire	Caractéristiques : - Maison d'arrêt - Centre de détention - Quartier disciplinaire - Quartier femmes - Quartier mineurs	Capacité	Occupation	Nb d'entrants	Surface dédiée aux activités de soins somatiques UCSA et psychiatriques SMPR
Maison d'arrêt de Rouen *	Quartier hommes, quartier femmes 69 places, quartier mineurs 28 places et centre de semi liberté 26 places	649	972	1278	UCSA 230 m2 et SMPR 174m2
Maison d'arrêt d'Evreux	Maison d'arrêt hommes Quartier disciplinaire Quartier semi-liberté : 14 places	162	244	654	UCSA+soins psychiatriques: 210m2 dont 112m2 pour les consultations
Centre pénitentiaire du Havre*	maison d'arrêt, centre de détention,quartier disciplinaire quartier mineur, quartier semi liberté	690	842	389	UCSA+soins psychiatriques: 576m2
Centre de détention du Val de Reuil	centre de détention -2 quartiers disciplinaires -2 divisions	839	839	350	500m2 par division *2
Total		2340	2897	2671	
Centre pénitentiaire du Havre*	842 dt le quartier semi liberté				
Maison d'arrêt de Rouen *	649 places 962 lits				

Source : questionnaire établissement pénitentiaire mars 2011

2.2

Les missions de service public

2.2.1 Présentation du dispositif

Textes applicables

Code de la santé publique :
- articles L6122-1 et suivants (missions de service public)
- article L1434-9 (SROS)
- articles L6114-1 et suivants, D6114-8 (CPOM)
- article L6122-7 (autorisations)

Décrets d'application à paraître

La loi n° 2 009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) précise, en son article 1er, d'une part, les missions générales imparties aux établissements de santé et, d'autre part, les missions spécifiques de service public qui pourront être assurées par tout établissement de santé (quel que soit leur statut) ou par les services, structures ou personnes physiques ou morales listées par la loi, sous réserve d'assurer aux patients qu'il accueille certaines garanties.

Jusqu'à la publication de la loi HPST, le service public hospitalier repose sur une conception organique puisqu'il est assuré par les hôpitaux publics et, dans des conditions encadrées, par certains établissements privés (participant au service public ou concessionnaires).

La loi revoit cette conception afin de pouvoir confier des missions de service public à d'autres personnes morales ou physiques en cas de carence du secteur public, notamment dans les zones de sous-densité d'offre de soins et cela pour garantir une couverture territoriale optimale.

Dorénavant, les missions de service public peuvent être assurées par un ensemble de personnes morales ou physiques, dans les conditions définies par la loi.

La loi pose les nouveaux principes applicables en matière de missions de service public (I), le schéma régional d'organisation des soins va définir, par territoire de santé, les besoins à couvrir (II) pour que puissent être mises en œuvre les procédures d'attribution de ces missions (III).

I. LA LOI HPST

Elle décrit les missions de service public, les acteurs susceptibles de les assurer, les obligations qui y sont attachées et les garanties dont bénéficient les patients accueillis dans ce cadre.

1.1 Les missions de service public

L'article L6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP) liste les missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou auxquelles ils peuvent participer.

Elles sont au nombre de quatorze :

- la permanence des soins,
- la prise en charge des soins palliatifs,
- l'enseignement universitaire et post-universitaire,
- la recherche,
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence,
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,

- l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés,
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- les actions de santé publique,
- la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale,
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier,
- les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

1.2 Les acteurs susceptibles d'assurer les missions de service public

L'article L6112-2 du CSP énumère la liste des acteurs susceptibles d'assurer une ou plusieurs missions de service public.

Outre l'ensemble des établissements de santé (publics ou privés), peuvent assurer des missions de service public :

- les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé,
- l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre,
- le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat,
- les groupements de coopération sanitaire,
- les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd,
- les praticiens exerçant dans ces établissements ou structures.

Ainsi, un éventail élargi de personnes morales ou physiques peut assurer ces missions.

1.3 Les obligations attachées à l'exercice des missions de service public

Les obligations attachées à la réalisation des missions de service public sont de deux types :

- assumer l'entièreté de la mission tant quantitativement (réunir l'ensemble des composantes d'une mission) que qualitativement (atteinte des obligations associées à la mission : formation du personnel, organisation du service, renouvellement des équipements…)
- - assurer aux patients les garanties prévues par la loi.

L'attribution des missions de service public est inscrite dans le CPOM des établissements ou fait l'objet de contrats spécifiques pour les personnes physiques.

1.4 Les garanties accordées aux patients

Les patients accueillis dans le cadre des missions de service public bénéficient d'une triple garantie :

- l'égal accès à des soins de qualité,
- l'accueil et la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou l'orientation vers un autre établissement,
- la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou les tarifs conventionnels des honoraires, rémunérations et frais accessoires fixés par la sécurité sociale.

De plus, dès lors qu'ils ont été admis ou pris en charge au titre de l'urgence ou de l'exécution d'une mission de service public, les patients bénéficient des garanties d'égal accès aux soins et de prise en charge sans dépassements d'honoraires pour l'ensemble des prestations qui leur sont délivrées y compris en cas de ré hospitalisation dans l'établissement ou de soins consécutifs à ces prises en charge.

Ces garanties s'imposent aux établissements et aux structures ainsi qu'aux praticiens qui y exercent (praticiens hospitaliers y compris praticiens statutaires exerçant une activité libérale, praticiens libéraux autorisés à participer à la réalisation d'une mission de service public dans un établissement public, praticiens libéraux exerçant dans un établissement privé).

Au regard des principes posés par la loi HPST en matière de missions de service public, le schéma régional d'organisation des soins définit les besoins à couvrir, par territoire de santé.

II. LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS : LE DIAGNOSTIC ET L'EVALUATION DU BESOIN NON COUVERT

En application de l'article L1434-9 du CSP, le schéma régional d'organisation des soins (SROS) fixe les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé.
Cet objectif se traduit par l'élaboration d'un diagnostic de l'offre et d'un schéma ciblant les besoins à couvrir en nombre d'implantation par territoire de santé.

La finesse de l'analyse de cette couverture sera graduée en fonction des missions, certaines ayant vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées à des autorisations d'activités de soins et, enfin, certaines seront le fait de seulement certains établissements.

Pour chaque mission de service public, il doit être établi un inventaire des établissements les réalisant. Un établissement ne peut être considéré comme assurant la mission que s'il est effectivement doté de moyens et d'une organisation le permettant. L'appartenance à une catégorie juridique ne peut suffire à caractériser l'exercice d'une mission.

L'élaboration du diagnostic diffère selon les missions de service public qui peuvent être rattachées à trois catégories :

- les missions pour lesquelles des procédures d'attribution existent déjà : le diagnostic mentionnera, notamment, les établissements agréés, retenus par appel à candidatures, désignés par voie réglementaire.

Sont concernés :

  - la recherche,
  - l'enseignement universitaire et post universitaire,
  - le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
  - la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence,
  - les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
  - les actions de santé publique,
  - les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

- les missions faisant l'objet d'une procédure d'autorisation : le diagnostic mentionnera les établissements pour lesquels une autorisation d'activité a été délivrée.

Est concernée :

  - l'aide médicale urgente.

- les missions qui relèvent de la procédure spécifique d'octroi des missions de service public : le diagnostic mentionnera les établissements réalisant la mission et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire (Cf Infra).

Sont concernés :

- la permanence des soins,
- la prise en charge des soins palliatifs,
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale,
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier,
- les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

L'inventaire figurant dans le présent SROS fait apparaître :

- l'état des lieux des établissements réalisant la mission,
- le schéma cible des besoins à couvrir.

III. LA PROCEDURE D'ATTRIBUTION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

3.1 La procédure de reconnaissance prioritaire

La loi HPST (article L6112-2 CSP, dernier alinéa) prévoit que les établissements de santé assurant des missions de service public à la date de sa publication pourront faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire.

Cette procédure concerne toutes les missions de service public.

Cette possibilité de reconnaissance prioritaire s'apprécie au regard du schéma cible retenu. Elle n'entraîne donc pas la reconnaissance automatique de la totalité des établissements exerçant une même mission.
En conséquence, si plusieurs établissements remplissent la même mission, la reconnaissance prioritaire peut conduire ne retenir qu'une partie des établissements l'exerçant jusqu'alors.

Les CPOM des établissements bénéficiaires prendront en compte cette reconnaissance prioritaire.

3.2 La procédure d'appel à candidatures

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a compétence d'octroi des missions de services public à l'issue de la procédure d'appel à candidatures qui est engagée, notamment, dans les hypothèses suivantes :

- la mission n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance prioritaire,
- la mission n'est pas réalisée ou est réalisée par un nombre insuffisant d'opérateurs,
- des opérateurs chargés de la mission sont identifiés mais n'assurent pas la mission dans des conditions satisfaisantes.

Sont seules concernées par la procédure d'appel à candidatures, les six missions qui relèvent de la procédure spécifique d'octroi des missions de service public suivantes :

- la permanence des soins,
- la prise en charge des soins palliatifs,

- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale,
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier,
- les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

3.3 La procédure de désignation unilatérale

Cette procédure peut être utilisée, sans procédure de publicité préalable, dans les situations suivantes :

- appel à candidature infructueux,
- refus de contractualiser,
- résiliation du contrat par l'un ou l'autre des cocontractants,
- suite à une décision de retrait de l'exercice d'une mission de service public,
- suspension liée à une interruption de l'exécution d'une mission.

Il s'agit là de garantir la continuité du service public en désignant unilatéralement et temporairement un établissement dans l'attente d'un octroi plus formalisé de la mission.
La décision d'octroi a, dans ce cas, un caractère provisoire.

L'attribution unilatérale et temporaire de cette mission sera inscrite dans le CPOM de l'établissement concerné.

3.4 La contractualisation et les modalités de réalisation des missions de service public

L'établissement de santé qui obtient l'attribution de l'exercice d'une ou de plusieurs missions de service public s'engage à respecter les obligations qui y sont attachées.
Cette attribution et les obligations subséquentes sont inscrites dans le CPOM de l'établissement qui peut prévoir les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

L'exercice des missions de service public sera évalué en même temps que le CPOM et pourra faire l'objet d'une suspension ou d'un retrait.

Il est à noter que les CPOM comportant des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public sont signés pour cinq ans.

2.2.2 La recherche

Textes applicables

Code de la recherche :
- article L112-2
- articles L221-1 et suivants
- article L223-1

Code de la santé publique :
- article L6141-2
- articles L6142-1 et suivants

Réalisée à l'instigation de Robert Debré et de Jean Dausset, l'ordonnance du 30 décembre 1958 décide la fusion de la faculté de médecine et de la clinique au sein de centres hospitalo-universitaires (CHU).
La réforme installe un corps de professeurs hospitaliers et universitaires plein temps (PU-PH) dont la tâche est d'assurer la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.
Simultanément, une délégation générale à la recherche scientifique et technique (DGRST) est créée. Cinq des douze premières actions concertées de la délégation concernent la médecine et la biologie.

Dans le même temps, le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) s'oriente vers la recherche fondamentale. Il participe à la mise en œuvre d'actions concertées définies par la DGRST, notamment sur la biologie moléculaire.

En 1964, l'essor des sciences fondamentales dans la recherche médicale va se concrétiser par la création de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Un programme de construction de laboratoires de recherche dans les CHRU est lancé.

Les années 70 voient l'essor de l'immunologie et de la recherche programmée : les programmes de recherche coordonnés (PRC). La cancérologie devient l'objet privilégié des programmes de recherche en immunologie.

En 1984, la tutelle de l'INSERM passe du ministère de la santé au ministère de la recherche et il devient un établissement public à caractère scientifique et technique se consacrant essentiellement à la recherche fondamentale.

Les années 90 marquent un retour de l'Institut vers les préoccupations de la clinique. Le ministère de la santé met en place un Programme Hospitalier pour la Recherche Clinique (PHRC). La recherche médicale recouvre aussi bien les essais thérapeutiques que les investigations de la médecine moléculaire, la recherche clinique ne se distingue plus de la recherche fondamentale si ce n'est qu'elle doit s'assurer de son efficacité comme de son innocuité.

La loi HPST confirme la place prépondérante des CHU dans le domaine de la recherche.
Elle définit aussi la recherche comme une mission de service public qui peut être réalisée par l'ensemble des établissements de santé.

De plus, afin de lui donner une impulsion nouvelle, le ministère de la santé, qui pilote et finance la recherche clinique, rénove l'organisation en place et prévoit des outils d'aide.

Sont concernés par la réorganisation de la recherche les établissements de santé où peuvent être identifiées les structures ou organisations chargées des missions essentielles d'appui à la recherche clinique.

Ces structures sont :

Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)

Elles assurent, en étroite collaboration avec les universités, les unités de formation et de recherche et les établissements publics scientifiques et technologiques, un rôle essentiel en matière d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de recherche clinique et d'innovation des établissements de santé. Afin de favoriser une logique de résultats, les DRCI peuvent maintenant être implantées dans toutes les catégories d'établissement de santé (CHU, CHR, CH, ESPIC et autres établissements privés non lucratifs et établissements privés de statut commercial) qui développent une activité de recherche clinique dès lors que leur production atteint un seuil significatif attesté par une combinaison d'indicateurs de production relatifs aux missions attendues.

Elles ont pour missions essentielles la promotion (organisation, administration, gestion, contrôle, appui technico-réglementaire des essais cliniques) et l'aide méthodologique, la gestion des données et la bio statistique (aide rédactionnelle, conception des essais cliniques, management des bases de données).

La réalisation de ces missions peut être mutualisée entre établissements à travers la mise en place d'outils de coopération notamment sous la forme de GCS.
A ce jour, 44 DRCI sont soutenues par la DGOS.

Les groupements inter-régionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI)

Les délégations inter régionales à la recherche clinique (DIRC) ont vocation à être transformées en groupements inter-régionaux de recherche clinique et d'innovation impliquant les établissements de l'inter région pourvus d'une DIRC, voire tous les établissements de l'inter région développant une activité de recherche identifiable via des indicateurs.

Outre les missions d'animation et de soutien des DIRC, les GIRCI pourront apporter leur appui au suivi des projets mis en œuvre dans l'inter région, interfacer les établissements impliqués dans la recherche, se rapprocher des cancéropôles pour partager des procédures et des moyens sur des activités proches.

A ce jour, 7 délégations inter régionales sont identifiées.

En complément des dispositifs d'appui à la recherche, la DGOS prévoit d'intégrer la fonction d'aide à l'acquisition des données sous forme de plateformes d'inclusion et d'investigation pour l'aide aux cliniciens et l'interface avec les patients ou volontaires sains à travers deux dispositifs aux missions spécifiques.

Les centres de recherche clinique

Le faible nombre de patients inclus dans les essais est une des faiblesses du système de recherche clinique français pointée par de nombreux acteurs. Il convient donc de développer des outils professionnels dédiés à la mise en œuvre des essais au sein des établissements de santé, en particulier pour les comparaisons de stratégie thérapeutiques

Ainsi, des centres de recherche clinique (CRC) seront créés, dans le cadre d'appel à projet, dans des établissements de santé ne disposant pas de centre d'investigation clinique. Ils seront dédiés à la réalisation de la recherche clinique, à l'acquisition de données, à l'aide aux inclusions et à la coordination logistique des moyens dédiés à l'investigation. Ils seront chargés d'assurer la mission spécifique d'appui à l'activité de recherche clinique au niveau local par leur rôle de plateforme institutionnelle d'aide à la recherche clinique, d'appui à l'inclusion et à la réalisation des essais et d'interface investigateur / patient ou volontaire sain.

Les centres d'investigation clinique

Les centres d'investigation clinique (CIC) sont des outils mixtes DGOS et INSERM. Ils sont des structures de recherche fortement liées aux laboratoires INSERM du site hospitalier pour y développer en particulier la recherche «translationnelle» en s'adossant d'une part à un environnement de recherche d'amont performant et d'autre part à un recrutement de patients dans les axes prioritaires de l'établissement de santé où ils sont implantés.

Le renforcement de la capacité d'investigation clinique des CIC existants fera l'objet d'un appel à projets national.

La mise en place de ces structures vise la mise en œuvre optimisée des programmes de recherche clinique.

Les programmes de recherche clinique

Les programmes sont menés à l'aide d'appels à projets nationaux annuels.
Par cette démarche, la DGOS entend sélectionner des projets dont l'ambition est de contribuer au progrès médical (techniquement et médico-économiquement), à l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins, à l'efficience du système de soins, à l'évaluation en contexte réel d'une innovation médicale ou organisationnelle.

Ces programmes sont financés par la DGOS et gérés soit par elle soit par l'INCa.

Sont concernés :

- le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)
- le programme hospitalier de recherche clinique inter régional (PHRCI)
- le soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC)
- le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)
- le programme de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)
- le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRC K)
- le soutien aux techniques innovantes et coûteuses en cancérologie (STIC K)
- le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT K)

Pour les établissements de santé, la mission de service public de recherche clinique consiste en la réalisation d'un ou plusieurs programmes de recherche.

