

# BILAN du SROS de Haute-Normandie



# Sommaire



<b>Médecine</b> .....	<b>Page</b>	<b>3</b>
<b>Hospitalisation A Domicile</b> .....	<b>Page</b>	<b>25</b>
<b>Chirurgie</b> .....	<b>Page</b>	<b>35</b>
<b>Périnatalité</b> .....	<b>Page</b>	<b>55</b>
<b>Psychiatrie – Sante Mentale</b> .....	<b>Page</b>	<b>71</b>
<b>Soins de Suite et de Réadaptation</b> .....	<b>Page</b>	<b>97</b>
<b>Cardiologie Interventionnelle</b> .....	<b>Page</b>	<b>111</b>
<b>Médecine d’Urgence</b> .....	<b>Page</b>	<b>121</b>
<b>Réanimation, soins intensifs et Surveillance Continue</b> .....	<b>Page</b>	<b>135</b>
<b>Traitement de l’IRC par Epuration Extrarénale</b> .....	<b>Page</b>	<b>145</b>
<b>Traitement du Cancer</b> .....	<b>Page</b>	<b>161</b>
<b>Examens des Caractéristiques Génétique d’une personne</b> .....	<b>Page</b>	<b>175</b>
<b>Imagerie Médicale</b> .....	<b>Page</b>	<b>191</b>
<b>Douleur Chronique Rebelle</b> .....	<b>Page</b>	<b>201</b>
<b>Soins Palliatifs</b> .....	<b>Page</b>	<b>213</b>
<b>Soins aux Personnes Détenues</b> .....	<b>Page</b>	<b>225</b>



**VOLET  
MEDECINE**



**SROS**



# MEDECINE



# SROS

## Préambule

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.

Le volet médecine du SROS 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.

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).

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) et les affections respiratoires de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin, à l'horizon 2040, près de 10 % de la population haut-normande aura plus de 80 ans contre moins de 5 % en 2010.

Face à ces indicateurs, la région doit organiser des filières de soins graduées, en articulant les dispositifs de soins hospitaliers avec la médecine de ville.

En effet, il est à souligner l'interdépendance du premier recours, élément déterminant dans l'accès aux soins hospitaliers. 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 (la fréquentation des services d'urgences adultes et pédiatriques dans la région est en effet particulièrement élevée). En aval, ces situations de fragilité peuvent être un frein au retour à domicile.

D'une façon générale, l'activité de médecine hospitalière est prédominante dans les établissements publics, où elle représente 48,5 % des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en 2014, contre 12,3 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient en revanche les techniques interventionnelles, en particulier les endoscopies, essentiellement en ambulatoire, où le volume d'activité est 5 fois plus important que dans les établissements publics. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est aussi très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels.

L'enjeu de la médecine hospitalière, en lien avec la médecine de ville dont elle constitue souvent le niveau de recours, est de faire face au vieillissement démographique et, par conséquent, au développement des maladies chroniques et des situations de poly-pathologies à l'origine de nombreuses hospitalisations et ré hospitalisations. La médecine hospitalière a donc une place centrale dans la gradation territoriale des soins et donc la structuration des parcours de soins, s'agissant de la prise en charge des poly pathologies complexes ou des maladies chroniques.

La stratégie régionale définie dans le volet médecine du SROS PRS pour la période 2012-2017 repose notamment sur la prise en compte du vieillissement démographique, du développement des maladies chroniques et des situations de poly-pathologies impliquant de nouveaux besoins et une adaptation de l'offre.

Le volet médecine du SROS PRS de Haute Normandie a dégagé sept grands objectifs à partir desquels a été élaboré un plan d'action, décliné en objectifs opérationnels à l'échelle de la région ou des territoires.

Ce bilan à mi parcours vise à expliciter les grandes avancées stratégiques menées à partir des principaux constats faits en région au moment de l'élaboration du SROS. Soulignons que l'ensemble de ces actions concourent à améliorer non seulement l'accès aux soins, mais aussi la structuration et la fluidité des parcours de soins afin de répondre aux enjeux de la politique de santé et de la future loi de santé.

# MEDECINE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

5

### Principaux constats

- 1- Une démographie des professionnels de santé préoccupante → p 9
- 2- Des disparités infrarégionales de l'offre et des ex-hôpitaux locaux en cours de restructuration → p 11
- 3- Des inégalités dans l'accès aux soins → p 13
- 4- La nécessaire structuration des filières de soins → p 14
- 5- Le nécessaire déploiement de la télémédecine → p 23





# 1 - Une démographie des professionnels de santé toujours préoccupante

Celle-ci suscite une mobilisation forte de l'ARS, de l'UFR, des établissements en particulier du CHU.

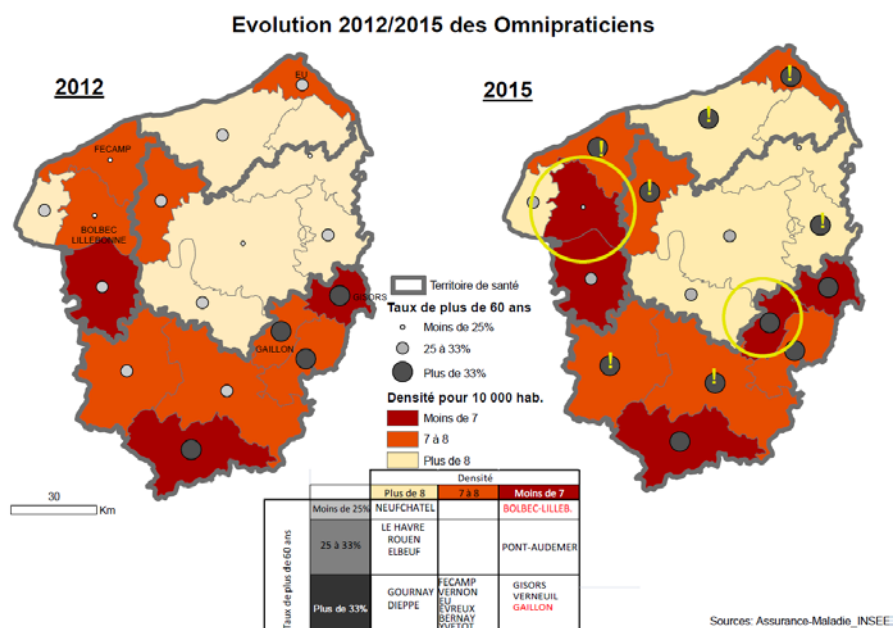
La question de la démographie des professionnels de santé ne peut être appréhendée de manière dissociée entre la démographie en établissements de santé, en ville et en PMI. Ceci est d'autant plus indispensable que les différents secteurs travaillent de manière interdépendante, dans une perspective de fluidité de parcours de soins.

En 2011, en matière de démographie des professionnels de santé, la région était globalement déficitaire avec des disparités infrarégionales. 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 étaient les plus préoccupantes, mais toutes les disciplines sont en difficultés démographiques.

A souligner une densité régionale de pédiatres (libéraux et salariés) très inférieure à la moyenne nationale.

En 2014, en termes de densité médicale, la région se situe en vingtième position des régions métropolitaines (seules les régions Centre et Picardie connaissent une situation plus défavorable). Près de 27 % des médecins y sont âgés de 60 ans et plus, ce vieillissement étant plus sensible encore pour les autres spécialités que pour la médecine générale.



Si l'on considère l'ensemble des spécialités médicales, l'anesthésie-réanimation, la réanimation médicale, la pédiatrie et la radiologie sont particulièrement touchées. La situation de la pneumologie et de la neurologie est aussi très préoccupante. Le déficit en pédiatres libéraux est encore plus préoccupant qu'en début de SROS PRS.

Face à cette situation, la région (université, établissements de santé, ARS) se mobilisent fortement avec :

- Une augmentation progressive du nombre d'internes dans les spécialités médicales et en médecine générale.
- Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), à destination des étudiants en médecine, de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales à la dernière année d'internat. Il a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et dans des zones identifiées prioritaires. Il s'agit d'une allocation mensuelle versée en contrepartie d'un engagement: celui d'exercer dans une zone démedicalisée, pour une durée égale à celle du versement de l'allocation, au minimum deux ans.
- La création de postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) en lien avec l'UFR et les établissements. En effet, la mobilisation régionale de l'ensemble des établissements de santé au financement pour moitié avec l'ARS de ces postes a permis cette progression (exemple significatif en anesthésie).
- Pour l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et psychiatrie, depuis 2010 la région est passée de 13 postes financés de post interne (hors CCA) à 53 en 2014 et en 2015, avec un taux de fixation en région de 81% en 2014 en cofinancement ARS/établissements.

A retenir l'amélioration notable de l'offre de pédiatrie en deux ans dans les établissements de recours :

- Au CH de Dieppe, 7 pédiatres seront au total présents à partir de novembre 2015, dont 3 assistants avec sur spécialité (pneumo-allergo, néphro, endocrino-gynéco).
- Au CH d'Evreux, 7,2 ETP pédiatres seront présents dont 3 assistants avec sur spécialité (pneumo, gastro, cardio)
- Au CH d'Elbeuf, on compte 7 pédiatres dont 2 assistants
- Au GHH : 5 PH (dont un pédiatre hématocancéro), 1 cardio pédiatre (partagé avec la néonatal), 5 PH et 2 assistants aux urgences.

Nombre de postes d'internes pourvus HN	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	2015 - 2016
<b>Spécialités médicales</b>	52	60	59	58	60	64
<b>Médecine générale</b>	73	79	75	97	92	110
<b>Anesthésie Réanimation</b>	12	13	13	13	13	17
<b>Pédiatrie</b>	10	11	10	10	8	10

A souligner la fragilité des effectifs médicaux en neuro-vasculaire au GHH et au CH d'Evreux, mais des perspectives, grâce au post-internat, attirent sur ces établissements en 2015-2016. En revanche, il n'existe pas de perspective aussi positive au CH de Fécamp concernant la fragilité des effectifs en pédiatrie et en cardiologie.

En termes d'accès aux soins, le département de l'Eure connaît toujours des difficultés particulièrement importantes en gastro-entérologie, en rhumatologie et en psychiatrie (encadrement des services et délais d'attente très allongés pour des consultations).

Concernant la médecine de ville, l'ARS a contribué via sa Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), à la mise en place, pour la première fois en France, d'un guichet d'installation des professionnels de santé (GUIPS).



## 2 - Une offre profondément restructurée

Au total, sur le plan des infrastructures régionales, si l'on dénombrerait 39 implantations au 1<sup>er</sup> janvier 2011, on en compte 32 en 2014.

### Une évolution de l'offre marquée par une restructuration profonde des établissements sans plateau technique (ex. hôpitaux locaux)

La région a engagé depuis 5 ans un profond mouvement de restructuration des ex hôpitaux locaux qui étaient dotés, d'une manière générale, de petites capacités de médecine et de SSR, adossées à d'importantes capacités d'EHPAD.

Les restructurations consistent alors en une conversion des lits de médecine en lits SSR, motivées le plus souvent par :

- Des impératifs de viabilité (taille critique), de sécurité et de technicité des soins attendus,
- L'observation de nombreuses situations d'inadéquation (activité plus proche du SSR que de la médecine)
- La perspective de la mise en place de la T2A en SSR prévue initialement en 2013 puis reportée en 2016. L'ARH puis l'ARS ont saisi l'opportunité représentée par la possibilité d'opérations de fongibilité.

Ces opérations de restructuration s'inscrivent dans une organisation graduée des soins, dans lequel ces ex hôpitaux locaux ont vocation à être des services de proximité, à forte valence gériatrique, en lien avec les établissements de recours et leurs plateaux techniques.

Depuis la mise en œuvre du SROS PRS 2012-2017 les principales évolutions sont les suivantes :

- Transformation intégrale en EHPAD de 3 ex-HL: Conches-en-Ouche, Pont-de-l'Arche, Breteuil-sur-Iton,
- Transformation de l'activité de médecine en SSR pour 5 ex-HL : Le Neubourg, Les Andelys, St Romain-de-Colbosc, Saint Valéry-en-Caux, Barentin.
- Transformation de l'activité de médecine au profit des soins de suite et de réadaptation à l'Hôpital de Bolbec dans le cadre de la fusion avec l'Hôpital de Lillebonne (CHI Caux Vallée de Seine).

#### Perspective

Une dernière opération concerne l'hôpital de Pacy sur Eure, qui dispose de seulement 7 lits de médecine et qui a vocation à être transformé intégralement en EHPAD à échéance du SROS.

### D'autres opérations d'importance

**2010** Le regroupement des implantations d'activité de médecine des cliniques du Petit Colmoulins et François 1<sup>er</sup>, au sein de l'Hôpital privé de l'Estuaire en 2010.

**2012** Le renforcement capacitaire en médecine gériatrique sur le site de Louviers du CHI Elbeuf

**2014** Autorisation de création d'une unité de médecine nutrition sur l'hôpital de la Croix Rouge.

### Un projet innovant

Le repositionnement sanitaire territorial fort à Yvetot avec maintien de la médecine, renforcement du SSR, implantation d'une clinique de chirurgie ambulatoire et d'une clinique psychiatrique dans la perspective d'un pôle de santé de territoire.

*NB : A signaler au niveau de l'évolution de l'offre et de l'activité afférente sur les 3 dernières années, la croissance en volume de +13,2 % des techniques interventionnelles, et de 18,8 % pour les séances (hors chimiothérapie des cancers, radiothérapie, dialyse). Le principal GHM concerné est celui des chimiothérapies pour affection non tumorale passant de 12897 séances en 2010 à 16579 en 2013. Il s'agit pour l'essentiel de biothérapies (anti TNF tels Enbrel, Remicade) utilisées dans des maladies chroniques avec dérégulation du système immunitaire telles que la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante ou les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). A titre d'exemple, le CHU a vu son nombre de séances de biothérapie par Enbrel ou Remicade passer de 2193 en 2010 à 3069 en 2013 (essentiellement pour maladie de Crohn, RCH, SPA)*



### 3 - La problématique de l'accès aux soins

#### Un manque d'attractivité dans certains territoires

Les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon présentent 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 médicaux techniques. Ils présentent également les taux de fuites les plus importants avec une attraction vers l'agglomération rouennaise qui réalise 26 % des séjours des patients hauts-normands, ce qui dépasse le taux attendu d'une activité de recours régional.

Le tiers des séjours consommés par les résidents de Dieppe sont réalisés sur le territoire de Rouen-Elbeuf et le quart des séjours consommés par les résidents d'Evreux-Vernon sont réalisés hors région (essentiellement Ile de France),

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 et orthophonie, domaines particulièrement concernés par le champ pédiatrique).

#### La nécessaire amélioration de la fluidité des parcours de soins

Cet enjeu mobilise de nombreux acteurs du soin (ville/hôpital) mais suppose dans le même temps une sensibilisation de la population au bon usage du système de santé. Il s'agit d'actions qui s'inscrivent dans la durée dans une logique territoriale et qui doivent prendre en compte le vieillissement de la population, comme par exemple :

- Poursuivre la structuration des filières de soins qui participent à l'amélioration de la fluidité des parcours.
- Poursuivre la montée en charge du dispositif de coordination régional « Trajectoire ». Initialement dédié aux transferts MCO- SSR, le dispositif s'est étendu à l'HAD, aux USLD et maintenant aux EHPAD. La réalisation d'un audit du dispositif en 2015, permet de conforter son positionnement dans le système de soins.
- Privilégier l'accès direct aux unités hospitalières

Un certain nombre de services hospitaliers de spécialité ont mis en place un numéro d'accès direct pour les médecins de ville, pour des avis et/ou des hospitalisations directes.

- Améliorer l'accès aux soins hospitaliers dans les territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon : Il s'agit notamment de développer une offre de médecine spécialisée hôpital ou coordonnée Ville/Hôpital dans plusieurs spécialités bien identifiées (médecine adulte et pédiatrique).
- Poursuivre la mise en place des consultations avancées dans les hôpitaux périphériques (exemples de ST Valéry en Caux, de Eu)

Au-delà de ces mesures relevant des établissements de santé, il reste à souligner la nécessité d'une structuration forte du premier recours dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, du bon usage des structures de santé, du suivi des maladies chroniques (hospitalisations évitables) et de la coordination des parcours de soins.



## 4 - Une structuration des filières de soins bien amorcée

L'activité de médecine englobe des 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. Un certain nombre d'entre elles sont déjà organisées en filières et ont vocation à s'organiser en parcours de soins et parcours de santé.

Un certain nombre de parcours sont déjà définis en lien avec les plans nationaux (Plan AVC, Plan Obésité, Plan Maladies neuro-dégénératives). Certains sont bien avancés, d'autres en voie de construction,

Très schématiquement, il s'agit de parcours par pathologies :

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

Ou de parcours populationnels :

- Enfants et adolescents
- Personnes âgées

### Personnes âgées

En établissements de santé, outre la spécialité gériatrique, les personnes âgées ont accès à l'ensemble des dispositifs de soins de spécialité, en fonction de leur besoin.

Le service de gériatrie est le pivot de l'organisation de la filière gériatrique, définie dans la circulaire de mars 2007, qui est composée d'un établissement support, d'établissements membres et d'établissements et structures partenaires, liés par des conventions.

L'établissement support de la filière comporte obligatoirement :

- un service d'urgences,
- un court séjour gériatrique,
- une équipe mobile de gériatrie adossée,
- des structures de consultations,
- des structures d'hospitalisation de jour.

Les établissements de la filière assurent en complément une offre de médecine polyvalente, SSR gériatriques et polyvalents, USLD, EHPAD, et en fonction de l'organisation, de gérontopsychiatrie en établissement de psychiatrie.

Dans la région, il existe 7 filières de soins gériatriques, portées par 7 établissements de santé, (CHU de Rouen, CHI Elbeuf-Louviers, GHH, CHI Eure-Seine, CH Dieppe, CH Fécamp, CH Gisors), à partir desquelles sont structurés 7 territoires de parcours de santé et de vie de la personne âgées fragile.

La politique régionale en matière de parcours de santé et de vie est déclinée dans le SROMS.



## Maladies neuro-dégénératives

Un Centre Expert Parkinson a été labellisé en avril 2015 au CHU de Rouen. Ce centre est amené à jouer un rôle moteur dans la constitution d'une filière spécifique de prise en charge qui reste à construire.

Un centre expert sclérose en plaque doit être prochainement labellisé conformément aux directives du Plan Maladies Neuro Dégénératives.

Maladie d'Alzheimer (cf Bilan d'étape et actualisation des orientations du SROMS)

## AVC

Le parcours de soins en matière d'AVC est en cours de finalisation dans la région.

L'AVC est une urgence absolue, dont le pronostic est étroitement lié à la rapidité de la prise en charge initiale. Une campagne d'information nationale est menée depuis plusieurs années et relayée en région chaque automne à l'occasion de la journée mondiale des AVC. L'ARS a développé d'importantes actions de sensibilisation en direction du grand public sur les signes de reconnaissance de l'AVC et sur la conduite à tenir en cas d'apparition de l'un de ces signes (appel du Centre 15).


L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)  
se caractérise par des signes d'apparition brutale

**FAST** : pour mémoriser la conduite à tenir en rappelant les 3 signes évocateurs de l'AVC.

**F** **Face** : Déformation de la bouche ou engourdissement  
Lorsque la personne sourit le sourire est asymétrique

**A** **Arm** : Faiblesse d'un côté du corps ou engourdissement  
(bras ou jambe)  
Lorsque l'on demande à la personne de lever les 2 bras devant elle, l'un des bras ne peut être levé ou rester en hauteur, il retombe.

**S** **Speech** : Difficulté d'élocution  
Lorsque l'on demande à la personne de répéter une phrase, elle a des difficultés à parler ou à comprendre

**T** **Time** : Téléphoner immédiatement au 15  
Si une personne présente l'un de ces signes

Message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati

L'organisation des soins dans le parcours du patient au sein de la filière s'appuie sur le recours le plus rapide possible à des unités neuro-vasculaires (UNV) à la phase aiguë (appel au 15).

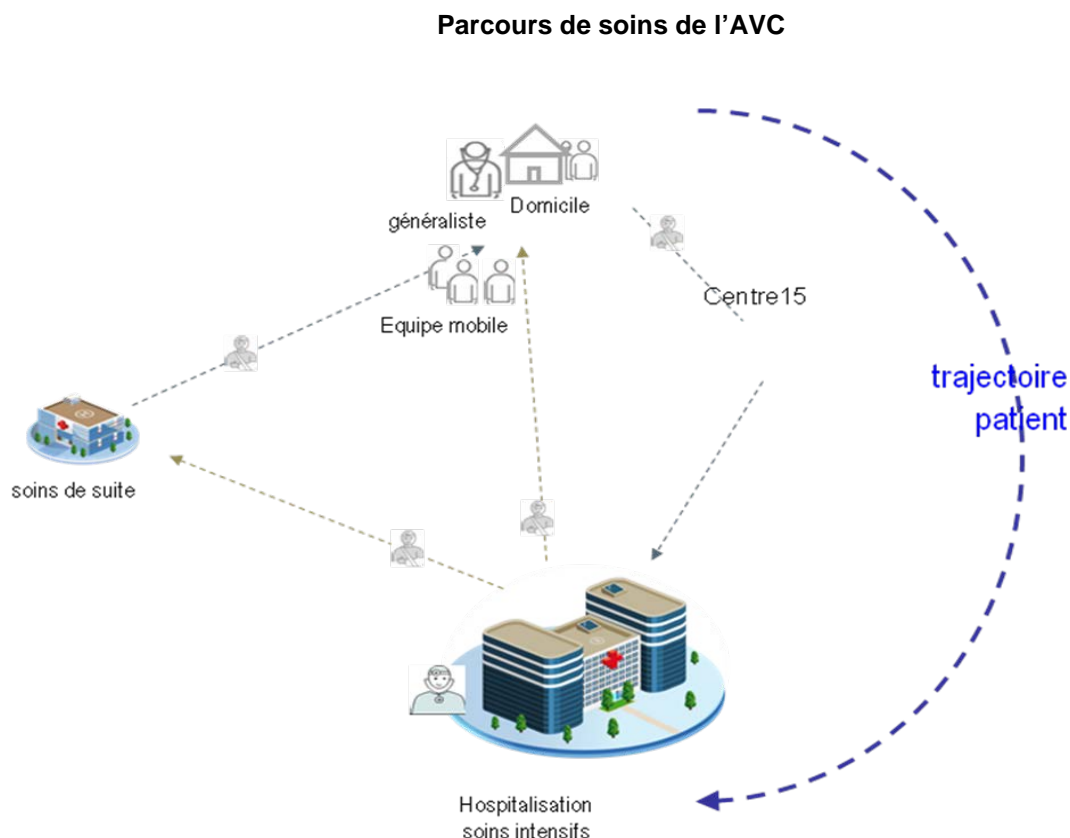
Une fois passée la phase aiguë, l'orientation du patient se fait le plus souvent vers un service de soins de suite et réadaptation (SSR) essentiellement de neurologie ou de gériatrie ou polyvalent. La prise en charge spécialisée pluri professionnelle comporte notamment une rééducation précoce (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie), et un suivi ultérieur hôpital-ville de qualité.

Le maillage des territoires par l'organisation de filières de prise en charge pour les accidents vasculaires cérébraux est un objectif prioritaire du Plan d'actions national AVC 2010-2014. Celui-ci préconise que chaque filière puisse se déployer sur un ou plusieurs territoire(s) de santé en fonction de la population concernée. Chaque filière intègre une unité neuro-vasculaire et les structures MCO, SSR, USLD, CH locaux, médico-sociales et de retour à domicile nécessaires à la prise en charge des patients, et dont les capacités d'accueil sont adaptées au bassin de population concerné

L'animation de la filière assure notamment la coordination entre les acteurs impliqués, notamment les établissements de santé, les services médico-sociaux et les professionnels libéraux pour faciliter le retour précoce à domicile des patients déficitaires dans un continuum sanitaire – médico-social – social.

L'objectif global est de diminuer la mortalité et les séquelles de cette pathologie actuellement première cause de handicap acquis chez l'adulte, et source de dépenses sociales et médico-sociales importantes.

En région, le SROS/PRS prévoit 3 UNV ; CHU de Rouen, Groupe Hospitalier du Havre (GHH) et Centre Hospitalier Eure-Seine (CHES).



## Bilan 2015

### Maillage territoriale de la prise en charge en urgence : déploiement du télé AVC

- L'UNV de référence du CHU fonctionne de manière optimale. Elle est associée à la neurochirurgie, la neuroradiologie et la chirurgie vasculaire.
- L'UNV du GHH, à titre transitoire, compte tenu de la fragilité des effectifs médicaux, ne fonctionne que grâce à l'appui du CHU de Rouen avec le télé AVC.
- Au CH Eure Seine site d'Evreux, l'UNV prévue par le SROS n'est pas encore mise en place. Cependant une convention avec le CHU de Rouen a permis au moyen d'une télé expertise pour le diagnostic et d'une téléassistance à la réalisation de la thrombolyse, la prise en charge des AVC par les urgentistes, en lien avec l'UNV de Rouen.
- Au CH de Dieppe, en l'absence de service de neurologie sur place, un dispositif identique de télé AVC a été mis en place pour les AVC accueillis aux urgences grâce à une collaboration entre les urgentistes de Dieppe et l'UNV du CHU de Rouen. Les patients sont ensuite orientés vers l'USI-UNV du CHU, ou le service de médecine et spécialités médicales de Dieppe selon les cas.

Des actions sont actuellement menées en lien avec l'Agence Régionale de Santé pour renforcer la filière de prise en charge en urgence, principalement par la formation et le recrutement de professionnels de santé, notamment neurologues et neuro-radiologues, et en complément par l'utilisation de la télé expertise.

### L'essor de la thrombolyse et de la thrombectomie

Le nombre de patients traités par fibrinolyse IV augmente au cours des années. La mise en place du Télé AVC a permis la réalisation de fibrinolyse dans des services d'urgence à proximité du domicile des patients. Afin de réduire les délais de transport des patients dans la région HN, le CHU de Rouen s'est doté d'un hélicoptère en 2014. Il intervient dans le transport des patients éloignés d'un centre de soins adaptés à leur état mais également pour le transfert des patients traités par fibrinolyse dans un service d'urgence vers l'USI-UNV du CHU.

Un traitement par thrombectomie artérielle ne peut être réalisé qu'au CHU de Rouen qui dispose du plateau technique et des radiologues interventionnels formés. Huit procédures de ce type ont été réalisées en 2012 et 2013, 6 en 2014.

**Nombre de patients traités par fibrinolyse et régulés par le centre 15**

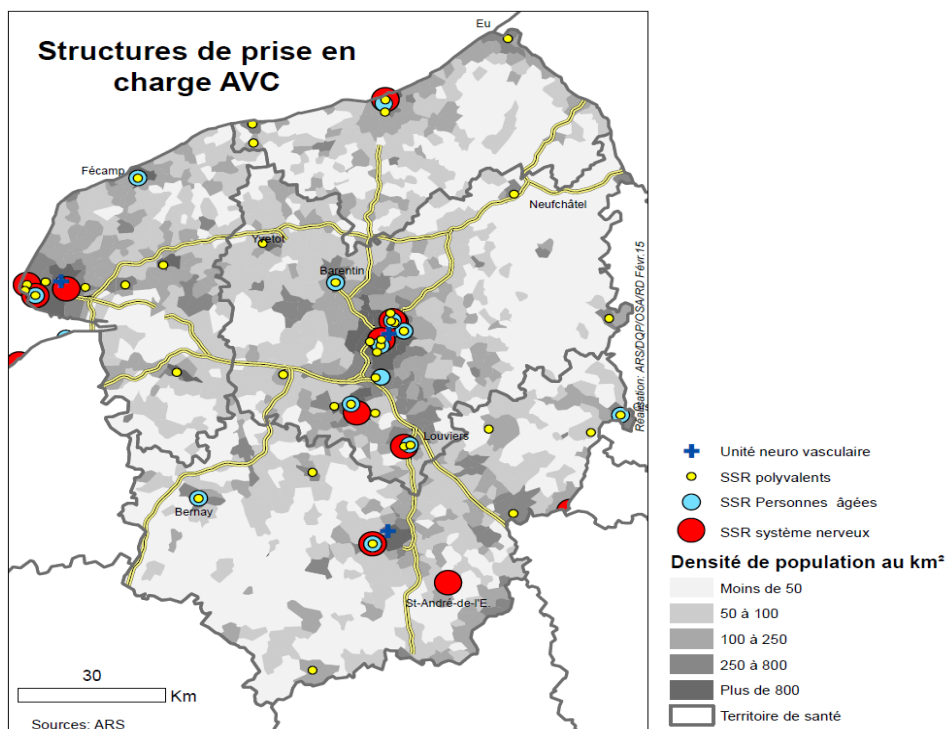
Année	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Nbre de fibrinolyse par an</b>	<b>39</b>	<b>55</b>	<b>75</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Régulation par le centre 15</b>	<b>32 (82%)</b>	<b>50 (90%)</b>	<b>67 (89%)</b>	<b>65 (85,5%)</b>	<b>88 (88%)</b>

### L'orientation du patient et le parcours de soins en post-aigu

L'orientation du patient doit être la plus précoce possible pour garantir la fluidité de la filière et reposer sur des critères rigoureux pour offrir au patient la prise en charge la plus adaptée.

La prise en charge dans la phase post-aigüe implique généralement (mais pas toujours) les établissements SSR.

Le maillage territorial d'aval en SSR est assuré sur chacun des territoires de santé (annexe 6).



Dans cet objectif, il convient de favoriser l'intervention précoce de spécialistes de médecine Physique et de Réadaptation (ou les gériatres) selon les cas, dans les UNV et/ou les unités du territoire prenant en charge ces patients ainsi que la collaboration d'une équipe multidisciplinaire territoriale comprenant notamment kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychologues. Le but est d'élaborer, en accord avec les médecins en charge du patient, un projet personnalisé de soins destiné à prévenir et/ou réduire les séquelles et dans l'objectif d'anticiper, si possible, un retour à domicile précoce ou après un séjour en SSR.

### **L'orientation d'un patient dans une structure de SSR**

- doit répondre à un objectif thérapeutique (rééducation, réadaptation, suivi et surveillance thérapeutiques, éducation thérapeutique, réinsertion, prévention) déterminé et régulièrement réévalué
- s'impose si la prise en charge ne peut être réalisée en ville :
  - en raison de sa complexité, de sa densité, et de sa technicité
  - en raison de la présence de comorbidités chez le patient.
  - si les conditions sociales ou environnementales du patient ne permettent pas sa prise en charge médicale et/ou paramédicale au domicile

L'admission en SSR nécessite de préférence que l'état du patient soit stabilisé, et dans tous les cas que les explorations quant au diagnostic principal soient effectuées.

Les critères d'orientation vers un SSR spécialisé (affections neurologiques, personne âgée) répond à l'existence d'un enjeu fonctionnel et d'un potentiel de récupération du patient, de son âge, de la complexité de sa situation, en particulier chez la personne âgée (troubles cognitifs, fragilité, dénutrition et poly morbidité).

### **Orientation en SSR affections neurologiques**

- hémiplégie de gravité intermédiaire avec début d'amélioration dans les 7 jours
- hémiplégie plus grave chez sujets plus jeunes
- en mesure de participer à une rééducation complexe et intensive (au moins 3h/j).

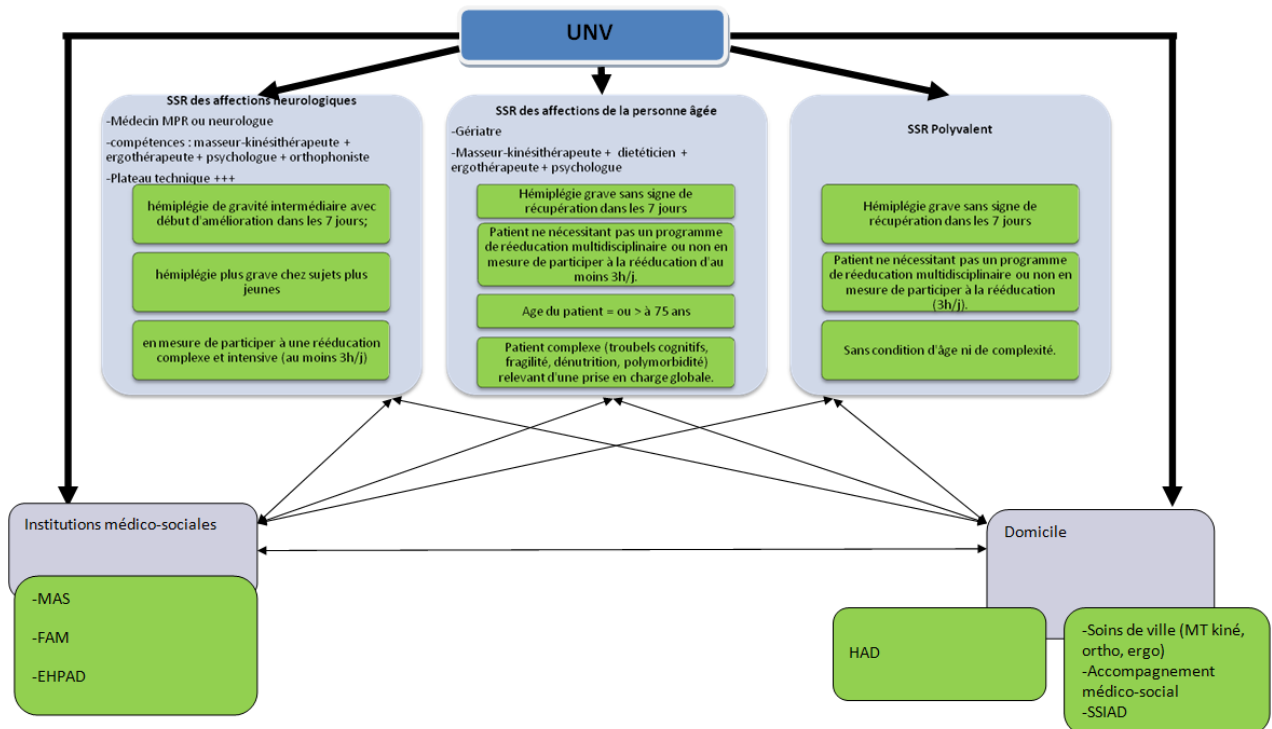
### **Orientation en SSR des affections de la personne âgée**

- Hémiplégie grave sans signe de récupération dans les 7 jours
- Patient ne nécessitant pas un programme de rééducation multidisciplinaire ou non en mesure de participer à la rééducation d'au moins 3h/j
- Age du patient = ou > à 75 ans
- Patient complexe (troubles cognitifs, fragilité, dénutrition, poly morbidité) relevant d'une prise en charge globale.

### **Orientation en SSR polyvalent**

- Hémiplégie grave sans signe de récupération dans les 7 jours
- Patient ne nécessitant pas un programme de rééducation multidisciplinaire ou non en mesure de participer à la rééducation (3h/j)
- Sans condition d'âge ni de complexité.

## Parcours de soins et de santé de l'AVC : orientation en post aigu



Cet algorithme doit s'articuler avec le dispositif Trajectoire d'orientation des patients.

Sur le plan opérationnel, l'objectif de la prise en charge d'aval est de favoriser la meilleure articulation possible entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales (pouvant passer par la création de « plate formes UNV-SSR-HAD-HDJ-SSIAD-SAMSD) tout en apportant un soutien aux familles et aux aidants.

### L'organisation du retour à domicile

Le retour à domicile (« le plus tôt possible et le mieux organisé possible ») doit être anticipé dès le début de l'hospitalisation en UNV. Dans l'évaluation faite pour le retour à domicile il est important d'intégrer la dimension du degré d'autonomie prenant en compte l'impact des facilitateurs et obstacles (aide de l'entourage, disponibilité des services, accessibilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement etc....). Le lien avec le service social est donc indispensable pour l'orientation à la sortie des UNV comme du SSR.

Le projet du retour à domicile, y compris en établissement médico-social, nécessite à tous les niveaux d'associer le médecin traitant au processus décisionnel et d'organiser et de n'autoriser la sortie de l'établissement de santé que lorsque l'organisation est en place avec des intervenants qui ont pu préciser leurs disponibilités.

Pour certains patients, il peut être pertinent d'envisager une hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD).

### L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique représente un complément indispensable de la prise en charge des patients au décours de l'AVC, mais elle peut être initiée dès le séjour en UNV.

Deux grands axes sont concernés :

- la prévention secondaire avec gestion du risque neuro-cardio-vasculaire pour éviter la récurrence,
- la gestion d'un handicap post-AVC par le patient et son entourage dans le but d'atténuer les conséquences de l'AVC et leur retentissement sur la vie quotidienne.

## La consultation d'évaluation et le suivi post AVC

La consultation d'évaluation post-AVC s'inscrit dans le parcours de soins de toute personne victime d'AVC. Il s'agit d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle qui doit être systématique au décours de la phase aiguë au sein des établissements de santé (UNV et SSR) ainsi que par des neurologues de ville.

A visée non seulement médicale mais également rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, cette « consultation bilan » est au mieux pluridisciplinaire (consultation complexe) et associe médecins et professionnels paramédicaux et médico-sociaux. Elle vise notamment à contribuer à la réinsertion sociale et socioprofessionnelle de la personne.

Elle concerne tous les AVC et accidents ischémiques transitoires (AIT) qui doivent être reçus de 2 à 6 mois après l'accident, voire jusqu'à 12 mois suivant l'AVC. Il est nécessaire d'en informer le patient dès la sortie de l'hospitalisation (y compris si le patient vit en établissement médico-social), ainsi que son médecin traitant.

Toutes les UNV devront à terme disposer d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC. L'ARS désigne par ailleurs les sites de consultations en établissement SSR en fonction des compétences identifiées au sein des filières de prise en charge des patients victimes d'AVC.

Deux modèles sont actuellement en place:

- **en court séjour**, ces consultations sont réalisées sur le site de l'UNV du CHU et du GHH par un neurologue neuro-vasculaire hospitalier dans le cadre d'évaluations pluri professionnelles.
- **en SSR** ces consultations sont réalisées sur le site des Herbiers par un médecin de médecine physique et réadaptation, également dans le cadre d'évaluations pluri professionnelles.

## Obésité

Suite à l'appel à projet, conformément à l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé 3 (PNNS 3) et du Plan Obésité, le CHU-Hôpitaux de Rouen a été désigné en 2012 Centre Spécialisé pour la prise en charge globale de l'Obésité sévère ou multi compliquée (CSO).

En région le parcours de soins de la personne obèse est déjà structuré en trois niveaux :

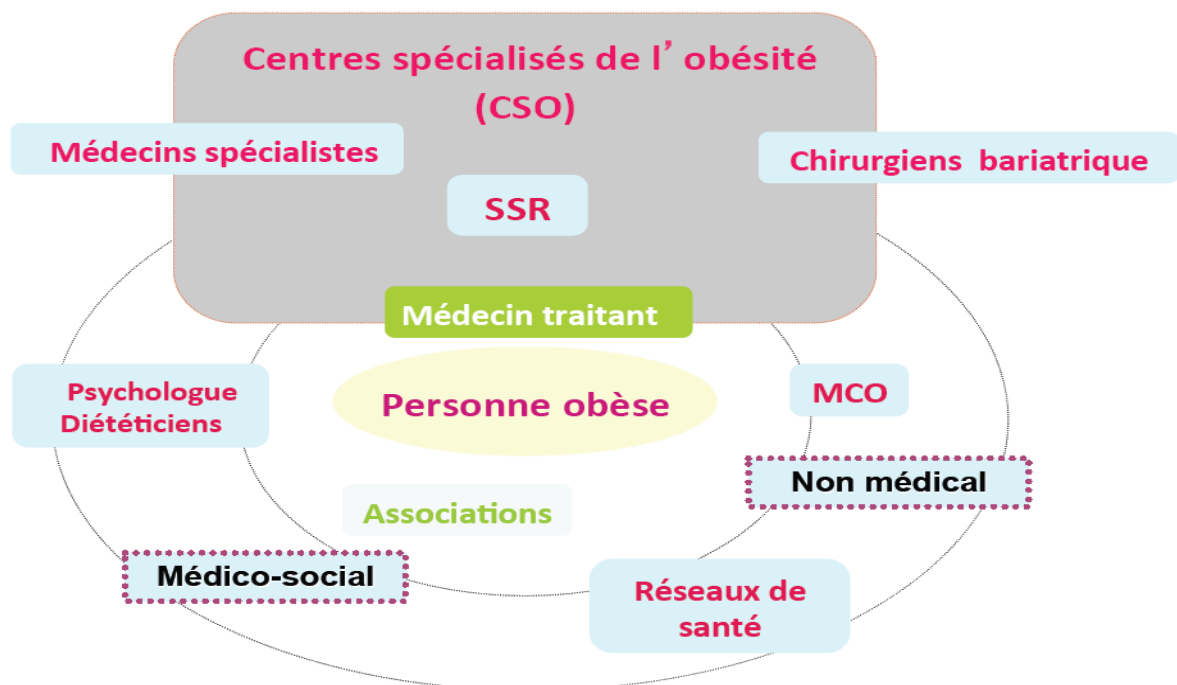
- **1<sup>er</sup> recours**: médecins traitants, pédiatres, médecins du travail, médecins scolaires et de PMI.
- **2<sup>nd</sup> recours** assuré en ambulatoire par les spécialistes de la nutrition, endocrinologues, internistes, et chirurgiens libéraux.
- **3<sup>eme</sup> recours** : le CSO qui a également la mission de contribuer à organiser et animer la filière régionale.

## Perspectives

Suite à la réunion de lancement du CSO-Haute-Normandie et d'échanges autour de la structuration de la filière avec les professionnels de la région (4 juin 2015), ont été constitués plusieurs groupes de travail pluri professionnels :

- Groupe 1: Structuration et mise en œuvre d'une prise en charge médicale multidisciplinaire de l'obésité.
- Groupe 2: Parcours de soin médico-chirurgical.
- Groupe 3: Parcours de soin de l'enfant obèse.

Ces travaux permettent d'augurer la construction d'un parcours de santé, avec une organisation régionale des soins graduée, animé par le CSO.







## 5 - Le déploiement de la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine en région est un objectif prioritaire, compte tenu des problématiques de démographie médicale.

Celui-ci est bien avancé dans certains domaines, notamment dans le parcours de soins de l'AVC ou celui de la gériatrie où les téléconsultations et télé-expertises se sont développées notamment sur les territoires d'Evreux et de Rouen en apportant un bénéfice avéré dans le suivi des patients.

Elle reste à développer dans la prise en charge des maladies chroniques alors même que des expérimentations de facturation de télémédecine vont démarrer pour l'insuffisance cardiaque et l'IRC dans les régions expérimentatrices dont la Haute-Normandie.

### Perspective

Un rapprochement de la Basse Normandie et de son projet SCAD (Suivi Clinique à Domicile), pour la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque est actuellement envisagé par le CHU (Pr Bauer).



**VOLET  
HOSPITALISATION  
à DOMICILE**



**SROS**



# HOSPITALISATION

## à DOMICILE



# SROS

### Préambule

L'hospitalisation à domicile est une modalité d'hospitalisation, sur prescription médicale, qui apporte certains soins complexes et techniques en permettant aux personnes de rester dans leur environnement. C'est une modalité de prise en charge particulièrement adaptée pour les personnes porteuses de maladies chroniques, âgées ou vulnérables et/ou en soins palliatifs. Elle permet également d'éviter et/ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle.

Les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnelle. Elles sont notamment tenues d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins 24h/24 (y compris les dimanches et jours fériés), et sont certifiées par la haute autorité de santé (HAS).