Il est à noter que l'ensemble des dispositifs relatifs à la recherche clinique relèvent de la compétence d'attribution du ministère de la santé.
Ainsi, l'octroi de cette mission de service public ne relève pas de la compétence du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Pour la Haute-Normandie, l'état des lieux est en cours de recensement.

2.2.3 L'enseignement universitaire et post-universitaire

Textes applicables :

Code de l'éducation :
- articles L631-1 à L634-1
- articles L713-4 à L713-8

Code de la santé publique :
- article L6141-2
- articles L6142-1 et suivants

Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relati f à l'organisation du troisième cycle des études médicales

Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales

Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études médicales

Les études médicales, pharmaceutiques et odontologiques sont régies par les codes de l'éducation et de la santé publique.

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent, notamment, l'organisation de la première année des études de santé, le nombre *(numerus clausus)* et les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de cette première année.

Les enseignements théoriques et pratiques sont organisés par les unités de formation et de recherche.

Le troisième cycle des études est ouvert aux étudiants ayant validé le deuxième cycle des études.
Le nombre de postes d'internes offerts chaque année aux épreuves classantes nationales (ECN) pour la médecine et au concours d'internat pour la pharmacie et l'odontologie. par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire est déterminé par voie réglementaire.

Les internes exercent des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières, soit dans les centres hospitaliers universitaires, soit dans des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés, liés à ces centres par convention, soit dans des organismes agréés extra-hospitaliers ou des laboratoires agréés de recherche, soit sous forme de stage auprès de praticiens, de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation agréés.
Ainsi, tous les établissements de santé et certaines structures ambulatoires peuvent être agréés pour accueillir des internes.

Le directeur général de l'agence régionale de santé agrée les lieux de stages et les praticiens-maîtres de stage sur proposition de la commission de subdivision composée, notamment, des directeurs de l'UFR, du CHU, d'enseignants et de représentants des internes).

La mission de service public d'enseignement universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de postes qualifiants dans le cadre de la formation des professionnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

Le ressort géographique de la mission est la région.

En Haute-Normandie, la situation du nombre de lieux de stage agréés pour l'année universitaire 2011-2012 s'établit comme suit :

- praticiens-maîtres de stage agréés : 216 dont 144 en Seine-Maritime et 72 dans l'Eure.
- services hospitalo-universitaires, hospitaliers ou structures extra-hospitalières : 578 dont 237 services en CHU (détail ci-après).

Services ou structures validant pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES)

Disciplines	Spécialités	Total services agréés	dont services CHU	dont services non CHU
Médecine générale	Médecine générale	88	20	68
Spécialités médicales	Anatomie cytologie pathologique	2	1	1
	Cardiologie - Maladies vasculaires	7	3	4
	Dermatologie et vénéréologie	3	1	2
	Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	7	3	4
	Gastroentérologie et hépatologie	7	2	5
	Génétique médicale	2	2	0
	Hématologie - Maladies du sang	2	1	1
	Hématologie - Onco-hématologie	2	2	0
	Médecine interne	7	2	5
	Médecine nucléaire	1	1	0
	Médecine physique et de réadaptation	3	1	2
	Néphrologie	7	3	4
	Neurologie	5	2	3
	Oncologie médicale	10	6	4
	Oncologie - Hématologie	5	3	2
	Oncologie radiothérapique	1	1	0
	Pneumologie	10	4	6
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	9	2	7
	Radiothérapie	1	1	0
	Rhumatologie	3	1	2
Spécialités chirurgicales	Neurochirurgie	1	1	0
	Ophtalmologie	3	1	2
	ORL et chirurgie cervico-faciale	4	1	3
	Stomatologie	2	1	1
	Chirurgie générale (osseuse)	6	2	4
	Chirurgie générale (viscérale)	11	5	6
Biologie médicale	Bactériologie - Virologie	5	3	2
	Biochimie	2	1	1
	Hématologie	2	1	1
	Immunologie	1	1	0
	Parasitologie	1	1	0
	Biologie polyvalente	6	0	6
	Biologie spécialisée	6	4	2
	Stages cliniques internes de biologie	4	4	0
Psychiatrie	Psychiatrie	34	3	31

Disciplines	Spécialités	Total services agréés	dont services CHU	dont services non CHU
Science pharmaceutique	Pharmacie hospitalière et des collectivités	16	5	11
	Pharmacie spécialisée	12	7	5
	Stages cliniques internes de pharmacie	2	2	0
	Option pharmacie hospitalière	8	6	2
	Option pharmacie industrielle	1	0	1
	Innovation pharmaceutique et recherche	5	3	2
	Pharmacie clinique - Dispensation	10	1	9
	Economie de la santé - Vigilances	6	1	5
	Préparation et contrôle	5	1	4
	Stérilisation - Dispositifs médicaux	7	1	6
Médecine du travail	Médecine du travail	24	4	20
Santé publique	Santé publique et médecine sociale	12	4	8
Pédiatrie	Pédiatrie	12	4	8
Anesthésie - Réanimation	Anesthésie - Réanimation	12	4	8
Gynécologie médicale	Gynécologie médicale	4	3	1
Gynécologie obstétrique	Gynécologie obstétrique	7	1	6
Total		**413**	**138**	**275**

Services ou structures qualifiants pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC)

Disciplines	Qualification	Total services agréés	dont services CHU	dont services non CHU
Médicales	Réanimation médicale	9	4	5
	Gériatrie	8	1	7
Chirurgicales	Chirurgie infantile	2	1	1
	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologique	2	1	1
	Chirurgie orthopédique et traumatologie	3	2	1
	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2	2	0
	Chirurige thoracique et cardio-vasculaire	1	1	0
	Chirurgie urologique	3	2	1
	Chirurgie vasculaire	2	2	0
	Chirurgie viscérale et digestive	2	2	0
	Chirurgie ORL et cervico-faciale	1	0	1
Biologie médicale	Biologie des agents infectieux	3	3	0
	Biochimie hormonale et métabolique	2	1	1
	Biologie moléculaire	2	1	1
	Cynégénétique humaine	2	1	1
	Hématologie biologique	2	1	1
	Pharmacodinétique - Métabolique médicale	1	1	0
	Radiopharmacie - Radiobiologie	2	1	1
	Toxicologie biologique	1	0	1
Pédo-psychiatrie	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	12	1	11
Total		**62**	**28**	**34**

Services ou structures non qualifiants pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC)

Etudes complémentaires	Total services agréés	dont services CHU	dont services non CHU
Addictologie	9	5	4
Andrologie	3	3	0
Cancérologie	15	12	3
Chirurgie de la face et du cou	3	1	2
Dermatopathologie	2	2	0
Hématologie et maladie du sang	1	1	0
Hémobiologie - Transfusion	3	2	1
Allergologie et immunologie clinique	10	10	0
Médecine légale et expertises médicales	4	1	3
Médecine de la reproduction	4	3	1
Médecine du sport	5	4	1
Médecine vasculaire	4	2	2
Néonatologie	1	0	1
Neuropathologie	1	1	0
Nutrition	7	5	2
Orthopédie dento-maxillo-faciale	1	1	0
Pathologies infectieuses et tropicales	4	4	0
Pharmacologie clinique - Evaluation thérapeutique	5	5	0
Foetopathologie	1	1	0
Médecine d'urgence	13	4	9
Médecine de la douleur et palliative	7	4	3
Total	**103**	**71**	**32**

En région, le nombre de lieux de stage agréés par discipline ou spécialité est suffisant.

En revanche, l'analyse de la démographie médicale fait ressortir des besoins de formation particuliers, notamment en médecine générale, psychiatrie, ophtalmologie et anesthésie-réanimation, nécessitant une évolution de la capacité d'accueil des services.

2.2.4 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers

Textes applicables

Code de la Santé Publique :
- article L4021-1
- articles L4133-1 et suivants
- articles L4143-1 et suivants
- articles L4236-1 et suivants
- article R4031-2

Décrets en Conseil d'Etat à paraître

Convention Etat/conseil national de l'ordre des médecins à réaliser

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, la formation médicale continue des professionnels est une obligation commune à toutes les professions médicales.
La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'ass urance maladie (article 14) dispose que l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins.

La loi HPST va substituer aux notions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles celle de développement professionnel continu (DPC) qui réunit, dans un concept commun, les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le DPC est opposable à tous les médecins quelque soit leur forme d'exercice et les unions régionales participent à sa mise en œuvre. Le contrôle du respect de l'obligation de DPC est laissé à l'ordre professionnel.

Un organisme gestionnaire des sommes affectées au DPC de l'ensemble des professions de santé doit être créé.

La mission de service public de développement professionnel continu des personnels médicaux consiste, pour un établissement de santé, à organiser des stages de formation continue à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

L'offre de DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires qui seront inscrits par arrêté, et, potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le Projet Régional de Santé (PRS).

La loi subordonne l'entrée en vigueur de ces dispositions à la publication de décrets, notamment de décrets pris en Conseil d'Etat.

L'obligation de mise en œuvre du DPC prendra effet 18 mois après la publication de ces décrets non parus à ce jour. Ainsi, cette mission de service public ne peut être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

2.2.5 La formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

Textes applicables

Code de l'éducation :
- articles L631-1 et L631-2
- article L635-1

Code de la santé publique :
- articles L4151-1 et suivants (sages-femmes)
- quatrième partie, livre III (auxiliaires médicaux)
- article L4383-3 (autorisation écoles et instituts de formation)
- article L4382-1 (DPC)
- article L6121-3 (Recherche)

La formation initiale

La formation initiale des sages-femmes et des personnels paramédicaux est assurée par des écoles ou instituts autorisés par le président du conseil régional en application de la deuxième loi de décentralisation.

L'accès à certaines professions (sages-femmes, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, psychomotriciens) fait l'objet de quotas d'étudiants fixés par voie réglementaire par le ministre de la santé et le ministre de l'enseignement supérieur, le cas échéant.

Un diplôme d'Etat est délivré aux étudiants ayant satisfait aux épreuves de fin d'études.

Sages-femmes

La profession de sage-femme est une profession médicale encadrée.
En effet, le code de la santé publique précise le périmètre des compétences qui relèvent de la maïeutique.
Depuis la rentrée universitaire 2002-2003, pour accéder à cette formation, les étudiants doivent avoir validé l'examen classant de fin de 1ère année commune aux études de santé (PACES).

Personnel paramédical

Les professionnels paramédicaux sont des professionnels de santé qui ne sont pas médecin, pharmacien, dentiste ou sage-femme.

Leurs compétences sont encadrées par le code de la santé publique.

Situation en Haute-Normandie

L'offre de formation initiale des professions paramédicales existante en Haute-Normandie s'établit comme suit :

Professions	Quotas	Capacités hors quotas
Sages-femmes	27	
Infirmiers	930	
Masseur-Kinésithérapeutes	45	
Pédicures-podologues		
Ergothérapeutes		
Psychomotriciens		
Orthophonistes		
Orthoptistes		
Manipulateurs électro-radiologie		60 (*)
Techniciens de laboratoire médical		
Audioprothésistes		
Opticiens-lunettiers		
Prothésistes		
Orthésistes		
Diététiciens		
Aides-soignantes		530
Auxiliaires de puériculture		60
Ambulanciers		40
Sous-totaux	**1 002**	**690**
Total	**1 692**	

(*) Il existe une école bi-site relevant de l'Education Nationale (Rouen et Le Havre) qui délivre, non pas un diplôme d'Etat mais un diplôme de technicien supérieur en électro-radiologie.

L'analyse de la situation en région (Cf Données DREES 2011) fait ressortir un besoin de :

- création d'un institut de formation de psychomotriciens de 20 places,
- création d'un institut de formation d'orthophonistes de 20 places,
- d'augmentation de 20 des quotas de masseur-kinésithérapeutes pour passer de 45 à 65 places.

Le développement professionnel continu

Il s'applique, pour les sages-femmes et professionnels paramédicaux, dans les mêmes conditions que pour les praticiens.

De la même manière, l'obligation de mise en œuvre du DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets d'application et non parus à ce jour.
Ainsi, cette mission de service public ne peut être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

La recherche

Constituant un volet du Programme Hospitalier de Recherche (PHR), la finalité du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) est de fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé et permettant également d'appréhender l'impact des changements.

S'agissant des sages-femmes, le code de santé publique prévoit leur participation à la recherche clinique relative à la maïeutique.

Comme pour les autres volets du PHR, la recherche dans ce domaine relève d'appels à projets nationaux.

2.2.6 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Textes applicables

Code de la Santé Publique :
- articles L1411-1 et suivants
- article L6111-1
- article L1161-1

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politi que de santé publique

La loi n°2 009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 84,

Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Plan National Santé-Environnement

La prévention pour la santé est définie par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) comme l'ensemble des actions tendant à promouvoir la santé individuelle et collective.

Elle s'organise selon quatre modalités :

- la promotion de la santé,
- l'éducation pour la santé,
- la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques (dépistages, vaccinations…),
- la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique.

La loi du 4 mars 2002 donne une valeur législative à la prévention et à la promotion de la santé qui s'impose, notamment aux établissements de santé.

La loi HPST intègre l'éducation thérapeutique du patient dans le code de la santé publique et l'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour but de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
Déclinée en programmes et actions d'accompagnement, elle favorise la réduction des complications et la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations. Les programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés par le directeur général de l'ARS au regard du respect d'un cahier des charges national.

En revanche, la mission de service public de mise en œuvre des actions d'éducation et de prévention pour la santé est une obligation issue de la loi pour tous les établissements de santé (article L6111-1). Ainsi, le besoin régional est réputé couvert.

Toutefois, au regard des autorisations de programme d'éducation thérapeutique délivrées, le schéma régional de prévention retient des besoins non couverts.

Le diagnostic régional s'établit comme suit :

Etat des lieux des établissements ou structures autorisés à réaliser des programmes d'éducation thérapeutique du patient à la date du 10 août 2011

Intitulé du programme	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Diabète	CHI Elbeuf-Louviers Réseau territorial santé Pays de Bray Réseau Marédia	CH de Dieppe	GHH Pôle libéral St Romain Réseau Diabète de l'Estuaire IRSA	CHI Eure-Seine (site de Vernon) CH de Gisors CH de Bernay MSPS Gaillon Réseau Marédia
Maladies cardio-vasculaires	CHU CHI Elbeuf-Louviers Clinique Saint Hilaire MSA	MSA	GHH Maison médicale les Colibris MSA	La Musse MSA
Maladies respiratoires	Réseau Asthme 76	CH de Dieppe Réseau Asthme 76	GHH Réseau Asthme 76	CHI Eure-Seine (site d'Evreux) CH de Gisors La Musse Réseau Résalis
Psychiatrie	CHS du Rouvray			
Cancérologie	CRLCC Henri Becquerel			
Insuffisance rénale	Clinique de l'Europe		GHH	
VIH	CHU		GHH	

Intitulé du programme	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Obésité	CHU Réseau REPOPHN (enfants)	Réseau REPOPHN (enfants)	GHH (enfants) Maison médicale les Colibris Réseau REPOPHN (enfants)	La Musse Réseau REPOPHN (enfants)
Autres	CHU Clinique du Cèdre Clinique Mathilde CHI Elbeuf-Louviers		GHH Hôpital privé de l'Estuaire	CH de Gisors La Musse Clinique Pasteur

Au regard de cet état des lieux, le schéma régional de prévention identifie des besoins territoriaux complémentaires à couvrir sur les thématiques d'éducation thérapeutique du patient suivantes

Intitulé du programme	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Maladies cardio-vasculaires		A couvrir		
Psychiatrie		A couvrir	A couvrir	A couvrir
Cancérologie		A couvrir	A couvrir	A couvrir
Insuffisance rénale		A couvrir		A couvrir
VIH				A couvrir
Obésité Adultes		A couvrir		

NB : La liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient énumérés ci-dessus n'est ni exhaustive ni limitative.

Par ailleurs, et pour chaque territoire de santé, le schéma régional de prévention prévoit la mise en place d'une coordination en appui des structures porteuses de programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés.

2.2.7 Les actions de santé publique

Textes applicables

Code de la Santé Publique :
- articles L1411-1 et suivants
- article L6111-1

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politi que de santé publique

Plans nationaux de santé publique

La santé publique peut être définie comme l'étude des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé et des actions en vue d'améliorer la santé de la population ou comme une activité organisée de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière et cela à tous les âges de la vie. La santé publique se démarque de la médecine essentiellement sur deux plans :

- elle met davantage l'accent sur la prévention plutôt que sur les traitements curatifs,
- elle développe une approche populationnelle plutôt qu'individuelle.

La loi du 9 août 2004 introduit des changements fondamentaux dans le dispositif institutionnel de santé publique, tant au niveau national que régional par :

- l'affirmation de la responsabilité de l'Etat à qui il appartient de définir la politique de santé tous les 5 ans selon des objectifs pluriannuels,
- la création du haut conseil de santé publique, du comité national de santé publique, de l'Institut national du cancer, des groupements régionaux de santé publique.