La complexité, l'intensité, la technicité et la continuité des soins qu'elle met en œuvre ainsi que l'équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée qu'elle mobilise, la distinguent des interventions au domicile des services médico-sociaux (SSIAD ou SAD) ou des autres acteurs de l'ambulatoire

Ce mode d'hospitalisation est règlementé par des critères d'éligibilité :

- Au préalable accord du patient et du médecin traitant.
- Sont admis en HAD des personnes qui nécessitent des soins complexes et coordonnés comportant une évaluation médicale au moins hebdomadaire et des soins techniques quotidiens (infirmiers, Aides soignants, kinésithérapie,...) complétés par des soins de supports (psychologues, diététiciens, assistants sociaux ....) formalisés dans un projet thérapeutique.
- Les patients peuvent bénéficier de 3 catégories de soins :
  - soins ponctuels, techniques et complexes fréquemment réitérés (chimiothérapie),
  - soins continus sur poussée évolutive de maladies chroniques,
  - soins de réadaptation à durée déterminée (après une phase aigüe).

Dans un contexte en évolution, vieillissement de la population, avancées thérapeutiques engendrant une augmentation des pathologies chroniques, contraintes économiques fortes avec la mise en œuvre du plan triennal, du virage ambulatoire et le souhait des personnes d'être soignées le plus possible à domicile, l'hospitalisation à domicile est un atout majeur de la réorganisation du système de santé.

Lors de l'élaboration du prochain projet régional de santé Normand, dans la perspective d'organisation des parcours de soins et de santé, l'HAD se situe à l'interface de la médecine hospitalière et la médecine de ville. Dans la région, un des facteurs limitant restant la pénurie de médecins généralistes, notamment en milieu rural.

La Haute Normandie compte dix établissements couvrant les quatre territoires de santé.



## HOSPITALISATION à DOMICILE



### Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

2

#### *Principaux constats*

- 1- Un maillage territorial incomplet avec des zones non couvertes. → p 31
- 2- Un taux de recours faible par rapport à la valeur cible fixée par la circulaire du 4 décembre 2013. → p 32

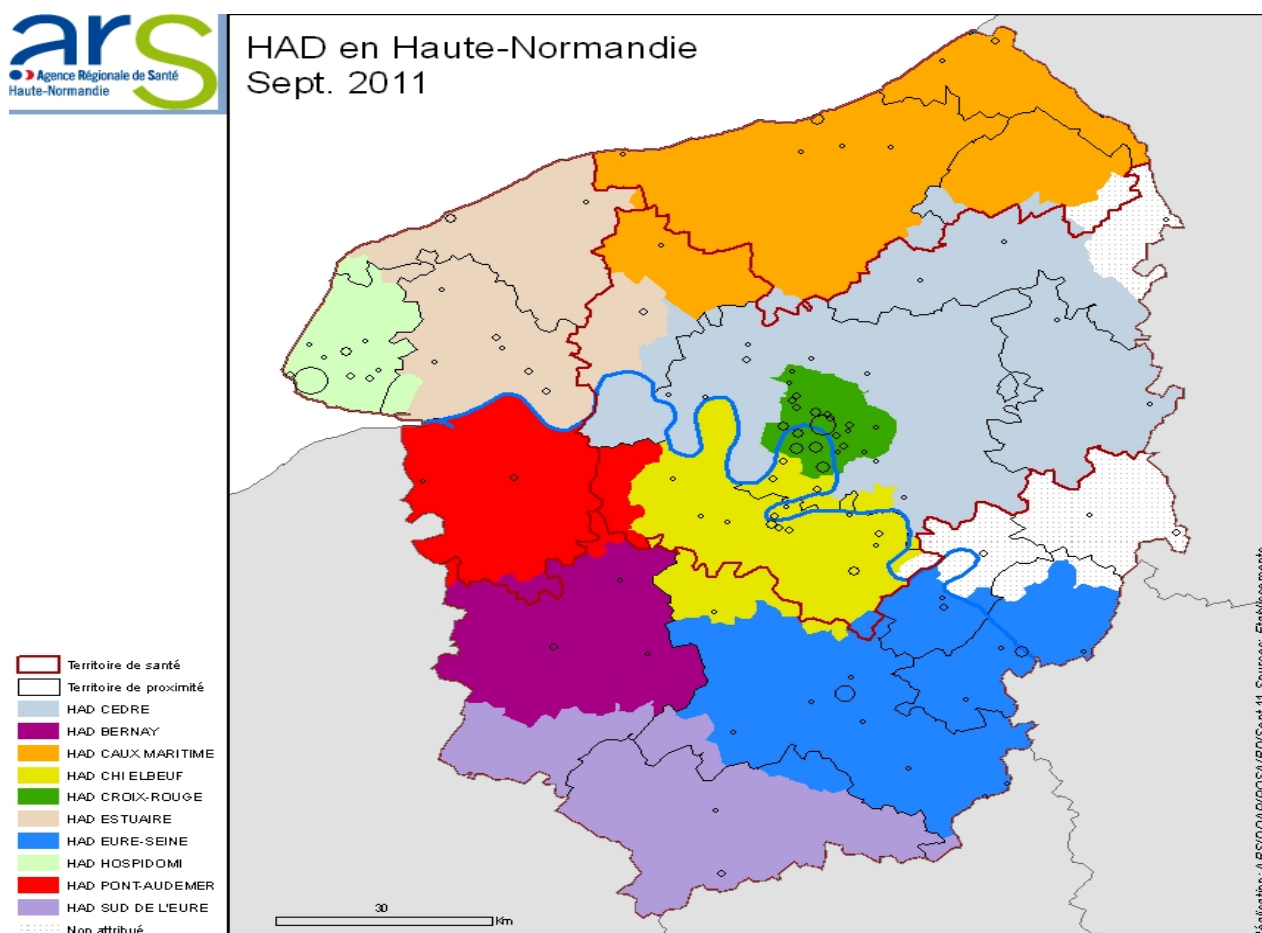






## 1 - Un maillage territorial incomplet avec des zones non couvertes

En 2012, les zones d'Aumale et de Gisors/Les Andelys, ne sont pas couvertes.



**Poursuivre le maillage territorial** des HAD de Haute Normandie :

- **2014** : Par la couverture d'une zone blanche :
  - TS Evreux /Vernon : Extension de la zone d'intervention à Gisors et les Andelys par une HAD du territoire.
- **en projet pour 2017** : TS Rouen /Elbeuf : extension de l'aire d'intervention à Aumale.
- Par le développement **d'antennes locales rurales** :
  - **2014** : Antenne locale de l'HAD Eure Seine sur la zone de Gisors.
  - **Prévision** : Antennes locales de l'HAD de Fécamp au sein du CH Lillebonne, Antenne locale de l'HAD de Fécamp au sein du CH de Saint Romain de Colbosc, et du CH d'Yvetot.

## 2 - Un taux de recours faible par rapport à la valeur cible fixée par la circulaire du 4 décembre 2013



Dans la circulaire de décembre 2013, il est demandé un taux de recours de 30 pour 100 000 habitants, à atteindre en 2018, alors que la région en 2014 est à 11,6 pour 100 000 habitants.

Devant ce défi, la stratégie régionale consiste à développer sur chaque territoire des actions pour augmenter le nombre de prise en charge.

### Par des réponses structurelles

- L'utilisation de l'Outil Via trajectoire (financé par l'ARS de Haute Normandie) : Logiciel d'orientation des patients en SSR, HAD, USP, pour la partie sanitaire et USLD, EHPAD pour sa partie personnes âgées : ce dispositif permet d'assurer un parcours cohérent et fluide du patient du court séjour vers la structure adaptée.

### Par des réponses organisationnelles

- Les CPOM (contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens) de l'ensemble des établissements de santé ont prévu d'augmenter les prescriptions en HAD.
- Diversification des prises en charge avec une augmentation de la technicité des prises en charge, jusque-là limitées aux soins palliatifs, pansements complexes, nutrition entérale et soins de nursing lourds en incitant les HAD à des prises en charge prioritaires sur le plan de la santé publique et plus spécialisées :
  - ❖ Chimiothérapie à domicile inscrite au CBUM (contrat de bon usage du médicament) de chaque HAD, avec un accompagnement par l'OMEDIT (observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique). A noter que cet objectif est quantitatif.
  - ❖ Rééducation post AVC et orthopédique (cas complexes ou populations fragiles).
  - ❖ Post chirurgie lourde ou compliquée.
  - ❖ Traitements intraveineux.
- Diversification des lieux de prise en charge en intervenant davantage dans les structures médico-sociales(EMS) : conventions signées HAD/EMS transmises à l'ARS et augmentation effective des prises en charge en EMS (annexe 4).
- Insertion des HAD des quatre territoires de santé dans les filières gériatriques.

### Perspectives

- Dans le cadre de la structuration de parcours de soins territoriaux, inscrire l'HAD dans les projets suivants :
  - ❖ **La plateforme territoriale d'appui aux situations complexes.**

- ❖ La **télé médecine** et le développement de systèmes d'informations partagées : outil commun de demande d'admission, dossier patient informatisé,
  - ❖ Réflexion sur :
    - Une fiche d'information standardisée permettant la mutualisation d'astreintes régionales de médecins coordonnateurs.
    - Une fiche à transmettre tous les soirs à la régulation du SAMU de chaque territoire de santé.
  - ❖ **Diversification des types de prescriptions** en développant notamment les prescriptions depuis la ville (intérêt de la télé médecine) ou en aval des urgences.
- L'amélioration de la **réactivité du déclenchement de l'HAD** afin de pouvoir organiser une HAD dans un délai adapté au besoin du patient sans réhospitalisation en milieu conventionnel : Guichet unique ou plateforme d'admission. Le préalable à cette organisation passe par :
    - ❖ La communication sur des critères d'éligibilité à l'HAD avec des exemples concrets par mode de prise en charge. (Critères sur lesquels travaille l'HAS).
    - ❖ Le développement d'une culture commune avec les acteurs hospitaliers et les acteurs ambulatoires grâce à des formations et des protocoles partagés, pour la construction d'un travail en équipe.
    - ❖ Le partage des évaluations pour un même patient entre partenaires (SSIAD soins infirmiers à domicile, SPASAD service polyvalent de soins et d'aide à domicile, IDE libérales), assistantes sociales, équipes mobiles, équipes HAD.
  - Poursuivre la réflexion sur **l'installation d'antennes** en s'appuyant sur les GHT (groupements hospitaliers de territoire).
  - Formalisation systématique **des coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de Soins à Domicile (SSIAD)** pour améliorer la continuité de la prise en charge : « Coopérations renforcées » SSIAD/HAD, voire interventions concomitantes : instruction ministérielle en attente.
  - Accompagner les HAD pour appliquer **la réforme de tarification** après la parution des textes législatifs.
  - Application de l'instruction ministérielle qui va paraître le 1<sup>er</sup> mars 2016 pour favoriser **les sorties précoces de chirurgie à l'aide de l'HAD**. Des modèles de financement et d'organisation vont voir le jour. Les prises en charges post chirurgicales concerneraient dans un premier temps les cancers utérins, les pathologies digestives (colectomies et rectectomies post cancer), l'orthopédie (fracture du col du fémur, prothèse de genou chez la personne de plus de 75 ans).
  - En application du plan maladies neurodégénératives, l'ARS est le relai indispensable pour assurer une meilleure prise en charge des patients souffrant de troubles sévères à leur domicile : l'HAD constitue un maillon de ce plan.
  - La loi de santé prévoit d'associer les HAD aux futurs groupements hospitaliers du territoire.
  - Dès 2016, intégration des HAD dans le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (ifaq).



**VOLET  
CHIRURGIE**



**SROS**



# CHIRURGIE



## SROS

### Préambule

Les disciplines chirurgicales sont un ensemble très variés de spécialités qui ont toutes en commun d'avoir très souvent recours à un bloc opératoire, et donc de nécessiter l'exercice conjoint d'un anesthésiste et de pratiquer des actes dits « classant » en chirurgie au sens du PMSI.

L'analyse des données du PMSI des établissements ne donne qu'une vision très partielle de l'activité chirurgicale telle que la conçoivent les organisations des établissements ou ce que recouvrent les disciplines chirurgicales.

Une hospitalisation en service d'ophtalmologie par exemple n'est pas toujours assortie d'une intervention chirurgicale, pourtant les ophtalmologistes sont des chirurgiens, le service fonctionne comme un service « chirurgical ».

La chirurgie autrefois très généraliste se spécialise de manière importante, ce qui a des incidences très notables sur la démographie médicale, en particulier dans les établissements de taille modérée qui ont du mal à recruter des chirurgiens généralistes (même en distinguant les chirurgiens orthopédistes des chirurgiens viscéraux).

La chirurgie recouvre des spécialités « d'organes » qui ont elles-mêmes des modes d'exercice « sur-spécialisés » pouvant relever du schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS) ; c'est le cas de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie et des greffes.

La chirurgie des cancers a également des exigences en matière réglementaire qui aboutissent à des autorisations spécifiques et qui ne sont pas détaillées dans ce volet. (cf. volet cancer)

Un focus doit être fait sur les populations particulières que sont les enfants et les personnes âgées pour lesquelles les modalités de prise en charge sont parfois réglementées, et même si elles ne le sont pas, doivent répondre à des critères spécifiques.

La différence de recours est importante également : si l'ORL représente 2/3 de la chirurgie des jeunes enfants, c'est l'ophtalmologie qui concerne plus du tiers des plus de 75 ans.

Le lien entre les services de chirurgie, les structures d'urgences et les maternités est très important à considérer, en particulier dans les établissements de recours territorial. La fragilité de l'un de ces trois piliers est de nature à fragiliser l'ensemble de l'établissement.

L'évolution majeure sur la période considérée est le « virage ambulatoire » effectué dans la région grâce à la conjonction de plusieurs facteurs :

- évolutions techniques et scientifiques
- évolutions organisationnelles et réglementaires
- volonté affirmée en termes de politique de santé
- accompagnement au changement (ANAP)
- mesures d'ordre tarifaire et de contrôle (Assurance Maladie).

Afin de garantir l'équité territoriale, pour tenir compte des sur-spécialisations, de la place croissante du mode ambulatoire, de la démographie médicale et des exigences en termes de plateaux techniques, il est nécessaire de structurer l'accès aux consultations spécialisées et aux services chirurgicaux appropriés sous la forme de parcours au sein de la future Normandie.





CHIRURGIE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

- 1- Une démographie de professionnels en difficultés → p 41
- 2- Un paysage régional varié → p 43
- 3- Nécessité de respecter la gradation d'accès aux soins pour les enfants → p 46
- 4- Favoriser les parcours de soins pour les personnes âgées, y compris les résidents en EHPAD → p 48
- 5- Une transition dynamique vers les prises en charge ambulatoires → p 49
- 6- Focus sur la chirurgie esthétique et les autres utilisateurs des plateaux techniques et anesthésiques → p 52

6

*Principaux  
constats*





## 1 - Une démographie de professionnels en difficulté

Plusieurs problèmes conjoints se posent :

- Un nombre insuffisant de chirurgiens dans certaines spécialités, surtout en établissement public et établissements privés de santé d'intérêt collectif (EPSIC)
- Un âge moyen élevé des chirurgiens et une proportion importante dans certains établissements de ceux qui partiront en retraite dans les 5 ans
- La difficulté pour les chirurgiens généralistes de trouver des remplaçants également généralistes, les cursus de formation aboutissant à des modes d'exercice spécialisés voire sur-spécialisés
- Une disparité d'attractivité au sein du territoire, les modes d'exercice étant très liés à l'environnement de l'établissement et à sa taille
- Des différences de modalités d'exercice et de rémunération entre les secteurs publics et privés qui sont très sensibles pour l'ensemble des spécialités chirurgicales
- D'une manière générale, les établissements privés se situent plus volontiers dans les grands pôles urbains, les établissements publics couvrant l'intégralité du territoire

### Bilan

**Points critiques majeurs (pourcentage de praticiens de plus de 60 ans), par regroupement de spécialités, en fonction de l'activité des établissements publics de la région**

Nbre de séjours chirurgicaux dans l'établissement	< 2 500/an	2 500 à 5 000/an	5 000 à 10 000/an	> 10 000/an
Chirurgie générale, digestive, viscérale, urologie et vasculaire			47,4% ≥ 60 ans	
Chirurgie ORL, cervico-faciale et stomatologie	40% ≥ 60 ans			
Chirurgie ophtalmologique	25% ≥ 60 ans			
Chirurgie orthopédique-traumato		33,3% ≥ 60 ans		
Chirurgie gynécologique		31,3% ≥ 60 ans		

Source : enquête<sup>1</sup> 2014 auprès des établissements publics (les établissements privés n'ayant pas répondu à l'enquête).

**Age moyen et % d'anesthésistes de plus de 60 ans en établissements de santé (publics, ESPIC, privés)<sup>2</sup>**

Anesthésistes en établissements	Ets Publics	ESPIC	Ets Privés
Age moyen	50,4 ans	59 ans	52,3 ans
% de plus de 60 ans	27,9% ≥ 60 ans	60% ≥ 60 ans	28,9% ≥ 60 ans

La formation de chacun de ces professionnels est longue (DES en 5 ans). Les évolutions doivent donc être anticipées. Dans les spécialités chirurgicales, 100% des postes d'internes sont pourvus.

<sup>1</sup> Praticiens intervenant dans l'établissement quel que soit son statut, hors assistants.

<sup>2</sup> Source : enquête ARS 2014

**Evolution nombre d'interne entrant dans le cursus de formations par an<sup>3</sup>:**

Années	2012	2015
Nombre d'internes en chirurgie	20	18
Nombre d'internes en anesthésie	13	17

En post-internat, et au-delà des postes de chefs de clinique assistants, l'ARS a mené une politique de soutien démographique aux établissements de santé dans les spécialités en difficulté en cofinçant les postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) avec l'établissement, avec engagement de ce dernier d'offrir un poste au praticien à l'issue de son assistantat de manière à « fixer » les professionnels en région.

Ainsi, étaient en fonction :

- **2010 :**
  - 2 ASR en oto-rhino-laryngologie
  - 1 ASR en chirurgie maxillo-faciale
  - 2 ASR en anesthésie-réanimation,
  
- **2015 :**
  - 1 ARS en oto-rhino-laryngologie
  - 2 ASR en orthopédie
  - 1 ASR en chirurgie maxillo-faciale
  - 2 ASR en chirurgie plastique
  - 1 ASR en chirurgie vasculaire
  - 8 ASR en anesthésie-réanimation

L'ARS mène d'abord une politique de concentration des soutiens sur les établissements de référence des territoires de santé afin de conforter les équipes et créer une dynamique de jeunes praticiens s'installant dans l'établissement.

### Perspectives

L'ARS soutient fortement les coordonateurs de filières et les établissements qui travaillent à l'amélioration de la qualité d'accueil pédagogique des internes et assistants.

L'ARS et les coordonateurs œuvrent pour l'universitarisation de filières au groupe hospitalier du Havre, gage d'attractivité pour l'un des plus importants centres hospitaliers non universitaires de France. Un projet dans la spécialité anesthésie réanimation est en cours.



## 2 - Un paysage régional varié

25 établissements haut-normands effectuent de la chirurgie<sup>3</sup>

- 11 publics + ESPIC, dont 2 avec la seule spécialité de gynécologie
- 14 privés, dont 1 avec la seule spécialité de gynécologie

La région a la particularité de compter deux sites où un hôpital et une clinique ont allié leur complémentarité, au sein de locaux neufs ; l'hôpital offrant les spécialités médicales, obstétricales et les urgences (SMUR) et la clinique offrant les spécialités chirurgicales.

Ainsi, certains établissements privés de la région sont de fait très spécialisés en chirurgie (à Fécamp, à Lillebonne) et 3 maternités, 2 hospitalières et 1 privée, offrent la seule activité de chirurgie gynécologique.

### Equipement Haut-Normand en plateau technique<sup>4</sup> :

	Etablissement Public/ESPIC	Etablissement Privé
Nbre de salles d'intervention chirurgicale	93 dont 15 salles dédiées à la gynéco	105 dont 4 salles dédiées à la gynéco
Nbre de lits de SPPI (surveillance post interventionnelle)	144	194

### Répartition des établissements se répartissent en classes selon l'intensité de leur activité<sup>5</sup> :

> 10 000 séj./an	5 000 < < 10 000 séj./an	2 500 < < 5 000 séj./an	< 2 500 séj./an
CHU de Rouen	Clin. du Cèdre	CHI Elbeuf-Louviers-VdReuil	Clin. Saint Antoine
Clin. Mathilde	Clin. Saint Hilaire	Clin. Bergouignan	Clin. Tous Vents / CH Lillebonne
Clin. de l'Europe	Gr. Hospitalier Havre	Clin. l'Abbaye / CH Fécamp	Clin. d'Yvetot
H Privé de l'Estuaire	Clin. des Ormeaux	CH de Dieppe	CH de Bernay
	Clin. Pasteur		CLCC Becquerel
	Clin. Mégival		CH de Gisors
	CH Eure-Seine		Clin. Les Aubépines
			CH du Belvédère

<sup>3</sup> Fermeture de la chirurgie de Pont-Audemer en hospitalisation complète en 2013

<sup>4</sup> Enquête ARS HN 2014

<sup>5</sup> Légende couleur : en rose, les établissements qui ne font (presque) que la chirurgie gynécologique, en violet, l'activité (presque) exclusive de chirurgie du traitement du cancer

## Bilan

### 2013 :

Pour l'ensemble des séjours chirurgicaux<sup>6</sup> (GHM hors obstétrique, nouveau-nés, et séances), le taux de fuite (11,5%) est supérieur au taux d'attractivité (3,6%).

### 2014 :

197 900 séjours chirurgicaux (en « C ») ont été produits dans la région, soit 140 513 séjours (hors obstétrique, nouveau-nés, et séances)

- Dont 65% avec un acte opératoire le jour de l'entrée
  - 75% des séjours avec acte opératoire le jour d'entrée si le site n'a pas de structure d'urgences
  - 60% des séjours avec acte opératoire le jour d'entrée si le site est siège d'une structure d'urgences

Hors gynécologie, 48 % des séjours ont été réalisés en hospitalisation complète et 52% séjours en hospitalisation partielle

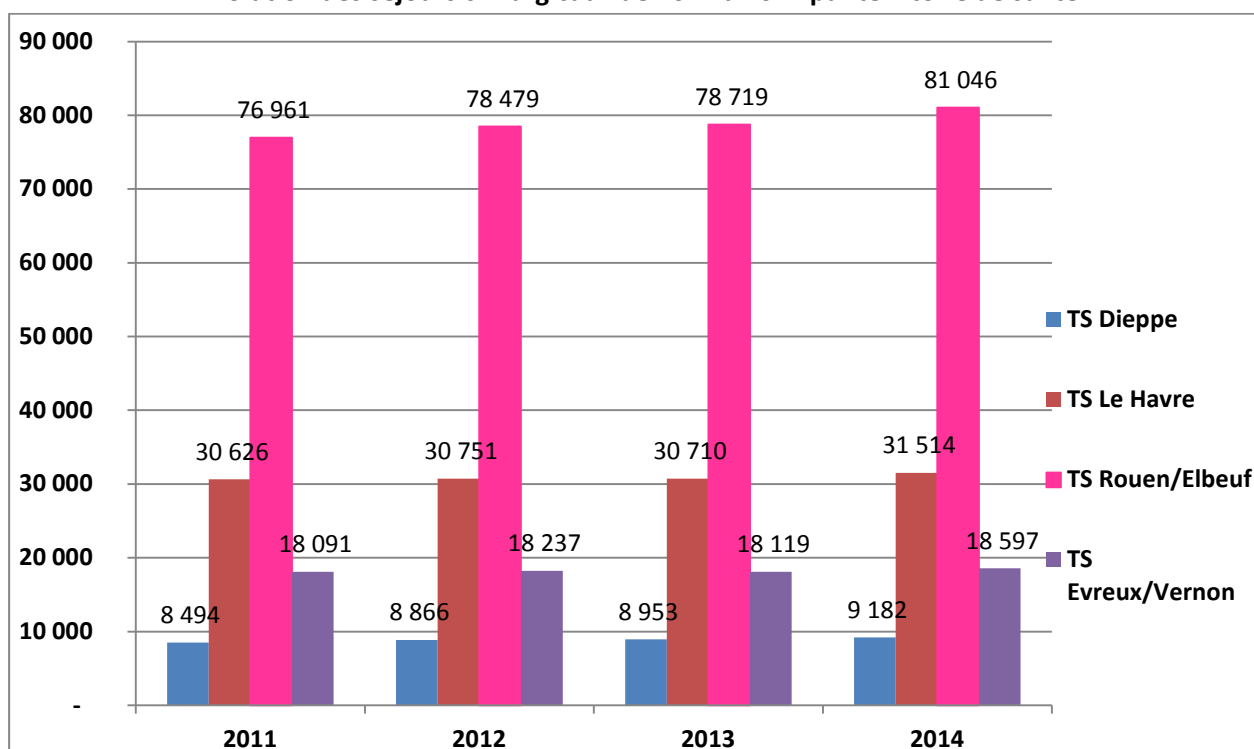
Les séjours de chirurgie « C » représentent de 5 à 29% des séjours en établissements public/espice et de 22 à 65% des séjours en établissements privés.

Certains établissements sont très spécialisés.

Si l'on isole les 12 types d'interventions<sup>7</sup> chirurgicales les plus contributives à l'activité de l'établissement :

- pour 7 établissements privés sur 14, ces séjours représentent 30 à 55% de l'activité totale<sup>8</sup> de l'établissement
- pour les établissements publics, ils ne représentent jamais plus de 16% du total des séjours

Evolution des séjours chirurgicaux de 2011 à 2014 par territoire de santé



L'évolution du nombre de séjours de chirurgie de 2011 à 2014<sup>9</sup> montre une augmentation de 6167 séjours.

<sup>6</sup> Chiffres PMSI 2013

<sup>7</sup> Racines de GHM

<sup>8</sup> Total séjours (C K M Z) \_ Source activité PMSI 2014

<sup>9</sup> Source : PMSI\_ ASO = C et GHM = C





### 3 - Nécessité de respecter la gradation d'accès aux soins des enfants (0 - 17 ans)

Le SROS définit précisément la gradation des soins en matière de chirurgie de l'enfant.

- Le Centre de référence régional est le CHU Rouen. Il prend en charge :
  - toute pathologie chirurgicale pédiatrique programmée ou non, quel que soit l'âge de l'enfant
  - la chirurgie périnatale
  - la chirurgie des malformations complexes, du polyhandicap
  - la chirurgie oncologique
- Un établissement de recours territorial pratique la majorité des actes chirurgicaux de l'enfant programmés ou non.
  - le Groupe Hospitalier du Havre dispose d'une équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique
- Les autres établissements ne disposent pas d'équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique
  - En chirurgie programmée : aucun acte pour les enfants de moins d'1 an sauf ORL 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 des actes simples (sous réserve de l'activité et de la compétence acquise)
  - En chirurgie non programmé : pas d'acte chirurgical en urgence pour les 0-3 ans

#### Bilan

En moyenne par an de 2011 à 2013<sup>11</sup> :

- 0 – 4 ans : 7 004 séjours
- 5 – 17 ans : 8 548 séjours

Répartition des séjours de chirurgie pédiatrique par territoire de santé

Tranches d'âge	0 – 4 ans	5 – 17 ans
<b>TS de Rouen-Elbeuf</b>	<b>63%</b>	<b>55,6%</b>
<b>TS du Havre</b>	<b>19,7%</b>	<b>23,1%</b>
<b>TS d'Evreux-Vernon</b>	<b>13,4%</b>	<b>14,9%</b>
<b>TS de Dieppe</b>	<b>3,9%</b>	<b>6,4%</b>

<sup>11</sup> Source PMSI : ASO = C et GHM = C et n° CMD de 2011 à 2013 inclus



### Répartition des séjours par tranches d'âge, par spécialité et par type d'établissement

Part des spécialités selon l'âge	0 – 4 ans		5 – 17 ans	
	% des 7 004 séjours	Public ESPIC / Privé	% des 8 548 séjours	Public ESPIC / Privé
<b>Oto Rhino Laryngo. Stomato.</b>	<b>65%</b>	19,7% / 80,3%	<b>37,4 %</b>	27% / 73%
<b>Appareil Génital Masculin</b>	<b>17,5%</b>	38,6% / 61,4%	<b>11,8%</b>	46% / 64%
<b>Orthopédie</b>	<b>2,9%</b>	89,5% / 10,5%	<b>22,6%</b>	66,5% / 33,5%
<b>Ophthalmologie</b>	<b>2,6%</b>	41% / 59%	<b>3,5%</b>	58,6% / 41,4%
<b>Tube digestif</b>	<b>5%</b>	92,3% / 7,7%	<b>11,4%</b>	64% / 36%
<b>Autres</b>	<b>7%</b>		<b>13,3%</b>	

Hors ORL, appareil génital masculin et ophtalmologie, le CHU de Rouen et le Groupe Hospitalier du Havre concentrent 85% des séjours de 0-4 ans ce qui est conforme aux orientations du SROS.

Les établissements publics restent majoritaires pour la prise en charge des 5-17 ans lorsqu'il s'agit d'affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, d'affections du tube digestif et d'ophtalmologie.

En ORL pédiatrique, les actes majoritaires sont la pose de drain transtympanique, l'intervention sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire, et l'amygdalectomie et/ou adénoïdectomie isolée.

Le taux standardisé de recours régional 2013 tous âges confondus (3,83) est supérieur au taux national (2,73).

Concernant l'appareil génital masculin, la circoncision est majoritaire, avec un taux standardisé régional 2013 (1,03) un peu inférieur au taux national (1,46).

Au total, le CHU de Rouen et le Groupe Hospitalier du Havre effectuent 25,5% du total des séjours des 0-4 ans et 30,8% du total des séjours des 5-17 ans.

### Perspectives

- Conforter les équipes spécifiques de prise en charge chirurgicale pédiatrique.
- Favoriser au maximum le mode ambulatoire pour la chirurgie de l'enfant (0-4 ans, comme 5-17 ans).
- Organiser et rendre lisibles les parcours chirurgicaux des enfants :
  - Tant ceux qui succèdent à un traumatisme avec passage par une structure d'urgence
  - Que ceux qui entrent dans le cadre d'une affection chronique qui nécessite des prises en charges itératives et une continuité avec une prise en charge en famille ou en établissement médico-social.

## 4 \_ Favoriser les parcours de soins pour les personnes âgées, y compris les résidents en EHPAD



Ce bilan s'attache à la chirurgie chez les personnes âgées de plus de 75 ans, qu'elles soient hébergées en EHPAD ou qu'elles soient à leur domicile. En effet, si les conventions entre établissements de santé et EHPAD sont signées pour l'accueil en urgence et parfois l'accueil direct en service spécialisé, les difficultés de démographie médicale sont parfois un frein à la fluidité des parcours sur l'ensemble du territoire régional.

### Bilan

En moyenne de 2011 à 2013<sup>12</sup> :

Les personnes de plus de 75 ans représentent 27 528 séjours chirurgicaux en Haute-Normandie.

Répartition moyenne par an du nombre de séjours par spécialité pour les plus de 75 ans de 2011 à 2013

Répartition par spécialité pour les + de 75 ans	% des séjours	Nombre de séjours	Public ESPIC	Privé
<b>Ophthalmologie</b>	<b>38,9%</b>	10 710	<b>22%</b>	<b>88%</b>
<b>Orthopédie</b>	<b>21,3%</b>	5 873	<b>42%</b>	<b>58%</b>
<b>Digestif et hépato-biliaire</b>	<b>9,4%</b>	2 588	<b>41%</b>	<b>59%</b>
<b>Sein et gynécologie</b>	<b>8,6%</b>	2 357	<b>27,5%</b>	<b>72,5%</b>
<b>Appareil circulatoire</b>	<b>8%</b>	2 183	<b>52%</b>	<b>48%</b>
<b>Uro. et app. génital masculin</b>	<b>6,6%</b>	1 826	<b>38%</b>	<b>62%</b>
<b>Oto Rhino Laryngo. Stomato.</b>	<b>&lt; 1%</b>	257		
<b>Autres</b>	<b>6,2%</b>	1 734		
<b>Total</b>	<b>100%</b>	27 528	<b>29,3%</b>	<b>70,7%</b>

- En fonction du niveau de sévérité<sup>13</sup>, toutes spécialités confondues :

Plus le niveau de sévérité est élevé, plus la personne est prise en charge en établissement Public ou Espic

Niveau de sévérité	Etablissement public	Etablissement privé
<b>1</b>	<b>29,5%</b>	<b>70,5%</b>
<b>2</b>	<b>42,6%</b>	<b>57,4%</b>
<b>3</b>	<b>55,6%</b>	<b>44,4%</b>
<b>4</b>	<b>66,4%</b>	<b>33,6%</b>

<sup>12</sup> Source : PMSI\_ ASO = C et GHM = C \_ Moyenne 2011-2013

<sup>13</sup> Source : PMSI\_ ASO = C et GHM = C \_ Moyenne 2011-2013

## 5 - Une transition dynamique vers les prises en charge ambulatoires

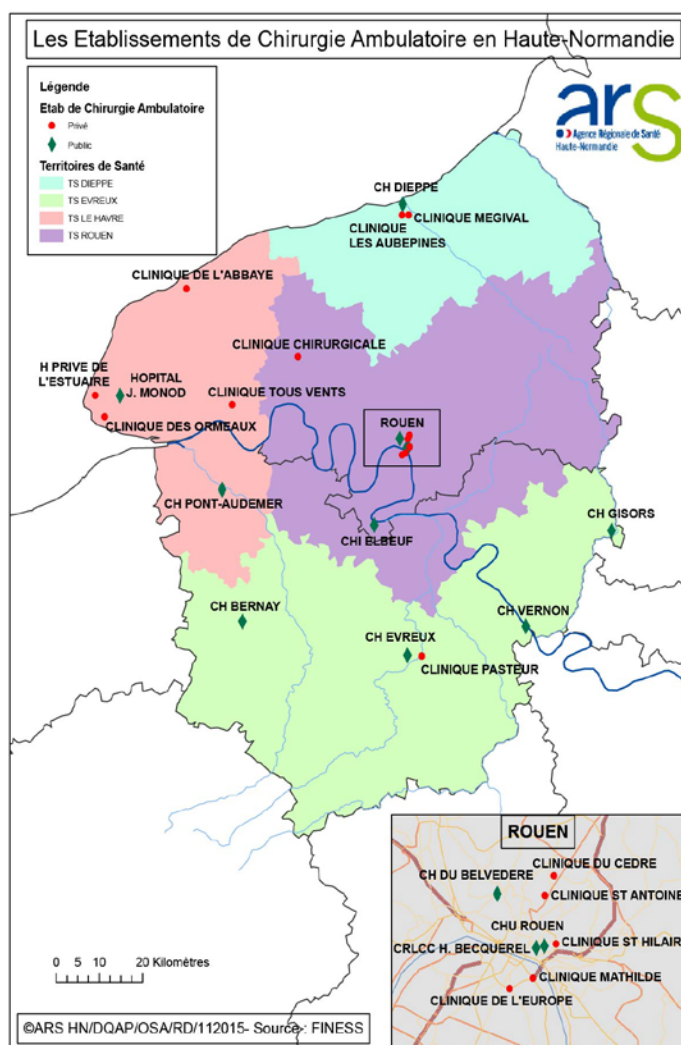


La chirurgie ambulatoire se définit comme « une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

- Le développement de la chirurgie ambulatoire, axe fort de la politique de santé.

Le taux global de chirurgie ambulatoire est calculé en rapportant le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours de chirurgie. Ce taux de chirurgie ambulatoire global en France a augmenté entre 2012 et 2014, passant de 40,8% à 44,7%. (séjours GHM en C, hors CMD 14 et 15).

Un nouvel indicateur fourni par l'ATIH et la DGOS à partir de 2015 intégrant l'ensemble des séjours GHM en C, hors CMD 14 et 15 mais en ajoutant 4 GHM en K et 3 GHM en Z est désormais à utiliser pour le suivi du CPOM Etat/ARS. Le taux français est à 48% en 2013. Ce nouvel indicateur permettra de se rapprocher des indicateurs internationaux ; le taux de chirurgie ambulatoire français étant très inférieur à ce qui se pratique dans les pays de l'Europe du Nord (70%) ou aux Etats-Unis (83%).



## Bilan

En moyenne de 2011-2013 les séjours de courte durée (J ou T)<sup>14</sup> représentent 54 388 séjours ambulatoires ou < à 3 jours, soit 40 % de l'activité totale de chirurgie (hors obstétrique), chaque territoire de santé contribuant en proportion de sa part d'activité chirurgicale :

- Rouen-Elbeuf : 58,4 % (qui représente 57,5 % de l'activité totale)
- Le Havre : 21,2 % (qui représente 22,6 % de l'activité totale)
- Evreux-Vernon : 14,1 % (qui représente 13,4 % de l'activité totale)
- Dieppe : 6,3 % (qui représente 6,5 % de l'activité totale)

Plus des 2/3 de ces séjours concernent 4 domaines :

- Ophtalmologie : 30,6 %
- Appareil musculo-squelettique : 17,3 %
- ORL-stomatologie : 12,6 %
- Système nerveux : 8,6 %

Au sein de l'activité chirurgicale, le taux de prise en charge ambulatoire augmente régulièrement<sup>15</sup> :

**Evolution du taux de chirurgie ambulatoire de 2010 à 2014 (HN, BN, France entière)**

Région	2010	2011	2012	2013	2014
Haute-Normandie	37,4%	38,7%	40,5%	41,6%	43,8%
Basse-Normandie	36,0%	38,7%	40,0%	42,0%	
France	37,7%	39,5%	40,8%	42,7%	44,9%

L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire est régulière et continue sur tous les territoires de santé depuis 2011. Pour les établissements « polyvalents en chirurgie », les taux s'échelonnent en 2014 de 24,4% à 70,8%.

- Les 43 « gestes marqueurs » en chirurgie ambulatoire :

Ce sont des gestes chirurgicaux ciblés par l'Assurance Maladie dans le programme Gestion Du Risque. Ils peuvent faire l'objet d'un contrat de mise sous accord préalable avec les établissements (MSAP). Cela signifie que si le geste opératoire n'est pas réalisé en ambulatoire, le médecin doit le justifier auprès de la caisse primaire dont dépend le patient.

Le nombre de gestes marqueurs ciblés par l'Assurance Maladie augmente parallèlement aux recommandations émises par les sociétés savantes, de 17 gestes marqueurs en 2012, ce sont 33 qui étaient ciblés en 2013, 38 en 2014 et 43 puis 55 en 2015.

Depuis 2009, une politique tarifaire incitative de l'assurance maladie a regroupé les « racines des groupes homogènes de malades (GHM) en tarif unique ». En 2014, la suppression des « bornes basses » sur les séjours chirurgicaux de niveau 1 accroît l'attractivité du mode ambulatoire. Cependant, tous les gestes marqueurs n'ont pas le même potentiel de substitution en ambulatoire ; Cataracte vs Cholécystectomie...

<sup>14</sup> Source : PMSI\_AS0 = C et GHM = C

<sup>15</sup> Source : ATIH et Assurance Maladie

Il n'existe pas à ce jour de taux cible national par geste marqueur...

- Leur volume total est supérieur à 75 000 séjours /an en Haute-Normandie
- Entre **2010 et 2013**, on note un accroissement de 2 723 séjours sur le périmètre des 43 gestes marqueurs dont :
  - TS Dieppe : + 3,4%
  - TS Le Havre : + 1,6%
  - TS Rouen : - 2,7%
  - TS Evreux-Vernon : + 2,0%

L'ARS de Haute-Normandie a conclu avec chaque établissement de santé réalisant de la chirurgie un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec un objectif à atteindre en termes de taux global de chirurgie ambulatoire et un taux par geste marqueur pour ceux dont l'activité était significative par an.

## Perspective

Poursuivre le virage ambulatoire, axe fort de la politique de santé, décliné dans le plan triennal

## 6 \_ Focus sur la chirurgie esthétique et les autres utilisateurs des plateaux techniques et anesthésiques



La chirurgie esthétique et de confort relève de modalités spécifiques d'autorisation des établissements. L'environnement chirurgical (bloc opératoire, surveillance post-interventionnelle...) est cependant le même que pour toute autre spécialité chirurgicale.

L'endoscopie, qu'elle soit à visée diagnostique ou interventionnelle requiert le plus souvent un environnement de type « bloc opératoire » et, selon les spécialités, l'intervention de l'anesthésiste.

Les actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou agent extérieur) nécessitent également pour certains, les plateaux techniques chirurgicaux et/ou une anesthésie.

### Bilan

**2013** : les taux standardisés de recours<sup>16</sup> sont identiques ou inférieurs aux taux nationaux

**Taux standardisé 2013 de recours régional et national en fonction des actes**

Taux standardisés de recours	Régional Haut-Normand	National
chirurgie esthétique	0,67	0,92
lithotritie extracorporelle	0,55	0,54
endoscopie génito-urinaire	2,09	1,89
endoscopie ORL	0,26	0,28
endoscopie bronchique	0,48	0,48
endoscopie digestive	13,09	15,27

**Evolution 2013-2014 de l'activité de chirurgie esthétique et de confort par territoire de santé**

Nombre de séjours chirurgie esthétique	2013	2014
TS Dieppe	12	18
TS Le Havre	288	244
TS Rouen	685	665
TS Evreux-Vernon	95	107

Le taux d'attractivité de la région : 8,20% en 2013 et 9,10% en 2014 est inférieur au taux de fuite de la région : 19,60% en 2013 et 21,80% en 2014.

<sup>16</sup> Source hospidiag taux standardisés de recours 2013/population 2011

**Activité réalisée<sup>17</sup> en région en 2014 pour la lithotritie**

Actes de lithotritie extracorporelle	Hosp. complète	Hosp. partielle	Total
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>595</b>	<b>865</b>

**Activité réalisée<sup>18</sup> en région en 2014 pour les endoscopies**

Endoscopies réalisées	Hosp. complète	Hosp. partielle	% nécessitant une anesthésie	Total
<b>en établissement public /espïc</b>	<b>17 901</b>	<b>9 656</b>	<b>43,9%</b>	<b>27 557</b>
<b>en établissement privé</b>	<b>13 501</b>	<b>38 293</b>	<b>66,0%</b>	<b>51 794</b>
<b>Total</b>	<b>31 402</b>	<b>47 949</b>	<b>58,3%</b>	<b>79 351</b>

Les établissements de santé privés assurent près des 2/3 des endoscopies de la région.

Il existe des inégalités territoriales en matière de recours à l'endoscopie, à noter par exemple pour le territoire de santé de Dieppe des taux standardisés de recours à l'endoscopie ORL et génito urinaire très supérieurs à la moyenne nationale et en revanche des taux standardisés d'endoscopie digestive et bronchique très inférieurs à la moyenne nationale. (cf. annexes)

## Perspective

Pour assurer l'équité d'accès aux disciplines nécessitant le recours à l'endoscopie, il conviendra de structurer des parcours d'accès aux soins de spécialité au sein des territoires de santé et au sein de la région.

<sup>17</sup> Source : e-pmsi ATIH

<sup>18</sup> Source : e-pmsi ATIH

- Les hospitalisations qui font suite à un passage par une structure d'urgence :

Parmi les séjours de chirurgie qui font suite à un passage dans un service d'urgences, 28% sont des personnes de plus de 75 ans soit en région 12 036 séjours/an.

- TS Dieppe : 31,9%
- TS Evreux-Vernon : 28,6%
- TS Le Havre : 27,5%
- TS Rouen-Elbeuf : 25,2%
- 1/3 de ces séjours ont lieu en orthopédie-traumatologie
- 1/4 de ces séjours concernent la chirurgie digestive et hépato-biliaire

- L'influence de l'âge sur la prise en charge ambulatoire<sup>19</sup> :

Dans une discipline où les prises en charge ambulatoires sont très développées, comme l'ophtalmologie, il est à noter qu'au delà de 75 ans le pourcentage de prise en charge ambulatoire diminue.