De plus, elle affiche des ambitions pour le système de soins afin de :

- développer la politique de prévention,
- moderniser le système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire,
- développer la recherche et la formation en santé,
- lutter contre la mortalité prématurée et les inégalités de santé,
- construire des programmes de santé publique.

En matière de programme de santé, la loi fixe 100 objectifs pour la période 2004-2008 et prévoit 5 plans stratégiques nationaux.

La loi du 4 mars 2002 dispose que *« les établissements de santé, publics et privés,….participent à des actions de santé publique… ».* La loi HPST confirme leur participation à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Ainsi, la mission de service public de mise en œuvre de la politique nationale de santé publique est une obligation issue de la loi pour tous les établissements de santé.
En conséquence, le besoin régional est réputé couvert.

En revanche, certaines activités sont agréées ou habilitées spécifiquement et, pour la Haute-Normandie, le schéma régional de prévention retient de soutenir les actions de santé publique suivantes :

- dépistage du cancer du sein,
- lutte contre la tuberculose (CLAT),
- dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites B et C (CDAG),
- information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST),
- vaccination (CV).

S'agissant de ces actions spécifiques, l'état des lieux régional s'établit comme suit :

Etat des lieux des établissements ou structures habilités ou agréés à réaliser ces actions à la date du 1er novembre 2011

Intitulé de l'action	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Dépistage du cancer du sein	CHU de Rouen Clinique de l'Europe Clinique Mathilde Clinique Saint Hilaire Clinique Saint Antoine Cabinet de radiologie 92 rue Jeanne d'Arc Rouen Cabinet de radiologie 36 place Eugène Delacroix Grand Quevilly Maison médicale Jean Jaurès Canteleu Centre de Radiologie du Cailly Maromme SCM de Radiologie rue d'Anjou Le Mesnil Esnard Cabinet de radiologie avenue Jean Jaurès Petit Quevilly Centre de Radiologie rue Lazare Carnot, St Etienne du Rouvray CDI des Bruyères avenue des canadiens Sotteville les Rouen Cabinet de Radiologie, rue Pasteur Mont Saint Aignan Cabinet de Radiologie, avenue Aristide Briand Barentin Cabinet de Radiologie, rue Ferrières Gournay en Bray Cabinet de Radiologie, rue Cornes Neufchâtel en Bray Cabinet de Radiologie, rue Isidore Maille St Aubin les Elbeuf Cabinet de Radiologie, route du Havre, Yvetôt	CH de Dieppe Clinique Mégival, St Aubin sur Scie Cabinet de Radiologie Boulevard G. Clemenceau Dieppe Centre de Radiologie de la Bresle boulevard Victor Hugo, Eu Cabinet de Radiologie route du Havre St Valéry en Caux	Hôpital Jacques Monod, Montivilliers Clinique des Ormeaux Le Havre Hôpital Privé de l'Estuaire, Le Havre Cabinet de Radiologie rue Paul Souday Le Havre Cabinet de Radiologie du Mont Gaillard Le Havre Cabinet de radiologie rue de Verdun Le Havre Cabinet de Radiologie rue Gambetta Bolbec Cabinet de Radiologie rue Pasteur Lillebonne Cabinet de Radiologie rue de Girot Montivilliers Cabinet de Radiologie rue Jules Ferry Fécamp	Hôpital de Bernay Hôpital d'Evreux Hôpital de Gisors Hôpital de Verneuil sur Avre Cabinet Radiologique avenue de la République Les Andelys Cabinet Radiologique rue Leprévost de Beaumont Bernay Cabinet Radiologique rue de Risle Bernay Centre de Sénologie rue Armand Benet Evreux Cabinet Radiologique rue Panette Evreux Cabinet Radiologique avenue Maréchal Leclerc Gaillon Cabinet Radiologique rue Jean Jaurès Gisors Cabinet Radiologique boulevard G Clemenceau Louviers Cabinet Radiologique rue des Petits Moulin Pont Audemer Cabinet Radiologique rue des Chaumes Saint Marcel Cabinet Radiologique rue du Général de Gaulle le Vaudreuil Cabinet Radiologique rue Porte

Intitulé de l'action	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
CLAT (Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse)	CHU de Rouen : CLAT situé rue des Charrettes	CH de Dieppe	Groupe Hospitalier du Havre (sur le site Flaubert) CH Pont-Audemer (Cf. CLAT de l'Eure)	CHI Eure-Seine : CLAT sur le site d'Evreux, à vocation départementale (donc plus large que territoire de santé) CH de Bernay, Gisors, Pont-Audemer, Verneuil-sur-Avre : LAT en lien & à la demande du CLAT d'Evreux
CDAG (Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit)	CHU de Rouen (site de Charles Nicolle)			CHI Eure-Seine : CDAG sur les sites d'Evreux & Vernon
CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)			CH de Pont-Audemer	CHI Eure-Seine (sites d'Evreux et de Vernon) CH de Bernay CH de Gisors CH de Verneuil-sur-Avre
A noter l'existence des CDAG/CIDDIST de Rouen (rue des Charrettes) avec antenne à Dieppe et Elbeuf, et du Havre avec antenne à Fécamp, portées par le département de Seine-Maritime. L'antenne d'Elbeuf n'assure que la mission CDAG.				
Centres de Vaccination			CH de Pont-Audemer	CHI Eure-Seine (sites d'Evreux et de Vernon) CH de Bernay CH de Gisors CH de Verneuil-sur-Avre

A noter qu'en Seine-Maritime les activités de dépistage VIH, IST, hépatites (CDAG et CIDDIST) et les activités de centre de vaccination sont assurées par le département.

2.2.8 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

Textes applicables

Code de procédure pénale :
- o articles 706-53-13 et suivants
- o articles R 53-8-40 et suivants

Code de la santé publique :
- o article L6141-5

La loi du 25 février 2008 modifiant les codes de procédure pénale et de la santé publique et relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental comporte trois volets :

- la prise en charge des détenus nécessitant des soins,
- la procédure s'appliquant à l'auteur d'une infraction atteint de troubles mentaux pouvant le rendre pénalement irresponsable, et,
- la création de la mesure de rétention de sûreté.

Cette dernière mesure vise à retenir, à l'issue de leur peine et à titre exceptionnel, dans un cadre fermé dénommé centre socio-médico-judiciaire, les auteurs de certains crimes qui présentent une probabilité très élevée de récidive et une particulière dangerosité résultant d'un trouble grave de leur personnalité.

Il s'agit :

- d'auteurs de certains crimes d'une particulière gravité (assassinat, viol ou enlèvement de mineur ainsi que des crimes aggravés commis sur une personne majeure),
- les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation à plus de 15 ans de réclusion,
- les personnes souffrant d'un trouble grave de la personnalité et présentant une forte probabilité de récidive.

La procédure de placement en rétention de sûreté est strictement encadrée (évaluation du détenu par une commission pluridisciplinaire, expertises médicales…). Le principe de cette évaluation aura été expressément prévu par la décision de condamnation rendue par la cour d'assises.

La personne retenue sera placée dans un centre socio-médico-judiciaire où elle bénéficiera de façon permanente d'une prise en charge médicale, éducative, sociale, psychologique et criminologique adaptée destinée à permettre la fin de la mesure.

Ces centres sont placés :

- sous la tutelle conjointe du ministre de la santé et du ministre de la justice,
- sous la responsabilité conjointe, chacun dans son domaine de compétence, d'un directeur des services pénitentiaires et d'un directeur d'établissement public de santé mis à disposition du centre par le ministre chargé de la santé.

A ce jour, une unique structure d'accueil des retenus de sûreté a été créée, par décret en conseil d'Etat du 4 novembre 2008, dans l'établissement public de santé national de Fresnes.

La création et le fonctionnement de ces centres relevant de dispositions législatives et réglementaires spécifiques, il n'y a pas lieu de procéder à la désignation prévue à l'article L6112-2 du code de la santé.

2.2.9 L'aide médicale urgente

Textes applicables

Code de la santé publique :
- o articles L6311-1 et L6311-2, R6311-1 à R6311-5 (missions)
- o articles L6122-1 et suivants, R6122-25, R6123-1 à R6123-12 (autorisations)

La mission d'aide médicale urgente est assurée par les centres de réception et de régulation des appels (centres 15) installés dans les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) qui font l'objet d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS.

Elle est définie à l'article L6311-1 qui stipule que : ***«L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »***

A cet effet, les centres 15 :

- assurent une écoute médicale permanente,
- déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- veillent à l'admission du patient.

La réalisation de cette mission est assujettie à une autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. Seuls, les établissements de santé peuvent obtenir cette autorisation.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.
La mission de service public se recoupant avec les missions des services d'aide médicale urgente, il convient d'identifier dans le SROS les établissements disposant de ces services et, si besoin, d'identifier le nombre d'implantations supplémentaires nécessaires.

La région Haute-Normandie dispose de 3 SAMU implantés dans les établissements suivants :

- CHU-Hôpitaux de Rouen pour les territoires de Rouen-Elbeuf et de Dieppe,
- Groupe Hospitalier du Havre pour le territoire du Havre, et,
- CHI Eure-Seine, site d'Evreux, pour le territoire d'Evreux-Vernon.

Au regard du nombre d'affaires traitées et des temps de réponses observés, le SROS Urgences n'a pas identifié de besoins d'implantations supplémentaires.

Par ailleurs, le SROS-PRS prévoit une évaluation du dispositif et son éventuelle évolution.

2.2.10 La permanence des soins

Textes applicables

Code de la santé publique :
- article L1435-5
- articles L6112-1 et suivants
- articles L6314-1 à L6314-3

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 49

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence de soins

Arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

La mission de service public de permanence des soins se définit comme l'organisation de l'offre permettant de répondre aux besoins de prise en charge de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés tant en ambulatoire qu'en établissements de santé et en collaboration entre ces deux secteurs.

Identifiée comme telle par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2007), la loi HPST réaffirme que la permanence des soins est une mission de service public.

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE (PDSA)

Le décret du 13 juillet 2010 précise la nouvelle organisation de la PDSA qui doit répondre aux besoins non programmés relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.

Tout d'abord, la permanence des soins ambulatoire n'est plus organisée au niveau des secteurs départementaux mais est définie dans un cahier des charges régional arrêté, après concertation, par le directeur général de l'ARS. A cet égard, le code de la santé publique indique que les principes d'organisation de la permanence des soins ambulatoire sont établis dans le respect des objectifs fixés par le SROS.

Cette mission est dévolue aux médecins du 1er recours. Elle peut être, néanmoins, exercée par un établissement de santé et ceci dans les conditions définies par l'ARS au regard de l'offre médicale existante et des besoins de la population.

La participation des médecins libéraux à la PDSA et à la régulation s'opère sur la base du volontariat.
Les tableaux de garde sont transmis au directeur général de l'ARS par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans l'hypothèse d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, le préfet de département procède à des réquisitions.

Ainsi, l'octroi de la mission de service public de PDSA ne relève pas de la compétence du directeur général de l'ARS hormis dans l'hypothèse de la désignation d'un établissement de santé en substitution ou complément des praticiens libéraux sur un territoire de permanence.

La permanence de soins ambulatoire doit être articulée avec la permanence hospitalière afin d'assurer la continuité de la prise en charge des soins non programmées entre la ville et l'hôpital.
Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences) qui assurent la coordination entre ville et hôpital.

LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSES)

La mission de service public de permanence des soins en établissements de santé consiste en 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, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La loi HPST donne compétence au directeur général de l'ARS pour organiser territorialement cette mission et l'octroi de la mission de service public relève de sa compétence.

Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins.

Le SROS constitue le cadre opérationnel de l'organisation de la PDSES et en fixe le schéma cible.

A - Définition et champs d'application

La mission de PDSES concerne le seul champ MCO. Elle comprend les activités de chirurgie, de médecine spécialisée et d'obstétrique. Elle est financée par une enveloppe régionale spécifique de mission d'intérêt général (MIG).

Sont excluent du champ de la PDSES les activités qui sont financées par d'autres moyens que la MIG. Il s'agit des activités :

- d'urgences et Samu-Smur (Forfaits et ATU), en-dehors de l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN,
- de psychiatrie (DAF) hors structures de médecine d'urgence,
- de soins de suite et de réadaptation (DAF),
- de l'hospitalisation à domicile.

Sont également exclues les activités qui relèvent de la continuité des soins des patients déjà pris en charge.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) et les activités à accès direct appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES. Pour les spécialités qui ne relèvent pas de ces plateaux, notamment les spécialités médicales, le schéma cible en identifiera les lignes utiles aux activités d'urgence.

La mission de PDSES est réalisée par le personnel médical en :

- gardes ou demi-gardes sur place,
- astreintes ou demi-astreintes opérationnelles,
- astreintes à domicile.

B - Enjeux

Les principaux enjeux de la réorganisation de la PDSES sont :

- l'amélioration de l'accès aux soins en garantissant une réponse par territoire de santé pour les disciplines et spécialités concernées,
- une réponse aux filières de soins,
- le développement de l'expertise distante et la télé-expertise lorsqu'elle doit répondre aux difficultés liées à l'insuffisante démographie médicale spécialisée et qu'elle est possible.

C'est aussi, par l'approche territoriale de l'organisation du dispositif, d'améliorer la qualité des prises en charge :

- en réduisant les délais d'attente et d'orientation des patients par un dispositif lisible, permanent, organisé, et en améliorant la qualité et l'efficience du dispositif
- en répondant au principe de gradation des soins en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés
- en améliorant l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées, la PDSES relevant des missions de service public et des tarifs opposables du secteur 1 conventionnel.

C'est enfin proposer une organisation efficiente :

- en évitant, au regard des volumes d'activité et de la disponibilité des équipes, les doublons entre établissements et les dépenses inutiles qui peuvent en résulter,
- en permettant la mutualisation des compétences publiques/privées, et en diminuant les contraintes des professionnels qui y participent.

C - Etablissements concernés

En région Haute Normandie, 23 établissements de santé de court séjour sont potentiellement concernés par la PDSES. Ils correspondent à 26 sites géographiques différents (16 sites publics, 9 sites privés et 1 site ESPIC), répartis comme suit :

Territoire de Rouen-Elbeuf

- Centre hospitalier Universitaire de Rouen
  o Site Charles Nicolle, Rouen
  o Site Bois Guillaume
  o Site Saint-Julien
- Centre Henri Becquerel
- Centre hospitalier du Belvédère
- Centre hospitalier de Neufchâtel
- Centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers Val de Reuil, site des Feugrais
- Clinique de Cèdre
- Clinique de l'Europe
- Clinique Mathilde
- Clinique Saint Hilaire

Territoire du Havre
- Centre hospitalier intercommunal des Hautes Falaises - Clinique de l'Abbaye - Centre hospitalier de Lillebonne - Clinique Tous Vents - Centre hospitalier de Pont-Audemer - Groupe hospitalier du Havre - Clinique les ormeaux - Hôpital privé de l'Estuaire (HPE)
Territoire de Dieppe
- Centre hospitalier de Dieppe - Clinique les Aubépines
Territoire d'Evreux-Vernon

- Centre hospitalier de Bernay
- Centre hospitalier de Gisors
- Centre hospitalier intercommunal Eure-Seine
  o Site d'Evreux
  o Site de Vernon
- Clinique Pasteur

D - Etat des lieux

L'état des lieux à été réalisé à partir des données de l'enquête nationale réalisée en 2008, enrichie des mises à jour 2011 par enquête régionale (lignes, nature des lignes, activités). Il a été également documenté par l'audition des professionnels de santé discipline par discipline. Il a enfin été confronté aux évaluations réalisées antérieurement telles que les études de l'ANAP (Benchmarking des blocs opératoires, Benchmarking imagerie en coupe).

L'état des lieux figure en annexe 1 du présent document.

E - Principes d'organisation en région Haute-Normandie

Les principes d'organisation de la PDSES tiennent compte :

- des unités à accès direct ou régulés,
- des dispositions réglementaires et sécuritaires :
    - sécurité des activités normées : réanimations, unités de soins intensifs, activités obstétricales, pédiatrie en maternité, néonatalogie, …
- des activités liées (gynécologie obstétrique, anesthésie, chirurgie viscérale),
- de la gradation des soins et des missions des établissements de santé :
    - proximité, recours, référence. A ce titre, des dispositions particulières intéressent l'organisation spécifique du CHU ainsi que ses activités de référence en neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle par exemple…),
- des établissements de santé sièges :
    - d'une structure d'urgence (SAU) : seuils des 40 000 passages, des 18% d'hospitalisation,
    - d'une structure de réanimation,
    - d'activités liées aux urgences (ex : imagerie et imagerie spécialisée).

Ils sont destinés à encourager :

- les organisations territoriales optimales, notamment au regard des volumes d'activité,
- les possibilités de nouvelles organisations par la mise en place de l'expertise distante, et la télé-expertise.

Ils suggèrent la mise en œuvre simultanée, pour chaque activité, de trois grands pré-requis, qui sont :

- les compétences médicales nécessaires en qualifications, savoirs faire et effectifs suffisants,
- l'environnement technique et professionnel qui permette la prise en charge des situations d'urgence, notamment :
    - le plateau médico-technique et la logistique adaptés à l'activité,
    - l'équipe soignante et logistique nécessaire,
    - les plateaux amont et aval et les conventions permettant la prise en charge continue du patient.
- le volume d'activité qui justifie, au regard des besoins des populations, l'organisation d'une permanence des soins.

Les propositions sont faites par « pôles » de PDSES. La nature des lignes et les compétences requises notamment les effectifs étant adaptés aux activités concernées et leur importance.

F - Les recommandations par spécialités regroupées

a) Spécialités non retenues au titre de la PDSES (très majoritairement sollicitées au titre de la continuité des soins)

- Anatomie et cytologie pathologique,
- Gériatrie,
- Endocrinologie,
- Rhumatologie,
- Rééducation et réadaptation fonctionnelle (SSR-RRF),
- Médecine vasculaire et angiologie,
- Chirurgie plastique et reconstructrice (absence de centre de grands brûlés en région Haute-Normandie).

b) Spécialités relevant de la PDSES

Pour chaque spécialité, les principes d'organisation définis sont déclinés selon leur répartition territoriale et les spécificités de l'offre régionale de référence.

Médecine

- Médecine polyvalente et médecine interne :
    - pôle de PDSES pour les établissements à activité importante, sur 1 site, supérieur à 40 000 passages et au moins 18% d'hospitalisation.
- Infectiologie : nécessité d'un pôle régional, y compris la nuit.
- Oncologie : 1 pôle particulier onco-hématologie régional de référence.

Néphrologie, urologie

- Néphrologie – Hémodialyse :
    - 1 pôle régional de référence (CHU),
    - 1 pôle pour la couverture des activités greffe-transplantations au centre régional de référence.
- Chirurgie urologique : grande hétérogénéité des organisations existantes. L'objectif est de disposer d'un pôle spécialisé et complet par territoire de santé.
    - Greffes d'organe : 1 pôle régional de référence.

Neurologie, neurochirurgie

- Neurologie : 1 pôle territorial par unité neuro-vasculaire : UNV identifiées à Rouen et Le Havre. Pas d'UNV dans les territoires de Dieppe et Evreux.
- Neurochirurgie : 1 pôle régional de référence.

Filière orthopédie-traumatologie

- Chirurgie orthopédique et traumatologique : 1 organisation en 8 pôles.
- SOS Mains : 1 pôle régional de référence.

Filière digestive

- Chirurgie générale et chirurgie viscérale et digestive :
    - regroupement des pôles et spécialisations en chirurgie viscérale et digestive,
    - organisation calquée sur celle de l'orthopédie pour aboutir à des plateaux complets : 8 pôles.
- Gastro-entérologie et hépatologie : la permanence des soins assurera, là où elles sont implantées, la couverture des unités de soins intensifs (USI) de gastro-entérologie. 1 pôle par territoire de santé dans lequel est implanté une USI est retenue.

Spécialités chirurgicales

- Ophtalmologie : 1 pôle par territoire de santé dont 1 pôle régional de référence.
- ORL et chirurgie ORL et cervico-faciale : 1 pôle par territoire de santé dont 1 pôle régional de référence.
- Chirurgie maxillo-faciale : 1 pôle régional de référence.
- Stomatologie – Odontologie : 1 pôle par structure universitaire de « fauteuils dentaires ».

Anesthésie et réanimation

- Anesthésie-réanimation adulte et pédiatrique :
    - Principes :
        - assurer la couverture obstétricale dans les établissements de santé siège d'une maternité : fréquence de la mutualisation, adaptation en fonction des activités obstétricales,
        - couvrir et sécuriser les activités chirurgicales, les activités hyper-spécialisées et interventionnelles,
        - mettre en œuvre les activités nouvelles à vocation régionale (UMAC, DDAC).
- Réanimation Adulte
    - Principes :
        - 1 pôle par unité de réanimation,
        - la couverture des U.S.C relève de la continuité des soins.

Cœur - poumon

- Pneumologie
    - 1 pôle par unité de soins intensifs respiratoires,
    - 1 pôle de référence régional comprenant la pneumologie interventionnelle.
- Cardiologie
    - Cardiologie interventionnelle : 1 pôle par site autorisé.
      NB : les lignes USIC et cardiologie sont mutualisées autant que possible.
    - Cardiologie – USIC : pôle par unité.
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
    - Chirurgie cardiaque : 1 pôle régional de référence.
    - Chirurgie des greffes : 1 pôle régional de référence.
    - Chirurgie thoracique : 1 pôle régional de référence.
- Chirurgie vasculaire
    - Au regard des équipes en place et des activités, la PDSES est organisée en 2 pôles Rouen et Le Havre.

Mère - Enfant

- Gynécologie Obstétrique : 1 pôle par établissement siège d'une activité de gynécologie obstétrique. Doublement de la ligne au sein de l'établissement de référence.
    - La couverture chirurgicale des gardes d'obstétrique est assurée :
        - par les gynécologues-obstétriciens à compétence chirurgicale (cas le plus fréquent),
        - lorsque le gynécologue-obstétricien n'a pas la qualification chirurgicale, il est de la seule compétence de l'établissement d'organiser la couverture chirurgicale (organisation consubstantielle de la garde obstétricale).

- Néonatalogie et réanimation néo-natale
    - Principes :
        - 1 pôle par unité,
        - mutualisation des lignes autant que possible et en fonction des activités des unités : entre la néonatalogie et la réanimation néonatale, entre la néonatalogie de niveaux 2A et 2B.
- Pédiatrie
    - Principes d'organisation selon :
        - l'existence d'accueils spécialisés (SU pédiatriques inclus dans les dispositions « urgences »), hors champ,
        - la couverture pédiatrique des maternités (et accueils non spécialisés SU),
        - la mutualisation avec la néonatalogie de niveau 2A,
        - la nécessité d'un pôle par unité de réanimation pédiatrique (CHU).

Urgences

- Urgences : 1 pôle spécifique pour la couverture des activités urgences des 5 établissements de santé privés autorisés à cette activité et la couverture du centre de premiers soins de Neuchâtel.
- Psychiatrie : 1 pôle dans les structures d'urgence dont les activités le justifient (CHU, Le Havre, Evreux).

Activités et spécialités médico-techniques

- Biologie médicale :
    - Activité qui relève des 2 titres CDS et PDS.
    - Accompagnement selon l'activité des urgences (seuil de 40 000 passages déjà évoqué).
- Imagerie médicale :
    - Activité qui relève des 2 titres CDS et PDS.
    - Principes :
        - mutualisation des lignes requise,
        - mise en place de la télé-expertise et le télédiagnostic : 1 pôle,
        - privilégier l'accompagnement des plateaux complets à activité importante : 8 pôles.
- Pharmacie :
    - Activité qui relève des 2 titres CDS et PDS.
    - Principes :
        - accompagner les établissements à forte activité urgence, et susceptibles d'être sollicités en situation de crise ou de rétrocession ou encore de délivrance de médicaments à usage hospitalier.

c) Des principes qui aboutissent à une organisation concentrée : synthèse

- L'activité de chirurgie en établissements autorisés à l'activité d'urgence :
    - viscérale et digestive : 8 sites territoriaux dont le centre régional de référence,
    - orthopédique et traumatologique : 8 sites territoriaux dont le centre régional de référence,
    - spécialités chirurgicales (urologie, ORL, ophtalmologie…) : 1 site par territoire de santé dont le centre régional de référence.

- Pour tout site d'urgence de plus de 40 000 passages et plus de 18% d'hospitalisations :
    - 1 pôle en médecine polyvalente,
    - 1 pôle de biologie médicale.
- Pour tout site autorisé pour l'obstétrique, adossé à un service d'urgence ou concessionnaire d'une mission de service public, et selon le niveau d'activité :
    - 1 permanence pour la gynécologie-obstétrique,
    - 1 permanence pour l'anesthésie réanimation,
    - 1 permanence pour la pédiatrie, les activités du centre régional de référence nécessitant un renforcement en gynécologie obstétrique.
- Pour les plateaux techniques hautement spécialisés (ex : cardiologie interventionnelle, réanimations, neuro-chirurgie, chirurgie cardiaque…) :
    - une ligne par activité autorisée.
- Pour les activités médico-techniques (laboratoire, pharmacie, imagerie) : une ligne dans les établissements de forte activité. Une ligne régionale est retenue pour l'imagerie supplémentairement aux organisations par territoire.

G - Evaluation du dispositif

Une évaluation du dispositif de la PDSES sera mise en place. Elle sera réalisée régulièrement (annuellement), et fera l'objet d'un rapport établi sur la base d'informations à la fois qualitatives et quantitatives relatives :

- aux activités urgences (information du RPU) et aux diagnostics des séjours (information RSA) tenant compte du chainage aux activités médico-techniques,
- aux activités opératoires et de sollicitations avec et sans déplacement,
- aux flux de patients inter-établissements qui seront particulièrement décrits au regard des compétences et plateaux techniques des établissements participant à la PDSES.

H - Schéma cible par spécialité et par territoire du dispositif PDSES en région Haute Normandie

L'état des lieux plus détaillé par établissement de santé et une déclinaison précise du schéma cible seront proposés après concertation avec les partenaires concernés, les fédérations hospitalières, et les territoires concernés.

2.2.11 La prise en charge des soins palliatifs

Textes applicables

Code de la Santé Publique :
- o articles L1110-5 et L1110-9 à L1110-11
- o article L1112-4

Programmes de développement des soins palliatifs 2002-2005 et 2008-2012

Plan cancer 2009-2013

Les soins palliatifs sont destinés aux personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Le droit d'accès à des soins palliatifs et à un accompagnement a été posé par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 qui les définit comme des *« soins actifs et continus, pratiqués par un équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »*

Cette disposition s'est progressivement mise en œuvre sous l'égide des plans de développement des soins palliatifs, des plans cancer et du plan douleur.
Ces plans nationaux ont favorisé la montée en charge des soins palliatifs qui, à compter du SROS III, font l'objet d'un volet spécifique qui prend en compte, outre la diffusion de la démarche palliative, la gradation de l'offre en application des principes posés par la circulaire n° 2002-98 du 19 février 200 2.

Ainsi, le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge :

- au domicile :
  - par l'équipe de professionnels libéraux ou salariés des centres de santé coordonnée par le médecin généraliste prescripteur,
  - par les réseaux de santé qui mobilisent et mettent en lien les ressources sanitaires et sociales sur un territoire,
  - par la structure d'hospitalisation à domicile qui constitue une ressource pour le retour ou le maintien à domicile d'une personne en fin de vie,
- en établissement de santé :
  - dans des lits identifiés dans les services de court séjour, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée,
  - auprès d'équipes mobiles qui exercent une activité transversale auprès des patients et/ou des soignants à la demande des professionnels de l'établissement ou du territoire (EHPAD par exemple),
  - dans des unités spécifiquement dédiées à la pratique des soins palliatifs : les unités de soins palliatifs.

La mission de service public de prise en charge des soins palliatifs consiste, pour un établissement de santé, à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unité de soins palliatifs).
Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

L'évaluation du besoin est établi au regard du nombre d'unités implantées et des objectifs de création fixés par les plans nationaux qui sont de :

- 1 EMSP pour 200 000 habitants, et,
- 1 unité de soins palliatifs de 10 lits dans les établissements de santé où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels dans les disciplines de court séjour.

Pour la région Haute-Normandie, la situation s'établit comme suit :

Etat des lieux des établissements réalisant la mission et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire

Existant	Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Equipes Mobiles	**3 :** CHU de Rouen CRLCC CHI Elbeuf Louviers	**1 :** CH de Dieppe	**1 :** GHH	**1 :** CHI Eure-Seine
Unités	**1 :** CHU de Rouen	0	0	0

Le SROS Soins Palliatifs fixe le schéma cible d'implantations suivant :

Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

Objectifs	Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Equipes Mobiles	3	1	1	1

Unités de soins palliatifs au regard du nombre de décès enregistrés en 2010 en services de court séjour (source : PMSI)

Objectifs	Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Nombre de décès en 2010	CHU de Rouen : 2 270	CH de Dieppe : 500	GHH : 1 026	CHI Eure-Seine : 636
Unités	1	0	1	1

Aucun texte ne prévoyant de dispositif spécifique d'octroi de cette mission, celui-ci relève du directeur général de l'ARS en application de l'article L6112-2 du CSP.

2.2.12 La lutte contre l'exclusion sociale

Textes applicables

Code de la Santé Publique :
- article L1431-2
- article L1434-2
- article L6112-6

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008

Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Dans les années 80, apparaît la notion d'exclusion qui désigne une nouvelle forme de pauvreté que ne parviennent pas à traiter les dispositifs classiques de protection sociale : couverture assurantielle du travailleur salarié et de ses ayants droit, aide sociale de l'Etat.

Avec la progression des phénomènes de pauvreté, une politique spécifique de lutte contre l'exclusion s'est progressivement mise en place. Elle vise, notamment, à garantir la dignité des personnes et l'effectivité de leurs droits.

La loi n° 98-657 au 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, soutenue par Madame Geneviève Anthonioz-de Gaulle, présidente d'ADT Quart Monde, prévoit des dispositions pour l'accès à l'emploi, au logement et aux soins.

En termes d'accès aux soins, la loi établit qu'un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) « *s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.* »

Ainsi, le PRAPS est une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle complète ce dispositif en créant la couverture maladie universelle (CMU), prestation sociale permettant l'accès et le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie.

C'est dans ce cadre que sont mises en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au sein des établissements.
Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale destinées aux personnes en situation de précarité pour leur faciliter l'accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droit. Il s'agit de leur permettre d'accéder au système médico-social de façon prioritaire.

Les PASS peuvent comporter des permanences d'orthogénie.

Par ailleurs, dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et suite à des appels à projet nationaux, des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie ont été créées afin d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité.

Enfin, depuis 2009, des crédits fléchés (MIG précarité) sont délégués aux établissements de santé pour compenser les surcoûts existants liés à la prise en charge des patients en situation de précarité (augmentation du temps passé auprès du patient, allongement de la durée moyenne de séjour…). Ils n'ont pas vocation à financer des dispositifs spécifiques de prise en charge de la précarité (type référent ou équipes).

Ils sont estimés, par le niveau national, au regard du taux de séjours avec CMU, CMUC et AME constatés.

La mission de service public de lutte contre l'exclusion sociale consiste en la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre des organisations décrites supra.
Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Il est à noter que seule la désignation des établissements de santé support de PASS relève de la compétence d'octroi du directeur général de l'ARS.

Pour la région Haute-Normandie, la situation s'établit comme suit :

Etat des lieux des établissements réalisant la mission de Permanence d'Accès aux Soins de Santé et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire

Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
2 : CHU de Rouen CHI Elbeuf-Louviers (site d'Elbeuf)	**1 :** CH de Dieppe	**4 :** GHH (PASS et PASS dentaire) CH de Fécamp CH de Lillebonne CH de Pont-Audemer	**5 :** CHI Eure-Seine - site d'Evreux - site de Vernon CH de Gisors CHI Elbeuf-Louviers (site de Louviers) CHS de Navarre (Pass psychiatrique)

De plus, un poste de coordination régionale des PASS a été créé en 2010 suite à un appel à projets.
Par ailleurs et au regard du fonctionnement disparate des PASS, il est nécessaire d'amorcer une réflexion sur la médicalisation du dispositif (consolidation des équipes pluridisciplinaires par intégration de temps médical au dispositif en conformité avec les réflexions du groupe de travail national), et cela surtout dans les zones médicalement déficitaires.

Le PRAPS cible le schéma cible d'implantation des PASS suivant

Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
4	**1**	**4**	**6**

Pour mémoire :

Equipes mobiles Psychiatrie-Précarité

	Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Existant	CHS du Rouvray	CH de Dieppe	GHH	CHS de Navarre

L'activité de ces équipes fait l'objet d'une coordination régionale assurée par le Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité (RRAPP).

Pour l'ensemble de ces équipes, il conviendra d'améliorer les articulations avec les dispositifs de psychiatrie générale, notamment les Centres Médico-Psychologiques (CMP).

MIG précarité

	Territoire de Rouen-Elbeuf	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Existant	CHI Elbeuf-Louviers CHU de Rouen	CH de Dieppe	GHH CH de Fécamp CH de Lillebonne	CH de Bernay CHI Eure-Seine

2.2.13 La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement

Textes applicables

Code de la santé publique :
- articles L3212-1 et suivants
- articles L3222-1 et suivants
- articles L3212-1 et suivants
- articles L3214-1 et suivants
- articles L3222-1

Code de procédure pénale :
- articles 706-135 et suivants

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (Ministère de la justice et des libertés)

Circulaire n° DGOS/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Circulaire du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (Ministères de l'intérieur et de la santé)

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et les décrets n° 2011-846 et 2011-847 du 18 juillet 2011 modifient les dispositions du code de la santé publique relatives aux droits des patients en hospitalisation psychiatrique et le régime des hospitalisations sans consentement issues de la loi du 27 juin 1990.