**% de prise en charge ambulatoire de patients venant du domicile, en ophtalmologie, sans passage par une structure d'urgence (21 475 séjours/an)**

	18-64 ans	65-74 ans	≥ 75 ans
<b>TS Dieppe</b>	<b>89,9%</b>	<b>90,4%</b>	<b>75,7%</b>
<b>TS Evreux-Vernon</b>	<b>89,5%</b>	<b>88,3%</b>	<b>78,2%</b>
<b>TS Le Havre</b>	<b>79,9%</b>	<b>81,7%</b>	<b>67,4%</b>
<b>TS Rouen</b>	<b>72,2%</b> <b>(effet CHU 50%)</b>	<b>82,4%</b>	<b>77,3%</b>

Le pourcentage de prise en charge en ambulatoire qui est constant de 18 à 74 ans chute de 10% à 15% après 75 ans. Une analyse plus fine permettrait de déterminer les raisons sociales, médicales ou autres qui président à cette réalité.

## Perspective

Développer la prise en charge ambulatoire pour les personnes âgées hébergées en EHPAD.

<sup>19</sup> Source : PMSI\_ Etude ARS HN



# VOLET PERINATALITEE



**SROS**



# PERINATALITE



## SROS

## Préambule

Le SROS périnatalité couvre l'ensemble du parcours de soins et de santé des couples en matière de reproduction. Concrètement, il s'agit de l'aide médicale à la procréation (AMP), de la gynécologie, de l'obstétrique et de la néonatalogie. Il comprend également l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et au diagnostic prénatal.

Le volet obstétrical (structurel) bénéficie largement de la mise en œuvre des plans périnatalité successifs depuis plus de quinze ans. Aussi, ce bilan à mi parcours n'est pas exhaustif, le volet périnatalité du SROS/PRS 2012-2017, ayant pris comme parti de mettre en lumière seulement certains aspects de cette large thématique.

Il est d'emblée important de souligner que la restructuration des maternités de Haute Normandie débutée il y a plus de 20 ans aboutit aujourd'hui à une structuration telle que :

- En tout point du territoire les femmes ont accès à une maternité dans un délai suivant les recommandations nationales (45 mn), exception faite de la vallée de la Bresle (inf. à 1h)
- La gradation des soins en périnatalité est bien respectée entre les maternités de niveau I, de niveau II, de niveau III au sein de chaque territoire
- L'équipement en lits spécialisés pour les nouveau-nés est suffisant sur la région
- La prise en charge des urgences obstétricales s'effectue dans les plateaux techniques adéquats
- Le réseau périnatalité régional est solidement implanté

Par nature, ce volet décline déjà des parcours de soins et de santé pour les femmes, les couples et les nouveau-nés.



PERINATALITE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

- 1- Une démographie médicale défavorable → p 61
- 2- Assurer le respect de la gradation des soins entre les maternités de niveau I, de niveau II, de niveau III au sein de chaque territoire → p 63
- 3- Favoriser le maintien à domicile des femmes enceintes et le retour précoce de maternité : évaluer le dispositif de télé monitoring à domicile → p 65
- 4- Programme de vérification de l'audition des nouveaux nés rendu obligatoire par l'arrêté du 23 avril, 2012 : poursuite de l'excellence régionale en allégeant la charge des organisateurs historiques → p 66
- 5- Nécessité de réaliser un état des lieux régional de l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) → p 67
- 6- La réanimation en salle de naissance nécessite un personnel compétent régulièrement formé et entraîné, au fait des nouvelles recommandations qui paraissent tous les 5 ans → p 69
- 7- Un accès inégal à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) selon les territoires de santé et la nécessité de développer un parcours coordonné Ville/Hôpital, en particulier pour les termes tardifs et le mode médicamenteux → p 70

7

*principaux  
constats*





## 1 - Une démographie médicale défavorable

Quels que soient les médecins spécialistes de la périnatalité concernés, la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale.

Densité anest. pour 100 000 habitants	France	Haute Normandie
Libéraux	6,5	5,1
Hospitaliers	10,1	7,4

Densité Gyn-med pour 100 000 habitants	France	Haute Normandie
Libéraux	20,9	15,1
Hospitaliers	5,1	3,3

Densité Gyn-Obst pour 100 000 habitants	France	Haute Normandie
Libéraux	28,8	16,8
Hospitaliers	22,7	22,5

Densité Pédiat pour 100 000 enfants de moins de 15 ans	France	Haute Normandie
Libéraux	1,9	1,2
Hospitaliers	3,1	2,8
Salariés non hospitaliers	0,7	0,5
Mixtes	0,7	0,5
ENSEMBLE	6,4	5

De 2012 à 2015, le nombre d'internes gynécologues médicaux en formation est passé de 1 à 2 par an, celui des gynécologues-obstétriciens, comme celui des pédiatres est stable (respectivement 6 et 10 postes/an).

En post-internat, et au-delà des postes de chefs de clinique assistants, l'ARS a mené une politique de soutien démographique aux établissements de santé dans les spécialités en difficulté en cofinçant les postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) avec l'établissement, avec engagement de ce dernier d'offrir un poste au praticien à l'issue de son assistantat de manière à « fixer » les professionnels en région.

Ainsi, étaient en fonction :

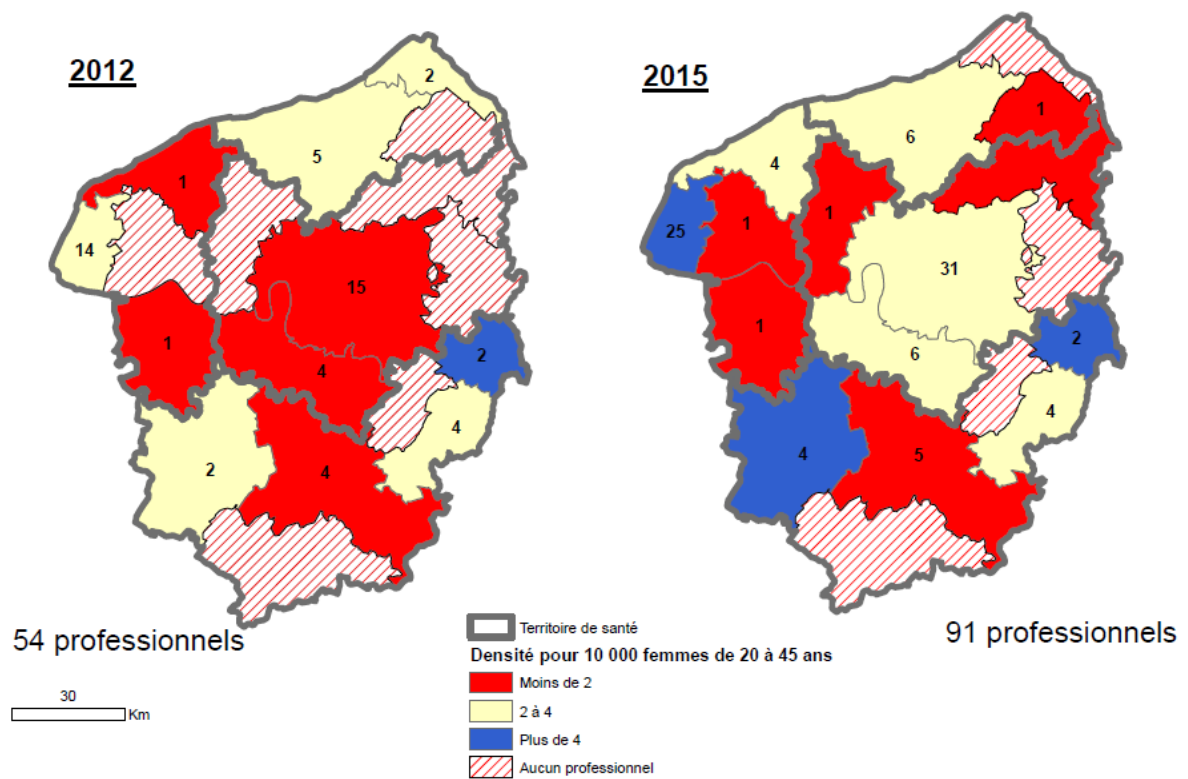
- **2010 :**
  - 3 ASR en gynécologie-obstétrique,
  - 2 ASR en anesthésie-réanimation,
  - 1 ASR en pédiatrie

- **2015 :**
- - 2 ASR en gynécologie-obstétrique,
  - 8 ASR en anesthésie-réanimation
  - 5 ASR en pédiatrie

L'ARS mène d'abord une politique de concentration des soutiens sur les établissements de référence des territoires de santé afin de conforter les équipes et créer une dynamique de jeunes praticiens s'installant dans l'établissement. Le CH d'Evreux-Vernon a ainsi complété ses équipes en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

### 2012 à 2015 :

Le nombre de sages-femmes formées par an est resté stable à 27/an, car il permet de couvrir les besoins régionaux. La région comptait 574 sages-femmes en activité au 1<sup>er</sup> septembre 2014. Les postes de maternités sont pourvus et la démographie des sages-femmes libérales connaît un essor favorable, passant de 54 en 2012 à 91 en 2015.





## 2 - Assurer le respect de la gradation des soins entre les maternités de niveau I, II et III de chaque territoire



Avec le 4<sup>ème</sup> indice conjoncturel de fécondité de France, et 22 500 naissances annuelles en moyenne, la Haute-Normandie fait vivre une gradation des soins pour la mère et l'enfant depuis le SROS précédent. La restructuration des maternités s'est en effet achevée en 2007 par l'ouverture du Centre Périnatal de Proximité de Pont-Audemer.

### Bilan :

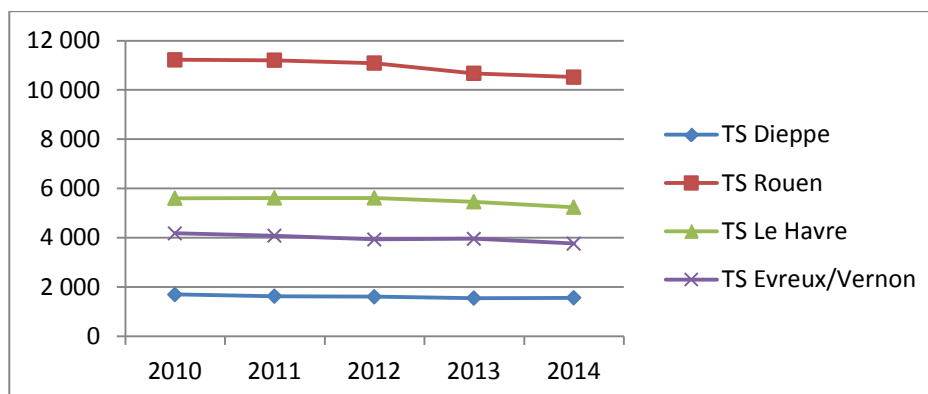
En 2015, la région compte :

- 2 maternités de niveau III : CHU à Rouen et Groupe Hospitalier du Havre
- 4 maternités de niveau II :
- 7 maternités de niveau I :
- 3 Centres Périnataux de Proximité :

Par territoire de santé, le nombre d'accouchements est en légère diminution, sur Rouen et le Havre.

19% sont des césariennes

Evolution du nombre d'accouchements par TS de 2010 à 2014



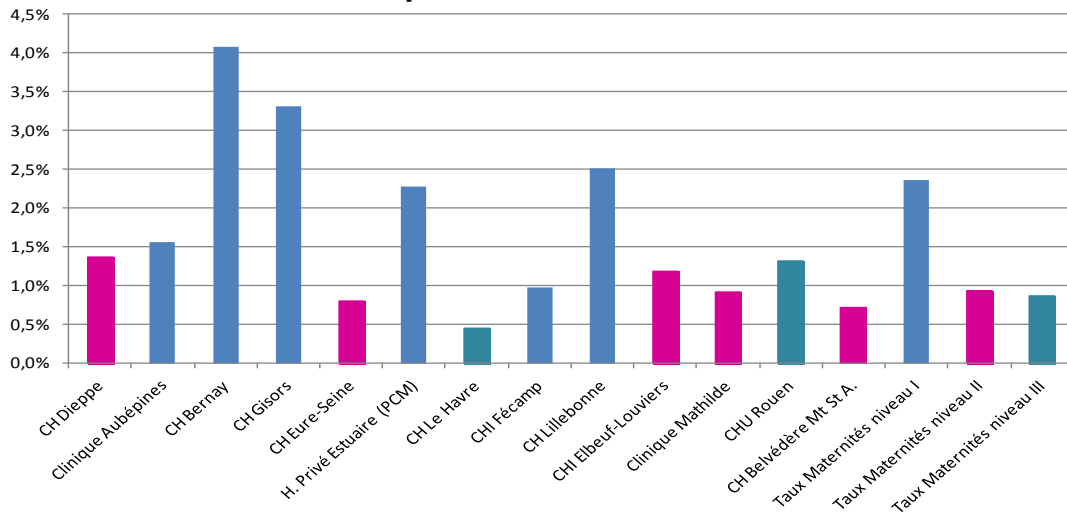
Source : PMSI

En obstétrique, la Haute-Normandie a une attractivité inférieure (2,9 %) à ses taux de fuite (7,5%) : environ 1300 accouchements par voie basse et 350 césariennes ont lieu hors région pour des femmes domiciliées en région. Dans plus de 95% des cas, les régions d'accueil sont limitrophes (Basse-Normandie, Ile de France, Picardie).

**2013** : La gradation des soins est bien respectée, en témoigne un taux standardisé de transfert précoce du nouveau-né stable et peu élevé en région = 0,16 (mini Bourgogne 0,11 - maxi : Rhône-Alpes 0,39).

Par maternité et en fonction du niveau d'équipement, le taux de transfert moyen 2010-2014 calculé (nés transférés/nés vivants) est le suivant :

### Taux moyen de transfert 2010-2014



Source : PMSI \_ Diamant

Le taux d'équipement et leur répartition des lits de néonatalogie est suffisant pour la région avec :

### Nombre de lits de néonatalogie en 2015

		Actualisation ARS au 30/11/2015		
Territoire	FINESS _ Etablissement	Néonat sans SI NN1	Néonat avec SI NN2	Réa néonat NN3
Dieppe	760780023 - CH DIEPPE	6	0	0
<b>Total Dieppe</b>		<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	270023724 - CH EURE-SEINE	8	2	0
<b>Total Evreux/Vernon</b>		<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	760780726 - CH LE HAVRE	12	9	6
<b>Total Le Havre</b>		<b>12</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
Rouen/Elbeuf	760024042 - CHI ELBEUF-LOUVIERS VAL DE REUIL	8		
	760025312 - Clin. Mathilde ROUEN	6		
	760780239 - CHU ROUEN	24	24	8
	760780262 - CH Belvédère MT-ST-AIGNAN	14		
<b>Total Rouen/Elbeuf</b>		<b>52</b>	<b>24</b>	<b>8</b>
<b>Total Nbre de lits Haute-Normandie</b>		<b>78</b>	<b>35</b>	<b>14</b>

### En termes d'évolution des indicateurs :

- **2013** : Le taux standardisé de recours à l'Interruption Médicale de Grossesse est supérieur au taux national : 1,28‰ hab. (national 1,14)
- **2013** : Le taux standardisé sur l'âge de mortalité est supérieur à la moyenne nationale (9,1‰ contre 8,8‰) mais en diminution depuis 2005-2007
- Ce sont environ 370 grossesses ectopiques qui sont annuellement prises en charge en moyenne par les établissements pour traitement médical ou chirurgical, dont 83% des femmes prises en charge en établissement de santé public.

### Perspectives :

Mettre en œuvre le Dossier Périnatal Partagé sur la région (lien avec le système des coordinations des réseaux) afin d'optimiser le parcours de soins et de santé de la femme enceinte et de son nouveau-né.

Informatiser la réalisation et la transmission du certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour de l'enfant pour toutes les maternités et les services de néonatalogie en conservant le schéma régional de concentration des certificats par le réseau périnatalité en Haute-Normandie.



### 3 - Favoriser le maintien à domicile des femmes enceintes et le retour précoce de maternité : évaluer le dispositif de télé monitoring à domicile

#### Accompagnement à la sortie précoce :

Lorsqu'une femme accouche par voie basse ou par césarienne simple, d'un enfant unique né à terme, sans complication (sans problème de poids ni d'alimentation), l'assurance maladie propose le programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), s'appuyant sur les sages-femmes libérales

**2014** : 9 maternités proposent cet accompagnement

#### Télésurveillance du rythme cardiaque fœtal :

Pour permettre un retour à domicile sous surveillance des femmes présentant une grossesse pathologique dans un souci de sécurité pour leur enfant, et diminuer le nombre de jours d'hospitalisation, depuis 2002, l'ensemble des maternités de niveau II et II de la région sont équipées de matériel d'enregistrement et de transmission quotidien du rythme cardiaque fœtal (RCF).

Le temps d'explication et de formation de la patiente, l'interprétation du RCF, 1 ou 2 fois par jour et du rendu du résultat (par appel téléphonique) est le même que pour une femme hospitalisée, or cette activité n'est pas valorisé par l'Assurance Maladie.

La maintenance des mallettes est à la charge des établissements à qui elles ont été données par le réseau périnatalité.

**2013** : les 7 maternités de niveau II sont équipées de mallettes de télémonitoring. 221 femmes ont bénéficié de la télésurveillance de leur grossesse. L'utilisation de la technique est très inégale selon les maternités et aboutit à environ 2000 journées d'hospitalisation évitées.

#### Perspectives :

Favoriser les parcours ville-maternités à la faveur d'initiatives telles que l'adhésion des maternités au programme PRADO.

Au vu des évolutions techniques de surveillance des grossesses et de la nécessité de remplacement des matériels ; évaluer la nécessité de poursuivre l'action de télésurveillance des grossesses à domicile.

## 4 - Programme de vérification de l'audition des nouveaux nés rendu obligatoire par l'arrêté du 23 avril 2012 : Poursuite de l'excellence régionale en allégeant la charge des organisateurs historiques



Instauré à l'hôpital d'Evreux en 1999, ce dépistage de la surdité permanente néonatale s'est étendu progressivement à tous les établissements de santé haut-normands, publics et privés. Il couvre l'ensemble des naissances depuis 2009. Il était inscrit au précédent SROS.

Il s'agit d'un programme de santé publique ne donnant pas lieu à une participation financière de l'assuré. Il est proposé systématiquement avant la sortie de l'établissement où l'enfant est né ou bien dans lequel il a été transféré.

Depuis le début du dépistage, ce sont plus de 150 000 enfants qui ont été testés. Cela correspond à la découverte très précoce d'environ 200 enfants présentant une surdité permanente qui bénéficient d'un parcours de prise en charge rapide et optimal. L'ouverture du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSPS) de Rouen en 2013 complète l'offre territoriale pour les enfants de moins de 3 ans.

L'enjeu, suite à l'obligation faite à l'ARS « d'organiser le dépistage » par le décret du 23 avril 2012 consistait à désigner une structure de coordination pour inscrire le fonctionnement régional existant en allégeant la charge des organisateurs historiques par délégation de l'ensemble des fonctions support. Chaque établissement continue d'organiser le dépistage chez lui.

### 2014 l'ARS :

- missionne le réseau périnatalité de Haute-Normandie pour être la structure porteuse du dépistage,
- Des conventions tripartites de l'ensemble des établissements de santé ayant une maternité/ Réseau / ARS H-N sont signées pour définir le rôle et les missions de chacun.

### 2015 : Le dispositif est finalisé

Concrètement, chaque établissement adhère au dispositif régional, adhère via une cotisation à la structure de coordination. Celle-ci :

- ✓ Gère les fonctions « support »,
- ✓ Gère le programme pluriannuel régional de remplacement du matériel,
- ✓ Organise et dispense les formations,
- ✓ Rend compte de l'exhaustivité et de la traçabilité et des statistiques régionales à l'ARS

### Perspectives :

Mettre en œuvre le dossier périnatal partagé (DPP) et extraire de manière automatisée les données nécessaires au dépistage vers le réseau périnatalité. Les deux finalités sont la traçabilité du parcours de soins du nouveau-né présentant une surdité permanente et l'exhaustivité des statistiques régionales

Cela implique d'achever l'informatisation des maternités, du réseau périnatalité et de les rendre « communicants » entre eux et vers les professionnels de ville et de protection maternelle et infantile.



## 5 - Nécessité de réaliser un état des lieux régional de l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP)

L'AMP, recouvre un ensemble de professionnels très divers et très spécialisés, de techniques de haute valeur scientifique, sur un temps donné partagé en séquences. L'accès doit en être rigoureusement organisé autour du couple et doit s'inscrire, par nature, dans un parcours permettant une vie personnelle et professionnelle la plus habituelle possible pour les personnes qui y ont recours.

### Bilan régional :

#### 2014 :

- La totalité des activités soumises à autorisation est présente en Haute-Normandie.
- Le nombre<sup>20</sup> de centres clinico-biologiques (FIV + IA) est comparable à la moyenne nationale : 0,91 centres / 100 000 femmes (0,9/100 000 en France) et est suffisant pour la population haute-normande ; En région, 3 centres pratiquent les activités de Fécondation In Vitro (FIV) et les 3 mêmes laboratoires pratiquent l'activité d'insémination artificielle (IA). Ce sont le CHU de Rouen, la Clinique Mathilde / Laboratoire BioSeine à Rouen, le Groupe Hospitalier du Havre.
- Chaque année, près de 600 enfants naissent en région après AMP.
- Le taux de ponctions des femmes domiciliées en région est égal au taux national : 4,9 /1 000 femmes, mais la population des femmes prises en charge en FIV est plus jeune qu'au niveau national.
- Par ailleurs, 12% des couples domiciliés en Haute-Normandie ont recours à un centre d'AMP d'une autre région ; principalement Ile-de-France, Basse-Normandie et Picardie.
- L'activité des laboratoires d'insémination est inférieure à la moyenne nationale : 24 IA /10 000 femmes (46/10 000 en France).
- L'activité de fécondation in vitro<sup>21</sup> des centres de la région est inférieure à la moyenne nationale : 52 tentatives /10 000 femmes (69/10 000 en France)
- Sur les territoires de santé du Havre et de Dieppe les taux standardisé de recours à la FIV sont inférieurs.

<sup>20</sup> rapporté à la pop. des femmes en âge de procréer

<sup>21</sup> rapporté à la pop. des femmes en âge de procréer et activité cumulée FIV, ICSI et TEC en intraconjugale

- Le CHU de Rouen met en œuvre des activités très hautement spécialisées :
  - ✓ Conservation d'ovocytes en vue du don (depuis 2014)
  - ✓ Conservation préparation du sperme en vue du don (depuis 1983)
  - ✓ AMP en contexte viral (hépatites B ou C)
  - ✓ Conservation et mise en œuvre de l'accueil d'embryons (depuis 2007)
  - ✓ Préservation de la fertilité pour des adultes, adolescents et adultes en particulier dans avant un traitement contre le cancer

**2015 :**

- Cession des activités biologiques d'AMP initialement exercée par le laboratoire du Dr Rocaboy au GHH au 1<sup>er</sup> janvier 2015
- Le CHU réalise 95% de l'activité de préservation de la fertilité masculine et 100% de l'activité de préservation de la fertilité féminine

**Perspective :**

Structurer les parcours de soins et de santé pour organiser l'équité d'accès aux techniques « adéquates d'AMP » et de préservation de la fertilité sur le territoire haut-normand.



## 6 - Réanimation en salle de naissance : Une nécessaire formation des personnels aux nouvelles recommandations qui paraissent tous les 5 ans

Les compétences formatrices du réseau de périnatalité en Haute-Normandie et celles du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences du CHU de Rouen se mutualisent pour démarrer une formation régionale par simulation.

La reconstitution d'une salle de naissance (radiante, matériel de ventilation, intubation, oxygénation, drogues...) et l'acquisition d'un mannequin de nouveau-né de haute fidélité piloté par ordinateur permet la mise en situation réelle sur plusieurs scénarii. Le retour d'expérience et l'analyse des pratiques sont permis par l'enregistrement sur support vidéo.

Deux modules sont proposés aux professionnels de santé.

**2012** : 6 journées de formation

**2013** : 9 journées de formation

**2014** : 9 journées de formation

Au total, la formation a été suivie par :

- 117 sages-femmes,
- 27 internes, 16 pédiatres,
- 3 anesthésistes et
- 10 infirmières ou auxiliaires-puéricultrices.

12 maternités sur 14 ont envoyé des professionnels en formation.

## 7 - Un accès inégal à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) selon les territoires de santé : développement d'un parcours coordonné ville/hôpital, en particulier pour les termes tardifs et le mode médicamenteux



L'interruption volontaire de grossesse n'est pas une activité soumise à autorisation. Réglementairement, chaque établissement siège d'une maternité doit organiser l'accueil des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. L'évolution récente concernant les IVG est le remboursement en totalité par l'Assurance Maladie du forfait de prise en charge des frais depuis le 31 mars 2013.

Sur les 4 500 à 5000 IVG/an en moyenne qui sont réalisées en Haute-Normandie, 1000/an le sont pour des femmes en contexte précaire (CMU complémentaire / AME), 6% sont réalisées chez des mineures. L'âge moyen des femmes est 27,2 ans.

Si la population des femmes réalisant une IVG est volontiers « mobile » en termes de territoire pour des raisons de confidentialité (ne pas rencontrer des personnes de son cercle habituel de connaissances), il est à remarquer que le taux d'attractivité de la région (3,2%) est très inférieur à son taux de fuite (9,3%), et ce, depuis plusieurs années.

**2012** : Sur la région, 11 maternités publiques (10 établissements), 3 maternités privées, 1 clinique chirurgicale et 1 Centre Périnatal de Proximité réalisaient les IVG. Seulement la moitié d'entre eux effectue la prise en charge des femmes lorsque le terme est tardif (12 à 14 SA).

**2012-2013** : 736 IVG médicamenteuses sont réalisées en médecine de ville

**2014** :

- L'objectif de maintenir l'ensemble des sites réalisant des IVG chirurgicales est atteint même si l'un d'eux ne réalise temporairement plus que des IVG médicamenteuses en raison de travaux au bloc opératoire.
- Tous les établissements réalisent des IVG de termes tardifs ; la population a donc un accès en proximité sur chaque territoire de santé et avec un choix public/privé. Ces IVG représentent 6% du total des IVG. Elles sont pratiquées en secteur public pour 91,3% des femmes.
- Le taux d'IVG réalisé précocement par mode médicamenteux augmente régulièrement, et atteint dans la région 50% (source Drees). Le secteur privé y participe largement, celui-ci assurant 2/3 des IVG médicamenteuse (ville + cliniques). Augmentation de 21% des IVG en médecine de ville.
- Un groupe de travail spécifique du réseau périnatalité travaille sur la structuration du parcours des femmes (médecine libérale de ville, centres de planification et d'éducation familiale départementaux, établissements de conseil conjugal et familial, établissements de santé publics et privés).

### Perspectives :

Etoffer le nombre de praticiens de ville réalisant des IVG médicamenteuses et travailler sur l'attractivité du territoire.

Structurer l'accès à l'IVG par territoire de santé, en travaillant plus précisément sur l'articulation des acteurs de soins en période de congés scolaires.



**VOLET  
PSYCHIATRIE  
SANTÉ MENTALE**



**SROS**



# PSYCHIATRIE SANTÉ MENTALE



## SROS

### Préambule

Le volet psychiatrie et santé mentale du PRS 2012-2017 de Haute Normandie a dégagé neuf grands objectifs à partir desquels a été élaboré un plan d'action régional, décliné en objectifs opérationnels à l'échelle de la région ou des territoires.

Ce bilan à mi-parcours n'a pas l'ambition de reprendre chaque objectif et de décrire chaque action, mais plutôt d'expliquer de manière synthétique la stratégie menée à partir des principaux constats faits en région au moment de l'élaboration du SROS. Il faut d'emblée souligner que l'ensemble des actions menées vise à améliorer la fluidité des parcours de soins psychiatriques afin de faciliter l'intégration de la dimension psychiatrie et santé mentale dans les parcours de santé, de dégager des pistes d'organisation pour la prise en compte des situations complexes et répondre ainsi aux enjeux de la politique de santé et de la future loi de santé.

Il faut rappeler que l'organisation sectorielle de la psychiatrie, précurseur de la politique actuelle qui introduit le parcours de santé et de vie dans le système de santé est un dispositif centré sur le malade dont la circulaire fondatrice date du 15 mars 1960. L'esprit de la sectorisation est le refus de la ségrégation des malades mentaux, le refus de leur exclusion avec le développement de prises en charge permettant de préserver leur intégration dans le tissu social, d'aider le malade mental à garder sa place dans la communauté et lui permettre, dans toute la mesure du possible d'y restaurer son autonomie.

Dans ce contexte, la psychiatrie publique a développé divers dispositifs, permettant d'organiser le parcours de soins des malades, passant par des prises en charge ambulatoires (CATTP, consultations pluridisciplinaires en CMP), à temps partiel (hôpitaux de jours) et à temps complet (hospitalisation à temps complet, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique). Il faudra attendre la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, pour que le handicap psychique y soit reconnu. Cette loi de 2005 introduit des changements majeurs pour les malades mentaux mais également pour les politiques publiques.

Ainsi, aujourd'hui, la question des parcours de santé et de vie doit être appréhendée différemment, compte tenu des évolutions sociétales qui conduisent de nombreux acteurs à s'impliquer. Elle pose comme enjeu la question de la coordination entre le secteur sanitaire (la psychiatrie) et l'ensemble des autres intervenants, notamment les secteurs médico-social et social (travail, scolarisation, logement, loisirs...).

Concernant la structuration des parcours de soins, il faut souligner que la part de la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) d'un établissement de santé public ayant une activité en psychiatrie représente environ 80% de sa file active globale en psychiatrie. Aussi, les établissements de santé publics jouent un rôle primordial, tant dans la partie intra hospitalière qu'en ambulatoire dans la structuration des parcours de soins. Ceci est encore plus prégnant dans certains territoires où la psychiatrie libérale est très pénurique, (exemple dans le département de l'Eure) et où l'activité ambulatoire repose presque exclusivement sur les établissements de santé publics.

Pour la mise en œuvre des orientations stratégiques du volet psychiatrique du SROS/PRS 2012-2017, outre les actions de réorganisation, d'importants moyens ont été alloués. De 2012 à 2015, **13 617 438 €** de mesures reconductibles (DAF) ont été allouées, dont 5 946 670 € pour la création d'une unité interrégionale pour malades difficiles (UMD) et 7 670 768 € de mesures nouvelles reconductibles pour la déclinaison du plan d'action régional (hors mesures addictologie et détenus). Ces différentes mesures ont contribué sur ces trois années (2012 à 2014) à faire évoluer la DAF régionale reconductible de + 5,7%. **(Annexe 1)**

Toutes ces actions s'inscrivent dans un important mouvement de rénovation des dispositifs de soins, notamment des unités d'hospitalisation à temps complet, qui contribue à l'amélioration des conditions de prise en charge et à la destigmatisation de la maladie mentale. **(Annexe 2)**

Dans le même temps, la participation des usagers et/ou des familles prend une place croissante et est en pleine expansion. Pour exemple, on peut citer la présence d'association dans le conseil de surveillance en tant que personnes qualifiées, la participation à la certification dans différents groupes de travail et dans le comité de pilotage et/ou la présence au comité d'éthique d'un établissement de la région.



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

- 1- Une **démographie en professionnels de santé défavorable** (notamment médecins psychiatres, médecins généralistes, dentistes, rééducateurs) → p 77
- 2- Un **taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale** et une organisation qui repose presque exclusivement sur l'offre publique, notamment en hospitalisation à temps complet et à temps partiel → p 79
- 3- Une **organisation sectorielle** avec une absence de concordance entre les contours des secteurs de psychiatrie générale et ceux de psychiatrie infanto juvénile et entre les secteurs et les territoires de santé → p 80
- 4- Un **système de santé saturé** avec → p.82
  - Des unités d'hospitalisation à temps complet le plus souvent saturées
  - Un accès au diagnostic et aux soins psychiatrique parfois difficile
- 5- Le **développement de dispositifs intersectoriels** en direction de populations particulières aboutissant à l'individualisation de filières très inégalement réparties sur les territoires. Il s'agit principalement de dispositifs en direction des personnes âgées, adolescents, personnes en situation de précarité, personnes détenues, personnes avec autisme, patients souffrant d'addictions et auteurs d'infraction à caractère sexuel. → p.86
- 6- Une mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour **l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** qui a reconnu le handicap psychique non encore complètement aboutie et qui se heurte à certaines difficultés, notamment : → p.93
  - Un besoin d'adaptation des grilles d'évaluation pour personnes en situation de handicap psychique en direction des MDPH afin d'aider à la prise de décision.
  - Une articulation à construire entre les champs sanitaires, médico- social et social, alors qu'il n'existe pas de délimitation précise de leurs missions avec parfois des missions identiques (ex. prévention, réadaptation...)
  - Une organisation psychiatrique pas toujours bien repérée par la population et les partenaires
  - Un réseau entre acteurs des champs sanitaire, social et médico social qui se structure mais dont l'opérationnalité reste "secteur dépendant", voire personne dépendante
  - Une prise en compte encore insuffisante de l'accès à la prévention et aux soins somatiques des personnes présentant des troubles mentaux

6

Principaux  
constats





## 1 - Une démographie en professionnels de santé défavorable

Pour remédier à ce constat, la politique engagée par l'ARS dès 2010 se poursuit et commence à avoir des répercussions positives sur le terrain.

### Concernant la démographie des médecins psychiatres

Pour lutter contre le manque de psychiatres en région, trois actions principales ont été ciblées :

- Une augmentation progressive du nombre de postes d'internes en psychiatrie pour la région, qui a ainsi doublé en 10 ans.

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
11	14	14	17	17	20	20	22

- La nomination d'un PUPH de psychiatrie générale en 2014 : **Pr Olivier Guillin**
- Un classement de la psychiatrie comme discipline prioritaire dans l'affectation des postes d'assistants spécialistes régionaux, avec depuis 2013 un pré ciblage pluriannuel de deux postes d'ASR en pédopsychiatrie et 2 postes de psychiatrie adulte. Malgré cette priorité et ce ciblage, les demandes restent le plus souvent insuffisantes et il n'y a eu aucune demande en psychiatrie adulte de 2010 à 2014. La nomination en 2014 d'un PUPH de psychiatrie adulte dans la région devrait permettre d'équilibrer les demandes.

**2010** : 2 (1 CH Navarre - 1 CH Rouvray)

**2011** : 2 dont (1 GHH - 1 CH Navarre)

**2012** : 5 dont (1GHH - 4 CH Rouvray)

**2013** : 1 GHH

**2014** : 2 dont (1 CH Rouvray et CMPP sévigné - 1 GHH)

**2015** : 5 dont (1 GHH - 3 CH Rouvray - 1 CH de Dieppe)

### Concernant les métiers de la rééducation

La pénurie de professionnels de la rééducation impacte le secteur psychiatrique, notamment la psychiatrie infanto juvénile qui peine à recruter, en particulier des orthophonistes et des psychomotriciens.

Dans ces domaines, la politique engagée consiste à doter la région de l'ensemble des instituts de formation afin de favoriser l'implantation des jeunes diplômés sur le territoire Haut Normand. **(Annexe 3)**

## Soins dentaires

L'accès aux soins dentaires n'est pas toujours facile pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou les personnes en situation de handicap psychique. Cet accès est rendu encore plus difficile dans un contexte de pénurie. La politique menée consiste à favoriser la formation des internes dans la région pour améliorer leur fixation locale. Aussi, depuis 2013 il existe un accord avec la faculté dentaire de Lille pour permettre la formation de 8 internes par an en région (4 à Rouen et 4 au Havre).





## 2 - Un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale et une organisation qui repose en 2011 presque exclusivement sur l'offre publique en hospitalisation à temps complet et à temps partiel

Progressivement, la région comble son retard en matière de taux d'équipement en hospitalisation à temps complet et à temps partiel et l'offre de psychiatrie privée s'installe en région. En effet, à échéance du SROS-PRS l'offre privée qui représente moins de 7% des capacités d'hospitalisation à temps complet en 2012 représentera près de 25% et passera de 0% en hospitalisation de jour à 10% (**annexes 4**)

La délivrance de nouvelles autorisations de psychiatrie va permettre la création à échéance du SROS/PRS de :

- **240 lits supplémentaires en psychiatrie générale** (hors UMD) pour la région, soit une augmentation capacitaire de plus de 20%
- **12 lits régionaux de psychiatrie infanto juvénile**, soit une augmentation de plus de 65%
- **40 lits inter régionaux** pour malades difficiles
- **55 places d'hôpital de jour en psychiatrie générale**, soit une augmentation capacitaire de plus de 10%

### Territoire de Santé du Havre

**2012** : Ouverture de la clinique Océane de **75 lits** dont 50 lits de psychiatrie générale, 15 lits d'hospitalisation de courte durée et 10 lits de géronto psychiatrie et de **15 places** d'hospitalisation de jour

### Territoire de Santé Evreux-Vernon

**2013** : Ouverture de **20 places** d'hospitalisation de jour à la clinique de la Mare O Dans au Damps

**2015** : Ouverture de la clinique des portes de l'Eure à Vernon de **70 lits** dont 50 lits de réhabilitation (30 lits pour adultes et 10 lits pour les 16-25 ans) et 20 lits de géronto psychiatrie et de **20 places** d'hospitalisation de jour dédiées à la réhabilitation psychosociale

### Territoire de Santé Rouen-Elbeuf

**2015** : Autorisation délivrée pour une clinique de **80 lits** sur le site d'Yvetot, dont 40 lits de réhabilitation (30 pour adultes et 10 lits pour les 16-25 ans), 12 lits de géronto psychiatrie et 28 lits de psychiatrie générale (dont 8 d'hospitalisation de courte durée). Ouverture prévue en 2016

### Régional

**2012** : Création de 12 lits de psychiatrie de l'adolescent au CHU de Rouen (par transformation de lits de pédiatrie)

### Inter régional

**2012** : Ouverture d'une unité pour malades difficiles inter régionale sur le site du CH du Rouvray de 40 lits



### 3 - Une organisation sectorielle avec une absence de concordance entre les contours des secteurs de psychiatrie générale et ceux de psychiatrie infanto-juvénile et entre les secteurs et les territoires de santé

Devant la non adéquation des secteurs adultes et de certains secteurs infanto-juvéniles pouvant engendrer des difficultés en terme de continuité dans la prise en charge des enfants devenus adultes et dans une perspective d'organisation de parcours de santé, un travail sur les découpages sectoriels et sur leur rattachement hospitalier a été effectué en région.

Les objectifs ont consisté à améliorer la lisibilité des organisations psychiatriques et à rendre concordants les secteurs avec les territoires de santé (dans les limites départementales) afin de faciliter l'intégration de la dimension psychiatrique dans les parcours de santé et de renforcer l'attractivité médicale en rattachant certains secteurs isolés dans des hôpitaux de plus grande importance.

#### En Seine-Maritime

##### Sur le territoire du Havre

En psychiatrie générale, rattachement de la zone de Fécamp (secteur Yvetot/Fécamp) anciennement rattachée au CH de Fécamp pour l'ambulatorio et au CH du Rouvray pour l'hospitalisation à temps complet au Groupe Hospitalier du Havre.

En psychiatrie infanto-juvénile, rattachement des zones de Lillebonne-Bolbec-Fécamp-Cany-Barville anciennement rattachées au CH de Lillebonne au Groupe Hospitalier du Havre.

Seul le secteur de psychiatrie générale rattaché au CH de Lillebonne reste à cheval sur le territoire de santé de Rouen et du Havre.

##### Sur le territoire de Rouen-Elbeuf

En psychiatrie infanto-juvénile, rattachement de la zone d'Yvetot anciennement rattachée au CH de Lillebonne au Centre Hospitalier du Rouvray, en cohérence avec le territoire de santé et avec le secteur de psychiatrie générale.

##### Sur le territoire de Dieppe

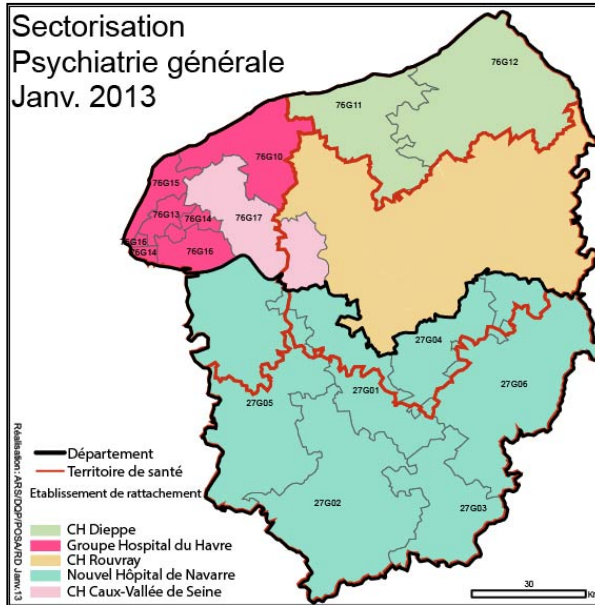
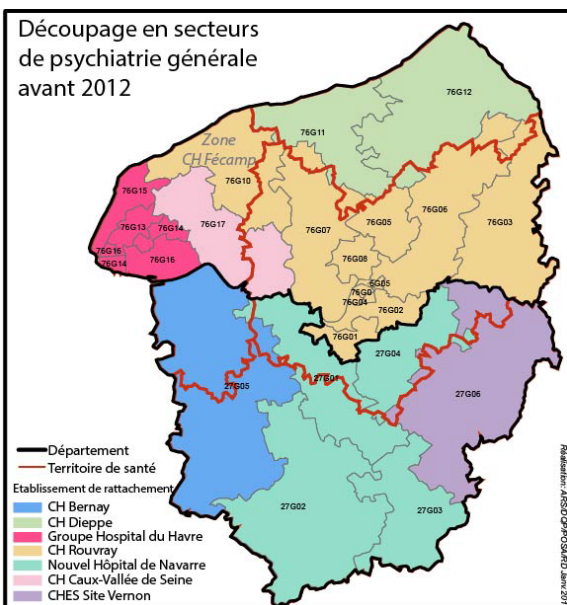
Mise en concordance des découpages des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile avec le territoire de santé

#### Dans l'Eure

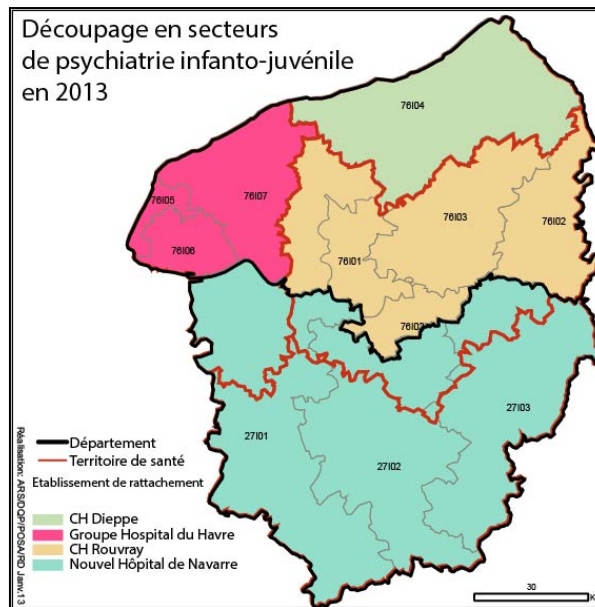
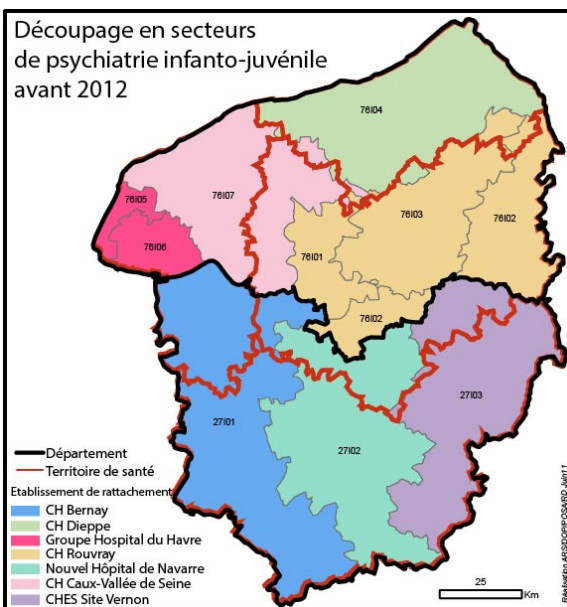
##### Sur le territoire d'Evreux-Vernon

Les deux secteurs relevant du CH de Bernay (psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile), ainsi que les deux secteurs relevant du CH de Vernon (psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile) sont rattachés au CH de Navarre, qui de surcroît assurait déjà les hospitalisations à temps complet des deux secteurs de psychiatrie générale.