Adoptée le 22 juin 2011, la loi est applicable à compter du 1er août 2011.

Elle vise :

- la garantie de la continuité de l'accès aux soins et du suivi des patients,
- l'adaptation des dispositifs aux évolutions des soins psychiatriques,
- le renforcement du droit des patients.

La loi consacre la règle des soins libres et l'existence de deux procédures de contrainte distinctes (à la demande d'un tiers, sur décision du préfet) et elle maintient les mesures d'urgence (à la demande d'un tiers en urgence, mesure provisoire des maires).

Si la loi du 27 juin 1990 ne traitait que des mesures d'hospitalisation sous contrainte, la loi du 5 juillet 2011 introduit une distinction fondamentale entre deux types de mesures sous contrainte :

- d'une part, l'hospitalisation complète, et,
- d'autre part, un ensemble de modalités particulières de soins, définies dans un programme de soins. Ces alternatives à l'hospitalisation complète peuvent prendre plusieurs formes, notamment celle d'une hospitalisation à temps partiel (de jour, de nuit), de soins à domicile, de consultations en ambulatoire, d'activités thérapeutiques…

De plus, la loi intègre un contrôle de plein droit du juge judiciaire en sa qualité de gardien de la liberté individuelle.

Ce contrôle systématique du juge des libertés et de la détention s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète, y compris pour les personnes détenues dont le régime de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement ne peut être que l'hospitalisation complète (Cf chapitre « Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire »).

Pour la prise en compte de ces nouveaux principes, la loi du 5 juillet 2011 modifie le code de la santé publique par l'introduction de huit nouvelles dispositions :

- la mesure de contrainte sans tiers : les soins pour « péril imminent »,
- l'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète : « le programme de soins »,
- la période initiale de soins et d'observation : les premières 72 heures,
- le contrôle systématique des hospitalisations complètes par le juge des libertés et de la détention,
- des dispositions spécifiques pour certains patients en hospitalisation sous contrainte,
- des dispositions prévues en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet,
- le renforcement des droits des patients,
- des précisions relatives à l'organisation territoriale.

S'agissant des mesures s'appliquant spécifiquement aux agences régionales de santé, la loi dispose que :

- l'ARS définit sur chaque territoire de santé, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et organise les modalités de transport des patients,
- pour assurer le suivi et la réinsertion des personnes sous programme de soins, les modalités de collaboration entre le directeur de l'établissement, le préfet, le directeur général de l'ARS et les collectivités territoriales sont définies par convention,
- les établissements chargés d'assurer (par leurs propres moyens ou par voie de convention) la mission de service public de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour chaque territoire de santé, après avis du préfet de département.

Ainsi, l'octroi de cette mission de service public relève de la compétence du directeur général de l'ARS.

La situation des établissements habilités à recevoir des patients sans leur consentement (ancien régime d'habilitation préfectoral) en Haute-Normandie, et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire, se décline comme suit

	Territoire de Rouen	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux
Etablissements disposant de l'ensemble des modalités de soins	CHS du Rouvray	CH de Dieppe	GHH (Pierre Janet)	CHS de Navarre

Il est à noter que les établissements sans lit d'hospitalisation complète (CH de Lillebonne, CH de Vernon et CH de Bernay) ont passé convention bilatérale avec le centre hospitalier spécialisé de référence de leur territoire de santé en vu de la prise en charge à temps partiel ou ambulatoire de patients faisant l'objet d'une mesure de contrainte.

Le SROS Psychiatrie et Santé Mentale n'a pas relevé de besoins supplémentaires d'implantations pour la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement

Pour mémoire, sites d'hospitalisation sans consentement des personnes détenues (hospitalisation complète)

Territoire de Rouen	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux	
Maison d'arrêt	Centre pénitentiaire	Centre de détention	Maison d'arrêt
CHS du Rouvray	GHH (Pierre Janet)	CHS de Navarre et CHS du Rouvray si besoin	CHS de Navarre

2.2.14 La prise en charge des personnes détenues en milieu pénitentiaire

Textes applicables

Code de la santé publique :
- o article L1434-9
- o articles L3214-1 et suivants, articles R3214-1 et suivants,
- o articles R6112-14 et suivants

Code de procédure pénale :
- o articles D368 et suivants
- o articles D391 et suivants

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la se ctorisation psychiatrique et décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice

La prise en charge sanitaire des personnes détenues en milieu pénitentiaire recouvre deux volets régis par des textes distincts (somatique et psychiatrique) et doit s'articuler entre enjeux de santé publique, relevant du ministère de la Santé, et enjeux de sécurité publique, relevant des ministères de la Justice et de l'Intérieur.

Si la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale réforme la prise en charge des personnes détenues en l'inscrivant dans le droit commun de la santé et transfère son exercice de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier, l'organisation sanitaire mise en place à leur profit figure dans des textes relatifs à la réforme de la justice et portant loi pénitentiaire.

Le volet somatique

Dans les années 90, la situation sanitaire alarmante dans les prisons (prévalence du VIH, hépatites virales, toxicomanie…) a conduit à plusieurs rapports parlementaires alertant sur cette situation puis à l'adoption de la loi du 18 janvier 1994.
L'objectif de la loi est d'intégrer la population pénale dans le système de santé selon deux axes principaux :

- accorder aux détenus une couverture sociale par affiliation obligatoire à l'assurance maladie et maternité, et,
- leur permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre.

Le schéma national des hospitalisations des détenus, finalisé en août 2000, pose un double objectif :

- faciliter l'accès aux soins des personnes détenues tout en développant la qualité et la proximité des soins dispensés,
- optimiser la gestion des personnels chargés de la garde et des escortes des détenus.

Le schéma repose sur une architecture organisationnelle à deux niveaux :

- les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), créées par le code de procédure pénale, sont installées au sein des établissements pénitentiaires et dotées de personnel médical et paramédical dépendant d'un centre hospitalier de rattachement désigné par le directeur général de l'ARS. Elles assurent, outre les missions de prévention et d'éducation pour la santé, l'ensemble des soins médicaux et infirmiers de médecine générale (consultations, suivi, coordination des soins et organisation des consultations spécialisées et des hospitalisations)
- les hospitalisations sont organisées :
    - soit en chambres sécurisées installées dans les établissements de rattachement pour toutes les hospitalisations urgentes ou programmées d'une durée inférieure ou égale à 48 heures. Elles sont soumises à autorisation de l'administration pénitentiaire.
    - soit dans les Unités Hospitalières Sécurisées Inter régionales (UHSI), structures hospitalières à vocation médico-chirurgicale qui prennent en charge les hospitalisations d'une durée égale ou supérieure à 48 heures et les suites d'hospitalisation réalisées en urgence. Elles sont au nombre de huit et sont situées dans les établissements de santé déterminés par l'arrêté ministériel du 24 août 2000. La région Haute-Normandie est rattachée à l'Etablissement Public de santé national de Fresnes en complémentarité avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (La Pitié-Salpêtrière).

S'agissant du volet somatique, seule la désignation d'un établissement de santé de rattachement à l'UCSA relève de la compétence de l'ARS.

Le volet psychiatrique

La prise en charge de la santé mentale des détenus est assurée au sein d'une organisation distincte des soins somatiques.

La prise en charge des personnes détenues consentantes : le secteur hospitalier et les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

La loi réaffirme le principe du consentement aux soins, y compris en situation de détention.

- les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile interviennent au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) où ils assurent les soins psychiatriques courants. Il s'agit des secteurs de psychiatrie rattachés à l'établissement de santé désigné par de directeur général de l'ARS pour faire fonctionner l'UCSA. Si l'établissement ne comporte pas de service de psychiatrie ou n'est pas desservi par un SMPR, l'ARS désigne un établissement de santé, situé à proximité, en charge de dispenser ces soins aux détenus.
- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont chargés de la prévention et des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Créés en 1986, ils suivent un découpage pénitentiaire par région et leur structure de base est le service médico-psychologique régional (SMPR) rattaché à un établissement de santé par arrêté du ministre de la santé. Ils sont situés dans l'enceinte d'un établissement pénitentiaire et doivent offrir tous les modes de prise en charge thérapeutiques d'un secteur de psychiatrie classique. Ils ont aussi un rôle de recours régional pour les détenus présentant les troubles les plus graves.
- Ils sont au nombre de 26 et assurent essentiellement une prise en charge de jour. Certains disposent d'antennes.

La prise en charge des personnes détenues non consentantes : le régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Dans les situations nécessitant une prise en charge thérapeutique intensive ou en cas de crise, l'article D.398 du code de procédure pénale prévoit que « *les détenus ….. ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. ……, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder…. à leur hospitalisation d'office …. ».*

Par ailleurs, les soins psychiatriques dispensés aux personnes détenues ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation à temps complet.

Le code de la santé publique organise cette hospitalisation dans :

- les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 ont vocation à accueillir les détenus dont les troubles mentaux compromettent l'ordre, la sûreté des personnes ou qui se mettent en danger eux-mêmes. L'arrêté du 20 juillet 2010 positionne 9 UHSA dans des établissements hospitaliers spécialisés et les rattache aux établissements pénitentiaires d'une direction interrégionale pénitentiaire. La région Haute-Normandie est rattachée à l'UHSA du CHU de Lille-Seclin d'une capacité de 60 lits dont l'ouverture est prévue fin 2012.

  Dans l'attente de leur prise en charge dans ces unités, la loi prévoit, en son article 48, que l'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux continue d'être assurée par le SMPR ou un établissement de santé habilité. Cette habilitation est prononcée par le directeur de l'ARS, après avis du préfet de département, en application de l'article L3222-1 du CSP.

- les Unités pour Malades Difficiles (UMD) à vocation interrégionale, non sectorisées, sont implantées dans un centre hospitalier spécialisé. Elles assurent l'hospitalisation des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mise en œuvre que dans une unité spécifique. Elles accueillent des patients déclarés pénalement irresponsables, des patients qui présentent des troubles majeurs du comportement et des détenus condamnés.

  Le financement de ces structures vaut reconnaissance.

  Le plan de sécurisation des hôpitaux prévoit l'ouverture de 4 nouvelles UMD dont 1 de 40 lits au centre hospitalier spécialisé du Rouvray. Son ouverture est prévue courant 2012.

S'agissant du volet psychiatrique, seules la désignation des établissements de rattachement aux UCSA et l'habilitation des établissements à recevoir des détenus en hospitalisation sans leur consentement relèvent de la compétence de l'ARS.

La situation en Haute-Normandie

La Haute-Normandie compte quatre établissements pénitentiaires. Il s'agit :

- de la maison d'arrêt de Rouen,
- du centre pénitentiaire du Havre,
- du centre de détention du Val de Reuil, et,
- de la maison d'arrêt d'Evreux.

Etat des lieux des établissements assurant la mission de prise en charge sanitaire des personnes détenues et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire

	Territoire de Rouen	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux	
	Maison d'arrêt	Centre pénitentiaire	Centre de détention	Maison d'arrêt
UCSA somatique	CHU de Rouen	GHH	CHI Elbeuf-Louviers	CHI Eure-Seine
UCSA psychiatrie		Secteurs psychiatriques du GHH		Secteurs psychiatriques du CHS de Navarre
SMPR	Secteur pénitentiaire CHS du Rouvray		Secteur pénitentiaire CHS du Rouvray	
Hospitalisation sans consentement	CHS du Rouvray	GHH (Pierre Janet)	CHS de Navarre et CHS du Rouvray si besoin	CHS de Navarre

Le SROS Soins aux personnes détenues n'a pas retenu de besoins supplémentaires d'implantations.

2.2.15 Les soins aux personnes retenues en centre de rétention administrative

Textes applicables

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
- articles L551-1 et suivants
- articles L552-1 et suivants
- articles L553-1 et suivants
- articles L554-1 et suivants
- articles L555-1 et suivants
- articles R553-1 et suivants

Code de la santé publique :
- articles L6112-1 et L6112-8
- article R6112-14

Circulaire n° DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND/99/677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative

Les centres de rétention administrative ont vocation à recevoir les étrangers qui n'ont pas le droit de séjourner sur le territoire français et sont sous le coup d'une interdiction de territoire ou d'une procédure d'éloignement. Ils y sont retenus dans l'attente de leur retour dans leur pays d'origine tout en leur permettant des démarches de recours.

Ces centres retiennent aussi les étrangers rentrant sur le territoire et en attente de régularisation de leur situation (via les demandes d'asile, notamment).

Ils sont créés, sur proposition du ministre chargé de l'immigration, par arrêté conjoint du ministre chargé des affaires sociales, du ministre chargé de l'immigration, du ministre de l'intérieur et du ministre de la justice.
Leur surveillance est assurée soit par la police nationale, soit par la gendarmerie nationale.
Certains centres peuvent accueillir des familles.

Un arrêté interministériel en date du 29 mars 2004 a créé un tel centre sur le site de l'Ecole Nationale de Police à Oissel. Son ouverture a été effective le 20 avril 2004.

Le code de l'entrée et du séjour des étrangers et le code de la santé publique prévoient la prise en charge sanitaire somatique et psychologique des personnes retenues et la loi HPST dispose que la désignation de l'établissement de santé assurant cette mission appartient au directeur général de l'ARS.
Il est à noter que, en application de l'article R6112-14 du CSP, la prise en charge des soins aux personnes retenues en centre de rétention administrative est réservée aux seuls établissements publics de santé.

La situation en Haute-Normandie s'établit comme suit :

Etat des lieux des établissements réalisant la mission de soins aux personnes retenues au centre de rétention administrative de Oissel et susceptibles de faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire : CHU-Hôpitaux de Rouen

Schéma cible d'implantations : 1

IV - ANNEXE

Annexe 1 : l'état des lieux fait ressortir un total de 229 lignes de PDSES dont 59 gardes et 170 astreintes réparties comme suit par territoire de santé :

	Dieppe	Le Havre	Evreux Vernon	Rouen Elbeuf	Total
Gardes	4	15	17	23	59
Astreintes	16	48	31	75	170
Total	**20**	**63**	**48**	**98**	**229**

③ Biologie médicale

CONTEXTE REGLEMENTAIRE

- **Code de la santé publique (CSP).**
- **Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010** relative à la biologie médicale.
- **Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS version 2** de la Direction générale de l'offre de soins.

Cette toute première élaboration du volet biologie du schéma régional d'organisation des soins découle de dispositions issues de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

En effet, la loi précitée, dont l'article 69 a prévu de réformer les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale (LBM) par ordonnance (ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale), a également étendu le périmètre de la planification régionale de la politique de santé.

Ainsi l'article L. 1434-7 du CSP, qui définit le schéma régional d'organisation des soins, mentionne que celui-ci doit indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des réseaux de santé et des **laboratoires de biologie médicale**.

Pour l'élaboration du SROS, un guide méthodologique rédigé par la Direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé a été mis à la disposition des agences régionales de santé.

Ce guide mentionne trois orientations principales :

- accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques ;
- fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès aisé et de façon égale de la population à la biologie médicale ;
- dans le cadre du SROS, prévoir les évolutions de l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés.

Après un rappel des conditions actuelles d'ouverture et de fonctionnement des laboratoires, ces trois orientations sont développées ci-dessous.

I. CONDITIONS D'OUVERTURE ET DE FONCTIONNEMENT DES LABORATOIRES

Ces dispositions proviennent de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. A ce jour, de nombreux textes d'application ne sont pas encore parus.

Dans l'attente de la promulgation de la loi portant réforme de la biologie médicale dont la proposition a été déposée à l'Assemblée nationale le 22 novembre 2011, laquelle reprend les modifications qu'avait introduites le projet de la loi « Fourcade », censurées par le Conseil constitutionnel pour des questions de forme et non de fond, seules les dispositions initiales de l'ordonnance figurent ci-après, notamment celles qui concernent le périmètre et les dates limites de l'accréditation des laboratoires.

1.1 L'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale

L'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale, public ou privé, est subordonnée au dépôt préalable, par son représentant légal, d'une déclaration auprès de l'agence régionale de santé, dont le contenu et dans un délai qui seront tous deux fixés par voie réglementaire. Avant l'ouverture du laboratoire, son représentant légal communique à l'ARS l'attestation provisoire délivrée par l'instance nationale d'accréditation (article L. 6222-1 CSP).
A l'heure actuelle, les arrêtés mentionnés ci-dessus n'étant pas parus, cette voie d'ouverture n'est pas utilisable.

L'ouverture d'un LBM ne peut actuellement se faire que par l'obtention d'une autorisation administrative dans des conditions définies à l'article 7 de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale :

Jusqu'au 31 octobre 2016, seul peut obtenir une autorisation administrative :

- un laboratoire de biologie médicale qui résulte de la transformation de plusieurs laboratoires existants en un laboratoire de biologie médicale ;
- un laboratoire de biologie médicale qui ouvre un site nouveau, dans le respect des limites territoriales définies à l'article L. 6222-5 CSP (sur trois territoires de santé limitrophes au maximum, sauf dérogation), à condition de ne pas dépasser le même nombre total de sites ouverts au public (ouverture « compensée » par une fermeture) ;
- un laboratoire de biologie médicale existant qui ouvre des sites nouveaux, dès lors que ce laboratoire est accrédité pour au moins la moitié de son activité en nombre d'examens de biologie médicale réalisés pendant une année civile, dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'autorisation administrative ne peut être délivrée à ce titre que jusqu'au 31 octobre 2011. L'arrêté précité n'est, à l'heure actuelle, pas paru.

Les autorisations administratives des LBM privés seront abrogées au 1er novembre 2016.

Il en ressort que les possibilités d'ouverture de nouveaux laboratoires ou de nouveaux sites de laboratoires existants sont, à l'heure actuelle, restreintes.

1.2 L'implantation sur plusieurs sites

Sous réserve des règles d'implantation territoriale mentionnées à l'article L. 6222-5 CSP, un même laboratoire peut être implanté sur un ou plusieurs sites (article L. 6212-1 CSP).

Au moins un biologiste médical doit exercer sur chacun des sites du LBM aux heures d'ouverture de ce site (article L. 6222-6 CSP).

Pour les laboratoires exploités par une société, le nombre de biologistes médicaux en exercice détenant une fraction du capital social et travaillant au moins à mi-temps dans le laboratoire doit être égal ou supérieur au nombre de sites de ce laboratoire (article L. 6223-6 CSP).

1.3 Les règles géographiques et quantitatives encadrant l'ouverture des laboratoires

Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le schéma régional d'organisation des soins et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (article L. 6222-5 CSP).

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsque cela aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins (article L. 6222-2 CSP).

1.4 Les règles assurant la continuité de l'offre de biologie médicale

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 CSP).

L'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé infrarégional, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6223-4 CSP).

1.5 L'accréditation du laboratoire

Un laboratoire de biologie médicale ne peut réaliser d'examen de biologie médicale sans accréditation (article L. 6221-1 CSP).

A la date limite du 1er novembre 2016, le LBM doit avoir obtenu l'accréditation de l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés.

Toutefois, aucun laboratoire de biologie médicale non accrédité ne pourra fonctionner après le 1er novembre 2013 s'il n'a pas justifié son entrée effective dans une démarche d'accréditation.

1.6 La réalisation de prélèvements uniquement sur les territoires d'implantation du laboratoire par des professionnels habilités

Le prélèvement des échantillons biologiques doit être réalisé dans le ou les territoires de santé infrarégionaux d'implantation du LBM, sauf dérogation pour des motifs de santé publique et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat (article L. 6211-16 CSP).

L'article L. 6211-13 CSP renvoie à un arrêté pour définir les catégories de professionnels de santé habilités à réaliser la phase pré-analytique, en dehors de ceux exerçant en LBM ou en établissement de santé.

Une convention devra être signée entre le représentant légal du LBM et ce professionnel de santé (article L. 6211-14 CSP).

1.7 La transmission des échantillons biologiques

Lorsqu'un laboratoire de biologie médicale n'est pas en mesure de réaliser un examen de biologie médicale, il transmet à un autre laboratoire de biologie médicale les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation. Ces transmissions ne peuvent excéder, pour une année civile, 15 % du nombre total d'examens de biologie médicale réalisés par le laboratoire (article L. 6211-19 CSP, décret n°2011-1268 du 10 octobre 2011).

Ces transmissions pourront être faites dans le cadre de contrats de coopération (article L. 6212-6 CSP) et ne pourront pas faire l'objet de ristournes (article L. 6211-21 CSP).

1.8 La permanence de l'offre de biologie médicale

Les laboratoires de biologie médicale participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé infrarégional (article L. 6212-3 du CSP).

1.9 Un seul LBM pour les établissements de santé

Un établissement de santé ne peut compter en son sein qu'un laboratoire de biologie médicale. Un laboratoire de biologie médicale peut être commun à plusieurs établissements de santé (article L. 6222-4 CSP).

II. LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME

Les instructions du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS sont les suivantes :

Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.

Le regroupement des laboratoires contribue à atteindre cet objectif et doit donc être facilité.

Il vous appartient cependant de veiller à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale afin de maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie et que tous les laboratoires de biologie médicale quel que soit leur statut répondent dans un délai compatible avec l'état de l'art, notamment en cas d'urgence (article L. 6211-2 du code de la santé publique).

Pour cela, les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles L. 6222-2, L.6222-3 du code de la santé publique sont applicables. Il s'agit en particulier d'apprécier si l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un LBM aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, 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).

Votre attention est également appelée sur le respect de l'article L. 6223-4 du code de la santé publique. Il est rappelé que l'ARS est informée des modifications de structures juridiques et financières des LBM (art. L. 6222-1 « … le représentant légal du LBM déclare à l'ARS toute modification relative à l'organisation générale du laboratoire, ainsi que toute modification apportée à sa structure juridique et financière »).

Enfin, si la continuité de l'offre de biologie médicale est menacée sur un territoire de santé par des opérations de regroupement par fusion ou acquisition, le SROS peut en faire mention, afin d'appuyer la décision du DG d'ARS qui viendrait s'opposer à ces opérations (art. L. 6222-3 du CSP). Il appartient à l'ARS de déterminer l'opportunité d'une telle mention.

Il vous appartient aussi de veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les laboratoires de biologie médicale privés ou publics au plus tard au 1er novembre 2016 avec la preuve d'entrée dans celle-ci, pour chacun d'entre eux, dès le 1er novembre 2013.

2.1 La situation actuelle

La région Haute-Normandie comporte, à la mi-mai 2011, 92 laboratoires de biologie médicale privés, 8 laboratoires hospitaliers et 5 laboratoires de l'Etablissement Français du Sang (EFS), soit 105 laboratoires au total.

Sur les 92 laboratoires privés, 34 semblent exploités isolément d'après les données détenues à l'ARS. Parmi ces derniers, certains risquent de rencontrer des problèmes structurels et financiers pour l'obtention de l'accréditation de leur activité.

2.2 Les effets de la réforme de la biologie médicale

Entre la parution de l'ordonnance (mi-janvier 2010) et mi-mai 2011, en supplément de deux transformations d'ensembles de laboratoires exploités par une même société en laboratoires de biologie médicale multi-sites, les six demandes suivantes ont été acceptées :

- une acquisition d'un laboratoire indépendant par une société, ce qui a transformé ce laboratoire en site du LBM exploité par cette société (LBM à 8 sites désormais).
- une acquisition d'un laboratoire indépendant par une société exploitant 2 LBM, ce qui a transformé l'ensemble en un LBM à 3 sites.
- une fusion de deux sociétés donnant naissance à un LBM à 4 sites.
- une fusion de trois sociétés conduisant à la constitution d'un LBM à 5 sites.
- deux ouvertures de sites en contrepartie de la fermeture de deux autres sites pour des LBM de respectivement 8 et 3 sites.

III. LA FIXATION DE REGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE

Les instructions du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS sont les suivantes :

Fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.

A cet effet :

- élaborer une cartographie de l'existant en termes d'offre de biologie médicale. L'offre doit être exprimée en nombre de LBM ou de sites de LBM ouverts au public, afin d'avoir une visibilité des conditions d'accessibilité.
- estimer les besoins de la population, définis en nombre total d'examens prélevés sur le territoire de santé, prenant en compte tout critère estimé pertinent et notamment les évolutions démographiques, la morbidité, etc.
- indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantation pour les LBM (exprimé en nombre de sites ouverts au public).
- susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant.
- prévoir, le cas échéant, les dérogations à la règle d'implantation territoriale des LBM. Il est en effet prévu que les sites du LBM sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (art. L. 6222-5 CSP), dans le respect du délai de rendu des résultats des examens compatible avec l'état de l'art. Il convient de préciser que les territoires peuvent être limitrophes sans toutefois être situés dans la même région administrative.

3.1 L'élaboration d'une cartographie de l'existant

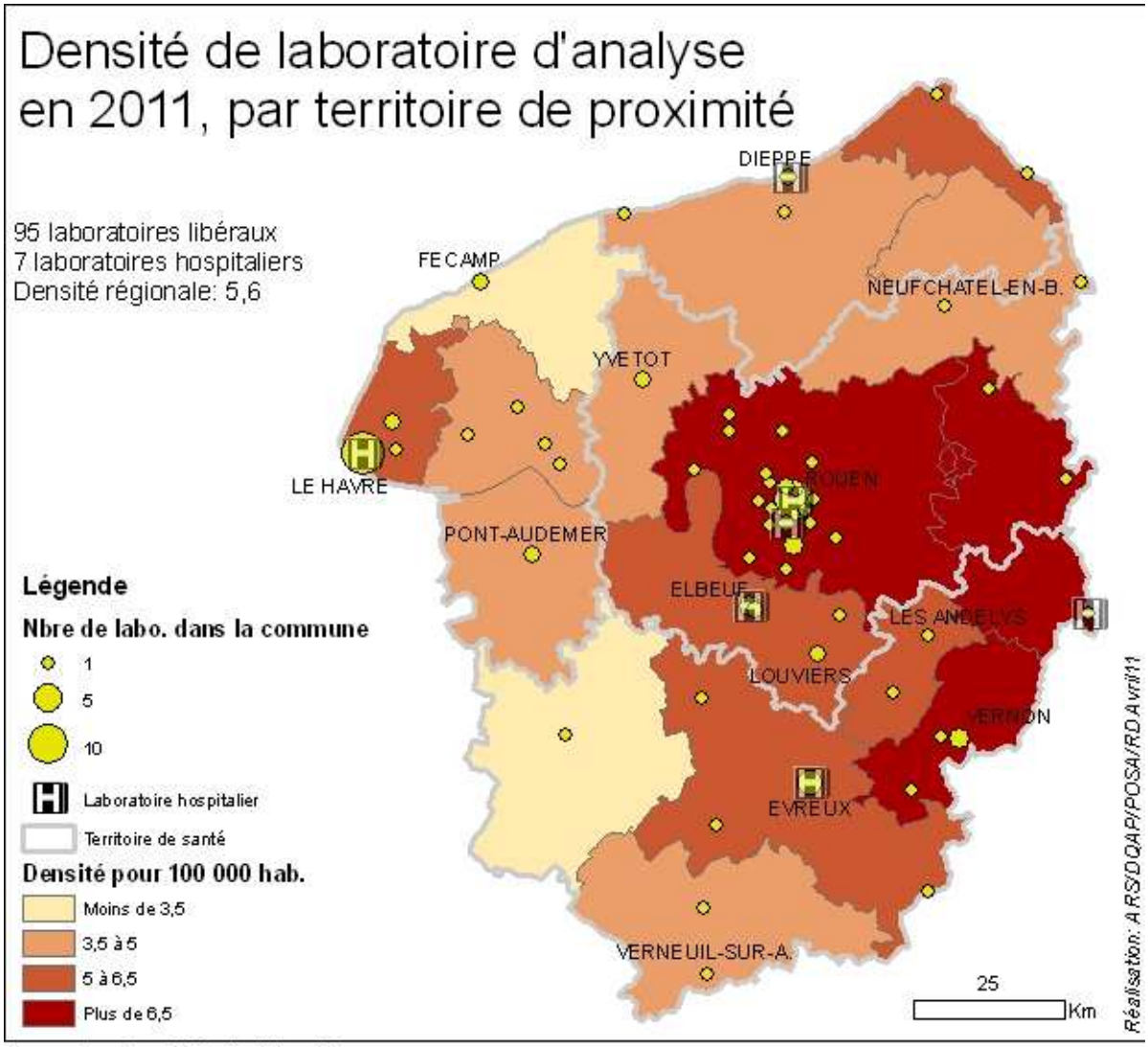
La répartition des laboratoires de biologie médicale sur les quatre territoires de santé de la région est la suivante :

Territoires de santé	Nombre de laboratoires
Le Havre	22
Dieppe	9
Rouen / Elbeuf	53
Evreux / Vernon	21
Total	**105**

Les quatre territoires de santé sont subdivisés en 17 territoires de proximité. Ces territoires de proximité constituent l'échelon au niveau duquel est prise en compte la présence de laboratoires de biologie médicale.

La répartition des laboratoires de biologie médicale sur les territoires de proximité est la suivante :

Territoires de proximité	Nombre de laboratoires
BERNAY	1
BOLBEC-LILLEBONNE	4
DIEPPE	5
ELBEUF-LOUVIERS	8
EU	2
EVREUX	9
FECAMP	2
GISORS	2
GOURNAY-EN-BRAY	2
LES ANDELYS- GAILLON	2
LE HAVRE	15
NEUFCHATEL-EN-BRAY	2
PONT-AUDEMER	2
ROUEN	40
VERNEUIL-SUR-AVRE	2
VERNON	5
YVETOT	2
TOTAL	**105**



NB : Trois des cinq laboratoires de l'EFS ont été comptabilisés avec les LBM privés. Ne sont pas pris en compte dans le schéma ci-dessus les deux LBM de l'EFS situés à Evreux et à Rouen. De même, aux 7 LBM hospitaliers pris en compte, il faut ajouter le LBM du Centre de lutte contre le cancer Henri-Becquerel à Rouen. Les difficultés rencontrées dans l'enquête effectuée et l'absence d'autorisation d'ouverture délivrée par une autorité pour les LBM hospitaliers expliquent ces sous-estimations et réajustements.

3.2 L'estimation des besoins de la population

Les besoins de la population doivent être définis en nombre total d'examens prélevés sur le territoire de santé et en prenant en compte tout critère estimé pertinent et notamment les évolutions démographiques, la morbidité, etc.

Pour ce faire, il a été demandé aux biologistes des secteurs privé et public de répondre à un questionnaire élaboré par la Direction générale de la santé du Ministère chargé de la Santé joint en annexe du présent rapport.

a) Les résultats obtenus

A la mi-mai 2011, 51 réponses ont été reçues pour 105 laboratoires. Toutes les réponses ne sont pas exploitables car beaucoup sont incomplètes.

En conséquence, il a été décidé d'utiliser les chiffres détenus par l'Assurance-Maladie. Leur récupération est en cours.

Parmi ces 51 laboratoires ou sites, 24 ont fourni une date d'entrée dans la démarche d'accréditation et 27 ont fourni leur volume d'activité en nombre d'examens prélevés.

b) Les critères d'évolution

Dans la mesure où les chiffres de l'Assurance-Maladie pourraient être obtenus annuellement, l'estimation des besoins de la population ferait l'objet d'une mise à jour annuelle sans qu'il soit nécessaire de recourir à des critères d'évolution.

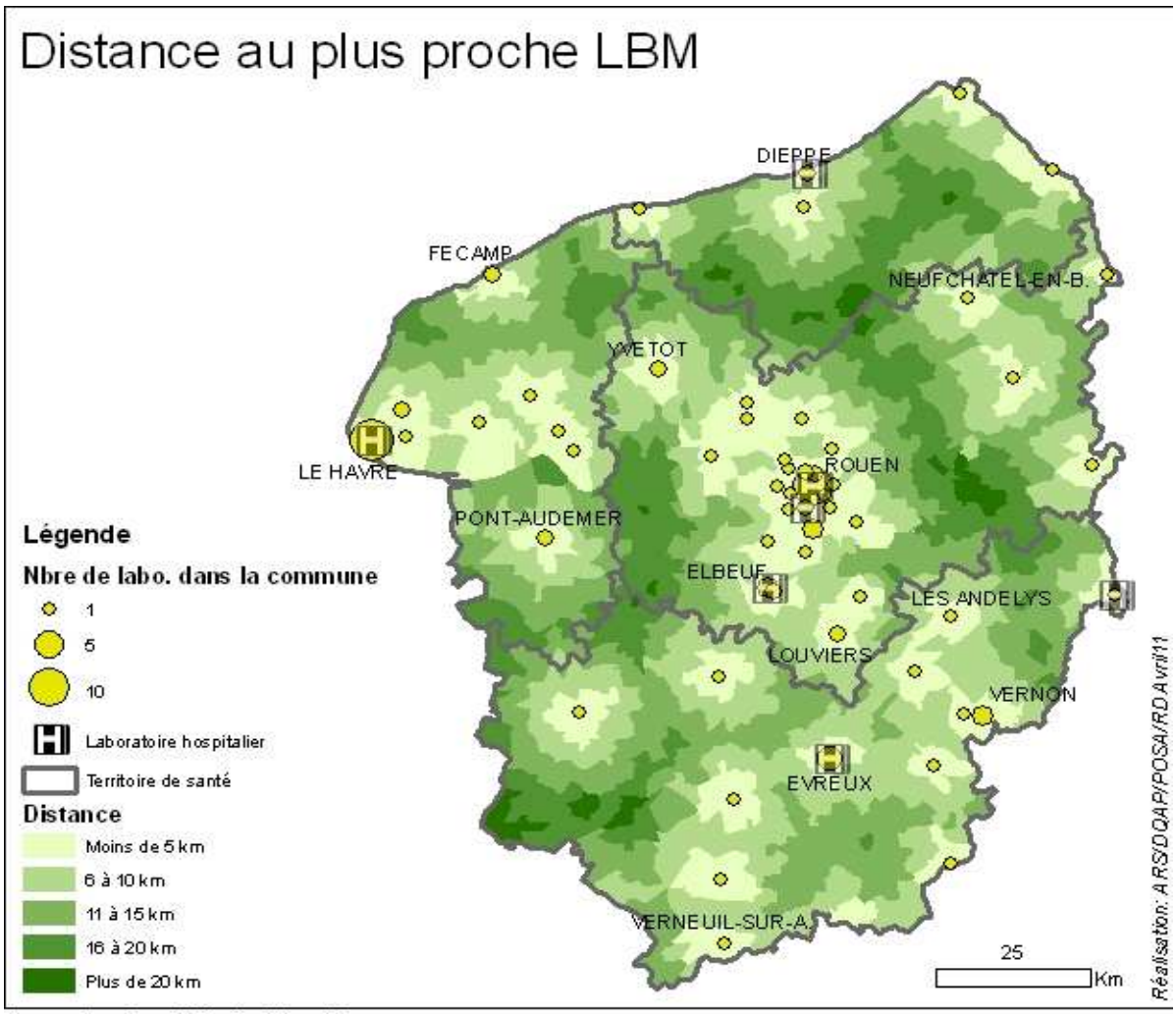
En outre, on peut imaginer que l'enquête effectuée auprès des LBM pourrait fournir de meilleurs résultats sur le long terme si elle était répétée annuellement.

c) L'accessibilité de la population aux laboratoires

Dans la perspective de l'organisation de la permanence de l'offre de biologie médicale, l'accessibilité de la population aux laboratoires semble satisfaisante.