Evolution des découpages et des rattachements hospitalier de 2011 à 2013



Evolution des découpages et des rattachements hospitalier de 2011 à 2013



## 4 - Un système de santé saturé : des actions menées de manière coordonnées pour fluidifier les parcours de soins et éviter les ruptures de soins



Pour résoudre cette difficile problématique, plusieurs angles d'approche simultanés ont conduit les actions en région. Il s'agit principalement :

- de réponses structurelles avec une adaptation de l'offre à la demande,
- d'actions sur les flux pour diminuer la pression sur les unités d'hospitalisation à temps complet,
- d'actions visant à faciliter l'accès aux soins,
- de la structuration de soins de recours régional

### Réponses structurelles avec une adaptation de l'offre à la demande

Une adaptation quantitative de l'offre sanitaire avec une augmentation de l'offre sanitaire (psychiatrique) tant en hospitalisation à temps complet qu'en ambulatoire sur les zones déficitaires

- Une augmentation des lits et des places (*cf. fiche 2*)
- Un renforcement des moyens extra hospitalier [CMP- Maison Des Adolescents (MDA)], notamment dans les zones déficitaires et dans les services d'urgences psychiatriques: (**crédits sanitaires DAF : 2 722 429€**) dont:
  - **Psychiatrie générale: 1 570 620€**
    - Renforcement des CMP de Gisors, Vernon, Eu, St Valéry en Caux et Fécamp
    - Renforcement de l'UNACOR (CH. Rouvray) et de l'unité d'accueil et de crise (centre Pierre Janet)
    - Renforcement de la liaison adulte du CHU
  - **Psychiatrie infanto-juvénile: 1 151 809€**
    - Renforcement des CMP de Lillebonne, Fécamp, Saint Valéry en Caux et Dieppe
    - Création d'antennes de MDA à Fécamp, Lillebonne et Pont Audemer
    - Renforcement de l'accueil adolescents de Saint Valéry en Caux et Dieppe
    - Renforcement de la MDA Rouen (site du Palais)

Une adaptation qualitative de l'offre sanitaire en fonction de la demande avec une augmentation quantitative de l'offre psychiatrique au détriment de l'offre pédiatrique

Délivrance d'une autorisation d'exercer la psychiatrie infanto juvénile au CHU de Rouen et création de 12 lits régionaux d'hospitalisation en psychiatrie pour adolescents au CHU de Rouen par fongibilité à partir de lits de pédiatrie

### Une adaptation qualitative entre secteur sanitaire et secteur médico social en adaptant l'offre à la demande

Reconversion en 2014 de l'hôpital de jour "les ateliers Sainte Claire" en structure médico sociale, accueil de jour par fongibilité asymétrique

### Une adaptation quantitative de l'offre médico sociale (crédits médico sociaux) pour répondre à la saturation des unités intra hospitalières après évaluation des situations d'inadéquation des personnes hospitalisées au long cours et nécessitant une prise en charge institutionnelle.

- Création dans la région de 104 places d'hébergement complet de maison d'accueil spécialisé (MAS) et 26 places de foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour personnes en situation de handicap psychique
- Développement de places d'accueil temporaire en MAS: 15 places installées (Rouen– le Havre)
- Création de 10 lits de MAS pour personnes avec autisme (Evreux-Vernon), prévision de 10 places sur le TS de Rouen en 2017

### Une adaptation quantitative d'offres ambulatoires en direction des enfants et des adolescents par la création d'offres de CMPP (crédits MS) sur des territoires déficitaires en offre de CMP

- Extension du CMPP du Havre et du CMPP de Rouen (antenne Gournay en Bray)
- Création d'un CMPP aux Andelys (couverture zone de Gisors, Gaillon, Vernon, les Andelys) et à Pont Audemer (couverture Bernay- Pont Audemer)

### Une adaptation quantitative des services d'accompagnement médico sociaux (crédits MS) en direction des personnes en situation de handicap psychique ou des personnes avec autisme

- Maillage territorial de places de SAMSAH pour personnes en situation de Handicap psychique avec de 2012 à 2014 96 places en Seine-Maritime et 15 places dans l'Eure. Prévision de 10 places supplémentaires dans l'Eure en 2015.
- Création de places de SAMSAH autisme (AAP 2015)

### Le développement sous l'impulsion des secteurs de psychiatrie en partenariat avec le secteur social et associatif d'alternative à l'hospitalisation par des dispositifs de "transition" notamment

en direction de personnes hospitalisées au long cours qui présentent un potentiel de ressources mobilisables permettant de travailler un projet de vie en dehors d'une institution avec un accompagnement adapté.

**55 places** à terme en région, dont :

- 28 places sur le TS de Rouen
- 12 places sur le TS du Havre
- 15 places pour le département de l'Eure

## Actions sur les flux de patients

En apportant un appui structuré au secteur médico social (secteur « handicap adulte/enfant » et « personnes âgées ») avec individualisation d'équipes mobiles fonctionnant dans le cadre du programme TISSE (télé médecine en structures médico sociales) pour apporter une réponse aux problématiques des personnes « vulnérables » au plus près de leur lieu de vie et/ou pour apporter des réponses aux institutions concernées et ainsi diminuer au maximum la pression sur l'hospitalisation :

- Mise en place d'un maillage territorial d'équipes mobiles :
  - Pour personnes âgées en EHPAD
  - Pour enfants et adolescents en IME-ITEP-foyers de l'enfance (situations complexes)
- Renforcement de l'équipe mobile à vocation régionale (UMOSTED) pour les personnes avec autisme en direction des FAM et MAS

## Actions pour faciliter l'accès aux soins

- En contractualisant avec les établissements de santé (CPOM) afin d'individualiser des lieux de consultations non programmées en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto juvénile avec des horaires d'ouverture affichés et en assurer une communication auprès de la médecine de ville.
- Par la mise en place d'un dispositif régional de réponse aux urgences psychiatriques (**annexe5**) :

En 2015, entrée en vigueur d'une convention multipartite (préfectures Seine Maritime et Eure, ARS, procureur général, établissements sanitaires ayant une activité de psychiatrie et/ou siège de SAMU et les présidents des associations de transporteurs sanitaires urgents de Seine Maritime et de l'Eure) visant à l'organisation en Haute Normandie d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et de faciliter le transport des patients hospitalisés dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011.

Cette convention a pour objectif d'apporter des réponses aux difficultés rencontrées dans :

- l'organisation de l'admission en soins psychiatriques sans consentement (évaluation médicale, décision administrative, transports)
- La réintégration en hospitalisation complète d'un patient connu (en fugue ou en rupture de soins prescrits dans le cadre d'un programme de soins)
- Le transport vers un établissement de santé de toute personne présentant des troubles mentaux manifestes, en tout point du territoire, et non consentante aux soins

Et propose une organisation dont le **médecin régulateur de chaque SAMU/ centre 15 est le pivot** et définit des principes et des outils validés juridiquement et collégialement.

## Une structuration régionale des soins de recours

Avec notamment :

- Mise en place d'un programme régional spécifique trouble de l'humeur (START)
- Renforcement des moyens en hospitalisation à temps complet de 4 lits régionaux pour personnes avec autisme et création d'une unité régionale pour psychoses résistantes (unique en France)
- Développement des techniques d'électrostimulation, ECT (électroconvulsivothérapie), RTMS (stimulation magnétique Transcrânienne), TDCS (stimulation à courant continu) et DBS (stimulation cérébrale profonde)
- Développement de l'offre cognitivo comportementale (sites CHU, CH Rouvray, centre St Gervais à Rouen)
- Expérimentation d'une consultation psychoses résistantes d'amont au GHH

### **Perspective 2015-2016 :**

- Ouverture d'une consultation spécifique pour patients présentant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) dans le service hospitalo universitaire.

## 5 - La structuration de certaines filières : le développement de l'intersectorialité



- La politique régionale vise à soutenir et à développer en région le mouvement déjà engagé d'individualisation de " filières " à la condition :
  - qu'elles soient intersectorielles à l'échelle des établissements de référence
  - qu'elles soient en priorité à l'échelon des territoires de santé pour le secteur privé
  - qu'elles travaillent en étroite articulation avec les dispositifs sectoriels.

Avec pour certaines filières une organisation graduée des soins en positionnant le CH du Rouvray et/ou le CHU sur des missions régionales et/ou de soins de recours.

- Les motivations sont multiples, notamment :

**Faciliter l'intégration de la dimension psychiatrique dans les parcours de soins et les parcours de santé et de vie** qui impliquent différents partenaires (ex. personnes âgées, adolescents, addiction, détenus...) :

- Par le retour très positif des partenaires (du soin, du médico social et du social) de ces organisations, quelles que soient les filières développées, car leur permettant d'identifier des interlocuteurs « ressources » pour des populations ou des problématiques spécifiques => **amélioration de la lisibilité des organisations**
- En structurant l'appui en direction notamment des secteurs médico sociaux et sociaux par des équipes mobiles dédiées: personnes âgées, addiction, précarité, adolescents, autisme
- En permettant de bénéficier de professionnels ou de lieux "ressources" dans certains domaines en appui aux situations complexes.

**Améliorer l'attractivité pour les médecins psychiatres en :**

- Répondant à la demande des jeunes psychiatres qui souhaitent pouvoir conjuguer des activités sectorielles généralistes et également développer des domaines de compétence spécifique
- Affirmant le rôle régional du CH du Rouvray avec un "rôle ressource" et de coordination de certaines filières développées de longue date pour en favoriser le développement dans les autres territoires et ainsi renforcer l'attractivité médicale dans l'ensemble de la région.

**Assurer le développement de compétences dans des domaines spécifiques** contribuant ainsi à faire évoluer les pratiques en fonction des connaissances.



## Auteurs d'infraction à caractère sexuel

Depuis 1998, la spécificité de la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel tient :

- à l'existence d'un cadre juridique particulier, l'injonction de soin dans le cadre de la loi du 17 juin 1998
- à une offre de soins plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés (Pour la région Haut Normande, le Centre de détention de Val de Reuil),
- à la mise en place dans chaque région de centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS).

Pour compléter ce dispositif, afin de faciliter la continuité des soins et éviter les ruptures et les récidives, la politique régionale a consisté à :

- Individualiser des lieux de prise en charge dédiés en milieu ouvert sur chaque TS en :
  - Mettant en place une organisation graduée des soins, le CH du Rouvray ayant une compétence régionale dans ce domaine
  - Favorisant le développant d'actions dans les Maisons Des Adolescents :
    - consultations pour les auteurs mineurs de violences à caractère sexuel dans la Maison des Adolescents de Rouen
    - Des actions de sensibilisation et de collaboration pluriannuelles sont menées avec le CRIAVS et la maison des adolescents du Havre

Depuis 2012 : **Finalisation du maillage territorial de lieux dédiés : 339 000€**

### Territoire de Rouen-Elbeuf

**2012 et 2015:** renforcement des moyens du **centre St Sever**, dispositif de soins intersectoriel dédié aux auteurs d'infractions à caractère sexuel sous obligation ou injonction de soins en lui donnant une mission régionale pour les situations complexes nécessitant une prise en charge spécialisée (chimiothérapie spécifique, groupes de paroles, co-thérapie). En 2014, mise en place de téléexpertise entre le centre Saint Sever et les équipes de l'intersecteur de psychiatrie pénitentiaire du centre de détention de Val de Reuil et de la maison d'arrêt de Rouen.

### Territoire du Havre

**2012:** Mise en place de groupes thérapeutiques ciblés pour les AICS dans l'unité intersectorielle de consultations dédiées aux personnes sous main de justice, située sur le **site de Pierre Janet**.

### Territoire de Dieppe

**2012 et 2014:** Création puis renfort d'une unité intersectorielle dédiée aux AICS sur le **site du CH de Dieppe**.

### Territoire d'Evreux-Vernon

**Site de la Madeleine** à Evreux

## Personnes âgées

Les parcours de santé de la personne âgée consistent à permettre à toutes les personnes âgées fragiles de bénéficier des soins médico-psycho-sociaux équivalents, de qualité et adaptés en réponse à leurs besoins, quel que soit leur lieu de vie.

Dans ce contexte, la politique régionale dans le domaine de la santé mentale consiste à promouvoir des dispositifs de soins spécialisés en gérontopsychiatrie, articulés avec les dispositifs sectoriels dans chaque territoire de santé et intégrés dans les filières de soins gériatriques.

Deux actions principales en région :

**1** - Afin d'apporter les soins au plus près du lieu de vie des personnes âgées fragiles et dépendantes et de diminuer la pression sur les hospitalisations, la politique régionale consiste à mettre en place un **maillage territorial d'équipes mobiles en direction des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD)**, fonctionnant dans le cadre du programme TISSE (télémédecine en structure médico sociale).

Finalisation du maillage en 2014, avec depuis 2012, l'allocation de **362 000€ de DAF reconductible**.

- **2010:** Création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie pour personnes âgées (EMPA) dans le département de l'Eure
- **2012:** Renforcement de l'EMPA TS de Rouen-Elbeuf
- **2013:** Création d'une EMPA sur le TS de Dieppe
- **2014:** Création d'une EMPA sur le TS du Havre

**2** - Devant le vieillissement de la population, le **développement d'unités d'hospitalisation à temps complet de gérontopsychiatrie** en complément des lits existants dans le secteur public avec:

- **2012** : - Création de 10 lits à la clinique Océane au Havre
  - **2015** : - Création de 20 lits à la clinique des portes de l'Eure à Vernon
- Autorisation de 12 lits sur le site d'Yvetot

L'ensemble de ces unités d'hospitalisation de court séjour à temps complet de gérontopsychiatrie ont vocation à travailler de manière privilégiée avec les équipes mobiles territoriales, et en lien étroit avec les secteurs.

## Personnes avec autisme

Les actions développées en région par la psychiatrie s'orientent autour de trois axes pour un montant depuis 2102 de **1 015 913€**. Ces actions participent à la mise en œuvre du plan d'actions régional autisme (cf. bilan d'étape et actualisation des orientations – Août 2015)

### 1 - Amélioration des conditions d'accès au diagnostic

La question du diagnostic des troubles du spectre de l'autisme a été une priorité nationale intégrée dans l'ensemble des 3 plans autisme. Dans ce contexte, ont été créés dans chaque région des centres de ressource autisme. Dans la région le Centre de Ressource Autisme de Haute Normandie (CRAHN) a été créé en 2005 et comprend une unité d'évaluation et une unité de formation, information, animation du réseau et de recherche (UFIRR). Comme partout en France, l'unité d'évaluation normalement dédiée aux situations complexes est sollicitée pour des évaluations diagnostiques simples, entraînant des délais d'attente de plus d'un an. Dans ce contexte, la politique régionale a consisté à mettre en place une organisation graduée de l'évaluation et du diagnostic, permettant au CRAHN d'assurer son rôle d'expertise pour les situations complexes, tout en poursuivant l'amélioration du niveau de formation des acteurs de proximité.

Ainsi, ont été créées des équipes territoriales d'aide au diagnostic de l'autisme (ETADA) pour enfants et adolescents intégrées dans les pôles de psychiatrie infanto juvénile articulés notamment avec les CAMSP, les CMP et CMPP:

- **2012** : Création de l'ETADA du Havre
- **2015**: Création en cours des ETADA Rouen/Dieppe et Evreux-Vernon

Si la priorité du dispositif est centrée sur l'amélioration du diagnostic chez les enfants, la question de l'identification de certaines formes d'autisme chez les adultes se pose de manière récurrente (autisme de haut niveau et autisme associé à des retards mentaux sévères), aboutissant en :

- **2015**: à la création en cours d'une unité régionale d'évaluation et de diagnostic pour adultes située au centre de ressource pour autisme de Haute Normandie

**2 - Appui aux cas complexes par un accompagnement au sein des établissements médico-sociaux des personnes avec autisme présentant des troubles du comportement et/ou des comorbidités complexes** (retard mental, maladies génétiques, épilepsies, troubles psychiatriques...) nécessitant une prise en charge psychiatrique spécialisée par des professionnels ayant une connaissance approfondie de l'autisme, dans ce contexte :

- **2010**: Création d'une unité mobile régionale spécialisée dans les troubles envahissants du développement (UMOSTED) pour les personnes avec autisme de plus de 15 ans accompagnées dans un établissement médico social fonctionnant dans le cadre du programme TISSE (télémédecine en structure médico sociale).
- **2015**: Renforcement et diversification du personnel de cette équipe, notamment par un temps de psychologue.

**3 - Individualisation de 4 lits régionaux** en cours dans le service universitaire du Pr Guillin pour les personnes avec autisme nécessitant des hospitalisations de courte durée pour des ajustements thérapeutiques après une phase d'observation et de bilan. Cette unité à vocation à travailler en lien étroit avec l'UMOSTED.

## Enfants et adolescents

Les actions en région sont diverses avec depuis 2012 l'allocation d'un montant total de plus de **1 500 000€ de DAF reductible en direction des adolescents**. Il s'agit principalement :

- d'actions de promotion de la santé
- de renforcement de lieux de soins ambulatoires dédiés aux adolescents
- de renforcement des capacités d'hospitalisation à temps complet pour les adolescents
- d'actions ciblées en direction des situations complexes

**1 - Des actions en faveur de la promotion de la santé** (cf Bilan intermédiaire du schéma régional de prévention)

- Actions de développement des compétences psycho-sociales

**2 - Le renforcement et/ou la création de lieux d'accueils non programmés et de consultations de proximité dédiés aux adolescents**

En 2012, la région est dotée de :

- trois Maisons Des Adolescents (MDA) : Le Havre - Rouen - Evreux
- d'un maillage d'écoutes pour adolescents uniquement sur le TS de Rouen-Elbeuf avec cinq implantations
- Un accueil adolescent à Dieppe et l'absence de MDA
- Un accueil pour parents d'adolescents à la MDA du Havre

Afin d'améliorer l'offre de soins ambulatoires, la politique régionale a consisté à améliorer le maillage territorial d'offres non programmées en direction des adolescents et à renforcer des dispositifs existants :

- **2012 et 2013** : renforcement accueil adolescents à St Valéry en Caux et Eu
- **2013** : création d'une antenne de MDA à Fécamp
- **2013 et 2015** : renforcement de l'accueil adolescents à Dieppe
- **2014** : création d'une antenne de MDA à Lillebonne et à Pont Audemer
- **2015** : renforcement de la MDA de Rouen (site espace du palais)

Et à soutenir le développement de consultations délocalisées, par exemple en PMI à Dieppe ou dans des centres médico sociaux - CMS (ex. accueil adolescents à Bacqueville et Longueville-sur-Scie)

**3 - L'augmentation régionale des capacités d'hospitalisation à temps complet pour les adolescents**

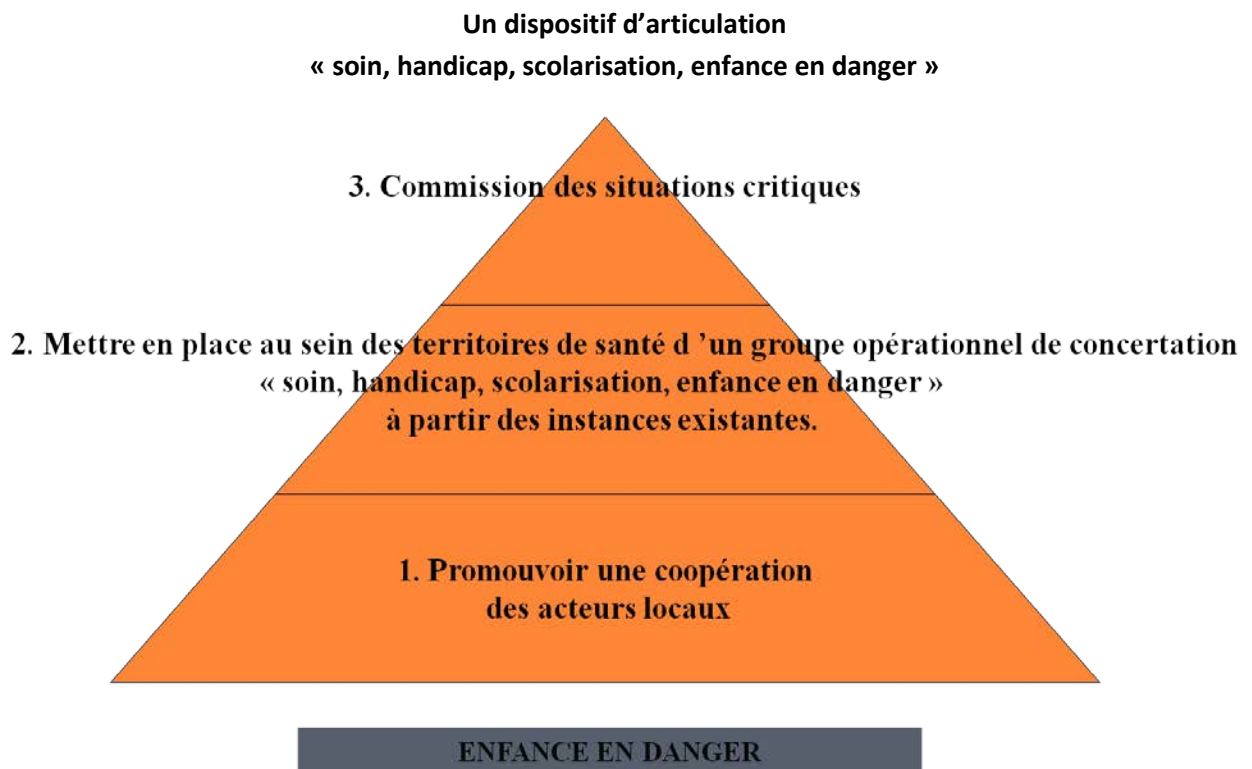
**2013** : autorisation d'exercer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Rouen avec création de 12 lits régionaux de psychiatrie de l'adolescent en hospitalisation à temps complet au CHU de Rouen par transformation de lits de pédiatrie et création d'un GCS CHU/CH du Rouvray intégrant l'ensemble des unités intersectorielles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les deux unités d'hospitalisation régionale.

## 4 - Des actions en direction des situations complexes

Afin de faciliter les coopérations et pour éviter la pression sur les hospitalisations, la politique régionale a consisté à prioriser l'accès aux soins pour les situations complexes (situation de handicap avec comorbidité psychiatrique et mesure de protection de l'enfance) en :

- **Structurant en 2011 sur chaque territoire de santé dans les limites départementales des groupements opérationnels de concertation (GOLC) (annexe 6).**

Ces instances, implantées dans les 4 TS recherchent des solutions co-construites (services de soins psychiatriques, aide sociale à l'enfance (ASE), établissement médico social) pour des enfants en situations de handicap avec comorbidité psychiatrique. La commission des situations critiques constitue l'instance de recours lorsque ces derniers n'ont pu trouver de solution.



- **Assurant un maillage territorial d'équipes mobiles enfants adolescents en direction des instituts médico éducatifs (IME), instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et foyers de l'enfance, pour les situations complexes** ayant vocation à travailler dans le cadre du programme TISSE (télé médecine en structure médico sociale) répondant à une note de cadrage régionale cf. annexe 7:
  - **2010** : Création d'une équipe mobile pour le département de l'Eure
  - **2012** : Création d'une équipe pour le TS du Havre et une pour le TS de Dieppe
  - **2014** : Création d'une équipe mobile pour le TS de Rouen-Elbeuf,

- **Renfort de l'accompagnement médico-social** (cf. Bilan d'étape et actualisation des orientations du SROMS– Août 2015)

**2014 :**

- Création d'un centre d'accueil familial spécialisé à vocation régionale de 6 places
- Création de 4 services expérimentaux d'accompagnement d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) de 41 places pour adolescents avec troubles psychiques et mesures de protection de l'enfance



## 6 - Poursuivre la formalisation des articulations entre la psychiatrie et les autres intervenants auprès des personnes avec troubles psychiques invalidants

Sont concernées les personnes présentant une pathologie mentale ayant des répercussions fonctionnelles continues ou variables dans le temps, avec ou non reconnaissance d'une situation de handicap par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les actions en région se sont centrées sur plusieurs cibles depuis 2012 avec notamment l'allocation d'environ **1700 000€ de DAF reconductible**

### 1 - Amélioration de l'information sur les dispositifs de santé mentale

- Publication d'un annuaire de santé mentale et du handicap psychique (mise à jour annuelle).

### 2 - Création d'une activité de réhabilitation psychosociale sur les 4 territoires de santé avec des soins centrés sur :

- des objectifs d'inclusion sociale
- de prévention des rechutes et des hospitalisations,
- l'amélioration du fonctionnement des personnes dans leur environnement en favorisant les pratiques centrées sur le rétablissement.
- des offres spécifiques en direction des 16-25 ans

Un programme personnalisé de soins est proposé après une évaluation du niveau d'autonomie, des fonctions cognitives et des compétences sociales...

#### Territoire de Rouen-Elbeuf

En plus des dispositifs existants au CH du Rouvray,

**2015** : Autorisation délivrée pour une clinique de **80 lits** sur le site d'Yvetot, dont 40 lits de réhabilitation (30 lits pour adultes et 10 lits pour les 16-25 ans),

#### Territoire du Havre

**2015** : Projet en cours d'une unité intersectorielle porté par le groupe hospitalier du Havre avec une diversification des offres de soins (notamment, remédiation cognitive et thérapies cognitives, entraînement des habiletés sociales, médiations corporelles, thérapies cognitives et comportementales, éducation à la santé)

#### Territoire de Dieppe

**2012**: Création d'une unité spécialisée de réhabilitation psychosociale au CH de Dieppe (Centre de Jour du Pollet)

#### Territoire d'Evreux-Vernon

**2015**: - Projet en cours par le CH de Navarre d'une unité intersectorielle rattaché au pôle extra hospitalier permettant d'enrichir l'offre de soins en intégrant de nouvelles approches et techniques (neuropsychologue, ergothérapeutes...) à partir de l'élaboration d'un projet de soin individualisé pour chaque patient.

- Ouverture en octobre de la clinique des portes de l'Eure à Vernon de **70 lits** dont 50 lits de réhabilitation (30 lits pour adultes et 10 lits pour les 16-25 ans) et de **20 places** d'hospitalisation de jour dédiées à la réhabilitation psychosociale

### 3- Diversification de l'offre en matière de réhabilitation par le logement

Développement de dispositifs de logements de transition en partenariat avec le secteur social et médico social (à terme 55 places en logements de transition dont 28 places dans le territoire de Rouen, 12 places dans le territoire de santé du Havre et 15 places dans le département de l'Eure).

### 4 - Renforcement de l'accompagnement médico social (cf. Bilan d'étape et actualisation des orientations – Août 2015)

- De **2012 à 2015** : Création de 96 places en Seine Maritime et 25 places dans l'Eure de service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (SAMSAH) dédiés aux personnes en situation de Handicap psychique
- Renfort des groupes d'entraide mutuelle (GEM)
  - o Eure
  - o Yvetot

### 5 - Création de deux réseaux de réhabilitation psychosociale

**2012**: Création du RePsy76 pour les territoires de santé de Rouen-Elbeuf (dans limites départementales) et Dieppe avec en **2015** une extension sur le TS du Havre (dans les limites départementales) pour couvrir la totalité du département de Seine Maritime.

**2013** : Création du Récop27 pour le département de l'Eure

Ces réseaux de réhabilitation ont notamment pour objectifs de :

- Coordonner les professionnels intervenant auprès de la personne et apporter une expertise dans le suivi du projet de réinsertion de la personne tout au long de son parcours
- Développer des pratiques professionnelles coordonnées (sanitaires, sociales et médico-sociales) centrées sur le projet de la personne - Formations croisées
- Promouvoir une meilleure connaissance du handicap psychique et contribuer à la destigmatisation de la pathologie mentale
- Rôle de conseil et d'expertise auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- Développer un travail en réseau avec les organismes sociaux et médico-sociaux sollicités par les personnes dans leur projet de réinsertion (logement, emploi, formation, vie sociale).





## PERSPECTIVES

### *Perspectives*

- 1- Dans le cadre du futur projet régional de santé et de la structuration des parcours de soins et de santé pour des populations spécifiques (personnes âgées, adolescents...), intégrer la dimension psychiatrique
- 2- Structurer les parcours de soins et de santé des malades présentant des pathologies psychiques invalidantes, notamment schizophrénie et troubles bipolaires dans la région normande, avec une déclinaison opérationnelle par territoire (échelle des territoires des futurs groupements hospitaliers de territoire ?)
- 3- Poursuivre la construction d'alternatives aux hospitalisations inadéquates et souvent prolongées en psychiatrie, à partir d'un système de veille
- 4- Poursuivre la dynamique régionale de développement de la télémédecine (téléconsultation, télé staff, téléexpertise)



**VOLET  
SOINS DE SUITE ET DE  
READAPTATION**



**SROS**



# SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION



# SROS

## Préambule

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.

Point nodal de l'organisation hospitalière des soins, les SSR représentent en Haute Normandie un enjeu stratégique en raison de la situation de sous dotation qu'a longtemps connue notre région. Cette situation était d'autant plus aigue que la région doit faire face à l'augmentation des besoins en SSR liée au vieillissement de la population, avec 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.

Le volet SSR du SROS PRS 2012-2017 a succédé à une révision particulièrement structurante en octobre 2009 du schéma régional d'organisation des Soins de Suite et de Réadaptation, liée à la parution des décrets d'avril 2008 réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité.

Ce 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. La réforme SSR marque également une volonté de structuration 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 et d'améliorer de la fluidité des parcours des patients.

Parallèlement à la poursuite du rattrapage régional en équipement, le SROS PRS a poursuivi un large mouvement de restructuration, entamé avec la réforme SSR et la révision du SROS SSR, d'ex-hôpitaux locaux dotés de très petites unités de SSR et/ou de médecine. Cette stratégie consiste en un recentrage sur une activité de type SSR au regard des impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins. L'objectif est d'assurer un maillage équilibré SSR généralistes/spécialisés sur les territoires avec des unités spécialisées proches des plateaux techniques (recours) et le maintien d'une offre SSR polyvalente en proximité (ex-hôpitaux locaux), moins émietlée, mais avec une taille critique minimale.

Il est à souligner que le SROS PRS a été élaboré dans la perspective d'une mise en œuvre de la T2A SSR à partir de 2013, mais qui a été reportée en 2016. Ce report n'est pas sans poser problème dans un certain nombre d'établissements sous dotés en DAF, au regard des impératifs de mise aux normes imposées par la nouvelle réglementation SSR.

Le volet SSR du SROS PRS de Haute Normandie a dégagé cinq grands objectifs à partir desquels a été élaboré un plan d'action, décliné en objectifs opérationnels à l'échelle de la région ou des territoires.



SOINS DE SUITE ET  
DE READAPTATION



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

4

*Principaux  
constats*

- 1- Un retard en équipement et un champ d'activité en cours de restructuration → p. 103
- 2- Une situation démographique des professionnels de santé en établissement préoccupante → p. 105
- 3- Le SSR, maillon des filières et des parcours de soins → p. 106
- 4- Fluidité des parcours : un enjeu majeur → p. 108







## 1 - Un comblement du retard en équipement et un paysage profondément restructuré

La concrétisation de projets d'envergure, avec la création de 2 établissements de santé, Clinique du Petit Colmoulins à Harfleur, Clinique Guillaume à Bois Guillaume et la restructuration des ex-hôpitaux locaux ont permis à la région de rejoindre le taux national en lits et places SSR.

Entre 2010 et 2015 auront été créés 282 lits et 113 places SSR, soit une progression de + 11,5% des capacités SSR d'hospitalisation complète et + 65,3% d'hospitalisation de jour.

### Territoire de santé Rouen-Elbeuf

#### 2011

- A la Croix Rouge de Bois Guillaume, création d'un HDJ SSR affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien de 15 places.

#### 2012

- Création d'une nouvelle unité de 8 lits pour état végétatif persistant ou pauci relationnel (EVP-EPR) au Centre Méridienne (doublement capacitaire).

#### 2013

- Renforcement du SSR polyvalents du CH d'Yvetot, de 11 à 25 lits.

#### 2014

- Création à la Croix Rouge de Bois Guillaume, d'une unité SSR onco-hématologiques de 20 lits en partenariat avec le CRLCC.
- Création d'un nouvel établissement SSR de 70 lits de soins de suite polyvalents, la Clinique Guillaume (Bois Guillaume).
- Création de 20 lits SSR affections respiratoires au CHU de Rouen.

### Territoire de santé du Havre

#### 2012

- Renforcement de 9 à 20 lits de l'activité SSR en substitution de la médecine pour l'hôpital de St Romain-de-Colbosc.

#### 2013

- Mise en œuvre d'une activité spécialisée de prise en charge des affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien en hospitalisation à temps complet et partiel reconnue aux Jonquilles.

#### 2014

- Création d'un nouvel établissement privé (Clinique du Petit Colmoulins- à Harfleur) de 90 lits de SSR polyvalents, affections du système nerveux et conduites addictives et 10 places d'HDJ de SSR neuro + 8 lits EVP.
- Création d'un hôpital de jour de 30 places de SSR cardio-vasculaires à l'hôpital privé de l'Estuaire au Havre.

### Territoire de santé de Dieppe

#### 2011

- Renforcement de 9 lits de SSR polyvalents en substitution de la médecine pour l'hôpital de St Valéry-en-Caux (19 lits au total).

**2012**

- Autorisation d'une mention spécialisée affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation à temps complet et partiel à la clinique Mégival- Non mise en œuvre.
- Autorisation d'une mention spécialisée appareil locomoteur et affections neurologiques en hôpital de jour au CH de Dieppe – Non mise en œuvre.

**2013**

- Création d'un hôpital de jour de 10 places dédiées à la prise en charge en SSR des affections cardio-vasculaires et respiratoires au CH de Dieppe.

**2015**

- Restructuration-extension du centre SSR du Caux Littoral à Neville avec déploiement d'une mention spécialisée affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, avec un total de 51 lits.

**Territoire de santé d'Evreux-Vernon**

**2010**

- Fermeture des 5 lits de médecine et 5 lits de SSR avec transformation intégrale de l'hôpital local de Conches-en-Ouche en EHPAD.

**2012**

- Renforcement de l'activité SSR en substitution de la médecine pour les Hôpitaux des Andelys (10 à 20 lits) et du Neubourg (15 à 20 lits).
- Transformation du CH de Breteuil en EHPAD avec transfert de l'activité SSR sur le CH de Verneuil-sur-Avre.

**2014**

- Restructuration-extension de l'ADAPT St André de l'Eure avec nouveaux locaux d'HDJ et ouverture d'une nouvelle unité de 10 lits EVC.

**Bilan capacitaire 2015**

Territoire de santé/région/France	Population 2010	Hospitalisation complète SSR au 1.01.2015		Hospitalisation partielle SSR au 1.01.2015	
		Equipement en lits	Taux d'équipement pour 1000 hab	Equipement en places	Taux d'équipement pour 1000 hab
Dieppe	169076	182	1,1	10	0,1
Evreux-Vernon	399936	701	1,8	27	0,1
Le Havre	454427	535	1,2	100	0,2
Rouen-Elbeuf	813515	1307	1,6	149	0,2
<b>Total région</b>	1836954	2725	1,5	286	0,2
<i>France métropolitaine</i>	64612939	100 629	1,6	9 085	0,1

Sources : ARS - Insee, RP2010 exploitation principale



## 2 - Une situation démographique des professionnels de santé en établissement toujours préoccupante

La situation démographique des professionnels de santé en établissements SSR est préoccupante que ce soient les personnels médicaux (en particulier Médecine Physique et de Réadaptation) ou médico-techniques (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes).

Dans les domaines de la rééducation, la politique structurante engagée consiste à doter la région des instituts de formation couvrant le champ des différents métiers de la rééducation afin de favoriser l'implantation des jeunes diplômés sur le territoire Haut Normand, notamment avec une formation d'audio prothésiste qui reste à concrétiser.

Concernant les médecins, l'effort en région est important dans la filière de formation médecine physique et de réadaptation (MPR) avec 6 internes en 2015 et la mise en place d'un post internat avec un poste d'ASR de MPR.

Outre l'incidence de la pénurie médicale régionale qui impacte les SSR, ceux-ci souffrent d'une moindre attractivité dans les spécialités, notamment neurologie, pneumologie et cardiologie par rapport au court séjour.

### Perspectives

- Nécessité d'améliorer l'attractivité pour les internes dans les différentes spécialités SSR, avec la mise en place de parcours professionnalisant territorialisés afin de fixer les spécialistes contribuant au développement du SSR là où il y en a besoin.
- La nouvelle réforme de l'entrée en études de kinésithérapie (voie prioritaire par la première Année Commune aux Études de Santé (PACES), précédant l'entrée en IFMK) va conduire à avoir une année blanche de sortie de jeunes diplômés kinés en 2019. En parallèle sera demandé en 2015 une augmentation du quota de formation pour la région de plus 40 places.
- Il convient aussi de développer toutes la palette de formation des métiers de la rééducation, notamment avec une formation d'audio prothésiste qui reste à concrétiser (7 instituts en France pour 200 diplômés par an).

### 3 - Le SSR maillon du parcours de soins et du parcours de santé



Les filières de soins en construction s'appuient sur les préconisations de différents plans nationaux (Plan AVC, Plan Obésité notamment).

Ces filières représentent une succession d'étapes de prise en charge visant à orienter la trajectoire du patient pour une meilleure qualité des soins, une meilleure utilisation des équipements et une prise en charge pluridisciplinaire. Chaque filière propose donc les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des chemins possibles du patient dans le système de santé, préfigurant ainsi la plupart des étapes des parcours de soins et de santé considérés.

Plusieurs filières, parcours de soins et/ou de santé sont en cours de structuration dans la région, notamment les filières AVC, obésité (cf. volet médecine) et personnes cérébro-lésées.

#### Personnes cérébro-lésées

Le terme de « cérébro-lésées » s'adresse aux personnes victimes de lésions cérébrales consécutives à un traumatisme crânien grave, un accident vasculaire cérébral ou une autre origine (infectieuse, tumorale).

Le parcours des personnes cérébro-lésées est loin d'être univoque. Différents parcours sont possibles en fonction de la gravité des séquelles fonctionnelles consécutives à la situation initiale.

Suite à la prise en charge initiale en aigu (SAMU, service d'urgence, neurochirurgie, réanimation), et selon la gravité de l'état du patient, l'orientation peut se faire vers une unité d'éveil. L'unité d'éveil est un service accueillant les patients cérébro-lésés en phase végétative, non dépendants d'une technique de ventilation artificielle, à la sortie des services de réanimation chirurgicale ou de soins intensifs. La région dispose de deux unités d'éveil, l'une au CRMPR Les Herbiers Bois Guillaume, l'autre à l'Hôpital de la Musse dans l'Eure.

L'évolution de cette phase végétative peut se faire soit vers un éveil stable et une vie relationnelle, soit se prolonger en un état végétatif chronique ou pauci-relationnel.

- Dans la première éventualité, l'orientation vers une structure SSR spécialisée dans la prise en charge des affections neurologiques et de l'appareil locomoteur est garante de la continuité de la prise en charge et de l'effectivité du relais médico-social.
- Dans la seconde éventualité, lorsque l'état végétatif perdure, les personnes peuvent relever d'unités dédiées à l'accueil de personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR). La région dispose de 4 unités de ce type pour un total de 42 lits : deux sur le territoire de Rouen-Elbeuf (Centre Méridienne, Clinique de la Lovière), une sur le territoire Evreux-Vernon (ADAPT St André de l'Eure), une sur le territoire du Havre (Clinique du Petit Colmoulin).

### Offre sanitaire régionale en 2015 de la filière des cérébro lésés

Territoire de santé	Rouen-Elbeuf	Evreux-Vernon	Le Havre	Dieppe
Services de réanimation médico-chirurgicale	CHU de Rouen CHI Elbeuf	CH Eure-Seine	GHH	CH Dieppe
Service de neurochirurgie	CHU de Rouen			
Unités d'éveil	Les Herbiers	La Musse		
Unités SSR spécialisées affections neurologiques et/ou appareil locomoteur	-Les Herbiers -CHU de Rouen -Centre Méridienne -Clinique La Lovièrre -SSR pédiatrique Adapt Caudebec les Elbeuf	-La Musse -Adapt St André de l'Eure	GHH La Hève Clinique du Petit Colmoulins	CH Dieppe
Unités EVP	Centre Méridienne La Lovièrre	Adapt St André de l'Eure	Cliniquedu Petit Colmoulins	

Selon les cas, outre les structures sanitaires institutionnelles, différents professionnels ou services peuvent être mobilisés pour le parcours de santé et de vie de la personne cérébro-lésée :

- l'unité mobile d'évaluation et de suivi des handicaps (UMESH 76)
- les unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle pour les patients crânio-cérébraux (UEROS)
- les professionnels du secteur libéral (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes),
- les équipes de soins à domicile (SSIAD, HAD, autres équipes mobiles...),
- les services d'aide et d'accompagnement à domicile : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) et les dispositifs d'aide à la vie autonome.

Enfin, certaines personnes relèveront d'un accompagnement institutionnel au sein d'un établissement médico-social, notamment foyer ou maison d'accueil médicalisé (FAM – MAS)

## Bilan

### 2014

L'ARS a confié au CREAL (Centre régional pour l'étude et l'action en faveur de l'insertion) une **étude d'évaluation de l'offre et des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquise**, selon 3 axes : sanitaire, médico-social, vie à domicile. Cette étude a permis de repérer les points de dysfonctionnement éventuels ainsi que les pistes d'amélioration identifiées par les acteurs. Ce travail se prolonge actuellement par la réalisation d'un annuaire des principaux acteurs de la filière.

### 2015

Une **coordination régionale de la filière des cérébro-lésés** pilotée par le Professeur Bleuret-Blanquart a été mise en place avec une triple mission :

- Fonction d'observatoire.
- Formuler des propositions d'actions permettant de structurer les parcours lors des sorties d'hospitalisation.
- Favoriser le repérage des troubles cognitivo-comportementaux consécutifs à la lésion cérébrale notamment pour les traumatisés crâniens légers.

## Perspective

Poursuivre la structuration des parcours avec l'appui de la coordination régionale



## 4 - Fluidité des parcours : un enjeu majeur

### 1 - Trajectoire, outil majeur pour l'amélioration de la fluidité des parcours de soins et de santé

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) puis l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie financent depuis 2008, année de sa mise en place, une cellule professionnalisée de Coordination SSR, opérationnelle dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.

La Coordination SSR Haute-Normandie s'appuie sur le logiciel d'orientation ViaTrajectoire, outil national qui propose une orientation par le croisement informatique des données de l'offre de soins et des besoins du patient en tenant compte du lieu de résidence du patient.

Le logiciel a été initialement conçu pour orienter les patients vers des établissements de type SSR, puis s'est étendu à l'HAD (hospitalisation à domicile) en 2010, aux USLD à partir de 2012. Le logiciel est désormais implanté dans tous les établissements de santé.

Depuis 2014, un volet d'orientation des patients en EHPAD a été déployé (module Grand Age) en même temps que la Coordination SSR évoluait en une Coordination Orientation et Parcours Haute-Normandie (OPHN). Avec ce nouveau module, la Coordination OPHN devient un instrument de fluidification du parcours de santé et de vie, en facilitant l'admission des personnes âgées et en améliorant la connaissance des tensions sur les listes d'attente.

Ainsi, la Coordination OPHN a deux missions complémentaires

- Une mission en direction des acteurs de santé au bénéfice de l'utilisateur :
  - Fluidification du parcours de santé en favorisant le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les services de SSR et HAD, USP, USLD, et EHPAD par la standardisation des demandes de transfert et d'admission dans l'objectif d'améliorer leur pertinence.
- Une fonction d'observatoire
  - recensement et mise à jour de l'offre de soins dans le domaine sanitaire SSR, HAD, USP, USLD ainsi que les EHPAD des territoires sous la forme d'un annuaire.
  - exploitation statistique des données de ViaTrajectoire avec description des flux et des profils des patients.

### Perspective

Ouverture du dispositif en 2016 aux prescripteurs du champ ambulatoire.

## 2 - La mise sous accord préalable : outil de pertinence des parcours de soins en SSR

Dans une perspective d'optimisation de pertinence des parcours de soins et afin d'avoir une planification répondant le mieux aux besoins de la population, l'Agence régionale de santé a accompagné l'Assurance maladie dans la mise en œuvre des dispositifs de mise sous accord préalable. Concernant le SSR, ces dispositions visent les prestations d'hospitalisation pour des soins de suite et de réadaptation liés à des actes chirurgicaux ne nécessitant pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir à une hospitalisation, sur la base des recommandations de la HAS :

- Arthroplastie totale coxo-fémorale de première intention,
- Arthroplastie totale du genou,
- Arthroplastie partielle du genou,
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou,
- Chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs de l'épaule.





**VOLET  
CARDIOLOGIE  
INTERVENTIONNELLE**



**SROS**



# CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



# SROS

## Préambule

La cardiologie interventionnelle ou plus particulièrement « les activités interventionnelles, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie » est réglementée depuis 2009 (deux décrets et un arrêté en date du 4 avril 2009).

Elle comporte 3 catégories d'actes :

- **Type I** : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention liée à des troubles du rythme.
- **Type II** : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence.
- **Type III** : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

**L'autorisation précise le ou les types d'actes pratiqués.**

C'est une activité soumise à seuil :

	Définition des actes intégrés dans le périmètre des seuils	Nombre annuel par établissement
<b>Actes de type I</b>	Ablation endocavitaire autre que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire	50 actes
<b>Actes de type II</b>	Cathétérismes interventionnels sur les cardiopathies de l'enfant y compris les réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales	40 actes, au moins 50% de l'activité réalisée sur des enfants
<b>Actes de type III</b>	Angioplasties coronariennes	350 actes

Elle nécessite des normes techniques de fonctionnement et une qualification spécifique de personnels médicaux et paramédicaux (*annexe1*).

Depuis l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017, la stratégie en matière de cardiologie interventionnelle consiste en une organisation graduée des soins, en structurant les parcours de soins des malades au sein de chaque territoire de santé avec un recours régional pour les situations complexes.



CARDIOLOGIE  
INTERVENTIONNELLE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

2

*principaux  
constats*

- 1- Une offre adaptée aux besoins mais des seuils pas toujours atteints → p. 117
- 2- Des fuites importantes : nécessité de structurer les parcours de soins au sein des territoires → p. 118





# 1 - Une offre adaptée aux besoins mais des seuils pas toujours atteints

## Etat des lieux des implantations

	Territoire de Rouen		Territoire du Havre		Territoire d'Evreux-Vernon	
	CHU Rouen	Clinique St Hilaire	Groupe Hospitalier du Havre	Sté petit Colmoulins (hébergée par HPE)	Centre Hospitalier Eure-Seine	Clinique Bergouignan
Type I	X	X	X		X	
Type III	X	X	X	X		X

A noter, l'absence d'implantation sur le territoire de santé de Dieppe (activité insuffisante et déficit en ressources humaines médicales).

Compte tenu de la faible activité constatée et des exigences réglementaires concernant les cardiopathies congénitales de l'enfant et leurs reprises à l'âge adulte, le SROS/PRS 2012-2017 préconise de ne pas développer l'activité II en Haute-Normandie.

## Analyse des seuils

Le calcul des seuils est établi à partir des données de codage PMSI des établissements de santé et cette analyse en région révèle des seuils pas toujours atteints, notamment dans deux établissements de référence. Certaines données n'étant pas concordantes avec celles transmises par les établissements de santé, un travail sur l'harmonisation a été effectué :

- **2013** : Remise à jour de la liste de référence (circulaire SROS 2009) en tenant compte de la liste des actes de la CCAM V37 permettant d'obtenir des données concordantes.
- **2014** : Bilan d'activité

### Evolution des activités de type III entre 2011 et 2013 (annexe 2)

Le seuil pour les activités de type III est de 350 angioplasties coronariennes par an et par établissement.

Ce seuil est atteint pour toutes les implantations détentrices de l'autorisation, soit le CHU Rouen, la clinique Saint-Hilaire, le Groupe Hospitalier du Havre (GHH), la SCM des cardiologues du Petit Colmoulins implantée au sein de l'Hôpital Privé de l'Estuaire et la clinique Bergouignan et ce pour les 3 années consécutives.

### Evolution des activités de type I entre 2011 et 2013 (annexe 3) :

Le seuil pour les activités de type I est de 50 actes « d'ablation endocavitaire, autre que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire », par an et par établissement.

Ce seuil est atteint pour le CHU Rouen et la clinique Saint-Hilaire pour les 3 années consécutives. Il n'est pas atteint pour le GHH et le CH Eure-Seine et ce sur les 3 années consécutives (2011, 2012, 2013).

## Perspectives

- Poursuivre l'amélioration du codage, notamment au niveau du GHH et du CH Eure-Seine.
- Former un 2eme praticien en rythmologie au CH Eure-Seine (courant 2015) pour permettre une montée en puissance progressive de l'activité.

## 2 - Des fuites importantes : nécessité de structurer l'organisation des parcours au sein des territoires



Devant la connaissance de fuites importantes, un travail approfondi sur l'analyse des flux en fonction des types d'activité est effectué. Cette analyse confirme l'existence de fuites importantes notamment au niveau des territoires de santé du Havre et d'Evreux-Vernon.

Suite à ce constat, une réflexion d'ordre organisationnelle sur les coopérations inter établissements est menée afin de travailler sur la réduction des fuites, afin de structurer les parcours de soins au sein de chaque territoire

### Analyse des flux

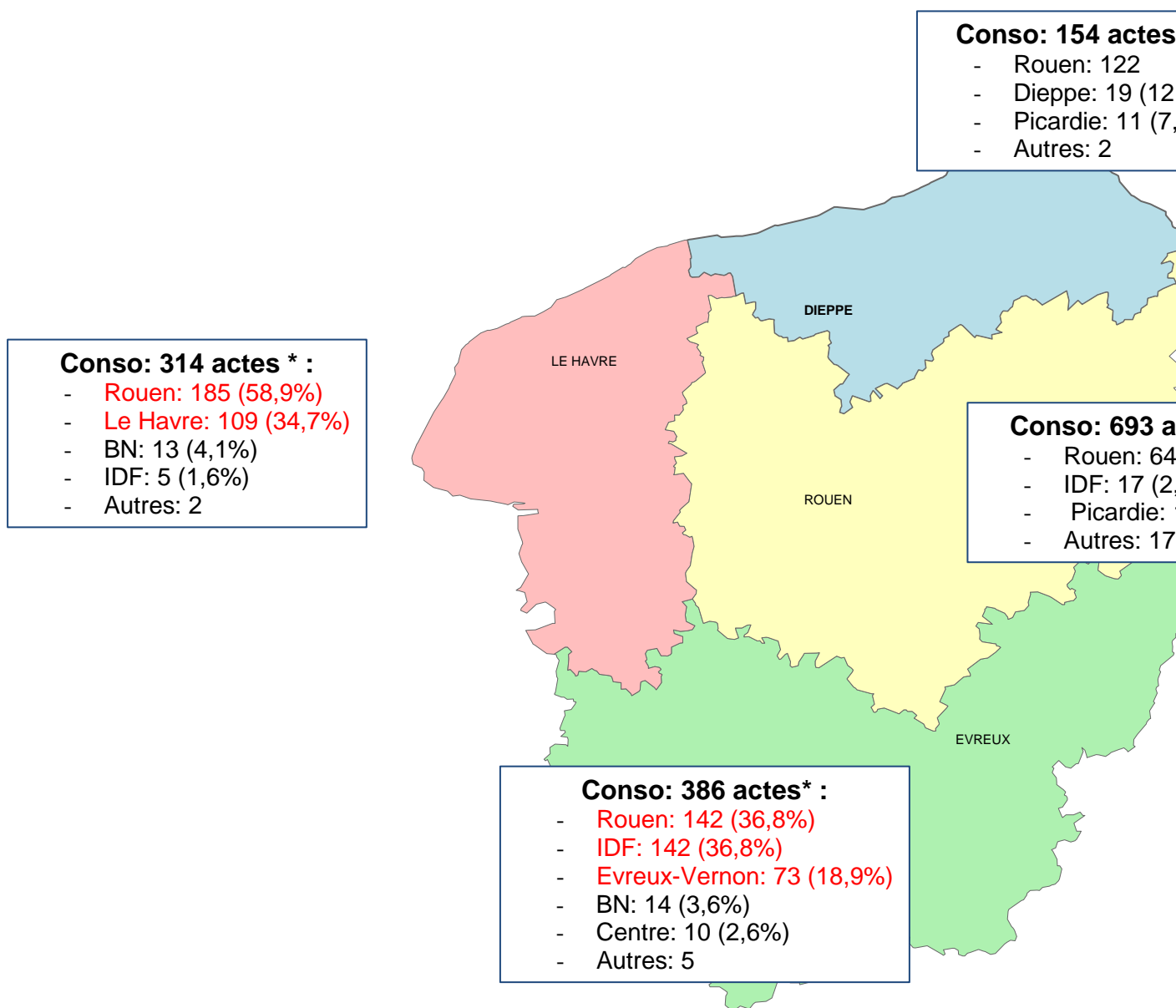
#### Résultats 2013

##### Activités de type I (électrophysiologie interventionnelle)

Le taux d'autarcie est élevé sur le territoire de Rouen-Elbeuf (93,4%).

En revanche, *les flux de patients montrent des adressages qui desservent fortement les plateaux techniques implantés au Havre et à Evreux*. Le taux d'autarcie est très bas sur le territoire d'Evreux – Vernon (18,9%) avec des fuites importantes en Ile de France (36,8%) et sur le territoire voisin de Rouen (36,8%). Il est également bas sur le territoire du Havre (34,7%) avec des fuites importantes sur le territoire de Rouen (58,9%). Et ce malgré la présence d'une implantation sur ces 2 territoires de santé.





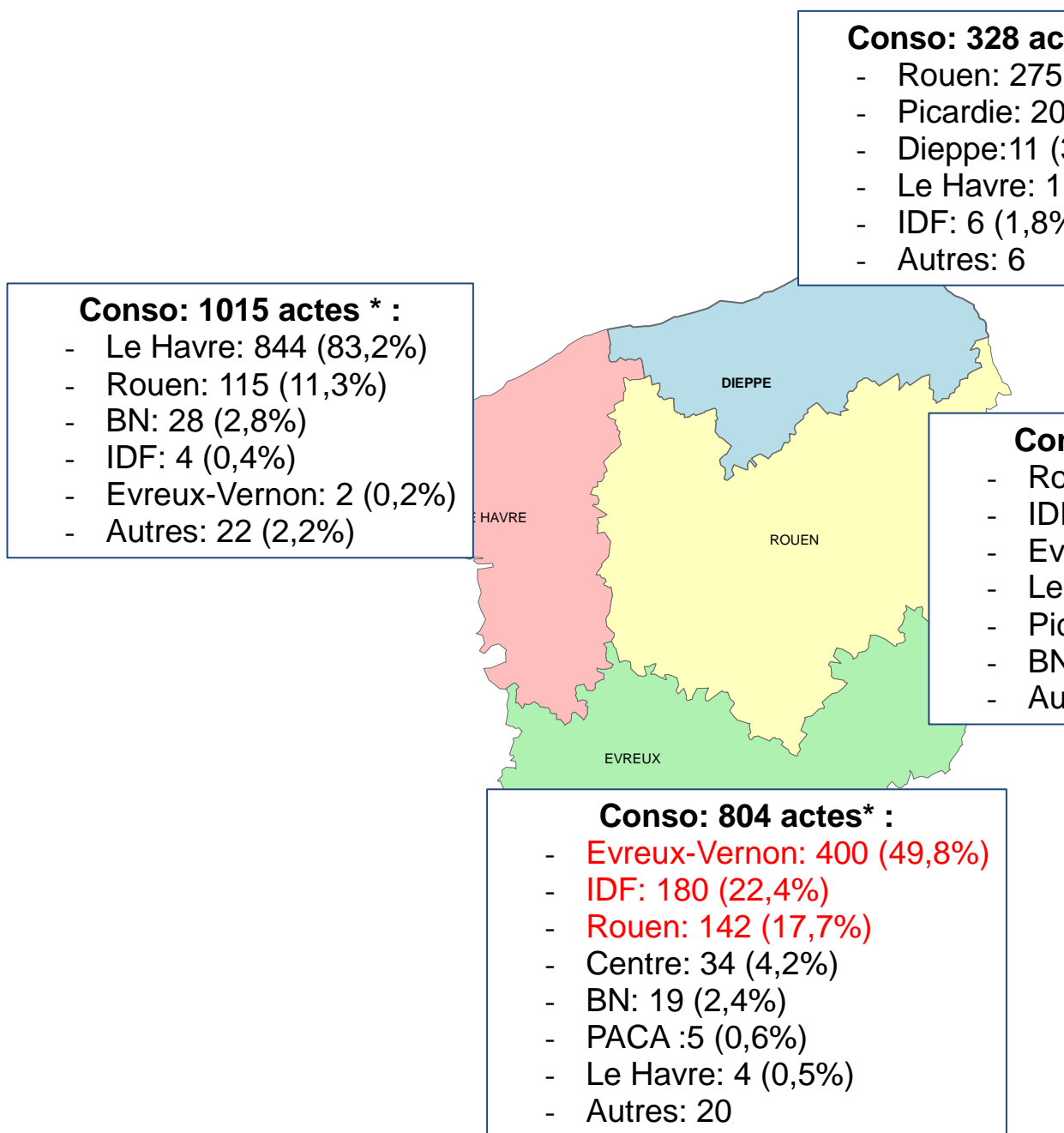
Source PMSI-MCO 2013

\* Nbre d'actes réalisés sur les patients originaires d'un même territoire de santé

**Activités de type III (angioplasties coronariennes)**

Le taux d'autarcie est élevé sur les territoires du Havre (83,2%) et de Rouen-Elbeuf (91,1%) : la majorité des actes de type III issus de ces 2 territoires de santé sont effectués sur leur territoire de santé.

En revanche, le taux d'autarcie est bas sur le territoire d'Evreux-Vernon (49,8%) avec des fuites importantes en Ile de France (22,4%) et sur le territoire voisin de Rouen (17,7%), et ce malgré la présence d'une implantation sur le territoire de santé.



Source PMSI-MCO 2013

\* Nbre d'actes réalisés sur les patients originaires d'un même territoire de santé

Les coopérations inter établissements ne fonctionnant pas au niveau des territoires de santé du Havre et d'Evreux-Vernon concernant donc majoritairement l'électrophysiologie interventionnelle (ou activités de type I).

**Actions pour favoriser les coopérations**

## Deux types d'actions

- **En cours** : un travail entre les acteurs impliqués à l'échelle des territoires de santé
- **2014** : Des objectifs de coopération contractualisés entre les établissements de santé concernés et l'ARS (CPOM), l'ARS se réservant la possibilité de demander le dépôt d'un dossier complet au renouvellement de l'autorisation, aux établissements qui ne respectent pas ces dispositions de coopération et de partenariat.

## Perspectives

Il s'agit principalement de structurer l'organisation de l'électrophysiologie interventionnelle sur les territoires de santé du Havre et d'Evreux-Vernon par les mesures suivantes

- Formalisation des coopérations entre les établissements et les spécialistes sur chaque territoire de santé, pour garantir la qualité des prises en charge en filières.
- Permettre aux cardiologues électrophysiologistes formés du territoire de santé d'intervenir sur le plateau technique de l'établissement de santé détenteur de l'autorisation : le Havre et Evreux-Vernon.
- Revoir les politiques d'adressage des praticiens de chaque territoire de santé vers les plateaux techniques de leur territoire ; en corolaire pour les plateaux techniques rouennais, n'accepter les patients issus d'un autre territoire de santé que sur les critères de complexité et/ou si défaut de prise en charge locale.
- Redéfinir la gradation des plateaux techniques et des compétences.

**VOLET  
MEDECINE D'URGENCE**



**SROS**





## Préambule

Le SROS 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. Il a privilégié des recommandations d'organisations, plutôt que structurelles, et intégré la permanence des soins notamment ville-Hôpital et libérale, ainsi qu'une articulation avec les SDACR (Schéma départementaux d'analyse et de couverture des risques).

Il a par ailleurs posé des nouvelles organisations notamment dans le cadre du transport sanitaire médicalisé hélicoptère, 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.

L'insuffisance actuelle et prévisible de la démographie médicale des praticiens formés à l'urgence est préoccupante, notamment au regard des projets d'organisation du temps de travail et des organisations territoriales. Cette situation incitera à l'évolution des organisations.

Les difficultés de la disponibilité de l'offre sanitaire hospitalière dans les périodes de tension notamment saisonnières ou conjoncturelles ont imposé des organisations particulières pluridisciplinaires de concertation en lien avec le réseau régional urgences.

Plusieurs organisations répondant à des besoins de filières spécifiques ont fait l'objet de propositions : urgence en santé mentale, prise en charge des affections neuro-vasculaires, personnes âgées, pédiatrie.







## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017



- 1- Les principales orientations du SROS 3 et évolutions → p. 127
- 2- Le SROS 3 a prévu par ailleurs des organisations qui répondent à des prises en charge spécifiques → p. 129
- 3- Les évolutions à prévoir du SROS-PRS et son actualisation → p. 132
- 4- Actualiser le SROS urgence → p. 134



## 1 - Les principales orientations du SROS 3 et évolutions



Le Schéma régional de l'organisation des soins d'urgence prévoit en Haute Normandie :

- **Un maillage satisfaisant** intégrant 21 sites d'urgences adultes, 5 sites d'urgence pédiatriques dont 2 SU et 3 accueils spécialisés, 12 Smur et 1 antenne pour 20,5 équipes, 2 SMUR-H au Havre (Dragon 76, sécurité civile) et Rouen (Viking, sanitaire), néanmoins des portes d'entrée qui justifient une évolution et l'intégration des centres de soins non programmés dans le schéma cible.
- **L'organisation d'un réseau régional urgences (RRU)** et de 4 organisations territoriales : Autant la démarche réseau est en cours de structuration, avec le recrutement tardif d'un coordinateur du réseau, autant les organisations territoriales prévues sont restées en projet. Ni les périodes de tension, ni le contexte difficile n'ont incité les établissements de santé d'un territoire à favoriser la mutualisation, les transferts, le partage. Les GHT seront en ce sens le lieu de cette organisation. Une charte constitutive du RRU élaborée dès 2009, reste à finaliser.
- **Le développement des systèmes d'information** des structures et activités urgences. Toutes les structures d'urgences disposent maintenant d'un dossier urgences. Les établissements de santé sont en conséquence en capacité de transmettre et nourrir l'observatoire des urgences mutualisé avec la région Basse-Normandie. Il reste à consolider les informations transmises et faire de l'observatoire un véritable outil de pilotage stratégique. Il faut relever que le logiciel de régulation des SAMUs est également partagé.
- **Une couverture SMUR-H satisfaisante depuis 2014** : La mise en œuvre d'un vecteur hélicoptéré sanitaire régional dédié (« Viking »), est en effet opérationnelle depuis le 15 septembre 2014. La montée en charge de l'activité est satisfaisante compte tenu des 941 interventions cumulées réalisées la première année par les 2 vecteurs régionaux, « Viking » basé au CHU de Rouen et l'hélicoptère de la sécurité civile « Dragon 76 » basé à Octeville (le havre), pour une cible estimée à 1100 interventions annuelles. La mise à niveau des hélisurfaces reste à finaliser.
- **Une organisation régionale qui répond aux situations de tension** : Ont été structurés le partage et l'harmonisation des plans « Hôpital sous tensions » (VSS), et le renforcement de l'organisation régionale en 2009-2010 :
  - Structuration de la cellule de veille et alerte Régionale (ARS) et pilotage collectif des situations de tension,
  - Partage et harmonisation des plans « Hôpital sous tensions »,
  - Organisation des flux patients (entrées/sorties),
  - Amélioration du système d'information (Servahn et ORU).

— **Les moyens de la régulation ont été renforcés :**

- sur ses aspects techniques : version 2 du RRAMUHN, amélioration de la téléphonie, mise en place d'Antarès, interconnexion des systèmes de régulation 15-18, régulation distante.
- pour la mise en place du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour lequel RRAMUHN est pilote (maîtrise d'ouvrage déléguée au RRAMUHN et accompagnement ASIP). Le peuplement du ROR reste à engager dans le cadre d'un groupe de pilotage transversal et pluri-institutionnel.
- par l'amélioration de la coordination entre la régulation extrahospitalière et la régulation libérale.

— **Imagerie:**

- L'accès au scanner sur tous les sites SU est effectif à l'exception des territoires de proximité de Eu et Verneuil. Les sites non équipés ont vocation à utiliser la télé-expertise pour les activités conventionnelles, et transférer les patients en primaire ou en secondaire dès lors que le besoin d'un plateau technique et de compétences le justifie. Une garde régionale de PDS par téléimagerie répondra en 2016 aux nécessités de PDS des établissements de santé qui ne réunissent pas les conditions du cahier des charges régional de la PDS.
- L'accès direct aux plateaux très spécialisés est inscrit au SROS. Ce dispositif en place n'est pas accompagné des moyens nécessaires à l'accueil lorsque les flux les justifieraient.



## 2 - Le SROS 3 a prévu par ailleurs des organisations qui répondent à des prises en charge spécifiques

- **Pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées**, des filières courtes gériatriques ont été structurées dans les établissements importants, en réponse avec le plan urgences 2013 : unités de court séjours gériatriques, équipes mobiles gériatriques, temps gériatre aux urgences, mais aussi par une mobilisation de l'aval : déploiement de Via-trajectoire en SSR ainsi que HAD, Etablissements médico-sociaux (développement de capacités de maintien à domicile en urgence en SSIAD par exemple..).
- **S'agissant de l'activité urgence pédiatrique, la région Haute Normandie dispose de 2 SU pédiatriques** (Groupe Hospitalier du Havre et CHU de Rouen) et 3 accueils spécialisés à Elbeuf intégrés dans l'unité de pédiatrie en locaux non adaptés, à Dieppe et Evreux en locaux contigus avec la structure d'urgence adulte. Un réseau de télé-imagerie entre établissements de santé favorisant l'expertise distante entre les structures d'urgence, les services de pédiatrie, les réanimations pédiatriques et l'imagerie pédiatrique est à concrétiser dans le cadre du projet régional de téléimagerie.
- **La prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux AVC est organisée** : centre d'expertise du CHU, télé-expertise opérationnelle entre le CHU et les structures d'urgence d'Evreux, Le Havre, Dieppe et Elbeuf. Pour compléter le dispositif, l'accès à l'IRM 24/24 devra être formalisé dans les établissements siège d'une UNV (Le Havre, Evreux).
- **La prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques a été améliorée** par 3 dispositions : la séniorisation psychiatrique des urgences (CHU, et sites recours), l'organisation de la PDSSES, la mise en place pluri-partenariale d'une convention multipartite d'intervention et de coordination des acteurs régionaux pour la prise en charge extra-hospitalière urgente.
- **Si la permanence des soins ambulatoire ne fait pas partie intégrante du schéma « urgences »** compte tenu d'un cahier des charges régional spécifique, elle est étroitement articulée avec l'organisation « urgence » aussi bien de la régulation que de l'effecton. Le constat actuel, sur la base de 31 secteurs recomposés en 2012 (11 dans l'Eure, 21 en Seine maritime) est :
  - une stabilité relative de l'activité nocturne de première partie de nuit de l'ordre de 50 actes pour l'ensemble de la région Haute Normandie.
  - un maintien d'une activité significative le week-end et jours fériés.
  - l'absence d'effecton en nuit profonde en dehors de Rouen (PDSA libérale et SOS médecins), et Le Havre (AMUH).
  - Une réorganisation de la PDSA s'impose néanmoins par la baisse de la démographie médicale dans certains secteurs ou le désintérêt des médecins non volontaires dans d'autres, ou encore par l'évolution des activités de PDSA qui s'est fortement reportée sur les structures d'urgence ne laissant qu'une faible activité nocturne. La défaillance toujours plus fréquente des secteurs (Bernay, Verneuil, Evreux, Fécamp, Gournay, Darnétal,..) justifie aussi de s'interroger sur l'intérêt de maintenir un dispositif de PDSA nocturne dans certains territoires.

- Soins non programmés : à l'inverse de la PDSA nocturne, l'organisation des soins non programmés diurnes apparaît indispensable, dans chaque territoire, aussi bien en milieu rural qu'urbain, sur des modalités différenciées, améliorés par une régulation diurne. En effet, les surtensions des SU sont améliorées par l'accès régulé diurne et l'existence d'une effecton non programmée organisée comme le suggère le tableau suivant qui montre un taux de recours aux structures d'urgence différent selon l'existence d'une organisation territoriale des soins non programmés.

**Région Haute Normandie**

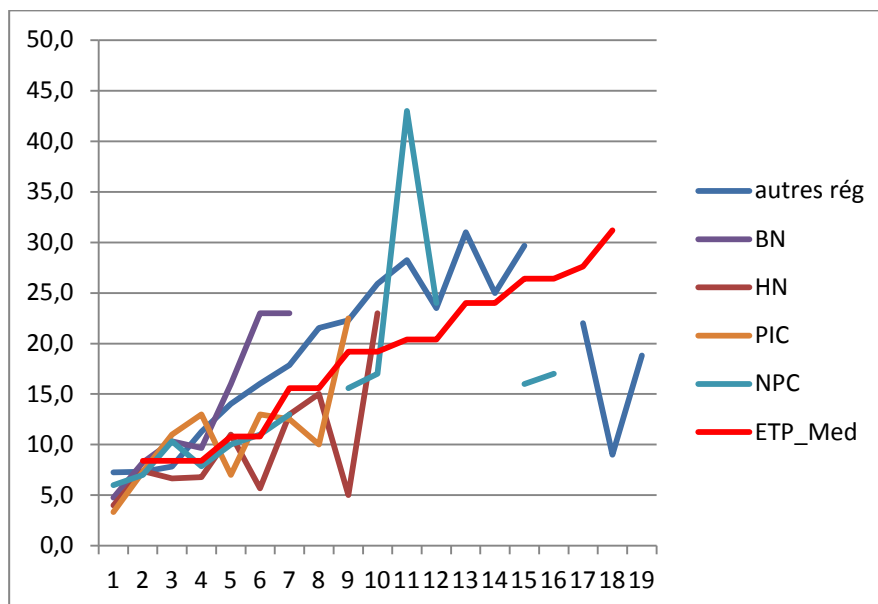
**Recours à une structure d'urgence par territoire de proximité, pour 10 000 hbts**

Code Terr. prox.	Libellé terr. prox.	Total	Moy 26-27	Moy Dec.	Moy janvier	Régulation diurne	Soins non programmés diurnes
TP271	BERNAY	63 962	8,2	7,9	8,4		
TP272	Elbeuf-Louviers	167 158	10,9	9,6	10,1		
TP273	EVREUX	160 128	10,6	10,5	10,3		
TP274	GISORS	30 539	9,7	10,5	10,0		
TP278	VERNON	68 544	7,1	5,8	7,0		
TP761	BOLBEC-LILLEBONNE	83 533	9,1	9,9	9,9		
TP762	DIEPPE	125 660	7,5	7,6	7,7		
TP763	EU	36 401	10,6	10,2	10,1		
TP764	FECAMP	66 417	8,7	8,6	8,7		
<b>TP766</b>	<b>LE HAVRE</b>	<b>260 355</b>	<b>3,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TP767</b>	<b>NEUFCHATEL</b>	<b>43 820</b>	<b>4,1</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>Auto.R.</b>	<b>X</b>

- L'insuffisante démographie médicale, à organisation et pratiques constantes, qu'elle touche le médecin généraliste ou le médecin spécialiste, à un impact fort sur l'activité des structures d'urgence. Trois leviers d'action pour réduire la pression « urgence » sont à envisager : une plus grande implication de la médecine ambulatoire dans l'organisation des soins non programmés diurne (réduire le flux entrant par la régulation de l'amont), une amélioration de la fluidité du parcours hospitalier et l'organisation du retour à domicile d'autre part (accélérer l'hospitalisation en préparant l'aval), deux leviers mobilisés dans le plan urgence 2013-2015, et enfin le troisième levier de la modernisation du premier recours par le développement des pratiques collaboratives, et de l'intégration des acteurs et des services, résumé dans un projet de santé local et du « travailler ensemble ».

Faute de ces 3 leviers, les structures d'urgences font face à une activité pour laquelle les moyens restent insuffisants :

- Grande fragilité des effectifs médicaux (certains SU fonctionnent avec 70% d'intérim) pour assurer la prise en charge de plus de 570 000 passages annuels en haute Normandie et au regard de l'augmentation inexorable et non maîtrisée des flux (plus de 1% par an).
- Des effectifs trop faibles au regard des recommandations Samu de France et encore aggravés par les dispositions relatives au temps de travail posté, non clinique, et additionnel à mettre en place.



- Un effort important de formation initiale par le DESC Urgence et l'augmentation des postes ASR-ASCHU depuis 2010 qui reste néanmoins en deçà des besoins (38 inscriptions 2010-2016 dont 20 praticiens sortis) alors que l'usure du praticien urgentiste est rapide.
- Grande difficultés des établissements de santé et des structures d'urgence de mettre en œuvre le temps de travail médical et les organisations territoriales.
- **Les grands axes d'actions et d'articulation sont en conséquence, dans un schéma d'accessibilité 30 minutes :**
  - Bien sûr un renforcement de la formation pour compléter et sécuriser les équipes médicales, leur pérennité, leur compétence, et permettre les organisations territoriales.
  - Surtout l'organisation des soins ambulatoires.
  - Le renforcement du lien Ville – hôpital contractualisé.
  - La prévention et les actions d'éducation.
  - L'organisation médico-sociale.



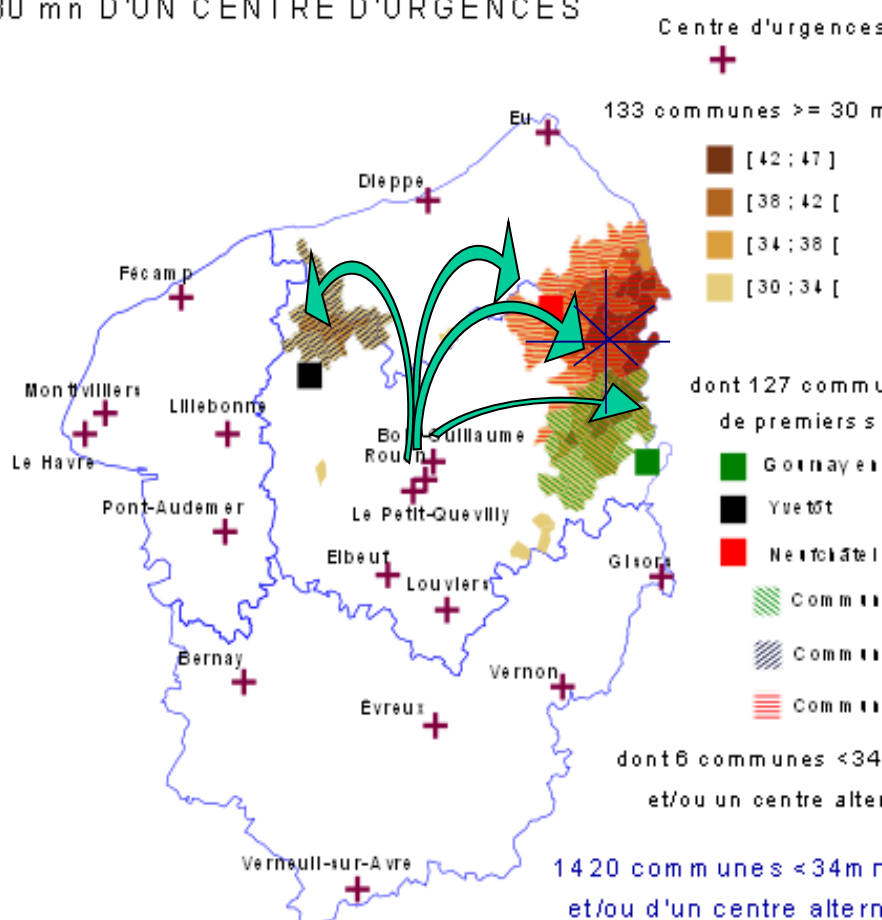
## 4 - Les évolutions à prévoir du SROS-PRS et son actualisation :

— actualiser et intégrer le Plan urgences 2013 dans le SRS

➔ **axe 1 « accessibilité 30 minutes » :**

- Médecins correspondants SAMU (3 volontaires)
- 3 centres de premiers soins
- Un dispositif relai existant d’infirmiers sapeurs-pompiers (SDIS) Pays de Bray
- Mise en place d’un SMUR-H

### COUVERTURE DES TERRITOIRES SUPERIEURS A 30 mn D'UN CENTRE D'URGENCES



Sources : INSEE-Route500 ARS Haute Normandie 13-09-2012

➔ **Axe 2 : Améliorer les fonctionnements et fluidifier : un état des lieux 2013 qui a montré des marges de progrès**

Mesure de plan	2013		2015
	Nbre Ets	%	
<b>Amont des urgences</b>	16	84,2%	
<b>Urgences</b>			
<i>améliorer le fonctionnement interne des urgence</i>	14	73,7%	amélioration
<i>organiser des filieres courtes</i>	14	73,7%	amélioration
<i>Optimiser les plateaux techniques</i>	6	31,6%	Imagerie
<b>Aval Urgences</b>			
<i>Aval interne des urgences</i>	15	78,9%	
<i>Aval ETS: retour domicile et transferts SSR</i>	14	73,7%	



➔ **Axe 3: anticipation des situations de tension en améliorant la gestion territoriale et régionale des tensions saisonnières:**

- Cellule régionale de régulation de l'offre, documentée par un système de veille.
- Adaptation capacitaire des établissements de santé en fonction des situations.
- Mise en œuvre collective à l'échelle de chaque territoire de santé et régionale.
- Un plan d'adaptation de l'organisation de l'aval.

- Réviser le plan hôpital sous tension pour tendre le chaînage des acteurs amont et aval.
- Intégrer l'impact des organisations territoriales sur le recours aux urgences et prendre en compte les orientations ministérielles :
  - ➔ par des nouvelles organisations territoriales des soins non programmés diurnes sur la base de l'expérimentation de plusieurs modèles d'organisation selon la nature du territoire urbain, le rural, de proximité :
    - Centres de soins non programmés : Neufchâtel, Gournay, Yvetot,
    - Régulation diurne : le havre puis extension régionale
    - Organisation de l'effectif diurne territoriale de soins non programmés
  - ➔ par une nouvelle recomposition de la PDSA.
  - ➔ par les coopérations territoriales et projets d'organisations territoriales des soins urgents.
  - ➔ intégration des nouvelles modalités de temps de travail et de leurs impacts.

## 3 - Actualiser le SROS urgence



### Perspectives

- Intégrer les dispositions du plan urgences 2013.
- Réviser le dispositif de permanence des soins notamment ambulatoire : réorganiser les points, les secteurs, les horaires.
- Adapter l'organisation de la régulation ambulatoire et des SAMU-SMUR : coopérations, interventions, modélisations.
- Actualiser l'organisation de la permanence des soins.
- Renforcer l'organisation des filières et mieux organiser la gradation des soins.
- Développer les synergies et les partenariats avec les SDIS, les ATSU.
- Organiser l'activité de soins non programmés et la continuité des soins territoriale.
- Etablir le schéma cible des organisations territoriales des urgences.

**VOLET  
REANIMATION –  
SOINS INTENSIFS ET  
SURVEILLANCE CONTINUE**



**SROS**



# REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE

## CONTINUE

## SROS



## Préambule

Le champ du SROS réanimation, soins intensifs et surveillance continue couvre la prise en charge des personnes adultes et des enfants.

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Les unités de soins intensifs (SI) ont vocation à prendre en charge les défaillances viscérales liées à une seule spécialité d'organe.

Les unités de surveillance continue (USC) ont vocation à prendre en charge des patients nécessitant une surveillance clinique, biologique et/ou radiologique répétée et dont le pronostic vital peut être engagé en raison de l'apparition possible de défaillances viscérales aiguës dont les causes sont souvent multiples.

Le sujet des soins critiques (c'est-à-dire la filière réanimation-surveillance continue et soins intensifs) revêt une importance particulière dans notre région en raison notamment :

- Des disparités de l'offre de réanimation polyvalente adulte entre territoires avec un sous équipement particulièrement marqué sur les territoires d'Evreux-Vernon et du Havre.
- Du retard à la mise en œuvre du renforcement capacitaire attendu en soins critiques sur le CHU dépendante de la restructuration/surélévation du bâtiment dit "anneau central" destiné notamment à regrouper l'ensemble des soins critiques. Cette opération, qui constitue la phase 2 du programme « nouvel Hôpital Charles Nicolle », a fait l'objet d'un dossier COPERMO (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins) validé en décembre 2014. Elle est désormais sur les rails.
- De la montée en charge de la filière de chirurgie cardio-thoracique au CHU en réponse à des besoins régionaux non couverts et qui devra par ailleurs faire face à de nouveaux besoins (cardiologie interventionnelle innovante /TAVI, assistance circulatoire mécanique /ACM, projet de greffe pulmonaire)



REA, SOINS INTENSIFS  
ET SURVEILLANCE  
CONTINUE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

3

*principaux  
constats*

- 1- Un taux d'équipement en réanimation polyvalente hétérogène selon les territoires → p. 141
- 2- Des besoins régionaux non couverts dans la filière de chirurgie cardio thoracique → p. 142
- 3- Une offre en lits de surveillance continue déséquilibrée → p. 143







## 1 - Un taux d'équipement en réanimation polyvalente hétérogène selon les territoires

Par rapport à la moyenne nationale, la région présente un retard en équipement de réanimation adulte non spécialisée, sous équipement tiré vers le bas par les territoires d'Evreux-Vernon (CHES) et du Havre (GHH) (cf annexe1).

**Taux d'équipement pour 100 000 habitants en réanimation non spécialisé adulte**

Territoire	TS de Dieppe	TS Rouen-Elbeuf	TS du Havre	TS Evreux-Vernon	Total région	France métropolitaine
Taux d'équipement	5,9	6	2,6	2,5	4,43	6,9

Sources : SAE 2012 ARS - Insee, RP2010 exploitation principale

L'insuffisance de l'offre sur ces territoires a pour conséquence une problématique d'accès aux soins comme en témoignent, pour les résidents du territoire du Havre, un taux de recours aux soins de réanimation le plus bas de la région avec un taux de fuite 51,6%, et pour le territoire d'Evreux-Vernon un taux de fuite très marqué de 67,6%.

Ceci a pour conséquence un report d'activité sur le CHU, avec de fréquentes situations de tension.

Le renforcement des capacités des unités de réanimation périphériques est important compte tenu du développement attendu des prélèvements multi-organes, actuellement uniquement assurés par le CHU et le GHH et qui mobilise nécessairement une partie des capacités de ces unités.

Face à ces constats, la stratégie régionale repose sur plusieurs axes :

- Un renforcement des équipements sur les territoires d'Evreux-Vernon et du Havre, qui est étroitement dépendant des effectifs de réanimateurs et/ou du fonctionnement des filières de recrutement.
- Permettre l'adaptation capacitaire en réanimation, en privilégiant les unités de surveillance continue adossées aux services de réanimation. Concernant le CHU de Rouen, cette donnée est prise en compte dans le programme COPERMO.

## 2 - Des besoins régionaux non couverts dans la filière de chirurgie cardio thoracique



L'activité de chirurgie cardio thoracique s'effectue pour la région uniquement au CHU de Rouen :

Pour la Haute Normandie, le SIOS fait le constat d'un défaut de couverture des besoins en chirurgie cardiaque devant un taux de fuite de 33% et d'un taux de recours régional standardisé nettement inférieur (-14%) à la moyenne nationale et retient qu'il convient « *d'améliorer les limitations d'accès [...] au CHU de Rouen. Pour ce dernier, l'extension de la réanimation, de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation de jour, ainsi que du plateau technique sont nécessaires pour permettre une meilleure couverture des besoins (écart de 14% au standard national), répondre à l'inversion des fuites vers l'Île de France (33%), et enfin assurer l'environnement technique et logistique du projet de greffe pulmonaire.... Des salles hybrides dédiées aux activités cardiologiques et vasculaires interventionnelles seront installées dans chaque établissement autorisé à l'activité de chirurgie cardiaque et adaptées aux activités pratiquées.* ».

Région	Nord Pas de Calais	Picardie	Haute Normandie	Basse Normandie	France
Taux de fuite de la région	<b>12,2</b>	<b>59,4</b>	<b>33,3</b>	<b>13,5</b>	
Taux de recours à la chirurgie cardiaque	<b>1124,4</b>	<b>1419,7</b>	<b>973,6</b>	<b>1124,4</b>	<b>1102,5</b>

Source : PMSI 2012

Par ailleurs, l'activité de chirurgie cardiaque connaît de fortes évolutions, notamment par le développement des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (ACM et ECMO) et des prothèses valvulaire (TAVI).

Devant ces constats, le projet d'établissement du CHU et le dossier COPERMO intègrent d'ores et déjà :

- Une augmentation de l'offre d'hospitalisation complète (+ 9 lits) et de surveillance continue (+ 2 lits en complément de 4 lits créés en 2014) en chirurgie cardiaque.
- L'adaptation des capacités de réanimation cardio-thoracique en réponse aux besoins (40 greffes pulmonaires sont envisagées annuellement par le CHU).



### 3 - Une offre en lits de surveillance continue déséquilibrée

Ce bilan confirme une offre en lits de surveillance continue déséquilibrée avec des capacités insuffisantes des Unités de Surveillance Continue (USC) adossées aux réanimations médico-chirurgicales (en particulier au CHU) et capacités apparemment excédentaires de certaines USC autonomes au regard des taux d'occupation et des ratios de valorisation.

Le taux d'occupation régional moyen est de 67,2 % avec de très grandes disparités entre établissements (cf annexe 3).

Le ratio de valorisation s'établit en moyenne régionale à 60,6%. Il 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.

L'analyse doit donc être différente selon que les unités de surveillance continue sont adossées à une réanimation ou non (USC autonomes).

#### Bilan :

#### 1 La situation du CHU

La quasi absence d'unités de surveillance continue adossées aux réanimations médicale et chirurgicale au CHU constitue une anomalie au regard des préconisations de la circulaire d'août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue : « *Dans le cas où un établissement de santé dispose d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation, il importe que la capacité de l'unité de surveillance continue soit suffisamment importante pour ne pas entraver les conditions de transfert des patients d'une unité à l'autre. A cet égard, il est souhaitable que les capacités de l'unité de surveillance continue soient au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation et que ces deux types d'unités soient situées à proximité l'une de l'autre* ». La présence de lits de surveillance continue est en effet un gage de souplesse de fonctionnement pour la réanimation.

#### Perspective : Le programme du CHU (Nouvel Hôpital Charles Nicolle)

Devant ce constat, l'installation des unités manquantes et le renforcement capacitaire en surveillance continue adossées aux réanimations médicale et chirurgicale ont été intégrés dans le programme « nouvel Hôpital Charles Nicolle » du dossier validé dans le cadre du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

En effet, le COPERMO du 11 décembre 2014, au terme d'une procédure d'expertise menée par le Commissariat général à l'investissement (CGI), a accordé un soutien financier exceptionnel de **22 M€** du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Cette aide permettra au CHU-Hôpitaux de Rouen d'engager la restructuration de son site principal « Charles Nicolle », et notamment de renforcer la réponse aux besoins en matière de réanimation, de surveillance continue et de chirurgie cardiaque. Il prévoit de rassembler sur un seul site (anneau central surélevé et restructuré) les services de soins critiques, actuellement éclatés dans plusieurs bâtiments. Ce projet permettra ainsi de créer des capacités de surveillance continue manquantes, adossées aux réanimations médicale et chirurgicale, conformément aux préconisations du SROS.

## 2 La situation des unités de surveillance continues autonomes

Le bilan à mi-parcours réitère le constat de capacités apparemment excédentaires de certaines USC autonomes au regard des taux d'occupation et des ratios de valorisation.

### **Perspective :**

Devant ce constat, une réévaluation des besoins d'USC est nécessaire. Elle sera conduite lors des travaux préparatoires du prochain PRS, en prenant en compte l'indispensable gradation des plateaux techniques dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé.

# VOLET

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE

RENALE CHRONIQUE PAR

EPURATION EXTRARENALE



SROS



# TRAITEMENT DE L'IRC PAR EPURATION EXTRARENALE SROS



## Préambule

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui évolue en cinq stades de sévérité croissante. Au stade 5 le rein n'assure plus ses fonctions et le patient nécessite un traitement de suppléance, greffe d'un rein ou dialyse : en France, 33 700 personnes ont reçu une greffe de rein et 42 500 sont dialysées.

Lorsqu'elle est possible, la greffe d'un rein offre une meilleure espérance de vie, une meilleure qualité de vie par rapport à la dialyse et est aussi plus efficiente. Elle reste toutefois limitée à cause du manque de greffons disponibles. 12 000 personnes sont actuellement inscrites sur la liste d'attente nationale de greffe rénale. (HAS octobre 2015).

Pour la dialyse, actuellement il existe quatre modalités :

- Hémodialyse en centre lourd (HD)
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en unité d'autodialyse (UAD)
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Les actions menées depuis 2012, s'inscrivent dans la perspective d'organisation des parcours de soins, puis de santé de la future loi de santé. La prise en charge d'une personne qui présente une insuffisance rénale chronique est avant tout une prise en charge ambulatoire, qui nécessite la coordination médecin traitant, biologiste, spécialistes (endocrino-diabétologue, cardiologue, néphrologue, ...). Cependant, le parcours de soins nécessite une articulation étroite entre médecine ambulatoire et établissements de santé, permettant l'administration du bon soin au bon endroit et au bon moment, en privilégiant autant que possible la proximité :

- Le développement de bilans de maladies chroniques (diabète, HTA, maladies de système...) en hospitalisation de jour.
- La possibilité de prise en charge dans les services d'urgences, de réanimation ou d'hospitalisation en courts séjours lors d'épisode de décompensation.
- La réalisation des différentes modalités de dialyse qui dans la région, sont adossées à des établissements de santé publics, privés et ESPIC.

Concernant la greffe, seul le CHU de Rouen est autorisé depuis 1986 à pratiquer cette activité de greffe rénale qui est en progression (annexe 4), notamment à partir de donneurs vivants. L'objectif fixé dans le schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS) région Nord Ouest (Nord Pas de Calais, Picardie, Haute Normandie, Basse Normandie) de 60 greffes annuelles a été atteint, mais cette progression reste fluctuante d'une année à l'autre.





TRAITEMENT DE L'IRC  
PAR EPURATION  
EXTRARENALE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

2

### Principaux constats

- 1- Un **accès inégal** aux différentes modalités de dialyse « de proximité » en fonction des territoires et une sur représentation des prises en charge en centres lourds. → p. 151
- 2- Les prélèvements de greffon s'effectuent uniquement au CHU de Rouen, essentiellement sur des personnes en mort encéphalique. Il existe très peu de prélèvement sur donneurs vivants et/ou sur des personnes en arrêt cardiaque → p. 153





## 1 - Un accès inégal aux différentes modalités de dialyse « de proximité » en fonction des territoires et une sur représentation des prises en charge en centres lourds

Pour améliorer l'accès aux différentes modalités de dialyse, la stratégie régionale, depuis 2012, a consisté à développer sur chaque territoire différentes modalités de dialyses

### Par des réponses structurelles pour adapter l'offre à la demande

#### Création de 3 unités de dialyse médicalisée (UDM)

- **TS Rouen-Elbeuf**
  - **2013** : ouverture de 8 postes d'UDM à Yvetot  
Autorisation de 8 postes au CHI Elbeuf. Ouverture prévue en 2016
- **TS du Havre**
  - **2013** : autorisation pour 10 postes d'UDM à l'ANIDER (site hôpital privé de l'estuaire).  
Ouverture prévue en 2016

Ces dernières mesures structurelles achèvent le maillage territorial en équipement de dialyse toutes modalités confondues.

### Par des réponses organisationnelles au sein des établissements de santé

- En contractualisant (CPOM) avec l'ensemble des établissements de santé ayant l'autorisation d'activité de dialyse pour respecter la clef de répartition définie avec les partenaires lors des groupes de travail :
  - Centre lourd 50%,
  - UDM 20%,
  - Autodialyse 15%,
  - Dialyse péritonéale 15%.

Tout l'enjeu à venir consiste à poursuivre la mise en œuvre de cette clé de répartition et d'accompagner la dialyse hors centre par la télémédecine, pour assurer un recours aux avis spécialisés en tous points du territoire.

- En soutenant les projets de télédialyse (télésurveillance, téléconsultations) : en UDM, en UAD, en EHPAD et à domicile.
- Depuis 2012, afin d'assurer un accès de proximité aux patients peu mobiles, des consultations avancées de néphrologie ont été mises en place à Yvetot (clinique de l'Europe), Lillebonne, Fécamp(GHH), Pont-Audemer (HPE), et Verneuil (Evreux).
- En 2010, pour faciliter l'accès à la DP, la région a créé 2 maisons de la DP : Rouen et le Havre. Ces structures ont notamment pour mission l'information et l'éducation du patient.

## Perspectives

- Développement de la DP en EHPAD et en SSR : contraintes fortes à lever (coût, formation des personnels, charge en soins, rémunération des professionnels libéraux et nécessité de développer la télédialyse).
- Installer une maison de la DP par territoire de santé.
- Poursuivre le développement de la télédialyse.
- Développer l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques avec l'apparition de nouveaux générateurs simplifiés



## 2 - Les prélèvements de greffon s'effectuent uniquement au CHU de Rouen, essentiellement sur des personnes en mort encéphalique. Il existe très peu de prélèvements sur donneurs vivants et/ou sur des personnes en arrêt cardiaque

Conformément aux orientations du SIOS 2012-2015 la stratégie régionale a consisté d'une part à augmenter le nombre de prélèvements sur des donneurs vivants et/ou en arrêt cardiaque et à développer le prélèvement de greffon sur les hôpitaux de référence des 4 territoires de santé par :

### Des actions organisationnelles

- Mise en place d'un **réseau d'établissements Haut Normand** en soutien à l'unité régionale de coordination des prélèvements et des greffes. Celui-ci ayant pour missions essentielles de :
  - Faciliter la prise en charge de tous les donneurs potentiels en état de mort encéphalique et de leur famille
  - Diminuer le pourcentage de refus du don.
  
- Signature en **2013** d'une charte constitutive du réseau de prélèvement entre l'ARS de Haute Normandie et le CHU de Rouen, le CH du Havre, le CH de Dieppe, le CH d'Evreux-Vernon, le CH d'Elbeuf, le CH de Fécamp, le CH de Gisors, le CH de Bernay, le CH de Pont-Audemer. L'objectif étant de recenser les sujets en mort encéphalique dans tous les centres hospitaliers de la région, et en assurer une transmission au CHU, afin de dynamiser le prélèvement et de faciliter les échanges entre les néphrologues.
  - Développement de prélèvement de greffon dans les hôpitaux de Dieppe et d'Evreux : en cours.
  - Poursuivre le prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque (DDAC) sur le site de greffe(CHU) : Lille et Rouen ont déjà démarré cette activité. (Source SIOS 2015-2019).

### Perspectives

**1** - Aujourd'hui, l'ensemble des **suivis en consultation post greffe** s'effectue au CHU de Rouen et leur nombre est en constante augmentation. La question du suivi post greffe en proximité par les hôpitaux de référence de chaque territoire de santé, en lien avec le CHU se pose.

**2** - **Le SIOS 2012-2015 a fait l'objet d'une révision en 2015 avec les orientations suivantes :**

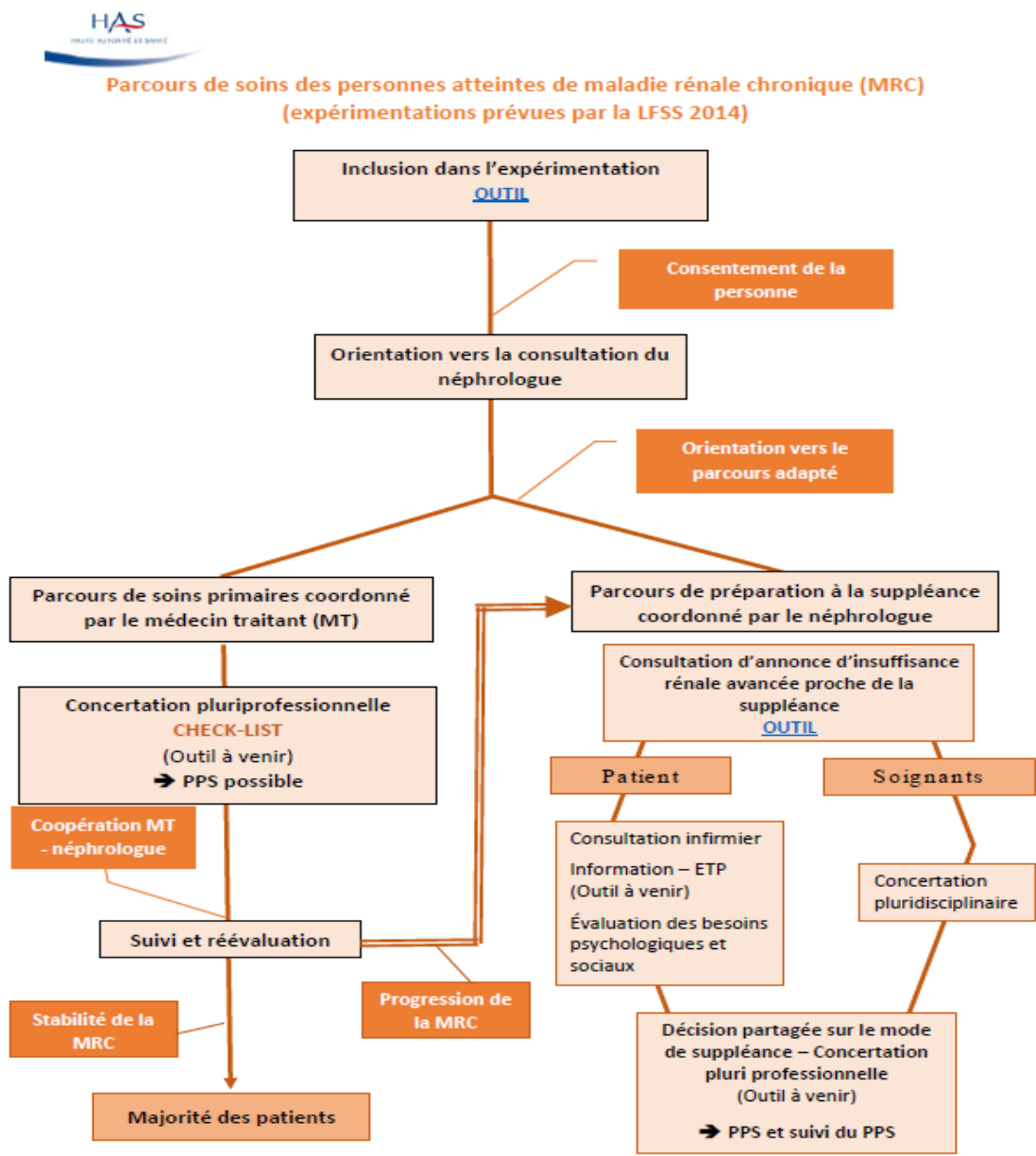
- Renforcer le plateau technique de greffe par la mise en place d'une unité de soins intensifs post opératoire (prise en charge des insuffisances rénales aigues ou post greffe) au CHU de Rouen
  
- Extension des capacités opératoires non programmées pour disposer d'une salle en permanence pour la greffe au CHU de Rouen

- Augmenter en Haute Normandie, le nombre d'établissements autorisés à prélever et mettre en place une convention de réseau de prélèvement entre tous les établissements de la région susceptibles d'accueillir une personne en état de mort encéphalique.
- Mieux structurer le réseau de prélèvement par la mutualisation des moyens pour rendre les unités de prélèvement plus rationnelles et efficaces.
- Améliorer la coordination hospitalière au sein du G4
- Elaborer un schéma de prise en charge des AVC graves hors ressource thérapeutique
- Formation du personnel des coordinations hospitalières qui ont pour objectif de diminuer le taux de refus. (SIOS 2015-2019, rapport cour des comptes sur l'IRCT septembre 2015)
- Application des recommandations de l'HAS concernant la transplantation rénale (octobre 2015)

**3 L'HAS estime qu'au moins 1 800 personnes non inscrites sur la liste d'attente de greffe rénale pourraient y accéder : Afin d'assurer un accès équitable à la liste d'attente, L'HAS a publié en octobre 2015 des recommandations : « Transplantation rénale, accès à la liste d'attente nationale » avec les actions prioritaires suivantes :**

- Augmenter les inscriptions anticipées sur la liste d'attente (avant la mise en place de la dialyse).
- Réduire les délais en mettant en place un système de suivi des patients et en optimisant chaque étape de l'accès à la liste.
- Repérer les patients qui auraient pu être inscrits sur la liste mais qui n'ont pas été identifiés : notamment les patients qui sont dialysés en urgence (30% des patients dialysés).
- S'assurer que le patient est un acteur dans le choix de son inscription sur la liste.
- Elargir les indications de la greffe rénale, l'HAS précise les 10 contre-indications à l'orientation vers un parcours de greffe.
- Discuter les cas complexes entre équipes de néphrologie et de transplantation.

4 Travailler sur l'organisation régionale du parcours de soins de l'IRC (annexe 1)





## Taux d'équipement en Haute Normandie

### Source établissements de santé

Postes lourds en HN	2011	2014
CHU	18	27
Croix rouge	15	16
CI Europe	25	30
CHIEL	12	12
Territoire Rouen-Elbeuf	70	85
GHH	15	15
HPE	30	30
Territoire du Havre	45	45
CH Dieppe	12	20
Territoire de Dieppe	12	20
CHES	18	20+8
Territoire Evreux Vernon	18	28

UDM en HN	2011	2014
ANIDER Petit Quevilly	14	14
Anider Bois Guillaume	10	10
ANIDER/HPE		10 (en projet)
ANIDER/CH Dieppe	10	10
CHIEL		8 (en projet)
GHH	8	8
CHES	8	8
Clinique Yvetot		8
Total	50	58

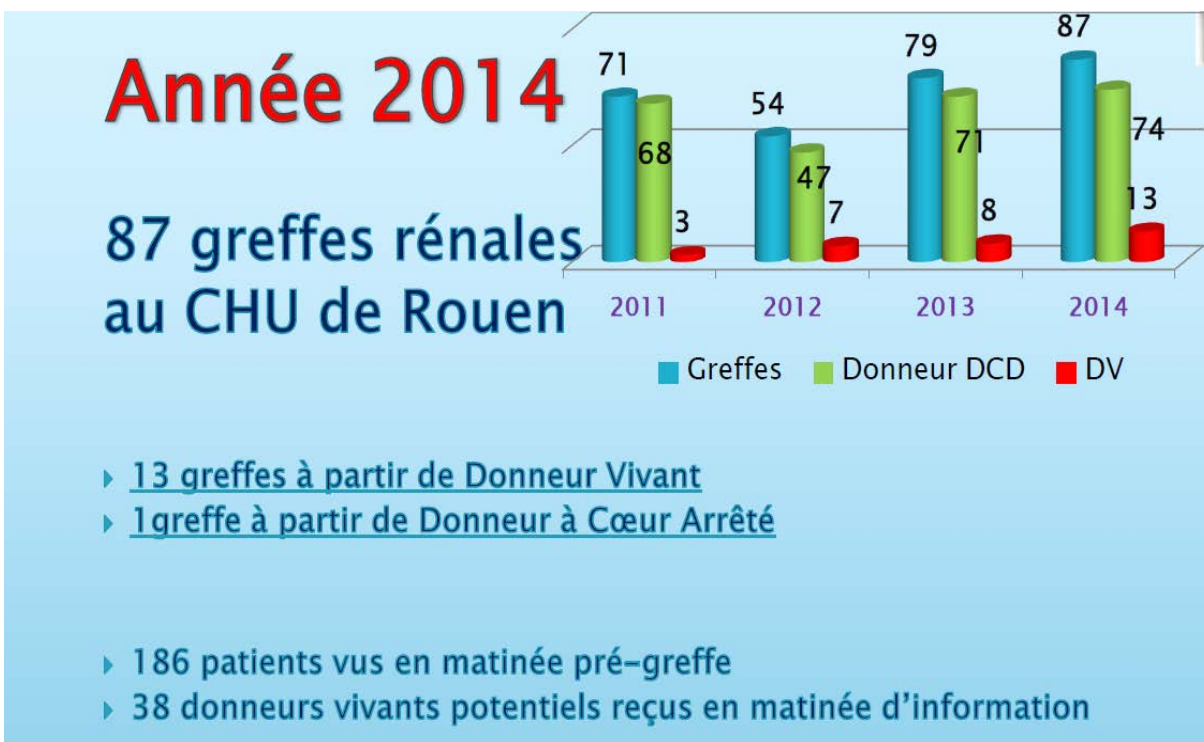
Autodialyse HN	postes
Rouen Nord	10
Rouen Sud	10
Cléon	10
Louviers	8
Fécamp	10
Fontaine la Mallet	10
Le Havre Massillon	22
Evreux	10
Saint Marcel	10
Thiberville	6
Dieppe	10
EU	5
<b>Total</b>	<b>121</b>



EVOLUTION DES GREFFES RENALES

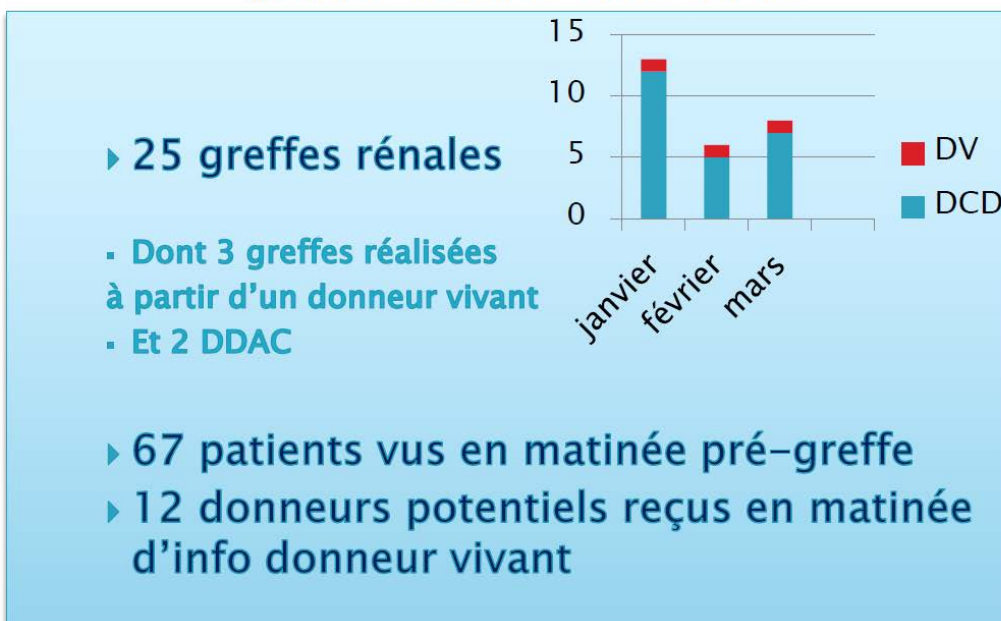
AU CHU DE ROUEN de 2011 à 2014

Source établissement



# Néphrologie-Transplantation

Janvier-Février-Mars 2015



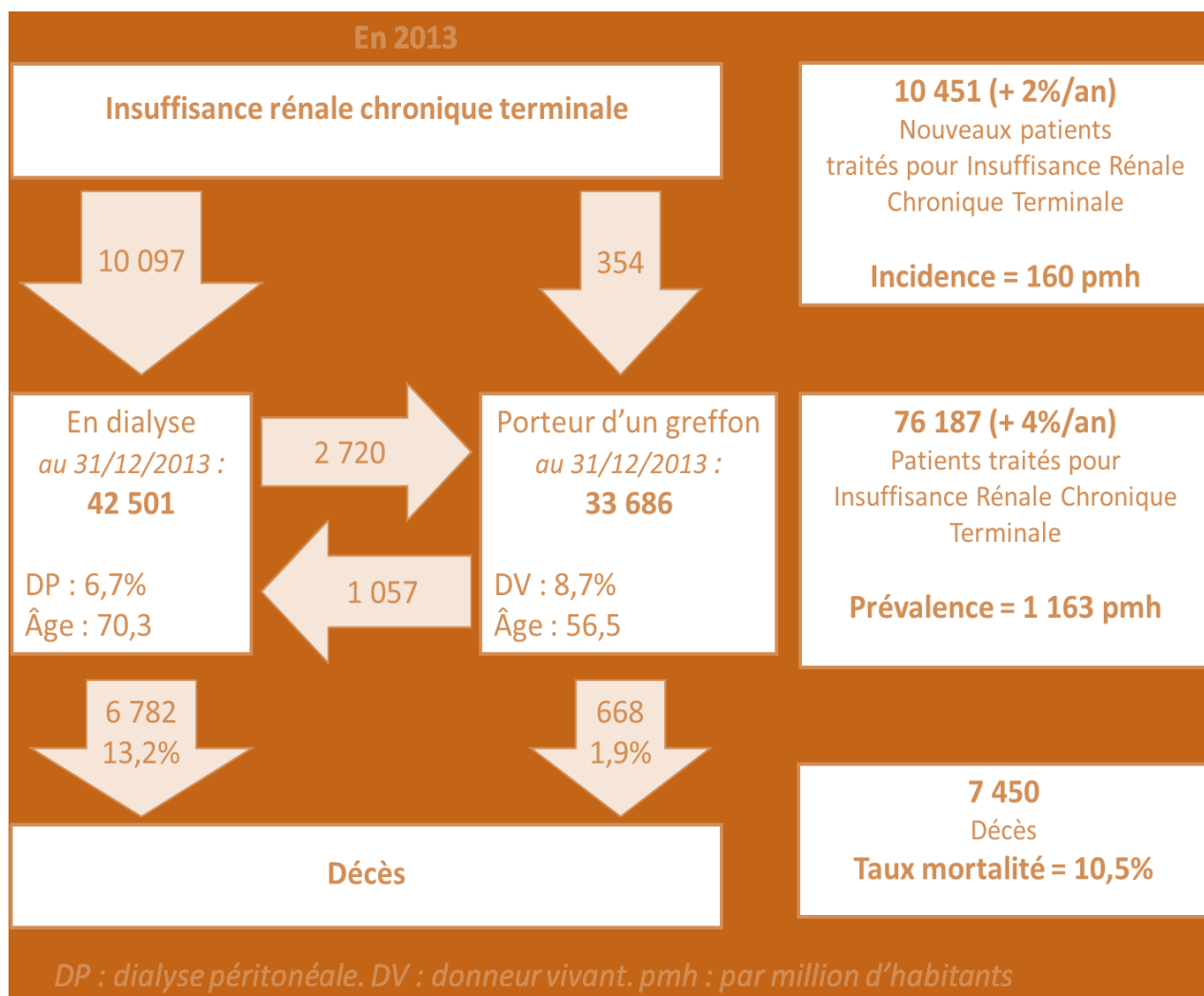
Rendez-vous matinée pré-greffe et donneur vivant  
 Contacter Ghislaine Murcia  
 02 32 88 93 03



Dates à retenir:  
 Prochaine matinée d'info donneur vivant : 9 juin 2015

**EPIDEMIOLOGIE DE L'IRC EN FRANCE EN 2013**

Source R.E.I.N.



L'épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique (IRCT) est connue grâce au registre Réseau, Epidémiologie, Information, Néphrologie(REIN).

Le risque d'évolution vers le stade terminal nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000 habitants. Chaque année en France, environ 9 500 personnes débutent un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale). Au 31 décembre 2013, 76 187 personnes étaient traitées, 56% par dialyse et 44% par greffe rénale. Ce nombre augmente de 4% par an. L'hypertension artérielle et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux. (Sources HAS2012 et REIN2013).

**En 2013, en France** l'incidence globale de l'IRCT 'insuffisance rénale chronique terminale' était de 160 PMH (dialyse 155 pmh et greffe rénale préemptive 5 pmh). Les comorbidités associées étaient fréquentes : le diabète (42% des incidents), et les comorbidités cardiovasculaires (55%) dont la fréquence augmente avec l'âge. En France en 2013, 3074 greffes rénales ont été réalisées dont 13 % à partir de donneurs vivants (354 soit 12% étaient des greffes préemptives chez des non dialysés et 16 % étaient des retransplantations).

**En 2013 en Haute Normandie** : 290 dialysés en région et 22 dialysés hors région, 7 greffes préemptives soit 2,2%.

**Greffe rénale en 2014 en Haute Normandie** 87 greffes réalisées dont 13 à partir de donneurs vivants.



**VOLET  
TRAITEMENT DU  
CANCER**



**SROS**



# TRAITEMENT DU CANCER



# SROS

## Préambule

Les organisations des soins en cancérologie ont fortement évolué au cours de la dernière décennie notamment par les dispositions prises dans les SROS de seconde puis de troisième génération, et sous l'impulsion des plans « cancer » et de l'Institut National du Cancer.

La gradation des soins a été structurée, sur la base de sites de cancérologie référents, d'un fonctionnement en réseau centré autour du patient et de son médecin traitant, renforcée par des structures de coordination en cancérologie (3C), le réseau régional de cancérologie, un pôle régional de cancérologie, et 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 également permis des avancées significatives dans le domaine de l'imagerie médicale (en coupe et en médecine nucléaire), du dépistage, et des prises en charges notamment en radiothérapie par la modernisation du parc des appareils.

Néanmoins, des progrès restent à faire pour améliorer 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.

Le présent bilan permet à ce stade de faire le point sur le « reste à faire ». Il s'intéresse en conséquence aux objectifs des plans cancer I et II et du SROS. Néanmoins, il est mis en perspective des objectifs du plan cancer III.







TRAITEMENT DU  
CANCER

## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

3

### *Principaux constats*

- 1- Etat des lieux et diagnostic → p. 167
- 2- Gradation des soins et structures autorisées → p. 169
- 3- Focus sur les parcours cancer chirurgicaux hospitalier, pour les activités soumises à « seuil » au cours de la période 2011-2014 → p. 172



## 1 - Etat des lieux et diagnostic



Le SROS comporte les objectifs suivants :

- En termes d'organisation, la lisibilité de l'offre et la formalisation des liens entre acteurs.
- En termes de qualité et sécurité des soins, il vise la pluridisciplinarité, l'exhaustivité d'un dispositif d'annonce et des activités de supports, un système d'information et un réseau image, le renforcement des qualifications.
- Les coordinations Ville hôpital et les centres de coordination en cancérologie (3C) ont été renforcés dans le cadre d'une animation assurée par le réseau régional de cancérologie.
- Des objectifs de coopérations notamment à Dieppe, ainsi que sur la thématique onco-hématologique, ou encore onco-pédiatrique ont été partiellement atteints. La coopération 3C-RRC s'est grandement améliorée.
- Plus précisément :
  - La Pluridisciplinarité des RCP, l'accès au dispositif d'annonce, la formalisation du PPS se sont améliorés sans atteindre cependant l'exhaustivité. Le PPAC reste à développer.
  - S'agissant des implantations et des flux, ainsi que des activités « seuils » et hors seuils, la situation reste encore fragile puisque sur 91 autorisations délivrées, 87 activités de traitement du cancer sont effectives en 2015 et parmi celles-ci, 82 dépassent les seuils.
  - Les chimiothérapies ont fait l'objet d'une forte structuration dans un contexte d'environnement et de reconstitution conforme depuis la fin du plan cancer I. Les environnements réglementaires sont aboutis, l'informatisation du circuit est complète dans les établissements autorisés et associés. Un thésaurus régional est en cours de constitution. Les modalités de la chimiothérapie ont également été modernisées fortement et sont marquées par 2 orientations récentes : le développement de la chimiothérapie orale depuis 3 ans, néanmoins la sécurisation et l'éducation du patient restent à renforcer, et la mise en œuvre des chimiothérapies parentérale en HAD débutées avec retard, en 2015, sous l'impulsion de l'OMEDIT, du réseau régional de cancérologie, et en réponse aux objectifs du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs et techniques innovants.
  - L'onco-hématologie est maintenant organisée sous la coordination du Centre Henri Becquerel, dans le cadre d'une fédération régionale. Les compétences nécessaires sont par contre encore rares dans les établissements de santé périphériques centres de gravité des territoires de santé. Des dispositions d'organisation de la « primo-prescription » ont été formalisées et conditions d'une activité d'onco-hématologie en chimiothérapie dans les centres périphériques.
  - Un réseau régional informel est structuré en Onco-Pédiatrie et inclus notamment le CH de Lisieux. Les RCPI sont organisées à l'échelle de l'interrégion et les fiches spécialisées sont en cours de finalisation dans le cadre du DCC dont le prestataire est le même dans l'ensemble de l'interrégion (Inovélane).
  - En Onco-gériatrie, la région Haute Normandie est partenaire de l'unité de coordination en onco-gériatrie (UCOP) de la région Basse Normandie et en constitue une antenne. L'évaluation de la fragilité gériatrique et l'élaboration de référentiels sont encore à renforcer.

- Il persiste des fragilités en radiothérapie et pour la modernisation des équipements (IMRT (modulation d'intensité), asservissement respiratoire, les systèmes de repositionnement patients, la démarche qualité régionale. Par ailleurs, au-delà du partenariat avec la région Basse Normandie (Cyberknife, Hadronthérapie), la prise en charge des enfants est difficile. Un projet de développement de la radiothérapie stéréotaxique est engagé par le CLCC.
- Les activités diagnostiques ont été renforcées. Ainsi en médecine nucléaire, des progrès substantiels ont été réalisés tant sur le plan des équipements que de l'introduction de nouveaux traceurs et de la recherche.

De même, un effort important a été fait pour mieux équiper la région et améliorer l'accès à l'imagerie en coupe et plus particulièrement les IRM dont les appareils doivent passer de 16 IRM installées en 2011 à 31 appareils avant 2017, plaçant la région dans le 1<sup>er</sup> tiers des régions les mieux équipées. Cette situation devrait également améliorer les délais d'accès à l'IRM tels que mesurés (très imparfaitement) par la méthode de Cemka-Eval (patient traceur).

Région	2013	2014	Moy	BB	BH	densité	Cancer
IDF	22,6	30,1	23,4	21,16	25,58	147,8	K
PACA	31,5	30,1	28,8	26,42	31,13	108,4	K
Nord Pas de Calais	21,5	26,3	30,6	24,91	36,36	104,6	K
Champagne Ardenne	26,6	33,8	32,1	27,88	36,27	106,5	K
Bourgogne	38	41	36,0	33,32	38,59	96,8	K
<b>Haute Normandie</b>	<b>29,9</b>	<b>39,4</b>	<b>36,8</b>	<b>30,38</b>	<b>43,29</b>	<b>94,7</b>	<b>K</b>
Picardie	40,7	44,9	37,2	31,98	42,46	167,6	K
<b>Basse Normandie</b>	<b>49,7</b>	<b>64,7</b>	<b>43,9</b>	<b>36,77</b>	<b>51,05</b>	<b>127,3</b>	<b>K</b>
Bretagne	41,5	54,5	45,5	40,79	50,23	91,0	K
Alsace	46,5	57,9	51,8	47,26	56,31	89,4	K
Lorraine	36,6	50,4	52,1	44,56	59,59	105,5	K
Midi Pyrénées	34,7	32,7	26,5	22,94	30,06	142,9	
Rhône Alpes	24,2	37,8	30,3	26,40	34,16	111,5	
Languedoc Roussillon	27,8	25,8	32,1	26,99	37,14	108,6	
Franche Comté	35,7	36,3	33,9	29,13	38,71	103,5	
Limousin	25	36,4	34,4	27,77	40,98	108,7	
Centre	40,6	52,6	37,2	32,26	42,23	158,0	
Aquitaine	28,8	31,3	38,6	34,73	42,56	86,4	
Poitou Charente	28,6	50,6	40,4	33,41	47,48	116,6	
Auvergne	42	56,4	42,8	35,50	50,15	125,2	
Pays de la Loire	45,4	54,8	53,7	49,22	58,27	160,4	
Corse	35	80,5	62,7	48,52	76,93	129,2	

L'organisation régionale a gagné en lisibilité. Des équipements nouveaux sont attendus (TEP IRM et 4<sup>ème</sup> TEP Scan). Par contre, le réseau d'Anatomopathologie et de macroscopistes prévu au SROS reste à formaliser.

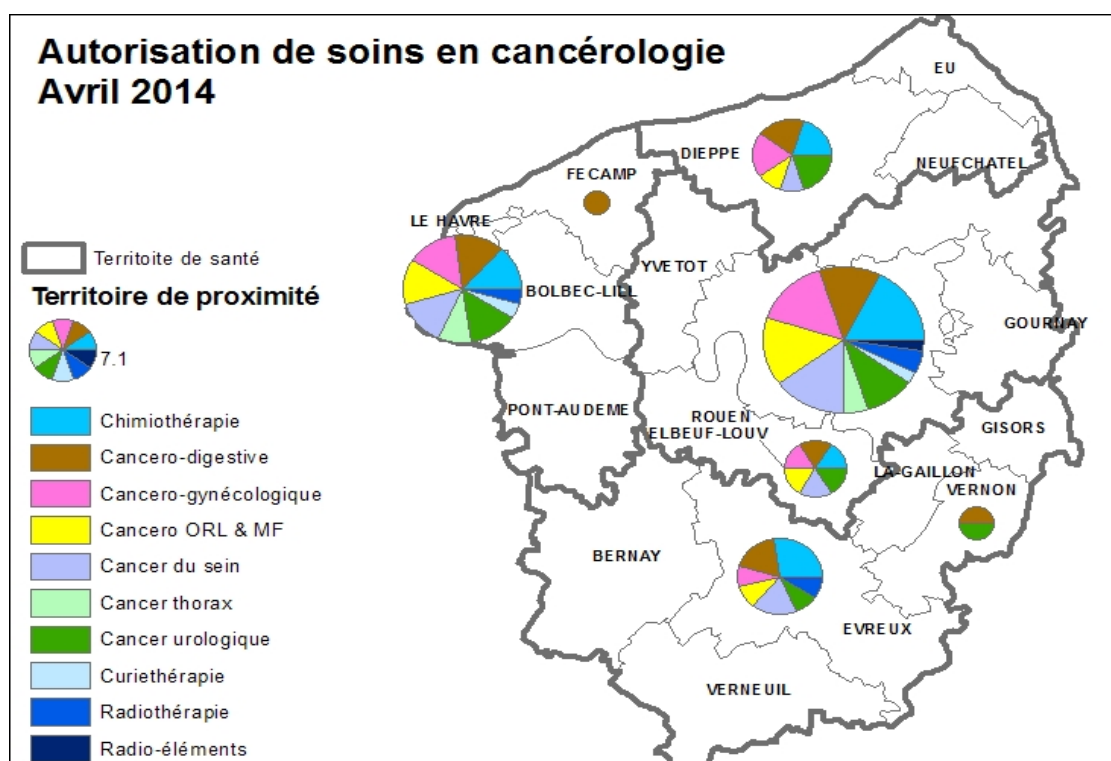


- Enfin en termes d'organisation, le Pôle régional de cancérologie (GCS) est régional de cancérologie est labellisé, dispose d'un programme de travail contractuel. Il a resserré les démarches qualité régionales et anime et appuie dans ce domaine les actions des 3C. Il met en œuvre par ailleurs le nouveau DCC dont les objectifs sont à la fois la prise en charge par le renforcement des fonctionnalités (RCP, Accès, PPS, S.de support, PPAC) mais aussi le repérage (statuts addictifs, fragilité psycho-sociale, évaluation gériatrique, mesure des délais), et l'évaluation.

## 2 - Gradation des soins et structures autorisées :

- 19 établissements de santé et 3 centres de radiothérapie adossés sont autorisés : les autorisations 2009 ont fait l'objet d'une campagne de conformités en 2011, et une réduction des autorisations a été nécessaire au regard des critères qualité à l'occasion des renouvellements d'autorisation 2014. Ainsi le nombre d'autorisations d'activité de traitement du cancer est passé de 91 autorisations initiales à 87 en 2015, dont 82 dépassent les seuils.
- Il persiste des activités non significatives sur de rares sites, liées le plus souvent à des découvertes per-opératoires ou à l'urgence chirurgicale. 2 sites en 2015 poursuivent une activité chirurgicale non autorisée au CH de Gisors et à la clinique St Hilaire.

Activité	Autorisations		>= Seuils	TS
	2011	2015		
Chimiothérapie	15	15	15	
K.Seins	13	13	13	
K.Digestifs.	17	15	13	Le Havre, Evreux, Dieppe
K.Gynécologiques	13	12	9	Rouen, Le Havre, Dieppe
K.Urologiques	12	12	13/12	Rouen
K.ORL et MxF	13	12	12	Dieppe
K.Thoraciques	4	4	4	



#### Les activités, les flux, la prise en charge des patients et des files actives 2011-2014 (4 ans)

Le nombre de patients résidents ayant bénéficié d'au moins 1 modalité de prise en charge en chirurgie carcinologique, en chimiothérapie, en radiothérapie en établissement de santé autorisé (hors centres libéraux), et/ou, en rapport avec une pathologie cancéreuse, une prise en charge complémentaire de la douleur, ou en soins palliatifs, ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) est important. Il suit la répartition de la population des régions et confirme néanmoins une incidence plus forte en Normandie versus France entière.

Par ailleurs, s'agissant des flux patients, il est observé que près de 55% des patients ont été pris en charge en chirurgie au moins 1 fois en 4 ans hors région, quelque soit la modalité « seuil » ou « hors seuil » contrastant avec des prises en charge en proximité des patients en chimiothérapie pour plus de 91% d'entre eux (région domicile).

	Basse-Normandie			Haute-Normandie			France		
	Nbr	% (Nbr/ Nb.Pat)	Nbr / 10KHbts	Nbr	% (Nbr/ Nb.Pat)	Nbr / 10KHbts	Nbr	% (Nbr/ Nb.Pat)	Nbr / 10KH bts
nb patients global	44 143		<b>29,6</b>	51 392	2,8%	27,7	1 834 154		<b>27,9</b>
nb patients chirurgie.	33 353	75,6%	<b>22,4</b>	39 501	76,9%	21,3	1 385 724	75,6%	<b>21,1</b>
nb patients chimioTtt.	16 641	37,7%	<b>11,2</b>	21 296	41,4%	11,5	740 231	40,4%	<b>11,2</b>
nb patients douleurs	796	1,8%	<b>0,5</b>	795	1,5%	0,4	23 059	1,3%	<b>0,4</b>
nb patients palliatifs	3 824	8,7%	<b>2,6</b>	4 426	8,6%	2,4	158 893	8,7%	<b>2,4</b>
nb patients en SSR	7 015	15,9%	<b>4,7</b>	6 921	13,5%	3,7	312 663	17,0%	<b>4,8</b>



Activités	Fr	Résidents BN		Résidents HN		Résidents N		
		Toutes régions	En région	Toutes régions	En région	Toutes régions	En région	
<b>Chirurgie</b>								
	Seuil	1 017 855	46 286	20 268	56 335	24 953	102 623	46 060
	Hors seuil	398 052	22 630	10 479	25 396	11 356	48 026	22 303
	% seuil	71,9%	67,2%		68,9%		68,1%	
	% en région			44,6%		44,4%		45,4%
<b>Chimiothérapie</b>								
	Patients	740 231	16 641	15 114	21 296	19 292	37 937	35 049
	% en région			90,8%		90,6%		92,4%

### 3 - Focus sur les parcours cancer chirurgicaux hospitalier, pour les activités soumises à « seuil » au cours de la période 2011 - 2014



- Le nombre moyen annuel de patients chirurgicaux France entière (au moins un séjour), est de 85 812 patients versus 7 542 pour la région Haute Normandie rendant compte d'une surexpression du cancer en région.
- La chimiothérapie était entreprise pour 28,4% d'entre eux les années précédentes, 82,2% la même année. 52,4% sont encore traité par chimiothérapie à 1 an, et 37,5% le sont encore l'année suivante.
- Faible recrutement en soins palliatifs les années précédentes, et décroissance lente des patients en soins palliatifs les années suivantes (9,1% [A] vers 7,4%).
- Très faible prise en charge de la douleur en modalité principale.
- Plus faible prise en charge en SSR en Haute-Normandie que France entière : 9,1% vs 14,1 à l'année [A].

#### Chirurgie carcinologique à Seuil

##### Comparaison des parcours chirurgicaux Haute Normandie / France

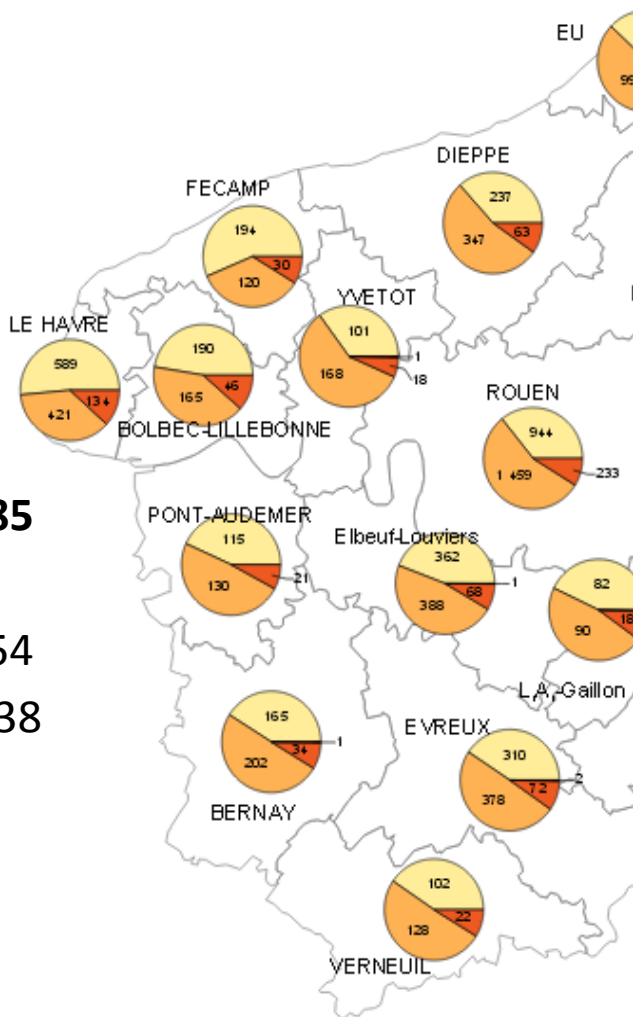
		< A-1	A-1	A	A+1	> A+1
Chimiothérapie	HN	12,4%	16,0%	82,2%	52,4%	37,5%
	Fr	11,7%	17,4%	81,0%	51,1%	38,7%
Soins Palliat.	HN	1,1%	2,0%	9,1%	8,5%	7,4%
	Fr	1,1%	2,3%	8,7%	8,2%	7,1%
Douleur	HN	0,3%	0,4%	1,7%	1,7%	1,9%
	Fr	0,2%	0,4%	1,4%	1,3%	1,4%
SSR	HN	1,3%	2,1%	9,1%	6,6%	5,6%
	Fr	2,3%	3,5%	14,1%	10,0%	8,7%

#### Listes en sus (LES)

- En chimiothérapie, une dépense par habitant supérieure à la moyenne nationale (HN/Fr: = + 7,8%), et une dépense par patient traité en Haute-Normandie supérieure à la moyenne nationale (HN/Fr: = + 3,5%), ces 2 constats justifiant l'élaboration d'un thésaurus Haute Normandie qui devrait permettre d'améliorer les pratiques.

## Répartitions du nombre de bénéficiaires par classe de traitement au moins un médicament en chimiothérapie orale en 2014

- **Chimiothérapies IV: pas de structures HAD associées**
- **Chimiothérapies orales: un essor marqué (Nb patients) 9 085**
  - Cytotoxiques 3 793
  - Hormonothérapie 4 454
  - Thérapies ciblées 838



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque  
ARS Haute-Normandie/O.S.A./J.L.F. - 17 avril 2015

### Evaluation dans la perspective du plan cancer III

La mise en œuvre du plan cancer III présenté le 4 février 2014 a fait l'objet d'une feuille de route élaborée par un comité de pilotage régional pluridisciplinaire, institutionnel, et des acteurs de terrain, au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2015, à l'instar de toutes les régions.

- Un séminaire de restitution et de réflexion a enrichi les travaux organisés en « bottom-up ».
- Les restitutions en CRSA et dans les conférences de territoires au cours du second semestre 2015 a permis de déterminer les grands thèmes prioritaires de travail des territoires concernés.

- Il reste à concrétiser les feuilles de route des conférences de territoire par l'élaboration des programmes territoriaux « PK3 ». Enfin, une mise en synergie des Plans Haut et Bas Normands est à formaliser en début d'année 2016.

### Les déclinaisons ARS incontournables régionales

- **Généraliser le dépistage des cancers du col: frottis et vaccinations** notamment en diversifiant les acteurs et les lieux.
- **Réduire les inégalités d'accès aux dépistages organisés et plus particulièrement quand elles concernent** les populations les moins participatives. La mobilisation des contrats de ville représente un outil utile.
- **Réduire les délais et améliorer les conditions d'accès**: l'imagerie, les coopérations professionnelles, et une bonne lisibilité de l'offre sont concernés.
- **Accompagner les évolutions de prises en charges et de pratiques et particulièrement ciblés le développement de** l'ACA et l'HDJ en cancérologie, ainsi que les coopérations ville-hôpital.
- **Adapter les prises en charges des enfants, adolescents, jeunes adultes en permettant un accès aux** meilleurs traitements, la préservation de la fertilité, le développement de l'accompagnement et l'organisation du suivi au long terme.
- **Accéder aux traitements innovants et aux thérapies ciblées (médecine personnalisée) par l'investissement dans les nouvelles techniques et le soutien à la recherche.**
- **Développer les parcours personnalisés sur l'ensemble du territoire et améliorer l'accès aux** soins de supports, l'éducation thérapeutique du patient, les coordinations ambulatoires et la gestion des situations complexes, l'intégration des services.
- **Réduire les facteurs de risque par la mise en œuvre du** Plan national de réduction du tabagisme (PNRT), l'éducation à la santé (EN), l'activité physique par le plan Sport Santé Bien être (SSBE), les dispositions régionales du plan national nutrition santé (PNNS), le plan santé environnement et la prévention des expositions professionnelles et expositions environnementales.
- **Réduire les risques de séquelles et de second cancer.**

### La feuille de route régionale comporte sur ces différents objectifs, des actions suivantes :

- d'analyse, d'observation et d'évaluation,
- de formation des acteurs et d'accompagnement de terrain,
- de communication notamment vers les professionnels et les publics cibles,
- d'expérimentations avant extensions ou diffusions,
- d'amélioration des performances et de réorganisations,
- de diversification de l'offre,
- de développement de la recherche, de l'innovation,
- d'amélioration de la qualité,
- de développement des systèmes d'information,

### et des cibles :

- Professionnels de santé et du premier recours, notamment MSP, Pôles de santé, médecine urbaine.
- Populations cibles et grands publics.
- Organisations locales contractualisées (CLS).
- Organisation des soins.
- Mises en œuvre locales de déploiements régionaux.

#### 4 focus

### 1 - Des actions à l'échelle de chaque territoire notamment de 1<sup>er</sup> recours feront l'objet de déclinaisons opérationnelles aussi bien en prévention et promotion de la santé que pour le soin :

- **Prévention, promotion de la santé:**
  - Dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, et colorectaux.
  - Education thérapeutique.
  - Prise en charge des comportements d'addiction: alcool, tabac, RPIB, statuts DCC.
  - Exercice physique et SBBE.
  - Cancer et travail, cancer et environnement : repérer, informer, orienter.
- **Soins :**
  - Lisibilité territoriale de l'offre : annuaires, RCP de recours.
  - Amélioration des organisations internes: circuits courts imagerie, mise en œuvre de « Pratic », Déploiement DCC.
  - Organisations territoriales, notamment programme « raccourcissement des délais », plan territorial « consultations avancées », Déploiements: DCC, SSR spécialisés, HAD et cancer.
  - Promotion des activités ACA et chirurgie des cancers, projet territorial « chimiothérapie » orales et IV HAD, prise en charge de la complexité (dispositif IDEC).
  - Mises en place de relais par les hébergements non médicalisés, et des lits « halte santé » et « accueil médicalisé ».

### 2 – Des actions visant au développement de la recherche :

- Un axe d'organisation régionale et Normande : Pôle de cancérologie, apport du regroupement des régions Haute et Basse Normandie, médical training center, SiRIC (Site de Recherche Intégré sur le Cancer).
- Un axe clinique de développement de la recherche clinique :
  - par le renforcement des inclusions de patients dans les essais cliniques : inclusions de patients au sein des sites de références, hôpitaux périphériques et cliniques (objectifs plan cancer),
  - par le développement de l'évaluation et de la discussion/inclusion en RCP par le réseau,
  - en portant des projets de recherche translationnelle,
  - en renforçant les travaux dans le cadre des 5 axes du CNO – GIRCI,
  - en candidatant aux appels :
    - Phases précoces, CLIP<sup>2</sup> adulte Caen (T.Solide).
    - Rouen label ARS (hématologie).
    - SIRIC (Rouen-Caen?).
- Un axe Formation pour le développement de la recherche clinique.

### 3 – Un axe formations à partir d'une évaluation des besoins à mener :

- Une semaine à l'issue de la fin de la formation des cycles paramédicaux et médicaux (2 sem/an), qui pourront concerner les infirmiers, les kinésithérapeutes, les puéricultrices.
- Une formation Infirmier clinicien de niveau master.
- Un DU/DIU en étape intermédiaire.
- Le développement du Post-internat.
- Des contenus relatifs à la sensibilisation au plan cancer III, des formations spécifiques (soins de support,...), l'intégration du Medical Training Center : prise en charge ambulatoire (chirurgie) par exemple
- Formations à la recherche clinique en 2<sup>ème</sup> cycle EM, internes, paramédicaux (Rouen-Caen)

#### 4 – Un axe innovations dans 7 domaines que sont :

- **La radiologie interventionnelle**
  - Projet site référence pour l'ensemble de la région HN
  - 1 site HN, 1 site BN
  - Radiologues
- **La chimiothérapie orale ou personnalisée**
  - Parcours complexe
  - Indicateurs
  - Coordination avec les HdJ
- **La radiothérapie haute précision**
  - Stéréotaxie en HN
  - Participation Rouen au projet Cyber, Hadrons,...
  -
- **L'Imagerie en coupe (IRM, TEP,...)**
  - Dim. délai (IRM)
  - Transfert images (TEP)
  - RECIST dans les CR TDM
- **La biologie moléculaire**
  - RCP moléculaire
  - Accès NGS en routine
  - Réflexion Rouen-Caen
- **La chirurgie ambulatoire**
  - Définition ?
  - Objectif chiffré ?
  - Rôle Medical Training Center ? Formation ?
  - Hébergement
- **Les nouveaux métiers (QS)**

#### Les enjeux d'une révision du SROS avant le PRS et le SRS :

- Inscrire le plan cancer III dans le SROS pour donner plus d'opérationnalité.
- Développer la mise en œuvre territoriale en installant une culture du parcours « Cancer ».
- Renforcer et optimiser l'offre.

# VOLET

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES  
GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU  
IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR  
EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS  
MEDICALES



**SROS**





## Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales



# SROS

### Préambule

Le champ couvert par la génétique postnatale est réglementé de manière très précise par une réglementation récente (autorisations biologiques, exigences cliniques, rendu des résultats et agrément des praticiens).

Il ne couvre pas le champ du diagnostic prénatal, ni les examens de génétique somatique, ni ceux réalisés dans le cadre du don et de la greffe.

La génétique permet d'identifier des caractéristiques permanentes des individus, qui peuvent être héritées de la génération parentale mais aussi être transmises à la descendance. L'expression phénotypique des caractéristiques est variable selon les individus, l'âge, l'environnement.

La discipline a deux volets; un de consultations cliniques et l'autre d'analyses biologiques.

Les techniques biologiques utilisées sont :

- des techniques de cytogénétique (caryotype) y compris de cytogénétique moléculaire (FISH)
- des techniques de génétique moléculaire
- des techniques qui permettent d'appréhender des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire (analyse chromosomique par puce à ADN ; techniques de séquençage à haut débit (séquençage de nouvelle génération - NGS).

Le lien est fort avec des disciplines comme la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique et le traitement du cancer.

En 2014, près 480 000 personnes ont bénéficié d'un examen génétique postnatal.

Les enjeux identifiés sur la période 2012-2017 concernant la génétique sont une augmentation attendue du volume de consultations et d'activité dans un contexte de démographie médicale défavorable, ce qui génère des problèmes en termes d'accessibilité et de délais de consultation.

En effet, l'identification de maladies à déterminisme génétique est en croissance rapide et l'accès aux nouvelles techniques d'analyse du génome (séquenceur de nouvelle génération), nécessitent de penser et d'organiser, le parcours des patients de telle sorte que les délais de rendu des résultats des analyses soient compatibles avec une prise en charge médicale adaptée (médecine personnalisée).

Cette discipline à très haute technicité nécessite de mutualiser l'expertise, les plateaux technique et les formations, et l'information des professionnels de santé et du public.

Il faut, pour le public comme pour les professionnels, rendre lisible l'offre disponible et penser l'accessibilité en termes de parcours et de filières pour des pathologies affectant des populations et des spécialités très diverses.

La structuration de l'accès aux consultations spécialisées et aux techniques appropriées impliquera de définir des parcours au sein de la future Normandie.

Trois principes guident les évolutions présentes et à venir :

- L'équité de l'accès au diagnostic et aux soins sur le territoire
- Les consultations « vont au devant du patient »
- Les prélèvements « voyagent »



EXAMEN DES  
CARACTERISTIQUES  
GENETIQUES D'UNE PERSONNE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

6  
*principaux  
constats*

- 1- Une démographie de professionnels en difficulté → p. 183
- 2- La génétique : Une structuration autour de la fédération hospitalo universitaire normande → p. 184
- 3- Développer de nouvelles techniques → p. 186
- 4- Rendre lisible l'offre disponible ; la cytogénétique garde une place dans le paysage des techniques → p. 187
- 5- Rouen : acteur majeur pour 5 filières nationales maladies rares → p. 189
- 6- Assurer auprès des personnes des consultations cliniques « sur-spécialisées » → p. 191





## 1 - Une démographie de professionnels en difficulté

La formation de ces professionnels médicaux est longue, hyperspécialisée, souvent en double cursus, ouvrant également vers la recherche et les possibilités d'emploi par les établissements réduites du fait de l'hyperspécialisation et du mode de tarification à l'activité. L'existence de crédits pérennes dans le cadre du plan cancer est un élément facilitateur certain.

17 praticiens sont agréés en Haute-Normandie (16 praticiens en Basse-Normandie qui sont tous à Caen).

Les voies de formation en génétique sont diverses :

- Pour les analyses de biologie (agrément nécessaire)
  - Médecin qualifié en biologie médicale / pharmacien biologiste ou qualification en biologie médicale
  - Scientifique remplissant les conditions d'exercice de la biologie
  - Biologiste avec diplômes de spécialité ou complémentaires
- Pour les consultations cliniques (pas d'agrément)
  - DES spécialité génétique médicale
  - Médecin spécialiste avec formation, exercice ou diplôme complémentaire

### Evolution nombre d'interne en génétique médicale (DES en 5 ans) entrant dans le cursus

Années	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Nbre d'interne</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

- Internes en biologie (cursus en 4 ou 5 ans)
  - Les pharmaciens biologistes sont formés en inter-région (Rouen, Caen, Lille, Amiens)
    - **2015** : 19 postes d'internes pourvus pour Rouen dont 2 en Innovation Pharmaceutique et Recherche pouvant ouvrir vers l'exercice de la génétique
- Les conseillers en génétique sont rares...

En attendant la création d'un diplôme d'Etat français de conseiller en génétique, ces professionnels sont titulaires d'un Master qui existe depuis 10 ans (BAC +5), qui n'existe qu'à l'Université d'Aix-Marseille. Une spécialité de doctorat en conseil génétique, orientée vers la recherche, peut compléter leur formation.

Ces professionnels de grande qualité scientifique sont très demandés, les offres des Centres Hospitalo-universitaires sont nombreuses... les faire venir ou les garder en Normandie est une gageure d'autant que se pose de manière aiguë le problème de leur grille salariale, de leur statut et de la reconnaissance à la nomenclature de leurs actes (Pb national).

L'association française des conseillers en génétique recense 169 membres dont 2 en Haute-Normandie, au CHU de Rouen. Par ailleurs, un maïeuticien du Groupe Hospitalier du Havre est en formation.

## Perspective

Dans ce contexte national difficile, l'ARS poursuivra en lien avec le coordonateur régional et interrégional du DES de génétique médicale (qui exerce au CHU de Rouen) un travail fin et prospectif sur les besoins et possibilités d'emploi des professionnels médicaux, pharmaciens et non médicaux de la génétique.



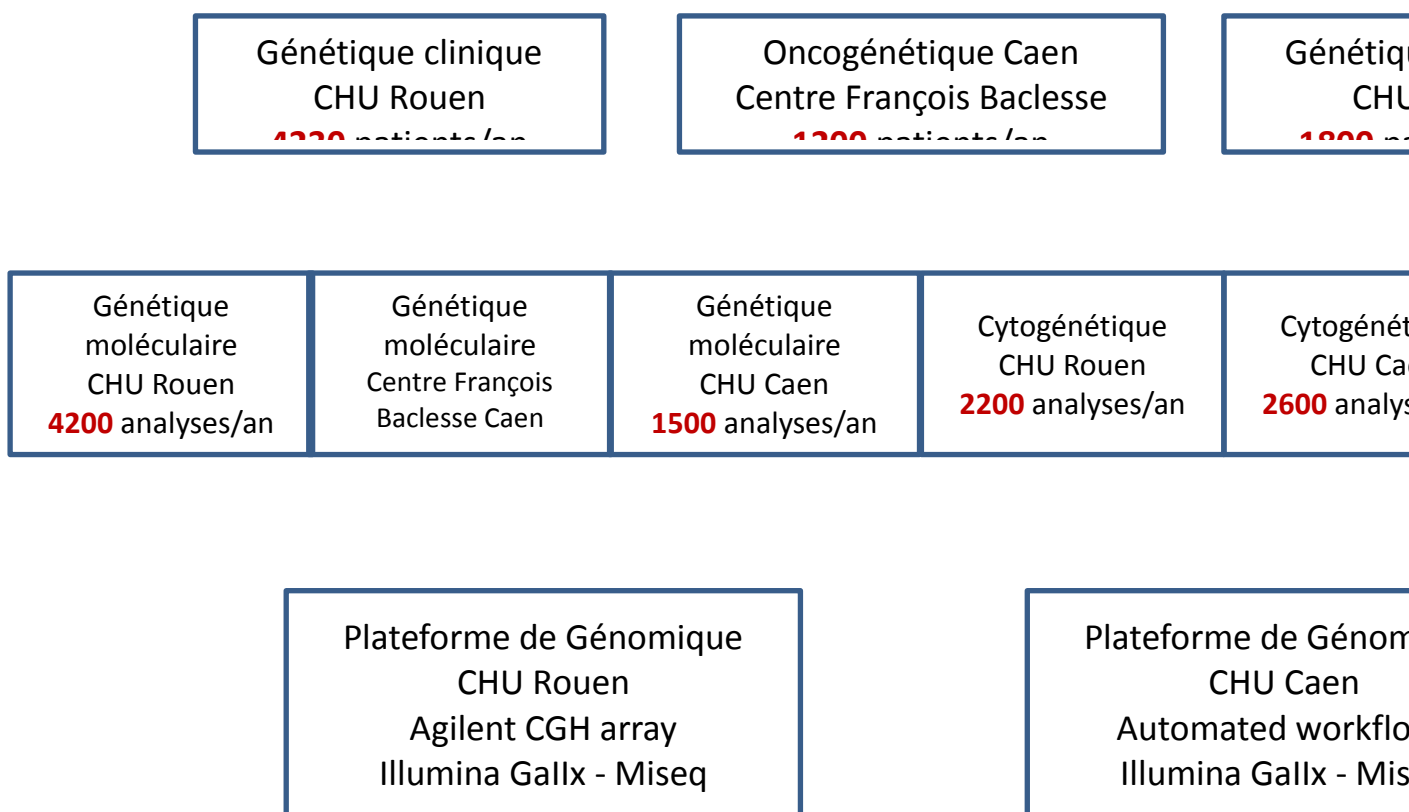
## 2 - La génétique : Une structuration autour de la fédération hospitalo universitaire normande

Une Fédération Hospitalo Universitaire constitue une réelle opportunité pour dynamiser l'ensemble du paysage hospitalo-universitaire normand. C'est l'outil efficace pour renforcer les liens entre les deux CHU, l'Université et les unités de recherche autour de filières thématiques intégrées de soins, de formation et de recherche. Sa création est basée sur la complémentarité des deux sites et a permis le renfort démographique du site de Caen. La démarche a été menée au travers du groupement de coopération sanitaire G4, en partenariat avec l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN).

### Bilan

**2014** : reconnaissance du Centre Normand de médecine génomique et de médecine personnalisée (NGP), porté par le Pr Thierry Frébourg (Rouen). Il s'agit d'une fédération hospitalo-universitaire d'innovation soutenue financièrement pendant 5 ans par les CHU de Caen et de Rouen à hauteur de 90.000 euros, les universités mettant à disposition des personnels et du matériel. Elle porte vise à optimiser le diagnostic, la prévention et le traitement de certaines maladies en lien avec des variations génétiques individuelles en neurologie et cancérologie.

- Les centres cliniques et biologiques concernés sont les suivants<sup>22</sup> :



La proximité avec les établissements pratiquant des consultations ou des analyses de génétique est à construire, notamment avec le Groupe Hospitalier du Havre, l'Etablissement Français du Sang de Normandie, le Centre de biologie et de Cytogénétique Médicale d'Evreux :

Par an <sup>23</sup>	Groupe Hospitalier du Havre	EFS de Normandie	CBCM d'Evreux
----------------------	-----------------------------	------------------	---------------

<sup>22</sup> Sources : CHU Rouen\_ Rapports d'activité \_ Rencontre du groupe technique thématique

<sup>23</sup> Sources : CHU Rouen\_ Rapports d'activité \_ Rencontre du groupe technique thématique

<b>File active de patients vus en consultation clinique</b>	<b>1800</b>	<b>300</b>	<b>quelques</b>
<b>Nbre d'analyses</b>	<b>500</b>	<b>850</b>	<b>500</b>

## **Perspective**

Structurer l'accès au diagnostic et aux soins de génétique au niveau Normand en tenant compte du nouveau centre normand de génomique médicale et de médecine personnalisée et de la démographie des professionnels





### 3 - Développer de nouvelles techniques

Suite aux orientations nationales, la région s'est équipée des dernières techniques d'analyse du génome :

#### Bilan

**2011** : Dans le cadre du Cancéropôle du Nord-Ouest, installation de la **plateforme régionale de séquençage du génome de nouvelle génération (NGS)** située au CHU de Rouen qui a pour mission de mettre en place en routine de nouvelles méthodes d'explorations du génome.

**2012** : Instauration d'une rencontre annuelle autour du NGS pour diffuser l'information au sein de l'inter région Nord-Ouest concernant l'interprétation biologique et médicale des variations génétiques de signification inconnue (principal défi des analyses pan-génomiques) et de la formation des personnels de laboratoires (recherche et diagnostic) français et étrangers.

Il convient, dès l'émergence des techniques nouvelles de garantir à tous d'accéder à l'excellence médicale et à l'innovation.

L'évolution scientifique et technologique très rapide nécessite une actualisation constante des bonnes pratiques et entraîne des réorganisations importantes des laboratoires.

Les enjeux du Séquençage de Nouvelle Génération (NGS) sont importants :

- Désormais l'analyse de la partie codante des 23 000 gènes du génome humain ou « exome » prend quelques semaines
- Chaque exome contient env. 20 000 variations génétiques dont 500 sont rares voire spécifiques d'un individu
- Il n'est plus nécessaire d'amplifier une molécule d'ADN
- Lorsqu'une variation génétique est détectée chez un malade, le défi est de l'interpréter et de démontrer sa responsabilité dans la maladie
- Il existe un lien majeur avec le développement de la bioinformatique
- Cela nécessite la collaboration entre cliniciens, généticiens moléculaires, biologistes, bioinformaticiens, biostatisticiens

L'acquisition de cette nouvelle technique ne freine pas l'essor de l'analyse de génétique moléculaire ; l'identification de nouveaux variants pathologiques est toujours croissante.

#### Activité d'analyse pangénomique par puce et de génétique moléculaire (hors pharmacogénétique)

Années	2012	2013	2014
<b>Nbre d'analyses pangénomiques</b>	<b>158</b>	<b>221</b>	<b>245</b>
<b>Nbre d'analyses de génétique moléculaire</b>	<b>6668</b>	<b>6455</b>	<b>7052</b>

#### Crédits d'accompagnement (en lien avec le Plan National Maladies Rares) :

- 2011 : 231 000€
- 2013 : 212 850€
- 2014 : 75 000€
- 2015 : 125 000 €

Des crédits INCA accompagnent le développement de la recherche génétique dans le cadre des plans cancer.



## 4 - Rendre lisible l'offre disponible ; la cytogénétique garde une place dans le paysage des techniques

La cytogénétique (qui est l'étude du caryotype et l'analyse des chromosomes) garde une place malgré l'augmentation des diagnostics par hybridation génomique comparative sur puce à ADN (annexe 1). Cette technique fait par ailleurs partie du diagnostic prénatal (Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal de Rouen et du Havre)

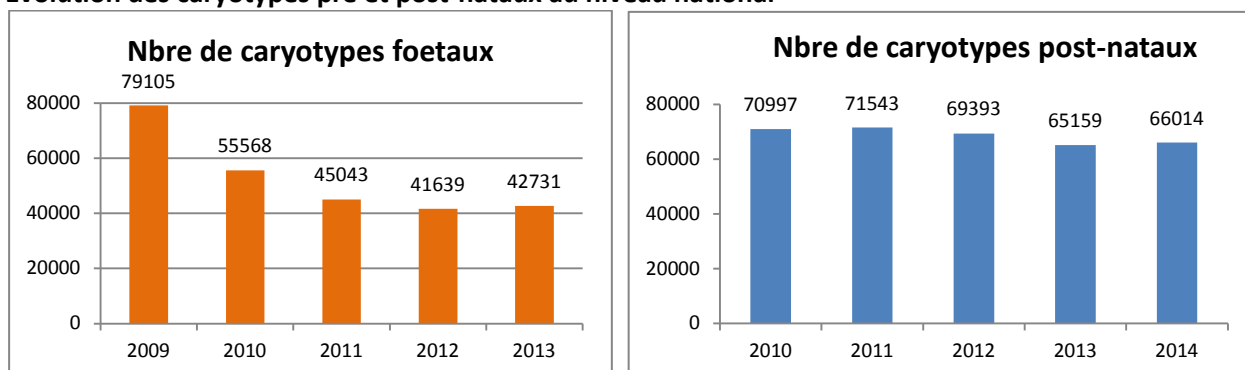
En 2015, la Haute-Normandie compte 4 laboratoires agréés pour les analyses de cytogénétique : le CHU de Rouen, l'EFS de Normandie, le GH du Havre et le Laboratoire privé de cytogénétique de l'Eure.

Les indications en génétique constitutionnelle sont :

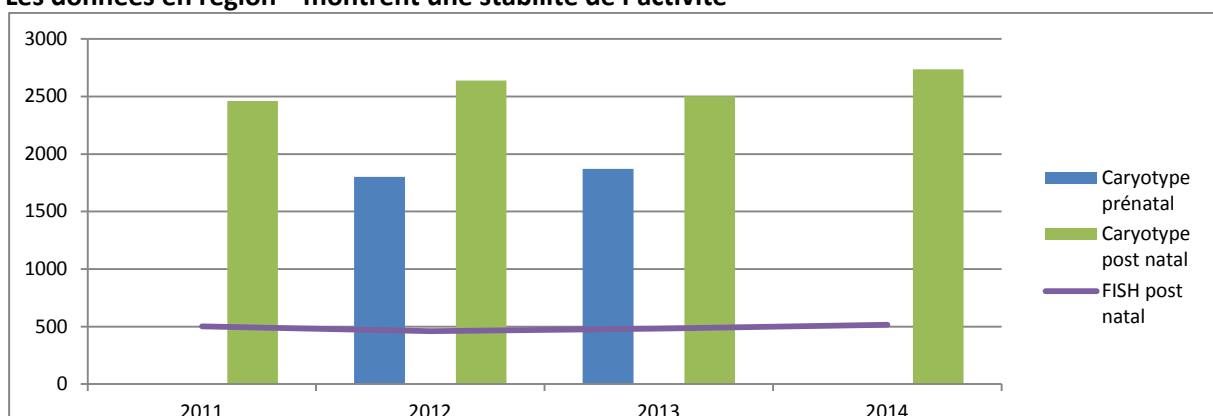
- anomalies équilibrées
- maladies « cassantes »,
- biologie de la reproduction

Cependant, en raison de l'évolution des techniques, la tendance nationale constatée (et prévisible pour les prochaines années) est une diminution de l'indication de la réalisation de caryotypes en prénatal comme en postnatal.

### Evolution des caryotypes pré et post-nataux au niveau national<sup>24</sup>



### Les données en région<sup>25</sup> montrent une stabilité de l'activité



Dans certains autres cas, il faudrait avoir recours à une analyse ciblée (mais le délai est de plusieurs mois), souvent, le caryotype est fait en première intention (réponse en 8 jours). L'avenir intègrera probablement la NGS...

<sup>24</sup> Source : rapport annuel de l'Agence de la Biomédecine

<sup>25</sup> Source : rapports annuels des établissements \_ les données post-natales sont disponibles après la naissance et donc à N=1 du prélèvement

## Perspective

Si la cytogénétique garde des indications, l'évolution des techniques est une donnée qui devra être prise en compte dans l'élaboration du prochain PRS Normand concernant le nombre d'implantation de laboratoires.

## 5 - Rouen : acteur majeur pour 5 filières nationales maladies rares



Une filière nationale de santé « maladies rares » couvre un champ large et cohérent de maladies rares, soit proches dans leurs manifestations, leurs conséquences ou leur prise en charge, soit responsables d'une atteinte du même organe ou système. (cf. annexe 2)

L'exploration d'une pathologie ou d'un syndrome rares pose plusieurs problèmes :

- L'évolution des techniques aboutit à la concentration des plateaux techniques qui deviennent rares, complexes et coûteux.
- Certains examens se substituent à d'autres très rapidement compte tenu des évolutions des techniques, les professionnels et le public doivent pouvoir s'informer.
- Il existe un continuum entre la recherche et les explorations effectuées au bénéfice de patients dans le cadre de programmes de recherche clinique.
- L'évolution très rapide dès lors que l'identification d'un déterminisme génétique émerge.
- Il est possible de dissocier la réalisation de l'acte technique de son interprétation en termes de lieux en particulier.
- Outre les problèmes éthiques, se posent les questions du coût médico-économique et du service rendu au patient.

Les maladies rares touchent environ 3 millions de Français (soit par extrapolation 90 000 haut-normands). 80% sont d'origine génétique.

Des « centres de référence », on passe à la notion de « filière de santé maladies rares » afin d'améliorer la lisibilité du dispositif mis en place avec le 1<sup>er</sup> plan (132 centres nationaux de référence et des centres de compétence). Ces filières sont beaucoup plus que des regroupements de centres de référence. Elles ont vocation à mettre en réseau tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des malades. Elles s'inscrivent dans la perspective des futurs réseaux européens de référence relatifs aux maladies rares.

### Bilan

**2013** : appel à projet national pour les filières maladies rares

**2014** : labellisation et dotation de 14 filières de santé, dont 5 où le CHU de Rouen a un rôle majeur :

- AnDDI-Rare : anomalies du développement et déficience intellectuelle de causes rares
- Cardiogen : maladies cardiaques héréditaires
- DéfiScience : maladies rares du développement cérébral et déficience intellectuelle
- G2M : maladies héréditaires du métabolisme
- Sensgene : maladies rares sensorielles

**2015** : prolongation jusqu'au 31/12/2016 du 2<sup>ème</sup> plan national sur les maladies rares. 23 filières sont labellisées au niveau national.

## Perspectives

Pour l'exploration des déficiences mentales et pour l'exploration des syndromes métaboliques, un groupe de travail régional se propose de construire des protocoles régionaux, une filière optimisée prenant en compte les réalités démographiques, médicales et économiques.

Un projet universitaire de formation des généticiens et des pédiatres devrait aboutir à l'intégration du CHU de Rouen au centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme \_ Partenariat CHU Necker Paris.



## 6 - Assurer auprès des personnes des consultations cliniques « sur-spécialisées »

Le développement de l'identification du déterminisme génétique des maladies a un impact important sur l'organisation de l'accès aux soins de consultations à visée diagnostique préventive et/ou thérapeutique

L'activité de consultation clinique est nécessaire pour :

- Les analyses syndromiques
- L'oncogénétique
- Les personnes apparentées
- La filière maladies rares

L'activité biologique est hyperspécialisée :

- Analyses de cytogénétique
- Analyses de génétique moléculaire,
- Analyses pangénomiques par puces
- La pharmacogénétique
- L'exploration métabolique
- La médecine personnalisée (réponse à tel ou tel traitement en fonction de caractéristiques génétiques constitutionnelles de la personne malade).

Deux sur spécialités sont traitées dans le bilan :

- **L'oncogénétique** qui se développe et a vocation à encore évoluer. Elle devient indispensable pour la thérapie ciblée et ses indications sont multiples (cf. annexes 3). Par exemple, toute femme de moins de 50 ans qui développe un cancer du sein devrait avoir une consultation d'oncogénétique.

Si la Haute-Normandie est l'une des 3 premières régions françaises en matière de consultations d'oncogénétique avec en **2013-2014** une augmentation de 20% consultations médicales, persistent des difficultés :

- les délais sont déjà bien supérieurs à 6 mois (sauf « urgence »)
  - à Evreux ou au Havre, la démographie médicale et l'absence de conseillers en génétique ne permet pas de répondre à la demande...
  - seuls les établissements publics ou ESPIC proposent les consultations d'oncogénétique mais les prises en charge en oncologie sont également faites dans les établissements de santé privés
  - les réunions de concertation pluridisciplinaires ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de Normandie (visioconférences)
- **La pédiatrie** : afin d'explorer un trouble du développement, un problème neurologique, un trouble du métabolisme, un syndrome rare, un syndrome autistique ou un ensemble malformatif, les praticiens doivent posséder une double formation spécialisée en pédiatrie et en génétique. Avant d'explorer sur le plan biologique, il faut avoir « y avoir pensé », avoir reconnu ou caractérisé le champ à explorer et fait le lien avec les recherches en constante évolution.

La ressource médicale est rare et cette activité se heurte aux mêmes difficultés que l'oncogénétique pour l'établissement employeur (valorisation, délais, difficulté pour un jeune médecin d'envisager une telle formation sans être assuré d'un emploi pérenne...)

Au **1<sup>er</sup> fév. 2014**, 1M 848 hab. et 2,55 ETP de médecins, soit 1 pour 724 000 hab.

Moyenne nationale = 1/500 000

Délai de consultation supérieur à 9 mois ! ... sauf consultation « en urgence » lorsque par exemple une grossesse est en cours dans la famille.

Pour assurer une équité au diagnostic et aux soins sur le territoire, le bilan du SROS a permis d'énoncer deux principes :

- Les consultations « vont au devant du patient »
- Les prélèvements « voyagent »

## **Perspective**

Réunir un groupe de travail région sous l'égide de l'ARS afin de structurer l'accès à l'offre sur la région. Lien avec la démographie médicale, et le plan cancer.

**VOLET  
IMAGERIE MEDICALE**



**SROS**





IMAGERIE MEDICALE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

**3**  
*principaux  
constats*

- 1- Principales orientations du SROS 3 et évolutions → p. 197
- 2- Démographie des radiologues et activités → p. 200
- 3- Le bilan qualitatif du SROS-PRS pour la période 2011-2015 → p. 201



# 1 - Principales orientations du SROS 3 et évolutions



Cinq grands axes prioritaires sont inscrits dans les orientations du SROS pour l'organisation de l'activité d'imagerie. Ils concernent :

- la mise en place d'un réseau de télé-imagerie tant technique que fonctionnel et organisationnel,
- l'amélioration de la qualité et la mise en œuvre d'une démarche qualité régionale,
- la mise en place d'une garde régionale d'imagerie qui réponde aux enjeux de la permanence des soins et des difficultés de couverture territoriale,
- le renforcement de l'imagerie en coupe :
  - par substitution des examens conventionnels et pour améliorer l'accès aux examens moins irradiants nécessités par les pathologies cancer, les affections neuro-vasculaires et les démences, les pathologies cardio-vasculaires, l'augmentation des indications ostéo-articulaires,
  - en poursuivant l'adéquation des équipements au regard de l'évolution des activités et des pratiques ainsi que des objectifs de disponibilité mesurée par des délais d'accès trop longs.

## Evolutions :

### Imagerie en coupe :

Si l'évolution du parc des équipements scannographiques a été stable, l'évolution du nombre d'IRM n'a pas encore atteint les objectifs prévus en 2011 et révisés en 2014 par retards des installations : c'est l'effet incompressible de la séquence « autorisation-commande-travaux-installation », et qui gagnerait à être raccourci (en général 18 mois).

Le renforcement du parc des IRM est une nécessité, particulièrement au titre des orientations de la directive Euratome, et particulièrement pour les femmes enceintes et chez les enfants, ainsi que pour les indications des pathologies cardiaques, les affections neuro-vasculaires, la démence, le cancer, et l'augmentation de son utilisation dans le domaine des affections ostéo-articulaires.

Les critères d'équipement pris en compte sont ceux de l'instruction du 8 avril 2011 adaptés néanmoins au retard de la région par rapport à l'interrégion Nord-ouest et particulièrement la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais :

- augmentation du parc, pour partie polyvalent (16 à 18 par million d'habitants),
- diversification des équipements et spécialisation par appareils dédiés aux examens ostéo-articulaires :
  - adossement des appareils dédiés pour les plateaux d'imagerie déjà équipés d'au moins un appareil polyvalent,
  - spécialisation progressive qui n'affectera pas le parc existant compte tenu du retard constaté et les enjeux de santé publique
- priorités aux plateaux techniques qui prennent en charge les pathologies retenues prioritaires.

Le réseau de télé-imagerie a connu un retard de déploiement lié au rachat du consortium initial retenu par le groupement de commande (BULL-GIOL Global Imaging OnLine). Néanmoins le premier patient est prévu en mars 2016 et la téléradiologie avec fonction « Partage » en Mai 2016. Les modules complémentaires pourront ensuite être déployés dans le cadre d'une solution innovante et intégrée.

La formalisation du GCS d'imagerie atteint sa phase finale. L'installation du GCS et sa mise en œuvre devrait être effective au 1<sup>er</sup> trimestre 2016, en cohérence avec le premier patient.

La grande garde régionale dépend de ce dispositif.

L'évolution au cours des années 2012 – 2014 qui montrent des différences et en termes d'activités entre les territoires de santé, et en terme de répartition des examens (casemix).

- Ainsi, à l'échelle de la région, la part des examens d'imagerie en coupe représente 17,30 % en 2012 [16,91-17,97], et 17,49 % en 2014 [16,22-19,83].

- Plusieurs territoires de proximité montrent encore des taux de recours significativement plus faibles que la moyenne (85%), néanmoins pour plusieurs d'entre eux, les effets frontières sont mal évalués (10% ?) : c'est le cas des territoires de Gisors, Vernon, Verneuil, Pont-Audemer.

T.Santé	T.Proximité	Echos 2014	IRM 2014	Rx Conv. 2014	TDM 2014	
DIEPPE	DIEPPE					
DIEPPE	EU*					Retard d'installation IRM à Dieppe
EVREUX	BERNAY*					
EVREUX	EVREUX					
EVREUX	GISORS*					
EVREUX	L.A.-Gaillon					Accessibilité Evreux, Gisors, Elbeuf, Rouen
EVREUX	VERNEUIL*					Accessibilité Dreux, L'Aigle, Evreux
EVREUX	VERNON*					
LE HAVRE	BOLBEC-LILLEB					
LE HAVRE	FECAMP					
LE HAVRE	LE HAVRE					Substitution IRM
LE HAVRE	PONT AUDEMER*					Retard installation IRM
ROUEN	Elbeuf_Louviers					
ROUEN	GOURNAY*					
ROUEN	NEUFCHATEL					
ROUEN	ROUEN					Retard installation IRM
ROUEN	YVETOT					

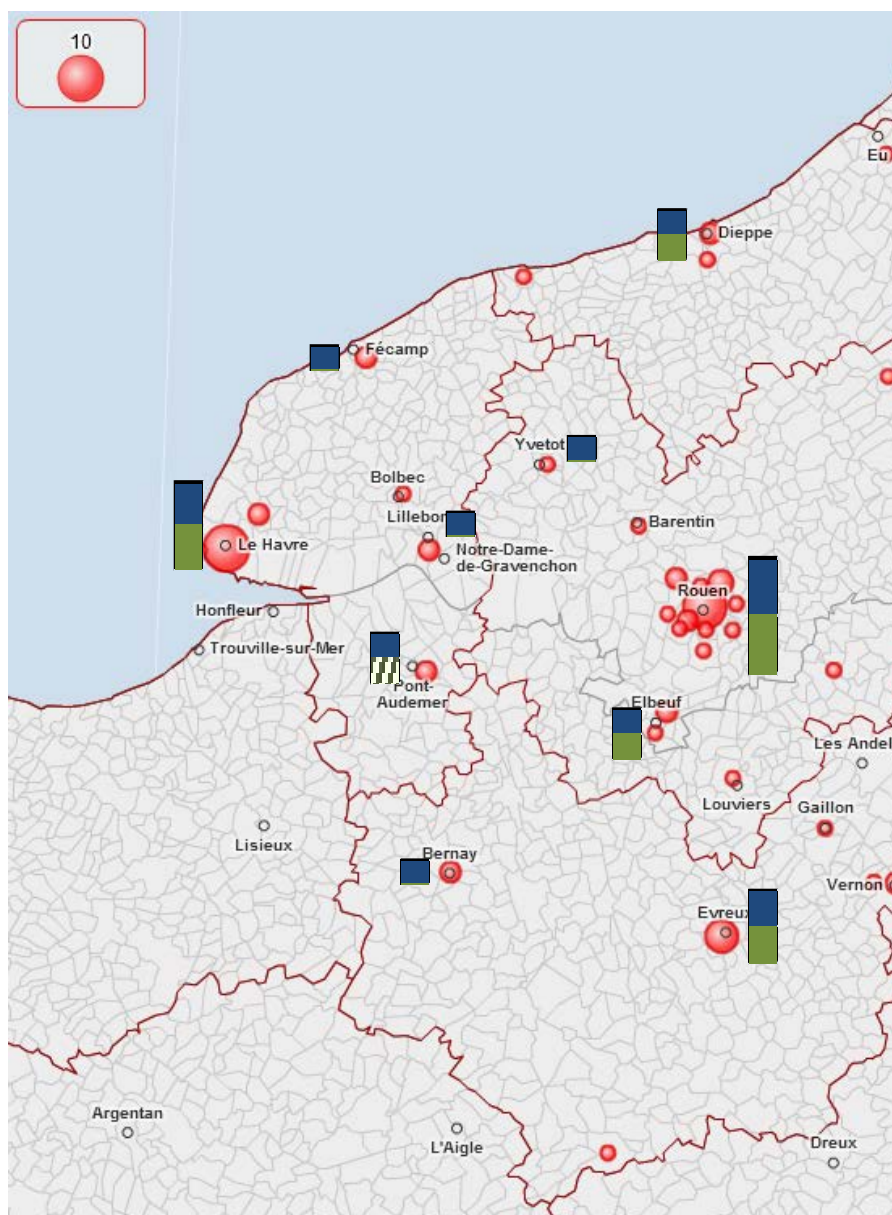
\* effet frontière

- S'agissant du bilan quantitatif, il n'y a pas eu d'installation nouvelle prévue de scanners, 8 installations IRM sont encore attendues, ainsi que 3 gamma caméras (Le Havre, Rouen) et 2 TEP (Tep-IRM à Rouen, Tep-Scan à Evreux).
- Les ratios d'équipement ont été relevés. Autant les ratios d'équipement TDM et IRM: étaient bas en 2009, autant ils ont dépassé ceux de la moyenne nationale France entière en 2017.

### ***Evolutions des équipements par millions d'Hbts***

	2008	2011	2015	2017	Fr
TDM	13,5	14,6	<b>19,17</b>	<b>19,16</b>	<b>17,77</b>
IRM	7,9	8,76	<b>14,24</b>	<b>16,97</b>	<b>14,75</b>
TEP	0,54	0,54	<b>1,64</b>	<b>2,74</b>	<b>2,49</b>

Plateaux d'imagerie  
Scanners  
IRM



— **Par territoires de santé, les évolutions des équipements et des activités sont les suivantes au cours de la période 2012-2014:**

- à *Dieppe*, une augmentation des IRM (x2), et de la radiologie conventionnelle (x1,4).
- à *Evreux* une baisse de l'imagerie toutes modalités en partie par effet recueil et en partie par la baisse de la démographie médicale.
- au *Havre* c'est une augmentation de toutes les activités qui est observée, et concerne les échographies (+15%), les activités IRM (+26%), ainsi que celles de l'imagerie conventionnelle (+7%) et des scanners (+7,3%).
- à *Rouen* l'augmentation des activités a surtout concerné les échographies (+2,8%) et les activités IRM (+1,7%). A l'inverse, baisse de l'imagerie conventionnelle (-7,2%) et des scanners (-14,1%).



## 2 - Démographie des radiologues et activités :

Les répartitions d'activités entre les praticiens publics et libéraux, rapportées aux effectifs médicaux montrent des différences

- des activités comparables en IRM,
- une activité plus importante en établissements de santé publics dans les activités d'imagerie conventionnelle et de scanner (effet activités urgences),
- une activité d'échographies double réalisée par les praticiens libéraux.

Médecins radiologues	postes SigMed	Postes occupés	Postes vacants	Production 2014				
				Tot.Ex	Rx.Conv.	IRM	TDM	Echos
ETS Publics	85	42	43	653 351	437 253	37 486	105 869	72 753
				15 556	10 411	893	2 521	1 732
Activité libérale		96		1 182 854	697 026	75 466	103 979	306 383
				12 331	7 260	786	1 083	3 191
Activité totale (Hors suppléments)		138		1 836 215	1 134 279	112 952	209 848	379 136
				13 305	8 219	818	1 520	2 747

— Ces constats d'activité sont en relation avec les conditions d'exercice en établissement de santé publics et au regard des activités urgences versus praticiens libéraux, ainsi qu'à l'aune de l'évolution de la démographie médicale préoccupante en région Haute Normandie et plus particulièrement dans le département de l'Eure :

	2009	2014	évolution
Radiologues	156*	138**	(-)11,6%
Base Atlas (CNOM)	160	157	

\*Sros, \*\* Assurance maladie et Sigmed



### 3 - Le bilan qualitatif du SROS-PRS pour la période 2011-2015 est satisfaisant :

- Une disparité de couverture des besoins et des disparités dans l'accessibilité géographique améliorées par un lissage des activités objectivées par le nombre d'examens par habitant.
- Une dynamique de substitution réelle de l'imagerie conventionnelle vers l'imagerie en coupe.
- Une baisse de l'imagerie scanner au profit des examens IRM en cohérence avec les recommandations Euratom.
- Des délais de rendez-vous qui restent hétérogènes, et montrent une variabilité importante dans le temps (enquête ISA), justifiant d'une meilleure méthode à mettre en œuvre à l'échelle nationale.
- La diversification du parc est effective par forte augmentation des IRM pour une répartition d'appareils 1/3-2/3 : 1/3 ostéo-articulaires, 2/3 IRM polyvalents, instables selon les métVs en coupe.
- Un renforcement de l'activité TEP objectivé par un équipement de 1 TEP à 3 TEP installées en 2014.
- Un réseau d'Imagerie et de téléradiologie en cours de constitution, facilité par la mise en œuvre en 2016 de PRATIC (Partage Régional d'Applications de Télémédecine et d'Imagerie Clinique) : réseau d'imagerie, politique qualité et pertinence des soins, organisation de la téléexpertise, téléconsultation, téléradiologie, permanence des soins.
- L'organisation territoriale d'imagerie par la mise en place de POSIMs (Pôles sectoriels d'imagerie médicale) ou encore de PIMMS, reste à structurer et implanter.
- Enfin celle de PDES régionale sous la forme d'une grande garde régionale, sera mise en œuvre en 2016 par voie contractuelle, dès que le GCS d'imagerie et PRATIC seront opérationnels.

#### Une mise en perspectives du SROS-PRS, et du SRS du PRS II nécessaire :

Une révision intermédiaire est souhaitable compte tenu des travaux nationaux qui n'aboutiront pas en termes d'autorisation avant 2018, échéance trop éloignée au regard des besoins, des indications et des évolutions techniques. Le tableau suivant identifie les travaux à mener.

## Plusieurs chantiers moyen terme (2017-2018, PRS II)

- ▶ Réviser les grandes orientations
- ▶ Connaître l'activité
- ▶ Projets territoriaux
- ▶ Graduer l'offre
- ▶ Réviser le régime des autorisations
- ▶ Organiser l'activité sous imagerie interventionnelle

## Révision intermédiaire (2016-2017): TDM et IRM

- ▶ Par l'évolution constante des techniques et des indications: réviser/2an
- ▶ Pour améliorer les inégalités territoriales persistantes d'accès à l'image
- ▶ Pour renforcer les organisations territoriales





**VOLET  
DOULEUR CHRONIQUE  
REBELLE**



**SROS**



# DOULEUR CHRONIQUE REBELLE



# SROS

## Préambule

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle existe dès lors que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

La douleur est considérée comme chronique, quelles que soient sa topographie, son intensité et son origine, lorsqu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- évolution depuis plus de 3 mois.
- réponse insuffisante au traitement.
- retentissement émotionnel, détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient au domicile, à l'école ou au travail. (HAS 2008)

L'instruction N° DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) simplifie les niveaux de reconnaissance en définissant :

- Un premier recours de SDC aux missions simplifiées (type **consultation**) regroupant médecin, infirmière, psychologue et assurant une prise en charge pluri-professionnelle en lien avec l'offre de premier recours.
- Un second niveau de SDC (type **centre**) assurant une prise en charge médicale pluridisciplinaire, doté d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation.

L'ARS de Haute Normandie s'est engagée dans le cadre des 3 plans nationaux successifs dans le développement de cette prise en charge, c'est l'une des rares ARS à consacrer un volet à la douleur chronique. Le taux d'équipement actuel de la région comprend :

- Territoire de santé Rouen/Elbeuf : 3 consultations (CH d'Elbeuf et CHU de Rouen) et un centre au CHU de Rouen (adulte et pédiatrique).
- Territoire de santé du Havre : 1 consultation et 1 centre au Groupe Hospitalier du Havre (GHH)
- Territoire de santé d'Evreux /Vernon : 1 consultation et 1 centre au Centre Hospitalier Eure-Seine (CHES)
- Territoire de santé de Dieppe : 1 consultation au CH de Dieppe
- Assurer les liens et relations avec les professionnels de santé et les sociétés savantes /expérimentation de nouvelles modalités de traitement (recherche, tenue de registre, essais thérapeutiques...)

Toutes les structures d'études et de traitement de la douleur chronique sont obligatoirement rattachées à un établissement de santé public ou privé. Elles s'inscrivent également dans le parcours de soins du patient douloureux chronique par l'intermédiaire de **la coordination régionale des SDC** qui a pour missions :

- La coordination de la demande et de l'accès aux soins.
- La Formation des acteurs prenant en charge la douleur : journées régionales, annuaire régional des SDC, réunions de concertations pluridisciplinaires.
- La mise en œuvre des bonnes pratiques : évaluation des pratiques professionnelles, diffusion des informations nationales...
- Assurer le lien avec les associations d'usagers et les réseaux : maillage territorial des réseaux, éducation thérapeutique, participation des patients aux réunions pluridisciplinaires de concertation...

DOULEUR CHRONIQUE  
REBELLE



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

3

### Principaux constats

- 1- Un taux d'équipement insuffisant par rapport aux recommandations de l'instruction du 19 mai 2011 et l'absence de coordination régionale de la douleur. → p. 209
- 2- Une insuffisance de prises en charge spécifiques : à des pathologies ou à des populations identifiées. → p. 212
- 3- Offre de soins pédiatriques insuffisante → p. 214





## 1 - Un taux d'équipement insuffisant par rapport aux recommandations de l'instruction du 19 mai 2011 et l'absence de coordination régionale de la douleur

Afin d'assurer un maillage territorial permettant l'amélioration de l'accès aux soins, la région a mis en place un plan d'actions comportant :

### Des réponses structurelles

Labellisation de plusieurs centres et consultations sur les quatre territoires de santé (annexes 2 à 4)

#### Territoire de santé Rouen/Elbeuf

- **2012**
  - labellisation d'un centre pédiatrique au CHU de Rouen, labellisation d'une consultation supplémentaire au CHI Elbeuf et à la clinique de l'Europe.
  - Labellisation du CHU de Rouen pour l'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique.
- **2015** : labellisation du CHU de Rouen pour l'éducation thérapeutique des patients ayant des lombo-radiculalgies chroniques

#### Territoire de santé du Havre

- **2012** : labellisation d'une consultation et d'un centre au GHH.
- **2013** : labellisation du GHH pour l'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique.

#### Territoire de santé d'Evreux/Vernon

- **2012** :
  - labellisation d'une consultation et d'un centre au CHES
  - Labellisation du CH Eure Seine pour l'éducation thérapeutique des lombo-radiculalgies chroniques.

#### Territoire de Dieppe

- **2012** : labellisation d'une consultation au CH de Dieppe



Territoires	Implantations en 2011		Implantations en 2015		Prévision implantations en 2017	
	Consultation	Centre	Consultation	Centre	Consultation	Centre
Rouen Elbeuf	1	1	3	1	3	1
Le Havre	1	0	1	1	1	1
Evreux/Vernon	1	0	1	1	1	1
Dieppe	1	0	1	0	1	1

### Perspectives

- Labellisation d'un centre d'étude et de traitement de la douleur à Dieppe tel que le prévoient les objectifs quantifiés du SROS 2012/2017, ce qui permettra à la région d'atteindre l'objectif d'un centre par territoire de santé.

- Labellisation de l'ETP (éducation thérapeutique) dans les centres qui en sont dépourvus.

### Des réponses organisationnelles

**En 2012, création de la coordination régionale du traitement de la douleur**, afin d'accomplir les missions énumérées ci - dessus (instruction du 19 mai 2011).

Cette coordination se réunit deux fois par an en alternance : au CHU ou dans un centre hospitalier des 3 autres territoires de santé. Ces réunions sont ouvertes aux professionnels de santé hospitaliers et libéraux, médicaux et paramédicaux .Exemples de thèmes traités depuis 2012 :

- Douleur et technique neurochirurgicale.
- Douleur et psychologie.
- Douleurs pelviennes.
- Douleur et addictions.
- Douleurs en rhumatologie.
- Douleurs et travail.
- Douleurs et traitements non médicamenteux...

Par contre les réseaux douleur sont peu développés en Haute Normandie (un seul réseau au Havre).

## Perspectives

- La coordination régionale doit s'inscrire dans une réflexion normande Haute et Basse Normandie. L'association « douleur normande » (ADN) pourrait constituer un appui, en vue de la fusion des deux coordinations, cette association fonctionnant déjà, au sein de la haute et basse Normandie.
- De la même manière une couverture grande région par un réseau se pose. A noter que le réseau régional douleur en Basse Normandie (RRDBN) a déjà construit des liens dans ce sens et a organisé en octobre 2015 un séminaire « douleur » commun à la Haute et Basse Normandie sur Tourgeville.



## 2 - Une insuffisance de prises en charge spécifiques : à des pathologies ou à des populations identifiées

Devant l'insuffisance de prises en charge spécialisés, la région a développé celles-ci dans des établissements de santé des 4 territoires de santé, avec une organisation graduée des soins, le CHU étant centre expert régional.

Dans ce cadre, Le CHU de Rouen pilote les réunions de synthèse pluridisciplinaires, 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, stimulations transcranienne, blocs anesthésiques abdominaux et pelviens).

### Depuis 2012

#### Développement de prises en charge spécialisées pour certaines pathologies

- Fibromyalgie : CHU Rouen, CH Elbeuf, clinique de l'Europe.
- Rachialgies rebelles : CHI Elbeuf, clinique de l'Europe.
- Douleurs pelviennes (endométriose) : CHU Rouen et clinique de l'Europe.
- Algodystrophie : CH Evreux /Vernon.
- Douleur chronique et cancer en rémission : partenariat au sein du CHU de Rouen entre les équipes « douleur » et « soins palliatifs »
- Migraines : neurostimulation transcranienne au CHU de Rouen.
- Addictions : gestion du sevrage et des douleurs associées : au CHU de Rouen.
- Douleurs post opératoires à la clinique de l'Europe (médecin anesthésiste).
- Pathologies neurologiques et douleurs : deux neurologues assurent des consultations à la clinique de l'Europe.

#### Développement de consultation de la douleur pluridisciplinaire sur population ciblée

- Concernant la personne âgée toutes les structures d'étude et de traitement de la douleur (SETD) de Haute Normandie ont signé des conventions avec les hospitalisations à domicile (HAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de leur territoire de santé.
- **2015**: à Louviers, la consultation douleur s'inscrit dans la filière gériatrique, elle associe un gériatre, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une assistante sociale en partenariat avec le court séjour gériatrique

## Perspectives

- Mettre en place une consultation spécifique à une **population ciblée** :
  - personnes âgées soit une par territoire de santé (exemple de Louviers).
  - personnes non communicantes.
  - personnes handicapées et polyhandicapées.
- Développer les outils de **télé médecine** pour les situations complexes notamment pour les réunions régionales de concertation.
- **Douleur et travail** : le CHU de Rouen et le CH d'Evreux ont un projet de coopération avec les médecins du travail.



### 3 - Une offre de soins pédiatriques insuffisante

Le SROS 2012/2017 a prévu que la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent soit organisée pour la région par le centre de référence régional situé au CHU de Rouen.

**2012** : l'ARS de Haute Normandie labellise le CHU de Rouen, comme structure d'étude et de traitement de la douleur pédiatrique (annexe 4). Cette structure :

- Apporte son appui aux situations les plus complexes : évaluation, prise en charge, réunion de concertation pluridisciplinaire.
- Est en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation
- Formalise des relations avec les associations de patients.
- Participe à la recherche clinique, à l'enseignement universitaire, au recueil de données épidémiologiques.
- Propose des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise :

#### ❖ Pathologies douloureuses

- Migraines et céphalées.
- Douleurs neuropathiques.
- Douleurs rachidiennes.
- Douleurs du blessé médullaire.
- Douleurs viscérales abdomino-pelviennes.
- Douleurs séquellaires du cancer.
- Douleurs et polyhandicap.....

#### ❖ Technicités

- Blocs anesthésiques régionaux.
- Injection de toxine botulinique.
- Stimulation du système nerveux non chirurgicale : neurostimulation transcutanée, stimulation magnétique transcranienne.....

#### Perspectives

- Consultations pédiatriques de la douleur délocalisées dans les établissements de référence des territoires, notamment pour les douleurs de l'appareil locomoteur, les céphalées et migraines
- Développer la prise en charge de la douleur de l'enfant avec polyhandicap : ex. enfants non communicants.
  - Consultations multidisciplinaires régionales (télémédecine).
  - Education thérapeutique de l'enfant douloureux chronique.

**VOLET  
SOINS PALLIATIFS**



**SROS**



# SOINS PALLIATIFS



# SROS

## Préambule

« 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. » (OMS en 2002)

Il s'adresse au malade, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

L'organisation de l'offre de soins palliatifs en région, conformément à la circulaire DHOS de 2008, comprend différents dispositifs :

### 1- Les unités de soins palliatifs (USP)

- Rôle d'expertise et de prises en charge dédiées aux cas les plus complexes
- Unités dédiées aux soins palliatifs d'une capacité d'au moins 10 lits
- Triple mission : soins, formations, recherche,
- Située dans le même établissement qu'une EMSP (équipe mobile de soins palliatifs),

*Pré-requis* : le nombre de décès annuel (seuil de 600 décès annuel)

### 2- Les lits identifiés soins palliatifs (LISP)

- Lits d'hospitalisations dédiés aux soins palliatifs répartis dans différents services de médecine, chirurgie et/ou de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Assure un répit des patients du domicile

*Pré-requis* : le nombre de décès annuel (200 décès/annuel)

### 3- Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

- Rôle d'expertise
- Equipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de santé, intervient sur une aire géographique définie dans les établissements avec lesquels une convention a été établie,
- Faciliter la mise en place de la culture palliative et l'accompagnement dans les services d'hospitalisation, et dans tous les établissements de santé et établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS...) de leur territoire,
- organiser des formations.

### 4- Soins Palliatifs pédiatriques

Prise en charge des enfants et des adolescents : s'organise à un niveau de recours régional (ERRSPP: équipe ressource en soins palliatifs pédiatriques).



Aujourd'hui, la région est dotée de :

- 3 USP, 6EMSP, 1ERRSPP (au CHU de Rouen) et 138 LISPS.
- Un maillage territorial de soins palliatifs
  - TS Rouen-Elbeuf : DOUSOPAL
  - TS Evreux-Vernon RESPA 27
  - TS du Havre : RESPECT
  - TS de Dieppe : RESOPAL
- Une coordination Haut-Normande en soins palliatifs

Ces différents dispositifs s'articulent entre eux pour permettre un parcours de soins gradué à l'échelle des territoires de santé et avec les différents partenaires impliqués pour les parcours de santé.

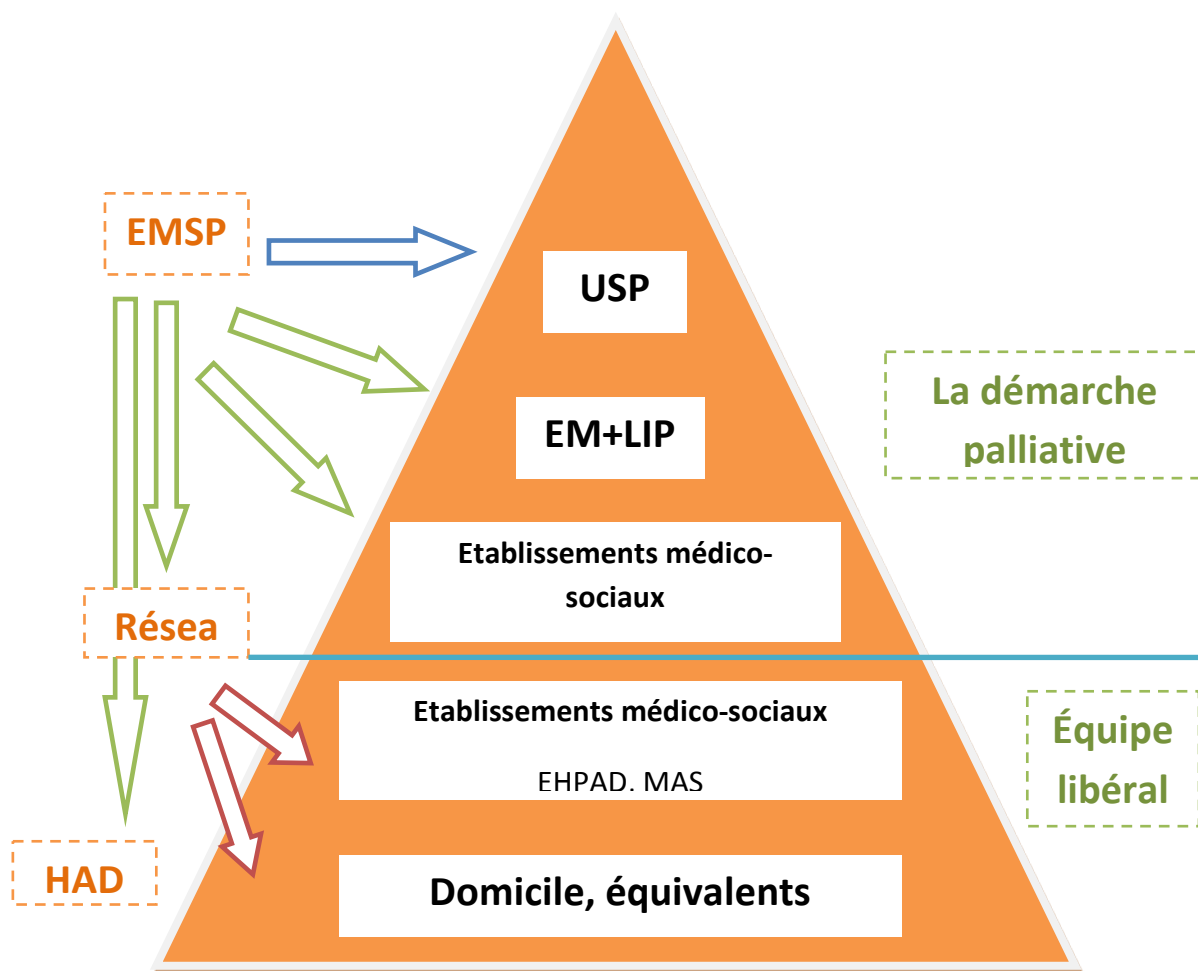
Un plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie assorti de dotations vient de paraître.

Concernant l'organisation du parcours de soins, celui-ci dégage un certains nombre d'orientations :

- Compléter le maillage territorial en USP, LISPS et EMSP.
- Mise en place par territoire de santé d'un **schéma de repérage précoce**. 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.
- Définition de « **protocoles d'anticipation** » par la connaissance partagée par les différents acteurs de situations palliatives (SAMU, structures d'accueil d'urgences, services médico-chirurgicaux, services hébergeant des LISPS...) ainsi que leur mise à jour régulière afin d'éviter les situations de retard de prise en charge ou de prise en charge inadaptée alors qu'une situation palliative est connue.
- Encourager la prise en charge en HAD des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance.
- Promouvoir les démarches d'évaluation qualitative des structures de soins palliatifs sous la forme d'audits croisés (dans le cadre des coordinations régionales de soins palliatifs).

Le plan dégage également des orientations précises concernant la structuration du parcours de santé avec l'ensemble des acteurs impliqués.

## Parcours de sante en soins palliatifs





SOINS  
PALLIATIFS



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

2

*Principaux  
constats*

- 1- Une offre en soins palliatifs insuffisante → p. 223
- 2- Un besoin d'harmonisation du fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs → p. 227





## 1 - Une offre de soins en soins palliatifs insuffisante

### 2012, en Haute Normandie

- le taux d'équipement en unité de soins palliatifs (USP) est de 0,52 lits pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 2,09 lits pour 100 000 habitants.
- Le nombre de LISP en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) est de 92, ce qui correspond à un taux d'équipement de 5,2LISP pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 8,2 LISP pour 100 000 habitants

Devant ce constat, les actions en région ont été de deux ordres :

### → Actions structurelles

Avec une augmentation progressive du nombre de lits en **USP**

USP nombre lits	2012	2014	2016
Rouen/Elbeuf	10	10	10
Le Havre	0	15	15
Evreux/Vernon	0	0	10
Dieppe	0	0	0

### TS Rouen-Elbeuf

**2008** : Ouverture au CHU de Rouen de la première USP de la région avec initialement 5 lits pour atteindre en **2011** une capacité de 10 lits.

### TS La Havre

**2014** Ouverture d'une USP bi-site : 10 lits au groupe hospitalier du Havre – 5 lits au CH de Pont Audemer.

### TS Evreux-Vernon

**Prévision 2016** : une troisième USP de 10 lits devrait ouvrir sur le territoire Evreux Vernon.

### TS De Dieppe

Le territoire de Dieppe ne dispose pas d'USP

Une augmentation progressive du nombre de LISPS

LISPS nombre de lits en MCO	2012	2016
<b>Rouen/Elbeuf</b>	<b>42</b>	<b>42+10 (CHU) + 5 (Becquerel) en projet</b>
<b>Le Havre</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Evreux/Vernon</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Dieppe</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

- **2012 - 2014** : Renforcement de l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (**ERRSPP**)
  - une infirmière coordinatrice temps plein est recrutée afin d'assurer des visites de suivi à domicile ou en institutions auprès d'enfants et de leurs familles et d'animer des réunions pluridisciplinaires.
  - une psychologue à mi temps a été recrutée
  - un médecin à 30% formé aux soins palliatifs pédiatriques.

### → Actions organisationnelles

- **2012** : Création d'une **coordination régionale de soins palliatifs** (budget FIR) dont les missions sont :
  - Harmonisation des pratiques.
  - Formation des acteurs en soins palliatifs : en 2016 formation des coordonateurs d'EHPAD (médecins et infirmières)
  - Suivi de la mise en œuvre des coopérations entre les professionnels de santé intervenant dans le domaine du soin palliatif.
  - Organisation des journées régionales de soins palliatifs : prochaine journée le en 2016 à Evreux.
  - Animation des groupes d'articulation : « HAD/Réseaux », « ville /Hôpital » et « information grand public »
- **2015** : création du **site internet de la coordination des soins palliatifs en Haute Normandie.**

### → Perspective

- **2016** labellisation de deux LISP en gastroentérologie et de 4 LISP en pneumologie au CHU de Rouen
- **2016** : labellisation de 5 LIPS à Becquerel
- Développement de LISPS en Soins de Suite et de Réadaptation si la tarification à l'activité le permet
- Régionalisation des réunions de concertation interdisciplinaire et des réunions de concertations pluridisciplinaires (visioconférences entre les territoires de santé, téléconsultations...)



## 2 - Un besoin d'harmonisation du fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs

L'hétérogénéité régionale des équipes mobiles de soins palliatifs, est également constatée sur le plan national (bilan juin 2013 du programme national des soins palliatifs).

Six EMSP sont réparties sur les quatre territoires de santé.

- **TS Rouen /Elbeuf :**
  - 1 EMSP au CHU de Rouen
  - 1 EMSP à Becquerel, qui n'a pas vocation à donner des avis à l'extérieur de l'établissement
  - 1 EMSP au CHI Elbeuf Louviers.
- **TS du Havre :** 1EMSP
- **TS Dieppe :** 1EMSP
- **TS Evreux/Vernon :** 1EMSP

En **2014**, modélisation par l'ARS du financement des EMSP qui tient compte d'une part de l'activité au sein des établissements de santé et d'autre part de nombre d'interventions extrahospitalières, notamment en établissement médico-social.

### Bilan 2012 -2014

Le nombre de nouveaux patients est en augmentation constante au sein des établissements.

Activité EMSP Haute Normandie	2012	2013	2014
<b>Moyenne du Nb de nouveaux patients vus en intra hospitalier</b>	<b>358</b>	<b>360</b>	<b>443</b>

Source données établissements de santé

Par contre, le nombre d'intervention dans les médico sociaux reste stable.

Activité EMSP Haute Normandie	2012	2013	2014
<b>Moyenne du nombre d'interventions en établissements médico-sociaux</b>	<b>118</b>	<b>119</b>	<b>123</b>

Source données établissements de santé





**VOLET  
SOINS AUX  
PERSONNES DETENUES**



**SROS**



# SOINS AUX PERSONNES DETENUES



# SROS

## Préambule

Depuis 20 ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions majeures. La réforme du système des soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au service public hospitalier l'ensemble de ces prises en charge.

Les personnes placées sous main de justice doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale. Ce principe a été réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et dans le plan d'action stratégique 2010 – 2014 pour une politique de santé des personnes placées sous main de justice.

Les personnes détenues représentent une population cumulant de nombreux facteurs de risque. Elle est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé. De plus, elle avait un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération.

De façon générale, la population pénale se caractérise par une prévalence des infections par le VIH et/ou le VHC, une incidence de la tuberculose 8 à 10 fois supérieure à l'incidence nationale, une mortalité par suicide très élevée, une consommation importante de substances psycho actives (tabac, alcool, drogues, traitement psychotropes) et une prévalence accrue des troubles mentaux.

En Haute Normandie, la prise en charge des personnes détenues est réalisée au sein des unités sanitaires des quatre établissements pénitentiaires que sont la maison d'arrêt d'Evreux, le centre pénitentiaire du Havre, la maison d'arrêt de Rouen et le centre de détention de Val de Reuil. L'organisation des soins 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. Les soins somatiques sont assurés par les équipes du CH Eure Seine, du Groupe Hospitalier du Havre, du CHU de Rouen et du CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil ; Les soins psychiatriques, par le CH du Rouvray, le Nouvel hôpital de Navarre et le Groupe Hospitalier du Havre.

La prise en charge de cette population et son amélioration nécessite non seulement la prise en compte de leur situation sanitaire particulière mais également la nécessité d'intégrer le contexte du monde carcéral et ses contraintes.

Aussi, le SROS « soins aux personnes détenues », premier SROS sur cette thématique a-t-il été élaboré avec les établissements de santé en partenariat avec les établissements pénitentiaires.



## SOINS AUX PERSONNES DETENUES



### Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2012-2017

- 1- **Le dispositif d'offre de soins somatiques et l'accès aux consultations spécialisées nécessitent d'être optimisés** selon les lieux de détention car il existe des disparités entre les effectifs médicaux et paramédicaux, les taux d'équipement, ainsi que des difficultés de recrutement pour certaines structures. → p. 233
- 2- **L'offre des soins psychiatriques est non diversifiée et les conditions d'hospitalisation** des personnes détenues en psychiatrie demandent à être améliorées et réorganisées. → p. 234
- 3- **La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel demande à être mieux structurée en détention et hors détention** car les conditions de prise en charge en détention et de suivi sont mal organisées → p. 236
- 4- **Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé et de prises en charge des conduites addictives** ainsi que les modalités de leur mise en œuvre sont insuffisamment lisibles pour l'ensemble des acteurs → p. 237
- 5- **L'efficacité de l'offre de soins exige d'être améliorée** car les unités sanitaires et le SMPR ne sont pas dotés d'outils informatiques compatibles de façon globale et l'accès aux soins par la télémédecine n'y est pas développé. → p. 238
- 6- **La prise en charge sanitaire des personnes détenues est à optimiser** par la poursuite d'une coordination entre les acteurs et avec l'administration pénitentiaire → p. 239

6

*Principaux  
constats*





## **1 - Le dispositif de soins somatiques et l'accès aux consultations spécialisées nécessitent d'être optimisées**

Les soins somatiques sont assurés par les unités sanitaires dans chaque établissement pénitentiaire par les médecins et les infirmiers de ces unités qui assurent les consultations d'entrants, de suivi et les consultations de sortants.

La problématique se situe plus sur les consultations de spécialités soit par un manque d'équipement soit par un manque de spécialistes.

### **Concernant les équipements,**

L'ARS a financé un équipement de radiologie dentaire sur le centre pénitentiaire du Havre.

Elle a aussi financé 3 stations de télé médecine sur les unités sanitaires somatiques afin de faciliter la mise en place de téléconsultations et de télé expertises:

- 1 sur le centre pénitentiaire du Havre
- 1 sur la maison d'arrêt d'Evreux,
- 1 sur le centre détention de Val de Reuil

Reste qu'il est encore difficile de mobiliser des spécialistes sur certains établissements.

### **Les soins dentaires**

Les soins dentaires sont une des priorités pour les personnes détenues dont l'état bucco dentaire est souvent très problématique. L'accès à ces soins est rendu encore plus difficile dans un contexte de pénurie. La politique consiste à favoriser la formation des internes en région pour améliorer leur fixation dans la région. Aussi, depuis 2013 il existe un accord avec la faculté dentaire de Lille pour permettre la formation de 8 internes par an en région (4 à Rouen et 4 à au Havre).

### **Les hospitalisations en MCO**

Les hospitalisations des personnes détenues se font en chambres sécurisées sur les établissements de santé de référence. Les besoins régionaux ont été estimés à 8 chambres :

- 3 chambres sécurisées ont été réalisées et mise aux normes sur le Groupe Hospitalier du Havre
- 1 chambre sécurisée a été réhabilitée et mise aux normes sur le CH Eure Seine
- 2 chambres sécurisées ont été réalisées dans le cadre des nouvelles urgences sur le CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil, le dossier de conformité est en cours
- 2 chambres sécurisées sont à remettre aux normes sur le CHU de Rouen

Parallèlement, en juillet 2013, la région Haute Normandie a été rattachée à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Lille.

### **Concernant la permanence des soins,**

La réécriture de tous les protocoles suite à la parution du nouveau guide méthodologique en octobre 2012, a permis de revoir l'ensemble des modalités d'organisation avec le centre 15 et les établissements de santé.





## 2 - L'offre de soins psychiatriques doit être diversifiée et les conditions d'hospitalisation améliorées

### L'offre de soins gradués a été renforcée

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action stratégique 2010 – 2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice et notamment la mesure 9 : « réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale », la région Haute Normandie a obtenu des financements. Ces financements correspondent à la mesure 9-1 : améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée.

Ainsi, l'ARS a versé depuis 2011, **474 000 euros** aux établissements de soins psychiatriques afin de développer les soins gradués en psychiatrie et notamment la mise en place d'activités de groupes, type atelier thérapeutique. Ce financement devait permettre le recrutement de 1,5 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre, 3,5 ETP IDE et 2,4 ETP d'ergothérapeute.

ETP financés	2011	2012	2013	2015
Poste de psychiatre	0.5 ETP	0.5 ETP		0.5 ETP
Poste d'infirmier(e)	0.5 ETP	0.5 ETP	1 ETP	1,5 ETP
Poste d'ergothérapeute			2,4 ETP	

Deux difficultés persistent : le manque de psychiatres notamment sur le territoire du Havre qui a été compensé par un renfort en psychologues ainsi que celle du recrutement des ergothérapeutes compensée par des recrutements infirmiers.

### Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie,

Les hospitalisations se faisaient dans des conditions d'hébergement très insatisfaisantes puisque les personnes détenues étaient systématiquement hospitalisées en chambres d'isolement tout au long de leur séjour quel que soit le diagnostic. Elles ne pouvaient pas non plus accéder aux éventuels soins thérapeutiques de groupe.

Aussi, afin d'améliorer significativement les conditions d'hospitalisation des personnes détenues en psychiatrie, l'ARS a contribué à l'ouverture de trois structures spécifiques :

- **TS Rouen-Elbeuf**

Ouverture sur le CH du Rouvray de l'unité Badinter de 8 lits et 2 chambres d'isolement en **juillet 2012**.

- **TS du Havre**

Ouverture de l'unité Féroé de 4 lits au Groupe Hospitalier du Havre en **mai 2013**

- **TS Evreux – Vernon**

Ouverture de 5 lits dédiés aux personnes détenues sur l'unité fermée sécurisée Erable Pourpre du Nouvel Hôpital de Navarre en **novembre 2013**.

**En 2013**, l'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Lille a permis de renforcer l'offre de lits d'hospitalisation et notamment d'accueillir des patients avec consentement.



### 3 - La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel demande à être mieux structurée en détention et hors détention

La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) s'inscrit dans la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, qui instaure le suivi judiciaire avec injonction de soins. En 2006, est mis en place dans chaque région des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) et en 2008, la loi du 25 février et le décret du 4 novembre, relatifs à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, renforcent la nécessité d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique pendant l'incarcération.

Pour mettre en œuvre ces dispositions législatives et règlementaires, le protocole santé justice de décembre 2011 désigne des établissements pénitentiaires de référence spécialisés dans l'accueil des AICS. En Haute Normandie, le centre de référence désigné est le centre de détention de Val de Reuil dont les AICS représentent annuellement entre 35 et 37 % de la population pénale.

**La politique régionale de prise en charge des AICS a consisté à assurer un maillage territorial de la prise en charge en détention et hors détention afin de faciliter la qualité de la prise en charge, la continuité des soins et éviter les ruptures et les récidives avec :**

- Le financement de moyens dédiés aux AICS sur le centre de détention de référence de Val de Reuil et l'accompagnement à l'élaboration d'un volet spécifique dans le protocole qui permet de structurer la prise en charge
- Le financement de moyens dédiés sur les trois autres établissements pénitentiaires qui reçoivent entre 4 et 7% de personnes détenues AICS :
- Le financement du CRIAVS, lieu d'aide, de formation, d'évaluation pour l'ensemble des équipes de la région

Depuis 2012 : **Finalisation du maillage territorial de lieux dédiés :** (cf. Volet psychiatrique) avec

- **TS Rouen-Elbeuf**
  - Dispositif de soins intersectoriel avec des missions régionales : Centre St Sever à Rouen
- **TS du Havre**
  - Mise en place de groupes thérapeutiques ciblés pour AICS sur le site de Pierre Janet
- **TS de Dieppe**
  - Création d'une unité intersectorielle dédiée aux AICS sur le site du CH de Dieppe
- **TS Evreux – Vernon**
  - Consultations sur le site de la Madeleine à Evreux



## 4 - Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé et de prises en charge des conduites addictives doivent être plus lisibles pour l'ensemble des acteurs

La prévention et l'éducation pour la santé sont inscrites dans les missions des unités sanitaires qui ont vocation à en réaliser la coordination. Mais les actions sont multiples, insuffisamment coordonnées et dépendantes de l'organisation propre à chaque établissement pénitentiaire.

### Une annexe dédiée à la prévention et à l'éducation pour la santé dans les protocoles d'accord

Une des actions phare de l'ARS de Haute Normandie a été de structurer les actions de prévention et d'éducation pour la santé en demandant aux acteurs la rédaction d'une annexe spécifique lors de la réécriture des protocoles entre les établissements sanitaires et les établissements pénitentiaires ; une annexe XIII dédiée.

Cette formalisation a permis :

- La mise en place effective sur chaque établissement pénitentiaire, des comités de pilotage prévention et promotion de la santé
- Le développement des projets de prévention et d'éducation pour la santé avec le soutien de l'IREPS
- La poursuite des actions de formation à la prévention de la crise suicidaire : **367 professionnels** formés entre 2008 et 2013
- La formation et l'accompagnement à la mise en place de programme d'éducation thérapeutique du patient
- La structuration des actions de dépistage : VIH/VHC/VHB ; syphilis ; cancer colorectal et cancer du sein avec les structures régionales référentes

### Concernant l'addictologie,

Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent a été désigné pour chaque établissement pénitentiaire :

- Pour le centre pénitentiaire du Havre : le CSAPA généraliste « Nautilus » géré par l'association Oppelia
- Pour la maison d'arrêt de Rouen et le centre de détention de Val-de-Reuil : le CSAPA du CH du Rouvray (entièrement dédié au milieu carcéral)
- Pour la maison d'arrêt d'Evreux : le CSAPA généraliste du GCSMS « l'Abri – Nouvel hôpital de Navarre »

Par ailleurs, les modalités d'organisation de la prise en charge des addictions en détention ont été formalisées lors de la réécriture des protocoles d'accord signés en février 2013, annexe III.

Tous les CSAPA référents ont bénéficié du financement d'un **0,5 ETP d'éducateur en 2012**.

En 2015, **1 ETP d'infirmier** a été financé pour le CSAPA du CH du Rouvray

*Parallèlement, l'ARS a assuré une animation régionale pour favoriser la rencontre des acteurs autour des questions de santé. Elle a organisé des journées régionales d'échanges de pratiques professionnelles autour des questions de prévention, de réduction des risques et des addictions. Elle copilote avec la DISP de Lille un groupe projet pour la construction d'une journée régionale santé-justice « promotion de la santé en milieu pénitentiaire »*



## 5 - L'efficacité de l'offre de soins exige d'être améliorée

### S'appuyer sur la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes détenues

Dans un contexte de pénurie croissante des professionnels de santé, la télémédecine est l'une des orientations qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins notamment aux soins spécialisés quelque soit le lieu de détention.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la télémédecine contribue à diminuer le nombre d'extraction souvent sources de difficulté pour la prise en charge ; elle permet de rompre l'isolement des professionnels exerçant à l'unité sanitaire ; elle favorise la confidentialité des consultations.

L'ARS accompagne quatre projets et pour se faire, a financé **10 stations de télémédecine** :

- **En 2011**, 2 stations sur le Groupe Hospitalier du Havre (GHH) pour équiper les urgences et l'unité sanitaire du centre pénitentiaire du Havre
- **En 2013**, 1 station sur le GHH pour équiper les consultations externes pour la prise en charge des personnes détenues du centre pénitentiaire du Havre
- **En 2013**, 2 stations sur le CH Eure Seine pour équiper les urgences et l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Evreux
- **En 2014**, 3 stations pour le CH du Rouvray pour favoriser les télé expertises dans la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel entre le centre de référence St Sever, le SMPR à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention de Val de Reuil.
- **En 2015**, 2 stations pour le CHI Elbeuf, Louviers Val de Reuil pour équiper le centre de détention et les urgences de l'établissement de santé

### Concernant les systèmes d'information,

Le plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice dans son action 10.2, s'est fixé comme objectif de doter les unités sanitaires des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations.

**En 2012**, l'ARS Haute Normandie a versé **13 930 euros** à chaque établissement somatique pour accompagner en priorité :

- La production documentaire (comptes rendus de consultations et d'examens au sein des unités sanitaires) dans le dossier commun informatisé du patient avec tenu d'un identifiant unique pour le siège de l'établissement et l'unité sanitaire
- La possibilité d'utiliser la subvention pour mettre en œuvre la gestion des rendez vous ou la gestion de la dispensation des médicaments

**En 2013**, **31 810 euros** sont alloués aux établissements en complément de l'allocation 2012 sous conditions que les objectifs cibles soient atteints.

**En 2015**, toutes les unités sanitaires sont informatisées et équipées. Tous les patients disposent d'un identifiant unique. Reste à développer principalement les prescriptions informatisées ainsi que le dossier commun entre les dispositifs somatiques et psychiatriques.

## 6 - Il est nécessaire de renforcer et de poursuivre la coordination et la collaboration entre les acteurs et avec l'administration pénitentiaire afin d'optimiser la prise en charge des personnes détenues

La commission pluridisciplinaire unique (CPU), qui a été mise en place sur tous les établissements pénitentiaires, permet une collaboration des acteurs de la santé et de la pénitentiaire.

Mais, la réécriture des protocoles, suite à la parution du nouveau guide méthodologique, a permis de revoir l'ensemble des organisations et de la coordination entre les différents acteurs.

L'ARS Haute Normandie, en collaboration avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Lille, a soutenu et accompagné ce long travail de remise à plat entre les établissements de santé somatiques et psychiatriques et avec les établissements pénitentiaires.

**La Haute Normandie a été la première région de France à signer tous les protocoles en février 2014.**

### Concernant la sortie et le parcours de soins,

- Le partenariat avec le Service d'Insertion et de Probation (SPIP) a été renforcé notamment dans le cadre de groupe de travail
- Les équipes des unités sanitaires ont été impliquées dans la labellisation du « processus sortie » de la pénitentiaire avec la mise en place systématique de la consultation sortant pour toutes les personnes détenues

### Concernant la réinsertion des personnes détenues,

L'ARS a favorisé en partenariat avec l'administration pénitentiaire, **la mise en place du premier Etablissement et service d'Aide par le travail (ESAT) sur le centre de détention de Val de Reuil.**

L'autorisation a eu lieu fin décembre 2013 pour une ouverture effective en 2014.

L'ambition était de proposer aux personnes détenues reconnues travailleurs handicapés et incarcérés, une réelle continuité dans leur parcours socio éducatif et professionnel et de recréer du lien social avec les autres au sein de l'établissement pénitentiaire ; L'objectif étant de favoriser la réinsertion à la sortie.

### Afin de renforcer l'implication des acteurs et de valoriser l'activité,

L'unité sanitaire prenant en charge les 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 entre l'ARS et la direction de l'établissement

***Ainsi, l'activité de soins en milieu pénitentiaire s'est concrétisée par l'intégration, d'un volet « santé des personnes détenues » dans les CPOM des établissements avec des objectifs de résultats contractualisés.***