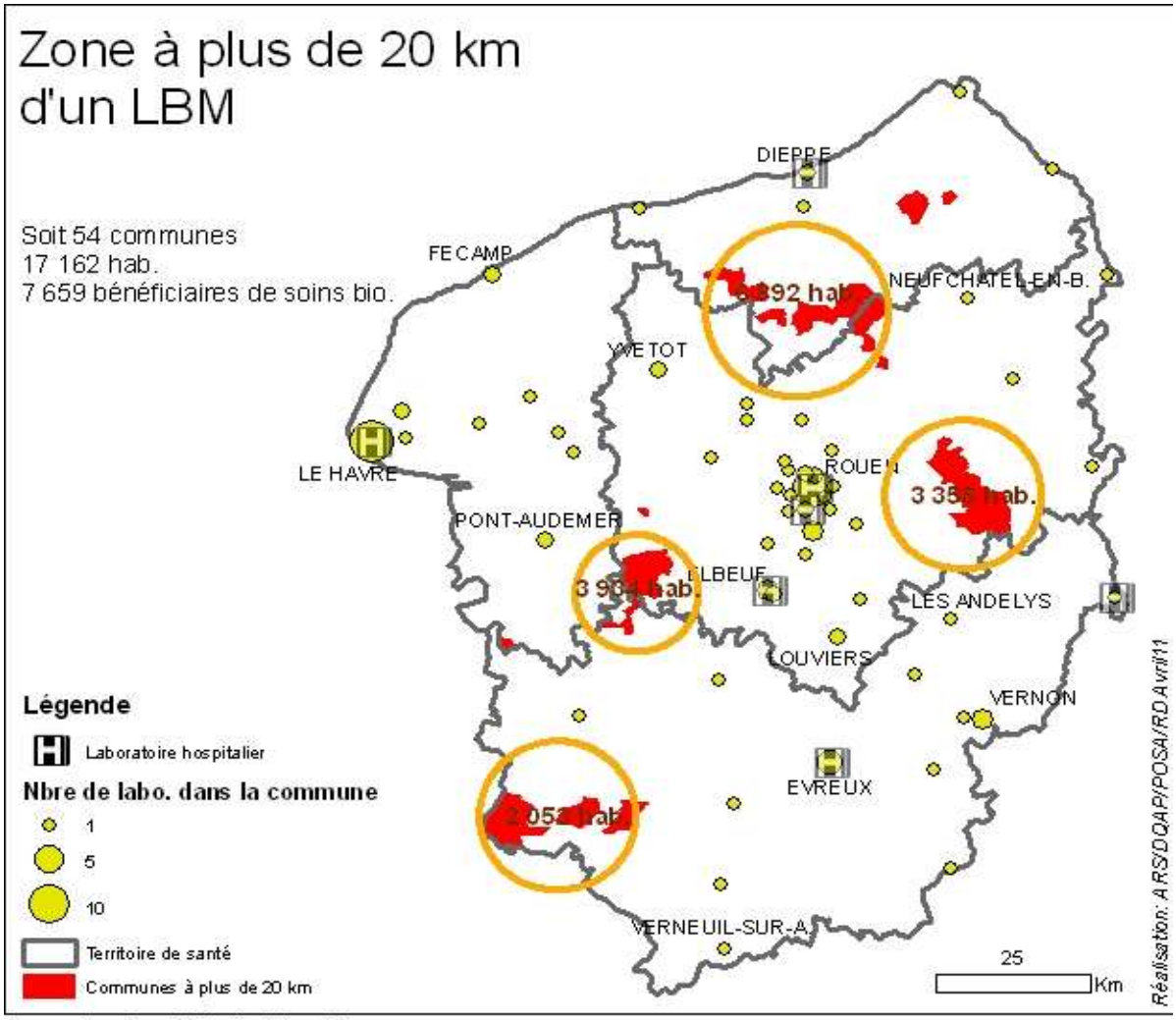
Il apparaît que peu d'habitants se trouvent à une distance supérieure à 20 km et qu'aucun ne se trouve à une distance supérieure à 30 km d'un laboratoire de biologie médicale, ce qui semble satisfaisant dans la mesure où la biologie médicale ne fait pas partie de l'offre de soins de premier recours mais de celle de proximité.

Toutefois, il est possible que des sites pré-post analytiques de laboratoires multi-sites disparaissent, remplacés par des professionnels de santé habilités à prélever et ayant passé convention avec les LBM en question.



La tranche correspondant à un éloignement compris entre 20 et 30 km (zones les plus sombres de la carte) touche 17 162 habitants, dont 7659 patients ayant eu recours à un laboratoire de biologie médicale en 2007. La région Haute-Normandie comptant 1 816 700 habitants, ces personnes représentent 0,42 % de la population régionale.

La carte ci-dessous présente leur répartition :



3.3 Les besoins en implantation pour les LBM

Compte tenu de ce qui précède, il peut être considéré qu'aucun besoin n'apparaît actuellement, la distance maximale de 20 km environ à parcourir semblant acceptable pour une offre de soin de proximité.

De plus, d'autres lieux de prélèvement par des professionnels de santé habilités à prélever et ayant passé convention avec un LBM pourront être utilisés.

3.4 Les évolutions nécessaires par rapport à l'existant

Sur le plan de la répartition géographique, aucune évolution ne semble nécessaire à court terme.

En revanche, pour maintenir le maillage existant, il conviendra le cas échéant d'accorder des dérogations à la règle d'implantation territoriale des LBM.

En effet, il est prévu que les sites d'un même LBM soient localisés sur au maximum trois territoires de santé limitrophes, sauf dérogation prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (art. L. 6222-5 CSP) et dans le respect d'un délai de rendu des résultats compatible avec l'état de l'art (art. L. 6211-2 CSP). Ces territoires peuvent être limitrophes sans toutefois être situés dans la même région administrative. Le cas de sites de LBM situés dans des régions différentes se rencontre déjà à l'heure actuelle.

IV. PREVISION DES EVOLUTIONS POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES

Les instructions du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS sont les suivantes :

Prévoir les évolutions dans le cadre du SROS sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés

Inciter les établissements de santé à organiser si nécessaire le regroupement de leurs laboratoires (chaque établissement de santé est tenu de ne disposer que d'un seul LBM, à l'exception de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices Civils de Lyon, de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et des établissements nationaux), en utilisant en particulier les nouveaux dispositifs de coopération prévus par la loi HPST (notamment le groupement de coopération sanitaire).

Envisager des mutualisations de moyens pour :

- favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation,
- rationaliser l'organisation de la permanence des soins et éliminer les doublons d'activité ou de moyens (en veillant à garantir la réponse à l'urgence).

Il est rappelé que la permanence des soins s'organise sur le territoire de santé et concerne l'ensemble des LBM, quel que soit leur statut (article L. 6212-3 du CSP).

4.1 La situation actuelle

L'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale public avant la réforme ne nécessitait pas de demande d'autorisation à l'autorité compétente, contrairement à celle des laboratoires privés.

Après consultation des établissements par courriel et analyse des données détenues par l'ARS dans différents services, il apparaît que huit établissements de santé de la région disposent de laboratoires hospitaliers, implantés sur un ou plusieurs sites :

- le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
- le Groupe Hospitalier du Havre
- le Centre Hospitalier de Dieppe
- le Centre Hospitalier de Gisors
- le Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine (hôpitaux d'Evreux ou de Vernon)
- le Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil
- le Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen
- le Centre de lutte contre le cancer Henri-Becquerel à Rouen.

4.2 Les effets de la réforme de la biologie médicale

L'entrée dans le processus d'accréditation semble être un bon indicateur de la prise en compte de la réforme par les laboratoires hospitaliers. Celle-ci, en nécessitant des moyens humains et financiers plus importants, accélère les réorganisations des laboratoires nécessaires à son obtention.

Les huit laboratoires ont répondu au questionnaire relatif à leur activité et au volet biologie du SROS.
Parmi ces huit laboratoires, six ont indiqué des dates compatibles avec les délais accordés (date de dépôt de la demande de preuve d'entrée dans l'accréditation au Cofrac, date de dépôt de la demande d'accréditation complète au Cofrac).
En ce qui concerne le laboratoire du Centre hospitalier de Dieppe, le report des dates fixées par l'ordonnance serait souhaitable.
Enfin, pour le CHS du Rouvray, il est prévu que le laboratoire disparaisse. L'activité serait reprise par un autre laboratoire, le dossier en cours d'étude.

V. CONCLUSION

La répartition des laboratoires de biologie médicale privés sur les quatre territoires de santé de la région est pour l'instant satisfaisante. Cependant, son évolution est difficilement prévisible.

Il conviendra, dans la mesure du possible, de maintenir le maillage existant en accordant, si nécessaire, des dérogations à la règle d'implantation territoriale des LBM et de veiller à ce que les règles relatives à la continuité de l'offre de biologie médicale soient respectées. Chaque LBM devra notamment être en mesure de rendre les résultats des examens de biologie médicale dans un délai compatible avec l'état de l'art, critère qui nécessiterait d'être précisé dans les textes réglementaires restant à paraître.

Par ailleurs, il sera nécessaire d'informer les officines de pharmacie de l'interdiction qu'elles auront bientôt de prendre en charge et de transmettre les prélèvements des patients à des LBM.

En outre, il conviendra de suivre l'évolution des laboratoires de biologie médicale dans leur démarche d'accréditation, en particulier en ce qui concerne les laboratoires publics, afin que la continuité de leur fonctionnement à l'issue des délais accordés par la loi ne soit pas compromise.

Enfin, le recueil des données relatives au nombre d'examens prélevés par territoire de santé devra être achevé et renouvelé, soit par l'intermédiaire d'une enquête annuelle auprès des professionnels, soit avec l'aide de l'Assurance-Maladie.

④

Enjeux et objectifs territoriaux

4.1 Note de présentation

4.2 Implantation des activités

4.3 Pilotage de l'activité des établissements

Ce document non constitutif

du schéma régional d'organisation des soins

sera complété ultérieurement.

Remerciements

Les plus vifs remerciements sont adressés aux chefs de projet de l'ARS de Haute-Normandie qui ont animé les groupes de travail ainsi qu'aux experts ayant participé aux travaux d'élaboration de ce Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Chefs de Projets

- **Organisation des soins de ville**
  Docteur Corinne Eudeline, médecin conseil
  Monsieur Alain Planquais, chargé de mission
- **Réseaux de santé**
  Madame Marie-Noëlle Kerdelo, inspectrice principale
- **Médecine**
  Docteur François Bréchon, médecin conseil
- **Hospitalisation à domicile**
  Docteur François Bréchon, médecin conseil
- **Chirurgie**
  Docteur Frédéric Lafaye, médecin conseil
- **Périnatalité**
  Docteur Frédéric Lafaye, médecin conseil
  Docteur Sandra Charpentier, médecin de santé publique
- **Psychiatrie**
  Docteur Cécile Bonnefoy, praticien hospitalier
  Monsieur Jean-Luc Brière, chargé de mission

- **Soins de suite et de réadaptation**
  Docteur François Bréchon, médecin conseil
- **Soins de longue durée**
  Docteur Emmanuelle Odinet-Raulin, médecin conseil
- **Activités interventionnelles sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie**
  Docteur Marilyn Praud, médecin conseil
- **Médecine d'urgence**
  Docteur Jean-Louis Grenier, médecin conseil, conseiller médical
- **Réanimation, soins intensifs et surveillance continue**
  Docteur Benoit Charle, médecin conseil, responsable du pôle organisation de l'offre de soins
- **Traitement du cancer**
  Docteur Jean-Louis Grenier, médecin conseil, conseiller médical
- **Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**
  Docteur Benoit Charle, médecin conseil, responsable du pôle organisation de l'offre de soins
- **Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales**
  Docteur Corinne Eudeline, médecin conseil
- **Imagerie médicale**
  Docteur Jean-Louis Grenier, médecin conseil, conseiller médical
- **Prise en charge de la douleur**
  Docteur Marilyn Praud, médecin conseil
- **Soins palliatifs**
  Docteur Marilyn Praud, médecin conseil
- **Soins aux personnes détenues**
  Madame Agnès Brument, directrice des soins, chargée de mission
- **Les missions de service public**
  Madame Marie-Noëlle Kerdelo, inspectrice principale
- **Biologie médicale**
  Monsieur Jérôme Schmidt, pharmacien inspecteur général de santé publique
  Monsieur Nicolas Payen, pharmacien inspecteur de santé publique

N.B. : la composition des groupes de travail thématiques sera présentée dans le document final du SROS.

⑤ ANNEXE

- **Avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie du 14 février 2012**

Projet Régional de Santé pour la Haute Normandie 2012-2017

Avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

14 février 2012

Ce premier Projet Régional de Santé (PRS) pour la Haute-Normandie, élaboré selon les orientations fixées par la Loi HPST, est l'aboutissement d'un très **important travail** effectué dans des délais contraints. De nombreux groupes de travail ont été impliqués, particulièrement pour les nouveaux schémas de ce PRS, avec des acteurs jusqu'alors dispersés. Plusieurs temps de **concertation** ont eu lieu pilotés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), avec une large participation de membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Cette approche nouvelle a permis de mettre bien en évidence la **complexité des structures** intervenant dans le domaine de la santé. Si le secteur sanitaire peut être piloté en grande partie, au moins au niveau régional, par une unique autorité, il n'en est pas de même pour les secteurs médico-social et de la prévention intégrés dans ce PRS. Cette complexité a de multiples effets délétères. Le principal est de ne pas permettre d'identifier clairement les marges de manœuvre des différents acteurs régionaux par rapport au niveau national et à toutes les composantes institutionnelles de celui-ci.

En adéquation stricte avec des schémas imposés, la présentation **de ce PRS demeure très segmentée.** Ceci rend difficile l'appréciation des principales difficultés et leur positionnement stratégique dans les différentes étapes de la séquence « prévention-soins-médico-social » que l'on souhaiterait décloisonnée, fluide et cohérente. Il existe un risque fort de voir les professionnels en rester à leurs cloisonnements habituels et à leur strict domaine d'intervention. Ils seront dans l'impossibilité d'assimiler ce document dense et segmenté. Ils ne seront pas en mesure de replacer celui-ci dans le cadre général d'un système de santé régional complexe et évolutif.

L'avis préparé, par la commission permanente, et adopté à l'unanimité, moins trois abstentions, par l'assemblée plénière de la CRSA s'est surtout attaché à relever les éléments généraux, transversaux, d'un schéma à l'autre (Schéma Régional de Prévention, ou SRP, Schéma Régional de l'Organisation des Soins, ou SROS, Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale, ou SROMS). Les avis de trois commissions spécialisées de la CRSA sur les schémas correspondants sont annexés à ce document.

La CRSA considère comme positifs les points suivants :

- L**a reconnaissance de la prévention et du secteur médico-social** comme parties intégrantes du système de santé, devant interagir entre eux et avec le secteur sanitaire, est un excellent déterminant pour l'avenir. Ce nouveau périmètre du système de santé, plus en accord avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), va nécessiter, pour qu'il prenne corps, l'élaboration d'une culture commune, dans le respect de la différence, entre des professionnels, des institutions, œuvrant bien souvent jusqu'alors selon des logiques distinctes dans des cadres séparés.

- La CRSA apprécie la dynamique de travail engagée entre l'ARS et les **collectivités territoriales**, particulièrement les conseils généraux, ou d'autres structures déconcentrées de l'Etat. Les expériences prenant appui sur des communes, et/ou bassins de vie, déjà engagées dans des actions de prévention, ou d'appui médico-social doivent être encouragées. On ne peut que souhaiter le décloisonnement entre ces différentes institutions (Etat, Collectivités territoriales, Education Nationale, Assurance Maladie…) et la transparence entre elles pour les missions de santé qu'elles peuvent avoir en commun. La CRSA souhaite la mise en place, en région, de guichets uniques auxquels pourront s'adresser les professionnels pour les actions de santé dépendant jusqu'à présent de plusieurs financeurs, sans attendre les réformes nationales concernant la fongibilité de tels crédits.

- Les actions menées par l'ARS en vue d'augmenter les dotations d'internes et de postes d'assistant pour accroitre les offres régionales en post internat sont très positives. De telles actions, qui doivent concerner toutes les professions, médicales **et** paramédicales, vont bien dans le sens souhaité lors de la motion arrêtée par la CRSA au moment de sa constitution, comme de son avis sur le PSRS et des engagements pris en vue d'améliorer l'état de la **démographie des professionnels de santé dans toute la région.** On s'accorde à considérer que de telles démarches doivent être associées à d'autres venant de divers acteurs, nationaux ou régionaux, pouvant **contribuer à l'attractivité des territoires** ou de certaines formes d'exercice. D'autres commentaires ou suggestions pourront être faits à propos du Programme prévu spécifiquement sur ce sujet.

- La réduction d**es inégalités de santé** entre les territoires et le souci de veiller à apporter à chaque citoyen les mêmes ressources en matière d'offre de soins sont aussi à souligner. On ne peut cependant occulter les inégalités de population entre ces territoires et l'impossibilité de mettre en place, à l'identique, des structures ou activités de soins dépendant d'un seuil minimum de population pour qu'elles aient leur pleine efficience. Quant à la liaison entre

inégalités territoriales et inégalités sociales de santé, elle est discutée et, en l'état des débats, ceci doit faire traiter de manière spécifique, complémentaire et coordonnée ces deux formes d'inégalité.

- Le développement **des nouveaux outils de communication offre de multiples perspectives d'innovation.** Parmi ceux-ci, la CRSA estime indispensable le développement dès que possible du Dossier Médical Personnel (DMP). Même si ce développement est aussi dépendant de celui des réseaux à très haut débit et de leur sécurisation, en particulier pour la télé imagerie, ces outils apportent déjà des services appréciés de téléconsultation dans des domaines spécifiques. Cependant une connaissance approfondie et une confiance entre les partenaires partageant une même culture de communication en sont des préalables. Ce sujet mériterait d'être couplé à une analyse des blocages de développement observés, afin d'agir non seulement sur ces outils mais sur les changements culturels que leur plein emploi nécessite. Un avis plus circonstancié sera fourni à l'occasion du Programme dédié à la télémédecine.

- Le projet d'Observatoire des données médico-sociales répond à une attente forte des professionnels de ce secteur et des associations concernées.

1. Par contre la CRSA émet des réserves sur les points suivants :

- Souvent approfondi par rapport au Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS), le **diagnostic se limite** encore trop à une description simple des moyens, sans précision sur leur mobilisation, la qualité des usages qui en sont faits (fonctionnalité, évaluation). Si, pour le secteur médico-social, il y a consensus sur ce « reste à faire » en matière de diagnostic fonctionnel, dans le secteur sanitaire, pour divers motifs méritant d'être plus explorés, notamment une faible culture générale d'évaluation des pratiques, une attitude plus franchement volontariste est souhaitée, destinée aussi à apprécier l'adéquation des moyens aux besoins.

- Notamment, la **prise en compte des déterminants sociaux** apparait insuffisante alors qu'elle est indispensable pour des orientations cohérentes et réalistes. Les actions de prévention, comme la mise en œuvre de plusieurs volets de l'offre de soins présentés dans le SROS (Hospitalisation à Domicile, ou HAD, Chirurgie ambulatoire, santé mentale…) en sont dépendantes.
  Des partenariats avec les organismes compétents doivent être développés au niveau régional facilitant les actions concrètes à réaliser sur le terrain.

- **La mise en place de ponts, d'interfaces, entre les trois secteurs** reconnus constitutifs du système de santé, prévention, sanitaire et médico-social est reconnue dans le PRS. Cependant, sans méconnaitre le poids et la complexité des cadres institutionnels en place au niveau national et les blocages qui en découlent, notamment pour les financements, la CRSA estime que ce chapitre, avec ses développements régionaux, est insuffisamment priorisé et développé dans le PRS. Le décloisonnement entre ces trois secteurs est d'autant plus nécessaire que les schémas régionaux imposés continuent de les séparer. Il ne se fera pas sans des incitations plus marquées que celles présentées, toute mise en concurrence entre secteurs sanitaire et médico-social devant être évitée. Il pourrait justifier la mise en place de groupes de travail de professionnels en interface dans un même bassin de vie, missionnés pour proposer des référentiels adaptés à des difficultés identifiées en commun concernant le parcours de la personne. L'emploi d'une méthodologie commune pourrait être élaboré au niveau régional. Cette évolution doit être adaptée à des bassins de vie qui ne correspondent pas aux limites administratives existantes, ce que la CRSA avait relevé lors de la discussion sur les territoires de santé.

  Les interfaces de la séquence « prévention - soins - médico-social » et leurs différentes formes prises selon les âges, les situations sociales, les bassins de vie, pourront faire l'objet du travail de tels groupes. Ainsi ce PRS appellera vraiment chacun à se repositionner dans un continuum allant de la prévention aux soins et aux prises en charge de caractère médico-social ou social.

  Ainsi pour les addictions, ou le parcours de santé (et pas seulement le parcours de soins), le parcours de vie de la personne, surtout si elle est handicapée ou âgée et fragile, et à un moindre degré pour la santé mentale, malgré le désir affiché d'une continuité, le document n'apporte que peu ou pas d'éléments sur les points noirs, les goulots d'étranglement, (principalement aux interfaces entre structures d'un même secteur ou de secteurs différents), à traiter prioritairement, ni sur les moyens mobilisés pour y faire face ; il reste très centré sur les difficultés des structures hospitalières.

- Les **déplacements de patients,** (ceux qui ne correspondent pas à la gradation des soins en place), entre territoires et/ou vers d'autres régions, particulièrement préoccupants dans les territoires de Dieppe et plus encore d'Evreux, peuvent certes avoir des liens avec la démographie des professionnels de santé. Mais il ne s'agit là que d'un symptôme dont les causes, variables selon les territoires et les disciplines, mériteraient d'être davantage analysées avec les professionnels et les usagers.

- Les **réflexions sur les évolutions à court et moyen terme sont essentiellement limitées** à celles de la démographie, (celle de la population comme celle des professionnels), certes importantes à prendre en compte. Mais les évolutions culturelles, particulièrement celles des professionnels (sur spécialisation technicisante…), ou concernant l'impact des évolutions des techniques de soins (imagerie, radiologie interventionnelle, chirurgie…), ainsi que les évolutions sociétales, économiques, ou environnementales, sont quasiment absentes alors qu'elles modifieront l'accès aux soins, le comportement des acteurs et la répartition des soins entre eux, avec en corollaire l'adéquation d'une partie du PRS aux réalités de demain.

- **L'offre de soins de premier recours,** telle qu'elle est décrite dans la Loi HPST, est reprise dans le PRS essentiellement dans le volet « organisation des soins de ville » du SROS, sous une forme plus réglementaire que fonctionnelle. Dans son avis sur le PSRS, la CRSA considérait « les soins de premier recours comme une priorité à part, structurante pour les autres organisations prévues dans le parcours de la personne tout au long de sa vie ». La place qui lui est faite dans ce PRS doit être nettement accentuée.
  Compte-tenu des besoins de santé dans notre région, des attentes des jeunes professionnels, nous pensons que ce concept de premier recours doit être employé pour aborder les questions et difficultés concernant l'entrée d'une personne dans le **système de santé et pas seulement dans le système de soins**. De ce fait, les missions possibles de ce dispositif reconnu être au plus près des personnes, sont à l'intersection des trois schémas. Il doit devenir un lieu de coordination entre les professionnels concernés par ces schémas et selon des fonctionnalités qu'ils définissent en commun, au cas par cas. La matérialité immobilière parait moins importante que le **projet fonctionnel** partagé, acté et reconnu par toutes formes possibles de financement.

  *Certaines missions sont bien dans le cadre réglementaire actuel, tels les soins :

  - Directement ou comme coordonateur des différents soins et intervenants de proximité que peut nécessiter l'état de santé d'une personne (particulièrement dans le cas de poly pathologies, de personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie).
  - Adressage pour les avis spécialisés en ambulatoire ou pour des prises en charge, aussi programmées que possible, auprès de services hospitaliers publics ou privés.

  *Ou pourraient y être rattachée : La permanence des soins ambulatoires

*D’autres pourraient être inclues, dans la logique d’une offre de santé de premier recours selon le projet fonctionnel autour duquel se seront regroupés et mobilisés des professionnels :

- La prévention, dans le cadre d’une démarche de promotion de la santé ou dans celui, d’une éducation pour la santé
- Le dépistage
- La participation à des plans de santé publique, nationaux ou régionaux
- La liaison avec des réseaux (locaux de proximité mais aussi régionaux thématiques)
- Certains problèmes sociaux,
- La PMI, la médecine scolaire, la médecine préventive universitaire
- La médecine du travail

En effet, à coté du médecin généraliste, dont les modes d’exercice actuels ne correspondent plus aux attentes des jeunes diplômés, d’autres professionnels de la santé peuvent et doivent être impliqués dans le fonctionnement, en fonction de leurs compétences propres mais aussi de délégations de tâches préalablement déterminées afin d’assurer les missions retenues. Les Infirmières Diplômées d’Etat (IDE), les sages femmes, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les professionnels de services sociaux, les kinésithérapeutes … ont un rôle novateur à jouer. Cette énumération n’est pas limitative et fonction des missions que se donne le dispositif et de l’environnement dans lequel il se trouve. Ces professionnels doivent être identifiés, leurs rôles précisés et de nouveaux modes de rémunération proposés.

Différentes modalités d’organisation existent dès à présent. Selon le projet des promoteurs et les missions retenues, les opportunités de financement, le choix pourra se faire entre réseaux de proximité, pôles de santé, maisons de santé …dans des formes et des modalités nouvelles et innovantes.
Dans tous les cas la fonction, primordiale, de coordonateur du dispositif doit être reconnue et valorisée, au sein d’une démarche de soins coordonnée et en précisant les responsabilités des différents professionnels.

Nous pensons qu’un engagement fort de l’ARS, par l’intermédiaire du PRS, pour promouvoir un « Premier recours » innovant et contribuant au développement de la qualité des soins, peut être un des facteurs d’attractivité régionale pour les jeunes professionnels ainsi que d’attractivité pour la médecine générale. Il permettrait de dépasser le qualificatif de médecin « traitant », et d’associer le « prendre soin » au « donner des soins ».

Ces propositions ont l'ambition de répondre en partie à des difficultés spécifiques de la santé dans la région. Les mesures appelées, organisationnelles et financières, n'ont pas mission à être reproduites à l'identique au niveau national, afin de tenir compte de la diversité actuelle des situations (difficultés sociales, état de santé, démographie des professionnels …) selon les régions, et de la complexité de telles évolutions quand elles doivent être réalisées, à l'identique, dans tout le pays.

- L**'absence de données d'évaluation médico-économiques** contraste avec la priorité qui avait été donnée à ce thème lors du PSRS. Alors que l'efficience apparait comme un objectif récurrent et que l'impact des données économiques sur les comportements réels des professionnels, d'un secteur comme de l'autre, est une réalité, les données nécessaires ne sont pas lisibles. Cela est particulièrement regretté dans les cas où plusieurs options de développement sont possibles notamment quand ils font intervenir plusieurs sources possibles de financement, en sus de l'Assurance maladie (ainsi, notamment, pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ou pour les modalités d'épuration extra rénale). L'importance des montants engagés doit amener à un rapprochement des institutions et professionnels concernés pour fournir ces données et les soumettre au débat, particulièrement dans le contexte actuel de leur retentissement sur les comptes publics, et des contraintes de la dette publique.

- La CRSA s'inquiète enfin **des très nombreuses priorités** annoncées dans les différents schémas du PRS et des moyens nécessaires, non seulement matériels pour les financer, mais aussi humains pour en animer ou en contrôler le développement. La pérennité des ressources, dans le cadre de financements pluriannuels, parait préférable à leur dispersion sur trop de postes si cela aboutissait à leur fragilité dans le temps. Les financements multiples, s'ils permettent des opérations financièrement lourdes, exposent aussi au risque de déstabilisation d'actions longues en cas de défaut de l'un des financeurs, et doivent être liés à des engagements des différents partenaires, financeurs comme opérateurs.

- **De façon plus ponctuelle**, nous suggérons :

- qu'au vu de la réalité des capacités en lits de réanimation, de leur répartition géographique et de l'impact possible sur l'accès de tous à des praticiens compétents sans surcharge financière, une concertation approfondie soit engagée avec les différentes parties. Celle-ci s'efforcera de mettre au clair tous les paramètres en place (fuites éventuelles de patients, de professionnels, réglementations, sécurité, conséquences financières, lobbies …).

- un approfondissement et des propositions de mesures correctrices, dans le volet Insuffisance rénale du SROS, devant l'observation du faible taux de greffe de rein et de prélèvements d'organes dans la région,
- -que la diversité dite significative de la fréquence de césariennes selon les établissements notée dans le volet périnatalité soit davantage justifiée.

2. La CRSA formule des recommandations, préconisations et demandes

- Le **développement de l'évaluation**. L'utilisation des données déjà fournies par les diverses visites d'accréditation, ou d'agrément, comme par les cellules qualité des établissements peut constituer une base de travail, à développer. Cependant les pratiques inadéquates ne doivent pas être dépistées seulement à l'intérieur d'une structure ou d'un cabinet mais tout au long de la chaine de prise en charge du patient, partant de son domicile et revenant à celui-ci. C'est le développement d'une démarche qualité impliquant, autour de valeurs partagées, l'ensemble des acteurs d'une chaine de prise en charge, qui est nécessaire. Les obstacles objectifs et les réserves émises par les professionnels devront être pris en compte. Cette évaluation doit être conçue et perçue comme source de progression et non de pénalisation. L'efficacité et l'efficience sont ici liées. Sans que cela soit limitatif, des domaines tels que la psychiatrie, les différentes formes de prise en charge des insuffisants rénaux, la réanimation/surveillance continue, les risques liés aux soins, représentent autant de secteurs dans lesquels une délimitation plus large de la démarche qualité pourrait être développée.

- **La coordination** est fréquemment sollicitée dans les schémas de ce PRS, notamment lors de conventions. Mais elle nécessite des moyens matériels et des professionnels rendant compte à une autorité « juge de paix ».Ceux ci animeront des interfaces de concertation dans un territoire défini et sur des champs dont la délimitation aura sens pour les acteurs, fondés par exemple sur des « points noirs bloquant » relevés lors du diagnostic.

- **L'observation de la santé** doit pouvoir bénéficier des multiples sources actuellement existantes dans la région ayant cette finalité. La CRSA suggère un travail de rapprochement des structures et de mutualisation des données ainsi collectées de façon séparée, voire redondantes. Vues les importantes données dont dispose l'Assurance Maladie, celle-ci devrait, parmi d'autres, contribuer à ce rapprochement.

- La **faible lisibilité sur la mise en œuvre**, (selon quelle séquence ? avec quelle implication des partenaires institutionnels ? tels les Conseils généraux, et d'autres, comme l'Education Nationale, que l'on souhaiterait voir impliqués)

pourrait être améliorée par l'apport de certains outils de lecture. Ainsi ceux concernant **la connaissance des chaines de financement** quand plusieurs organismes interviennent sur la chaine de prise en charge sanitaire puis médico-sociale pourraient être présentés avec profit pour identifier les responsabilités de chacun et ainsi contribuer au bon fonctionnement de la démocratie sanitaire. La CRSA rappelle que **le rééquilibrage des ressources attribuées à la région**, en matière sanitaire et médico-sociale, avec la préoccupation de faire respecter le principe de l'égalité républicaine, était une des conditions qu'elle avait mise à l'approbation du PSRS.

En conclusion, la CRSA de Haute Normandie, dans son assemblée plénière du 14 février 2012, approuve le PRS, pour 2012-2017, sous réserve de la prise en compte des réserves, recommandations et préconisations ci-dessus, dont elle souhaite que la communication soit faite en même temps que celle du PRS. Elle demande à être impliquée dans la mise en œuvre des travaux que celles-ci nécessiteront ainsi que dans le suivi régulier de l'ensemble de ce PRS. Elle prend à son compte les trois avis sur les trois schémas régionaux donnés par les commissions spécialisées correspondantes.

Annexes : les avis des commissions spécialisées sur le SROS, le SROMS, le SRP

Siège régional

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

Téléphone : 02.32.18.32.18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr