

— SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS)



Référent ARS :

Docteur Françoise DUMAY
francoise.dumay@ars.sante.fr / 02 31 70 95 18

INTRODUCTION

Ce Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) comporte deux parties (hospitalière et ambulatoire) complémentaires dans la réponse sanitaire apportée à la population :

- **La partie hospitalière, dont seul est « opposable » le régime des autorisations d'activité de soins et Equipements Matériels Lourds (EML).** Celui-ci s'impose à tous les établissements de santé au moment de leur demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'activités ;
- **La partie ambulatoire qui, conformément à la loi HPST, est non opposable à l'exception de la définition de zones dites « prioritaires¹ »,** c'est-à-dire présentant, ou risquant de présenter, dans les cinq ans de mise en œuvre du plan régional de santé, un déficit de l'offre en médecine générale et autres professions de santé libérales.

Le SROS a été élaboré à partir du recensement des besoins prioritaires et des objectifs régionaux de santé (notre région est plus particulièrement touchée par certaines pathologies chroniques comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires). La concertation avec les professionnels de santé a permis de favoriser la définition des parcours de soins reposant sur une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Plusieurs principes d'organisation de l'offre de santé comme la qualité de la prise en charge, la proximité, l'innovation, l'accessibilité, la subsidiarité, la continuité, l'adéquation, la taille critique, l'optimisation, définis dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), ont guidé ce travail.

La question de la démographie médicale est l'un des enjeux majeurs de notre région, que ce soit en termes de nombre de professionnels installés ou en termes de formation des professionnels de santé. Les difficultés rencontrées militent pour le nécessaire regroupement de plateaux techniques et le renforcement des structures existantes afin de répondre aux besoins de la population. Il convient également de développer de nouvelles technologies (par exemple la télémédecine) pour améliorer l'accès aux professionnels de santé de certaines spécialités.

Le volet ambulatoire

La stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires passe par la définition des priorités d'action en matière de restructuration et de modernisation de l'offre de premier recours. La Basse-Normandie bénéficie d'une antériorité appréciable dans le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné (pôles de santé libéraux ambulatoires). Dans un souci de décroiser les prises en charge et de maintenir une offre de proximité dans les trois territoires, il convient notamment de réaffirmer le rôle de coordinateur du médecin traitant dans le parcours de soins du patient.

La thématique biologie, en lien avec la réforme de la biologie, y a également été rattachée, conformément au cadrage national.

Le volet hospitalier

Si on tient compte des SROS antérieurs, il s'agit de la quatrième génération de schémas de planification hospitalière. Les territoires sont passés de 7 (SROS II), à 5 (SROS III) et maintenant 3 (les 3 départements bas-normands).

Ce volet est structuré essentiellement par activité de soins soumise à autorisation et comprend **20 thématiques** : médecine, insuffisance rénale chronique, cancérologie, activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endo-vasculaire en cardiologie, douleur, psychiatrie, addictologie, soins aux détenus, périnatalité, pédiatrie, filière gériatrique dont soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs, chirurgie, soins non programmés-urgences, réanimation adulte et pédiatrique, imagerie médicale et médecine nucléaire, examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou Identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, culture santé et missions de service public.

Pour la majorité des activités traitées, deux niveaux d'offre au moins sont retenus : niveau de proximité et niveau de recours intermédiaire, le niveau spécialisé restant souvent l'apanage de la capitale régionale.

Des coopérations sont identifiées afin d'assurer à tous les patients une organisation en filière pouvant répondre à l'ensemble des besoins dans le cadre de parcours de santé coordonnés.

¹Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

VOLET AMBULATOIRE

Sommaire

1 INTRODUCTION	3
2. CONSTAT - ASPECTS GÉNÉRAUX	3
3. MAINTENIR UN ACCÈS DE PROXIMITÉ	3
3.1. Une politique de l'offre de soins ambulatoire de premier recours reconnue en Basse-Normandie : les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)	4
3.2. Les zonages ouvrant droit à des aides individuelles	7
3.3. Les coopérations entre professionnels de santé - ART 51 Loi HPST	14
3.4. La problématique particulière des chirurgiens dentistes	15
3.5. La problématique particulière des sages-femmes	16
3.6. La problématique particulière des masseurs-kinésithérapeutes	16
3.7. La problématique particulière des pharmaciens d'officine	17
3.8. Formation initiale des internes en médecine et politiques incitatives d'installation	17
3.9. Les centres de santé	18
3.10. La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)	20
4. DÉCLOISONNER LES PRISES EN CHARGE	20
4.1. Coordination des parcours de santé	20
4.2. Réseaux de santé	21
5. LES OUTILS	24
5.1. Systèmes d'information	24
5.2. Plateforme d'appui aux professionnels de santé	25
5.3. Nouveaux modes de rémunération	25
5.4. Groupes Qualité Basse-Normandie	26

6. LA BIOLOGIE MÉDICALE	26
6.1. Domaine stratégique	26
6.2. Champ du volet biologie médicale	28
6.3. Contexte	28
6.4. Enjeux	28
6.5. Etat des lieux	28
6.6. Consensus des professionnels	33
6.7. Objectifs opérationnels	33
6.8. Propositions	35
6.9. Indicateurs de suivi	36
ANNEXES	37

INTRODUCTION

Le volet ambulatoire du SROS constitue une des innovations apportées par la loi HPST. Les précédents SROS étaient essentiellement orientés vers l'offre hospitalière. La loi HPST a étendu le champ d'application du SROS à l'offre de soins ambulatoire.

La partie ambulatoire du SROS, non opposable, a **quatre ambitions** :

- Déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours ;
- Constituer un outil central pour permettre aux ARS de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale ;
- Contribuer à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné ;
- Participer à la promotion de l'égalité devant la santé, au travers de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'offre de premier recours est définie par la loi HPST ; elle s'articule autour de **trois grandes fonctions** :

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

Le volet ambulatoire du SROS intègre la thématique « biologie médicale » du SROS ; il porte sur l'ensemble des examens de biologie médicale.

2. CONSTAT - ASPECTS ORIGINAUX

Le volet ambulatoire présente plusieurs particularités qui influent sur sa conception, sa mise en œuvre, son évolutivité. Tout d'abord, il constitue **un exercice nouveau, voire novateur** ; parler de stratégie globale d'organisation à des professions libérales constitue un changement très important pour des acteurs de santé plus habitués à déterminer leurs choix professionnels de façon individuelle. Il s'agit donc pour ce premier SROS d'engager ou de poursuivre une démarche qui s'accomplira sur la durée.

Ce volet n'est pas opposable, à la différence du volet hospitalier ; cela implique l'adhésion des professionnels de santé libéraux, voire plus largement de tous les acteurs de terrain, en particulier les élus, pour que les orientations préconisées soient mises en œuvre. Enfin le champ du volet ambulatoire est en théorie considérable, puisque concernant l'ensemble des professionnels de santé de premier et de second recours. Le choix fait en Basse-Normandie a été de se limiter pour ce premier exercice au premier recours.

Il apparaît que le seul constat de l'état des lieux de l'offre et des besoins s'avère insuffisant s'il se limite à un aspect de démographie des professions de santé. Les professionnels de santé sont confrontés à des problématiques sociales, économiques, linguistiques, culturelles, qui vont impacter leur exercice professionnel. Des déterminants sociologiques sont également à prendre en compte dès lors que l'on parle d'installation dans des zones « fragiles ». Par ailleurs, il faut prendre en compte, l'attractivité du littoral et de la capitale régionale. Les politiques d'aménagement territorial en concentrant certains services publics impactent les projets d'installations des professionnels de santé libéraux et la projection des implantations d'exercice regroupé.

Au-delà de ces observations, il faut également intégrer le constat que l'équation « un village-un médecin » n'est plus aujourd'hui, et plus encore demain, réalisable, non seulement pour des questions de démographie médicale, mais aussi du fait d'une évolution sociétale concernant les aspirations et les modes de vie des professionnels de santé, qui ne diffèrent pas du reste de la population. Il existe une recherche d'une certaine qualité de vie pour les jeunes professionnels de santé, y compris ceux à venir, qui les conduit vers de nouveaux modes d'exercices, en particulier regroupés et coordonnés voire à temps partiel. L'étude réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011 est particulièrement démonstrative des attentes des jeunes diplômés en médecine¹.

Le présent document définit les constats et les actions à mener de façon partenariale depuis l'échelle régionale jusqu'au niveau local pour maintenir et favoriser l'installation de médecins généralistes et des autres professionnels de santé en Basse-Normandie et pour répondre autant que possible aux attentes et aux besoins exprimés par la population.

3. MAINTENIR UN ACCÈS DE PROXIMITÉ

L'article L 1434-7 du code de la santé publique prévoit, pour le volet ambulatoire à l'instar des autres volets du SROS, qu'il « *indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux* ».

Il dispose par ailleurs que le SROS « *détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts* ».

¹Source : François ALLA, Pr de santé publique conseiller et chef de pôle Politiques de santé et de prévention auprès de la Ministre de la Santé et des Sports le 5 juillet 2010 – ouverture de l'université d'été de santé publique de Besançon

Seul ce zonage a une valeur juridique au sein du volet ambulatoire du SROS, par ailleurs non opposable.

Les deux dispositifs, qui ont vocation à être complémentaires, sont révisables annuellement.

3.1. Une politique de l'offre de soins ambulatoire de premier recours reconnue en Basse-Normandie : les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA)

3.1.1. Contexte

En 2008, les partenaires institutionnels régionaux (ARH de Basse-Normandie, URML de Basse-Normandie, URCAM, Préfet de région, Préfets de départements, Conseil Régional, Conseils généraux, Conseils de l'Ordre, URBAN, Université) se sont engagés dans une politique de renforcement de l'offre de soins de premiers recours, initiée dès 2005 par l'URML, l'URCAM et le Conseil Régional.

Cette démarche régionale a abouti à la rédaction d'une **charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) en Basse-Normandie**, signée le 27 juin 2008. Soucieux d'une ouverture vers le champ médico-social, les signataires prévoient l'adhésion de nouveaux partenaires issus de ce secteur tel l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés Sanitaire et Sociaux (URIOPSS).

Cette politique régionale vise à favoriser la création de **PSLA, organisations pluridisciplinaires conçues à l'échelle des bassins de vie**. Ces regroupements sont souhaités par les jeunes générations, qui aspirent plus souvent à travailler en équipe, consacrer du temps à la formation et engager de nouvelles activités. L'objectif de cette politique régionale est de garantir l'accès à la prévention et aux soins. Les PSLA permettent ainsi de structurer l'organisation de la continuité des soins, une meilleure prise en charge de certaines maladies chroniques et peuvent apporter une réponse aux besoins sanitaires en matière de prévention et de veille sanitaire.

Cette politique régionale coordonnée définit le rôle et les attributions de chaque signataire à la fois en termes d'accompagnement à l'élaboration des projets de PSLA, en termes de mécanismes incitatifs à l'installation de nouveaux professionnels de santé et en termes de participation financière des différents contributeurs. Cette politique est la base du dispositif mis en œuvre afin de concentrer tous les moyens et les compétences.

Le regroupement, sur la base du **volontariat** des acteurs de santé constitue une réponse privilégiée à la désaffectation à l'installation en exercice libéral (moins de 10% des nouveaux médecins selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Cette organisation s'appuie sur les professionnels déjà en activité, ayant une bonne connaissance du territoire local. Le PSLA sera adapté aux situations locales (conditions d'accessibilité pour les patients...). Sa taille dépendra donc du contexte local et des éléments du diagnostic territorial.

Le PSLA se caractérise comme une organisation cohérente de professionnels de santé médicaux et para-médicaux participant à la mise en œuvre d'un projet de santé sur un territoire géographique déterminé. Il peut se définir à titre indicatif par la règle des 3 fois 15 (territoire de 15 000 habitants, à 15 mn d'accès pour l'usager, avec 15 professionnels de santé).

- Il réalise une unité fonctionnelle pouvant se décliner en « multi-sites » ;
- Il permet, sur la base du volontariat, d'associer et de regrouper des professionnels de santé libéraux, voire collaborateurs salariés et salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux ;
- Il assure des soins de proximité en zone rurale, semi-rurale ou urbaine, avec une possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé et en lien avec le secteur social et médico-social ;
- Son projet professionnel prévoit un temps de coordination afin de développer un dispositif de partage d'information et des réunions pluri professionnelles, formaliser la coordination des soins autour du patient, protocoliser entre professionnels de différentes disciplines.

Le projet de santé du territoire constitue la base de la création d'un PSLA. Il prend en compte les besoins de santé de la population et les souhaits organisationnels des professionnels de santé. Le projet de santé se décline sous forme d'un projet professionnel, qui définit les modalités d'organisation choisies par les professionnels pour répondre aux besoins de santé de la population. Le projet de santé et le projet professionnel sont élaborés par l'ensemble des professionnels amenés à exercer au sein de la structure et ont valeur d'engagement sur les modalités de coopération à mettre en place. Le projet de santé et le projet professionnel peuvent être amenés à évoluer en fonction de changements au niveau de la structure d'exercice ou des besoins ou de l'offre du territoire.

La question du maintien d'un accès de proximité représente un des axes stratégiques du PRS, et constitue d'ores et déjà une préoccupation majeure des élus locaux. Les contrats locaux de santé, déclinaisons du projet régional de santé, conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, visent une politique locale fondée sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Les contrats locaux de santé prendront en compte les projets de santé de territoire.

La politique régionale s'adresse bien évidemment à l'ensemble des professionnels de santé pour les inciter à la formation continue, la coopération et la coordination.

Cette politique de déploiement des PSLA a suscité l'émergence de structures pluriprofessionnelles sur le territoire bas-normand. Certaines ont la même ambition mais sont situées en dehors des zones préalablement identifiées comme prioritaires. Elles sont dénommées sur la carte (PSLA hors charte). D'autres, de taille plus réduite, sont situées en zone rurale et répondent ou pas à la définition des maisons de santé telle que prévue dans l'article L6323-3 du CSP et par la circulaire du 27 juillet 2010 et son cahier des charges annexé. Plusieurs projets sont d'ores et déjà accompagnés par les conseils généraux en Basse-Normandie. Afin d'avoir un seul dispositif de suivi des projets des structures d'exercice pluridisciplinaire regroupées, il est proposé que ces projets soient instruits par les comités opérationnels départementaux (COD), à l'instar des PSLA, ce qui permettra leur identification.

Depuis la signature de la charte partenariale régionale, les projets de PSLA se situant dans les zones anciennement identifiées sur la carte « Zones d'Intervention Prioritaire » sont éligibles à des financements publics.

Après que le projet de santé a été présenté aux différentes instances de sélection, régulation et validation de la charte, qui évaluent sa pertinence, il donne lieu à des financements publics pour son volet immobilier, le cas échéant.

Les projets hors de ces zones dits (PSLA hors charte) peuvent cependant bénéficier d'une expertise professionnelle en termes d'aide au montage du projet, afin de promouvoir les initiatives de regroupement professionnel. Depuis la loi HPST, en application du code de la santé publique notamment en son article L.1434-7 il est proposé d'identifier les **zones d'implantation prioritaires des PSLA** vers lesquelles pourront converger les financements publics.

Dès lors que le PRS est arrêté en Basse-Normandie, **le volet ambulatoire du SROS**, qui identifie **les zones d'implantations prioritaires des PSLA pour les 5 ans** à venir, devient **l'outil privilégié** de la mise en œuvre de la **politique ambitieuse PSLA** menée depuis 2008 en Basse-Normandie, en permettant la mobilisation des aides collectives dans le cadre de la charte partenariale.

Afin de tenir compte des évolutions démographiques de la population et des professionnels de santé, de l'implantation de ces derniers, des modifications des habitudes de vie de la population et de l'évolution de la consommation médicale, il est proposé de **réviser annuellement les zones d'implantation des PSLA**. Pour ce faire, **l'outil de diagnostic** des dynamiques territoriales évoluera à partir des indicateurs validés collectivement par les partenaires de la charte partenariale.

Etat des lieux

Année de programmation (engagement financier)	CALVADOS	MANCHE	ORNE
OUVERTS	Grâce de Dieu Iffs Orbec	St-James Villedieu-les-Poêles	Gacé Moulins-la-Marche (satellite de L'Aigle)
INITIÉS EN 2011	Condé-sur-Noireau Isigny-sur-Mer	Carentan Le Teilleul Lessay La Haye de Puits	L'Aigle Mortagne-au-Perche

L'outil de diagnostic des dynamiques territoriales : Méthodologie proposée

L'outil a pour objet d'identifier les zones au sein desquelles l'implantation des PSLA serait la plus pertinente dans les 5 ans à venir, aussi sont exclus de cette analyse, les bassins de vie au sein desquels un PSLA est ouvert ou est en cours de mise en œuvre à la suite d'un avis favorable du comité des financeurs de la charte partenariale de développement des PSLA.

La carte sera construite à partir des bassins de vie en cohérence avec l'unité géographique autorisée pour l'élaboration des zonages IDE, kiné, orthophonistes (zones prévues à l'article L. 1434-7 CSP). Compte tenu des situations hétérogènes en termes de démographie médicale dans ces territoires, les bassins de vie de Caen, Bayeux, Vire, Alençon seront découpés en bassins de service intermédiaires (bsi).

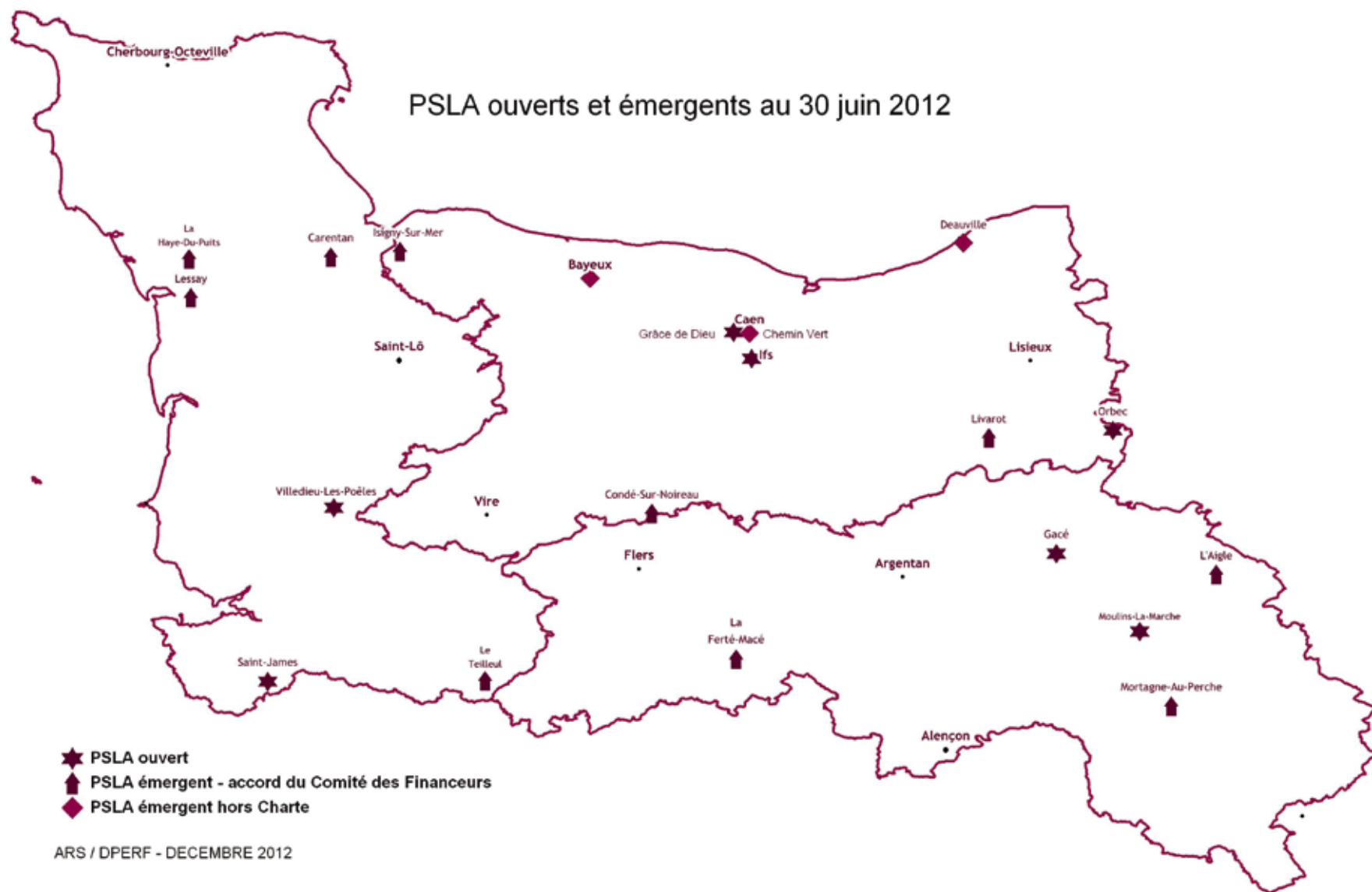
Indicateurs retenus :

- La densité pondérée de médecins généralistes de premier recours au 30 juin de chaque année/5000 habitants
- Age médian des médecins généralistes de 1er recours
- Croisement de l'activité moyenne (consultations et visites) et du nombre moyen d'actes consommés par les personnes âgées de plus de 75 ans.

Les bassins sont classés en 5 zones : très sous dotées, sous dotées, à dotation intermédiaire, très dotées et sur dotées.

Ce ciblage devra être ajusté à la marge, 5 à 10% des bassins sur la base des éléments de contexte que sont :

- la cohérence avec le zonage pluriprofessionnel
- l'adaptation selon les critères qualitatifs (accessibilité aux soins, instabilité du statut)



3.1.2. Objectifs opérationnels

- Garantir l'accès aux soins de proximité pour la population bas-normande ;
- Pallier les conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé en développant un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé ;
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté ;
- Favoriser la coordination entre les professionnels de santé au sein des PSLA ;
- Améliorer la connaissance des besoins de santé du territoire en incluant les acteurs du champ social, médico-social dans le cadre de l'élaboration du projet de santé ;
- Contribuer à la politique d'aménagement du territoire et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée, en cohérence avec les différents volets du SROS ;
- Intégrer les initiatives de regroupement pluri-professionnel hors PSLA dans le cadre du suivi et de l'évaluation de la politique régionale partenariale.

3.1.3. Actions

- Organiser et animer des réunions d'information sur la politique régionale des PSLA ;
- Dans le cadre des instances de la charte partenariale, valider la méthodologie de la révision des Zones d'Implantation des PSLA ;
- Soutenir et accompagner les projets de PSLA ;
- Aider les professionnels de santé à développer la coordination selon les dispositifs en vigueur (Nouveau Mode de Rémunération (NMR) ou leur évolution) ;
- Favoriser l'installation des nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre défini par le SROS ambulatoire ;
- Conclure une contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales ou structures de coopération intercommunales au travers d'un ou des contrats locaux de santé. Une attention particulière devra être portée au cadre de la politique de la ville sur les zones de CUCS (contrat urbain de cohésion sociale) dans l'objectif de réduire prioritairement les inégalités sociales d'accès aux soins ;
- Conclure une contractualisation entre l'ARS et les services de santé du champ ambulatoire : réseaux, centres, maisons de santé (pour lesquels le CPOM est obligatoire s'il existe un financement de l'ARS)...
- Mettre à disposition des programmes de formation continue.

3.1.4. Indicateurs de suivi

Mise en œuvre des PSLA

- Nombre de pôles de santé existant à n+1, n+2...
- Nombre de nouvelles installations dans chaque PSLA ;
- Nombre de coordinateurs gérant un ou plusieurs PSLA ;
- Actions de santé publique développées dans le cadre du PSLA (nature et nombre) ;
- Nombre d'implantations de PSLA réalisées en zones rurales et en zones urbaines au regard du nombre de structures projeté ;
- Indicateurs de mise en œuvre : réunions préalables ;
- Indicateurs d'activité : heures et jours d'ouverture, nombre d'actes réalisés par typologies d'actes ;
- Enquêtes de satisfaction des usagers.

Suivi des structures d'exercice pluridisciplinaire regroupé

- Nombre de projets présentés au Comité Opérationnel Départemental ;
- Nombre d'avis favorables ;
- Convention avec les Collectivités Territoriales.

3.2. Les zonages ouvrant droit à des aides individuelles

3.2.1. Contexte

Pour chacun des zonages, une méthodologie nationale fixe les critères de prise en compte pour définir les zones géographiques. Une marge de manœuvre est laissée à l'ARS pour adapter la détermination de ces zones aux contraintes et enjeux locaux, notamment après concertation avec les professionnels de santé.

3.2.2. Objectifs opérationnels

Avec pour objectif une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, ce dispositif permet de mobiliser les aides individuelles notamment conventionnelles, dès lors que sont remplies les conditions d'éligibilité, telles que retenues dans les différentes conventions.

3.2.3. Actions

Zonage pluri professionnel : médecins généralistes (Annexe 1 : arrêté du DGARS du 26 mai 2012)

Ce zonage se substitue à la cartographie des zones déficitaires fixée par la Mission Régionale de Santé de Basse-Normandie en 2006.

Afin d'améliorer la répartition des professionnels de santé, ces zonages doivent prendre en compte :

- les zones dites « fragiles » où l'offre doit être consolidée ;
- les zones susceptibles d'accueillir **un projet attractif et structurant** pour l'organisation du premier recours. Notamment le zonage pluriprofessionnel doit tenir compte de l'avancée des projets prioritaires identifiés dans le cadre de la partie ambulatoire du SROS.

Le zonage pluriprofessionnel est également la référence pour le lieu d'exercice des étudiants ayant adhéré au Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

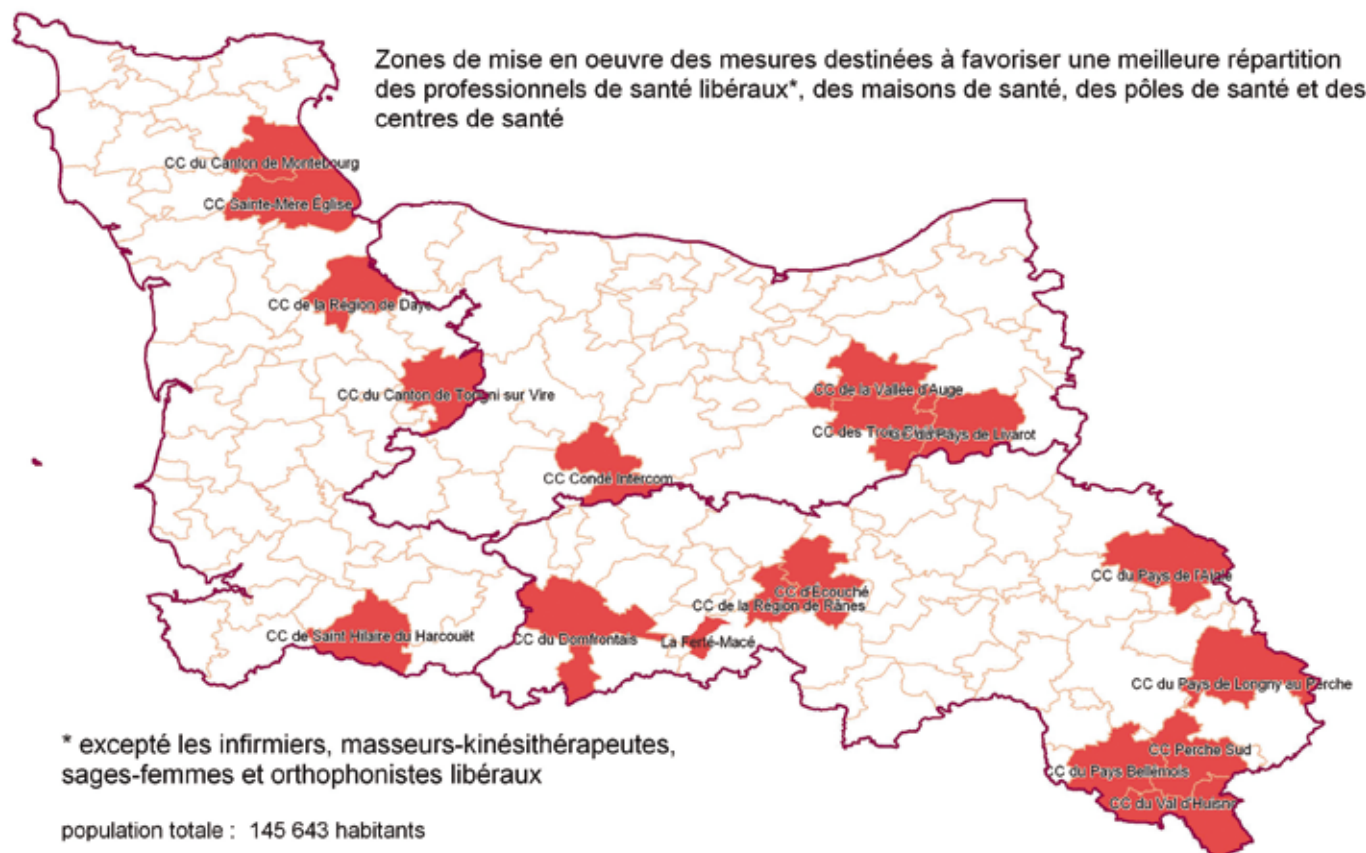
Les zones déficitaires sont repérées par le croisement de 2 indicateurs statistiques révélateurs :

- des tensions sur l'offre de soins en médecine générale ;
- des difficultés d'accès aux soins pour les populations vieillissantes ;

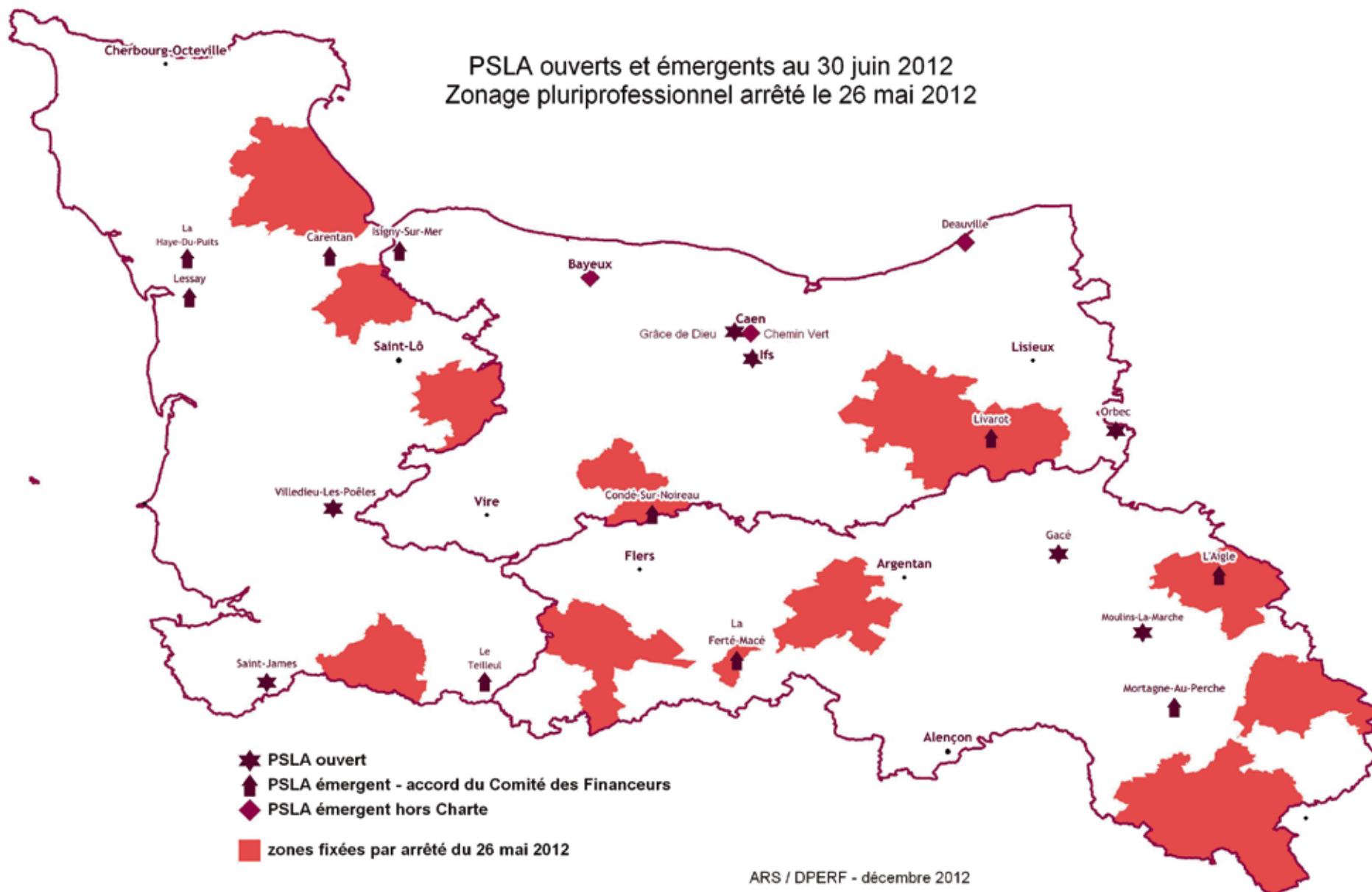
en prenant en compte, dans la mesure du possible, les dynamiques de territoire en cours connues et validées nécessitant les interventions collectives.

Le zonage se fait sous la contrainte d'un quota maximum de 10% de la population régionale, soit 146 743 habitants et en choisissant une unité territoriale référencée par l'INSEE, en l'occurrence, les communautés de communes.

Carte : zonage pluriprofessionnel, médecins généralistes



Carte : zonage pluriprofessionnel + implantations PSLA



Zonage infirmiers libéraux (Annexe 1 : arrêté du DGARS du 26 mai 2012)

Ce zonage se substitue à la cartographie des zones déficitaires fixée par la Mission Régionale de Santé de Basse-Normandie en 2009. La méthode maintenant proposée intègre l'activité liée aux centres de soins infirmiers et modifie les bornes, doublant par construction les zones très sous-dotées et sur-dotées.

Les zones sont découpées et classées en 5 niveaux de dotation : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées, sur-dotées.

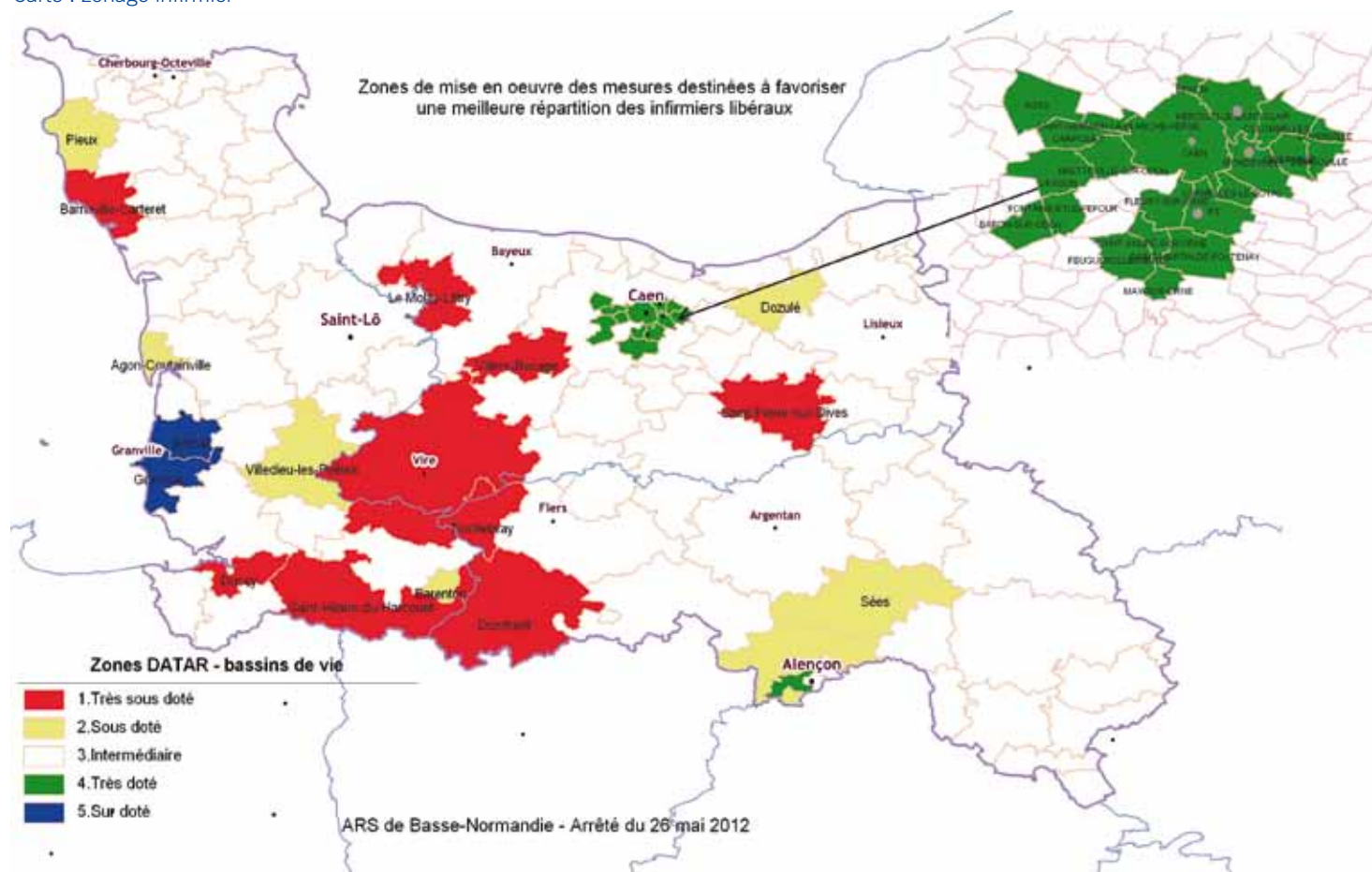
La source des données provient de l'activité des infirmiers libéraux, des SSIAD, des centres de Soins infirmiers (CSI) à une échelle de bassin de vie ou pseudo-canton.

Les zones sont repérées par le croisement de 2 indicateurs de besoins de soins et 2 indicateurs d'offre de soins :

- Les honoraires moyens sans dépassement par infirmier ;
- La part des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- La densité pour 100 000 habitants ;
- Le nombre moyen d'indemnités kilométriques par IDE libérale.

Une marge de manœuvre est laissée à la région afin de tenir compte des contraintes locales.

Carte : zonage infirmier



Zonage masseurs-kinésithérapeutes libéraux (Annexe 2 : arrêté du DGARS du 10 juillet 2012)

Il s'agit du premier exercice en la matière.

Les zones sont découpées et classées en 5 niveaux de dotation : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées et sur-dotées.

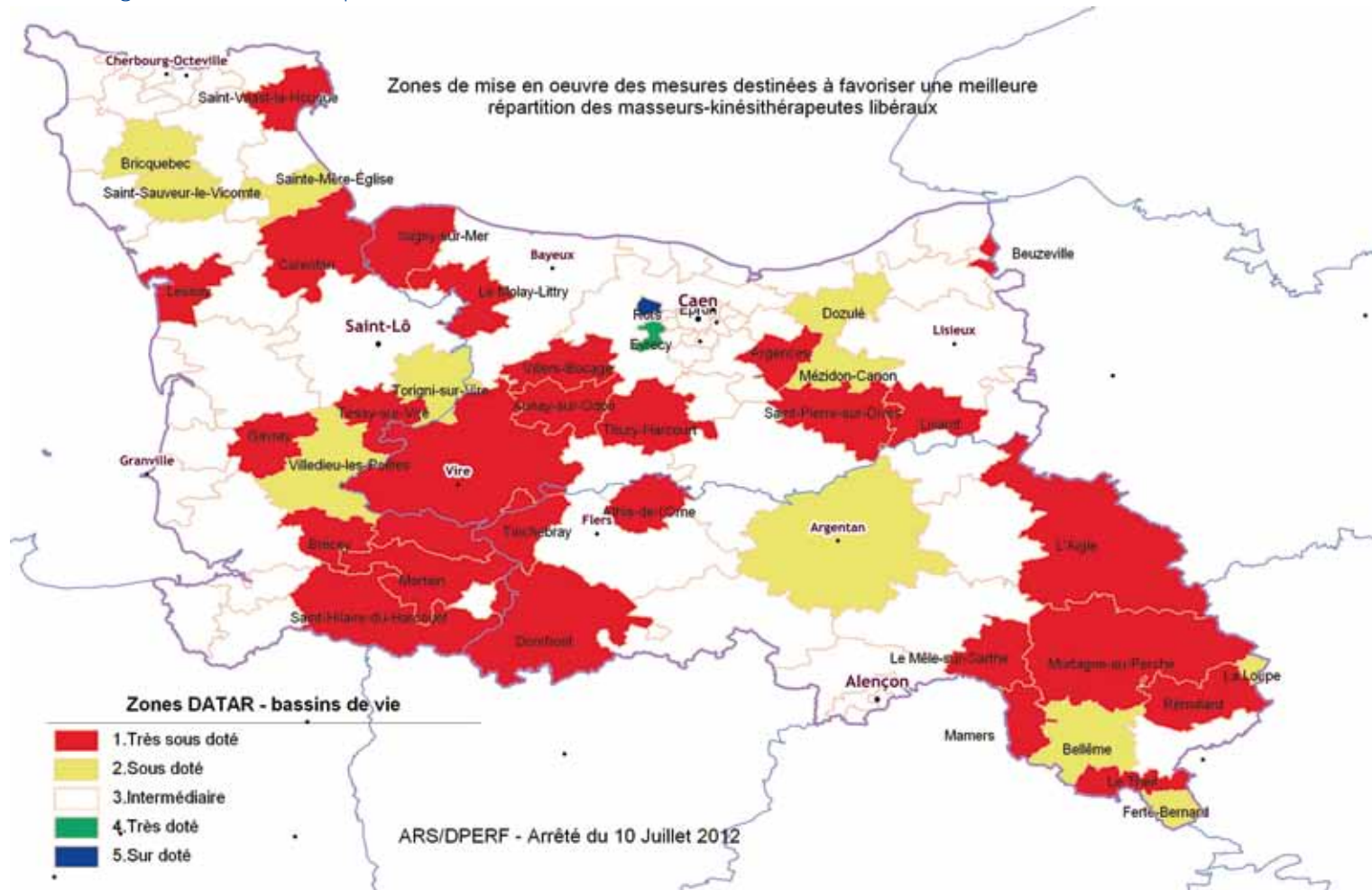
La source des données provient de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à une échelle de bassin de vie ou pseudo-canton.

Les zones sont repérées en 2 étapes :

- Classement en fonction de la densité pondérée des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- Ajustement tenant compte de conditions particulières de bassins de vie : la part de masseurs-kinésithérapeutes libéraux dont l'âge est supérieur à 58 ans, le nombre d'actes par patient.

Une marge de manœuvre est laissée à la région afin de tenir compte des contraintes locales.

Carte : zonage masseurs-kinésithérapeutes



Zonage sages-femmes libérales (Annexe 3 : arrêté du DGARS du 10 juillet 2012)

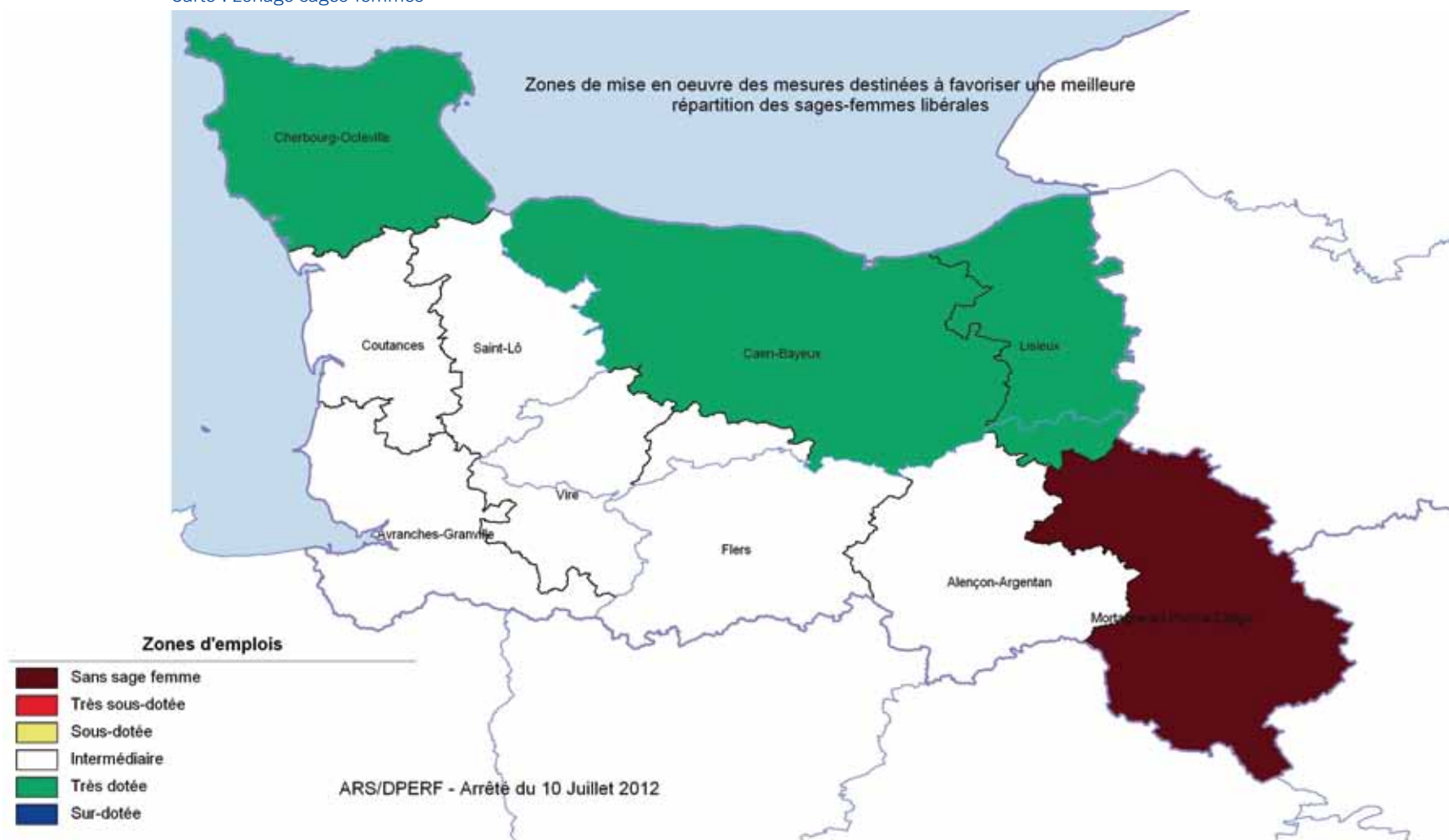
Il s'agit également d'un premier zonage.

Les zones sont découpées et classées en 7 niveaux de dotation : moins de 350 naissances domiciliées, sans sage-femme, très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées, sur-dotées.

La source des données provient de l'activité des sages-femmes libérales à une échelle de zone d'emploi.

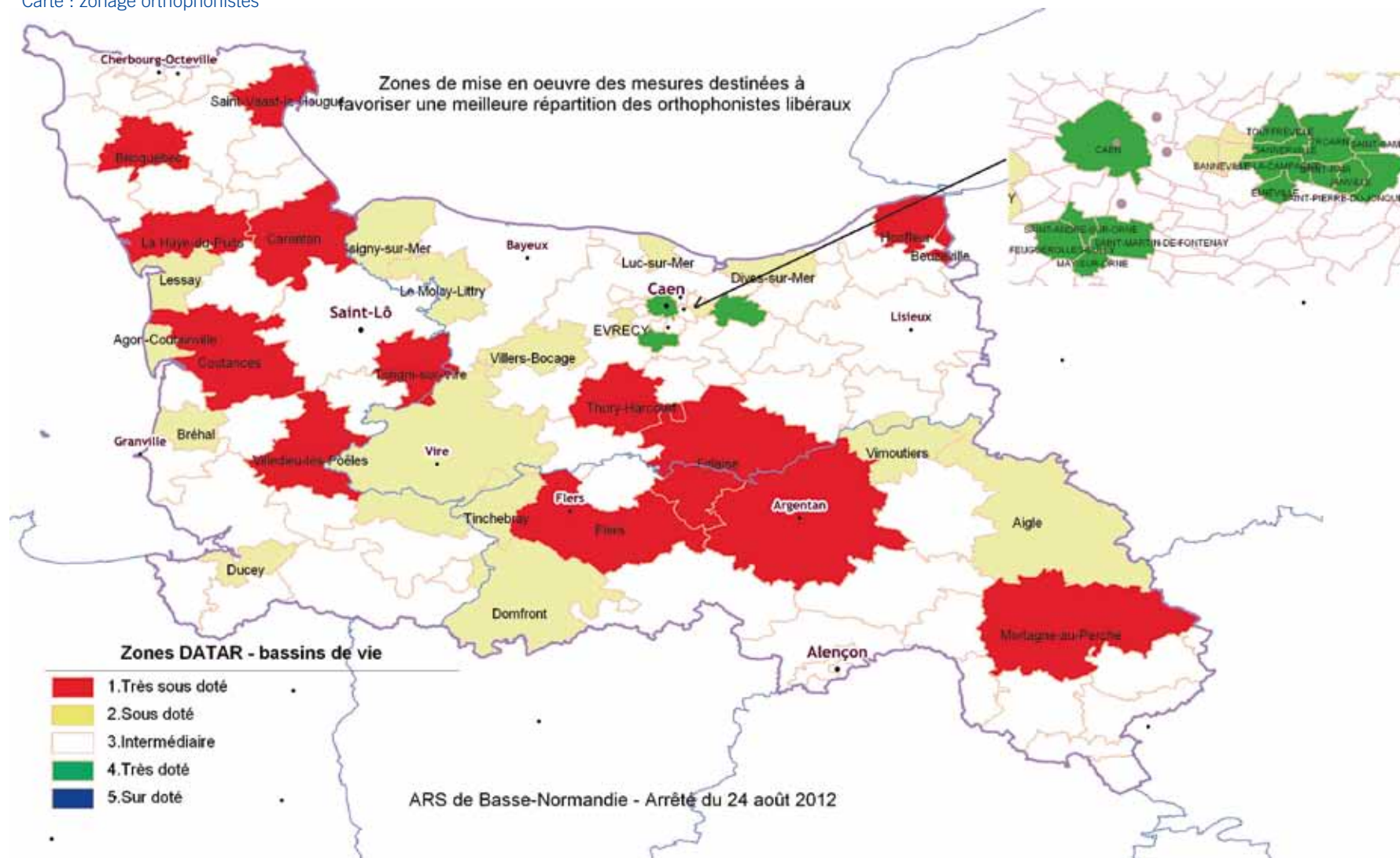
Les zones sont repérées par un indicateur : densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées.

Carte : zonage sages-femmes



Zonage orthophonistes (Annexe 4 : arrêté du DGARS du 24 août 2012)

Carte : zonage orthophonistes



3.2.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de structures installées en zone déficitaire ;
- Nombre de médecins en exercice dans le cadre des CESP.

Cohérence entre la politique régionale de développement des PSLA et les zonages

La mise en œuvre du zonage pluriprofessionnel et des autres zonages ne se substitue pas à la carte dite d'intervention prioritaire (ZIP) qui fondait l'intervention des aides collectives de l'Etat et des collectivités dans le cadre du déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires.

En revanche, cette carte ZIP devient caduque dans le cadre de la loi HPST. **S'y substitue la carte dite des zones d'implantations prioritaires des PSLA (ZIP-PSLA) qui permet d'identifier les projets de PSLA à accompagner pendant les 5 ans de durée de validité du PRS.** Cette projection cartographique est issue des travaux menés jusqu'à maintenant dans le cadre du comité de pilotage de la Charte Partenariale Régionale et de l'accord des partenaires sur les projets à accompagner ou à susciter. Cette deuxième carte permet de visualiser ces points d'implantation prioritaires ; elle présente donc les PSLA ouverts, en cours et en projets entre 2012 et 2017.

Ces deux outils sont donc complémentaires, visent le **même objectif d'une meilleure répartition des professionnels de santé** mais ont des **fonctionnalités différentes**.

- la **cartographie des zones d'implantation prioritaires des PSLA** identifie des projets PSLA qui sont ou seront sollicités et accompagnés par des **aides collectives** dans des zones où la démographie permet encore de mobiliser une équipe de professionnels afin de la renforcer et de déployer l'action sur le territoire concerné, **sur le fondement d'un projet de santé et d'un projet professionnel**.
- le **zonage** a pour objet de mobiliser des **aides individuelles dans des zones fragiles**.

Ces deux dispositifs sont révisables annuellement.

La révision du zonage s'effectue selon les critères arrêtés au plan national.

3.3. Les coopérations entre professionnels de santé - ART 51 Loi HPST

3.3.1. Contexte

Les coopérations consistent en

- Des transferts d'activités ou d'actes de soins voire une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients ;
- Une démarche de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire donné ;
- Des modes d'exercice partagé, bien définis, qui répondent à des besoins de santé.

Des enjeux forts

- Besoins croissants des prises en charge sanitaires, développement des maladies chroniques, vieillissement de la population ;
- Evolution démographique de certaines professions de santé ;
- Progrès technologiques facilitant le développement, le partage de compétences entre professionnels de santé ;
- Amélioration de l'efficacité des prises en charge.

Le contexte

- Plusieurs phases d'expérimentation depuis 2003 ;
- Loi du 9 août 2004 - politique de santé publique-Art 131 : base légale de la mise en œuvre ;
- Sous l'égide de l'ONDPS (observatoire de la démographie des professionnels de santé) - Prof. Berland, nombreuses expérimentations réalisées ;
- Assurer les prises en charge de patients : diabétiques, ou suivis dans des centres d'hémodialyse, ou atteints du virus hépatite C, ou nécessitant une échographie ;

La Loi H.P.S.T propose une modernisation globale du système de santé en 4 grands chapitres et l'article 51 pose le principe général de coopérations entre professionnels de santé. Il étend le principe des coopérations entre professionnels de santé au-delà du cadre expérimental.

- L'article 51 veut favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé.
- L'article 51 prévoit un cadre dérogatoire : les professionnels de santé prévus par le CSP sont autorisés à déroger au cadre d'exercice (L1132-1 L4111-1 L4161-1 L4161-3 L4161-5 L 4221-1 L4311-1 L4321-1 L4322-1 L4331-1 L4332-1 L4341-1 L4342-1 L4351-1 L4361-1 L4362-1 L4364-1 L4371-1).

Les exigences de sécurité de l'article 51

Les professionnels de santé interviennent :

- Dans les limites de leurs connaissances ;
- Et de leur expérience ;
- Ainsi que dans le cadre des protocoles définis par consensus (HAS).

La procédure

- ➊ Les professionnels de santé envoient une déclaration d'intention de travailler sur telle ou telle thématique.
- ➋ Puis ils soumettent à l'ARS un protocole de coopération (procédure : arrêté du 31 décembre 2009-annexe-JO 15/01). Ce protocole précise :
 - L'objet et la nature de la coopération, les disciplines ou les pathologies ;
 - Le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.
- ➌ L'ARS :
 - Apporte si besoin une aide méthodologique ;
 - Vérifie que le protocole répond à un besoin de santé, au niveau régional ;
 - Les soumet à la Haute Autorité de Santé-HAS.
- ➍ L'ARS autorise :
 - Après avis conforme de la Haute Autorité de Santé (protocoles validés /consensus), la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté ;
 - L'enregistrement par l'ARS, de la demande des professionnels de santé pour une activité précise ;
 - L'ARS informe les Ordres et les Unions Régionales des Professions de Santé concernés.

Suivi et fin du protocole

- Les professionnels de santé s'engagent à procéder au suivi de la mise en œuvre du protocole pendant une durée de 12 mois. ;
- L'A.R.S. pourra mettre fin à l'application d'un protocole par des professionnels de santé si cela compromet la qualité et la sécurité des soins ;
- L'information des patients doit être assurée.

La généralisation des protocoles

- La loi H.P.S.T. a donné la possibilité à la Haute Autorité de Santé de généraliser l'application des protocoles en les étendant à tout le territoire national, validé par l'ARS sous forme d'un arrêté) ;
- Les protocoles étendus par l'HAS seront intégrés dans la formation initiale ou continue : décret du 11 octobre 2010 (JO du 13 /10).

En synthèse l'article 51 :

- Procédure à l'initiative des professionnels ;
- Les professionnels rédigent un protocole de coopération ;
- Professionnels vers l'ARS vers l'HAS puis Arrêté ARS ;
- La HAS valide les protocoles de coopération sur la base de l'existant ;
- L'ARS autorise par arrêté l'application des protocoles, après avoir vérifié le besoin de santé régional ;
- Le patient doit être informé ;
- L'ARS enregistre l'adhésion des professionnels à un protocole déjà autorisé ;
- La HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national
- Les protocoles étendus seront inclus à la formation ;
- L'ARS peut mettre fin à un protocole de coopération (sécurité).

Difficultés rencontrées

Actuellement, les protocoles de coopération se développent davantage dans l'exercice salarié des professionnels qu'en milieu libéral. En effet, les actes délégués par les médecins aux infirmières, masseurs-kinésithérapeutes..., ne sont pas encore reconnus à la nomenclature par la Sécurité Sociale ; d'où une absence de remboursement de ces consultations et une non délivrance des produits par les pharmaciens au regard des ordonnances infirmières pour ces actes.

3.3.2. Objectifs opérationnels

- Optimiser la coopération entre professionnels de santé par l'intermédiaire de la rédaction de protocoles de fonctionnements et de coopérations.

3.3.3. Actions

→ Inciter et accompagner le développement d'expérimentations.

3.3.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de réunions effectuées ;
- Nombre d'expérimentations mises en œuvre.

3.4. La problématique particulière des chirurgiens dentistes

3.4.1. Contexte

La Basse-Normandie se distingue par un nombre et donc par un taux de chirurgiens-dentistes particulièrement faible de 40 praticiens pour 100 000 habitants (66 au niveau métropolitain) ; à noter la dernière place en France métropolitaine pour l'Orne avec 34 dentistes pour 100 000 habitants, soit quasiment la moitié du niveau national, mais également seulement 38 pour 100 000 habitants dans la Manche.

3.4.2. Objectifs opérationnels

- Augmenter le nombre d'installations de chirurgiens-dentistes en Basse-Normandie ;
- Augmenter le nombre de chirurgiens-dentistes maitres de stage en Basse-Normandie.

3.4.3. Actions

- Permettre à des étudiants de fin de cycle (5e et 6e années) en chirurgie dentaire de faire des stages pratiques, prioritairement dans l'Orne, ainsi que dans la Manche ; ces stages constituent un facteur de connaissance de la région et peuvent induire l'idée de s'y fixer professionnellement ;
- Permettre un soutien logistique pour les déplacements et l'hébergement des étudiants ;
- Recruter des praticiens maitres de stage ;
- Mettre en place un pôle de formation universitaire dentaire et clinique sur Caen à compter de la rentrée 2012 ;
- Poursuivre la mise en place d'un comité de coordination présidé par un chirurgien dentiste.

3.4.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de nouvelles installations par an de dentistes dans chaque département ;
- Solde annuel de dentistes par département ;
- Nombre de nouvelles installations de dentistes en PSLA ;
- Nombre de stages étudiants effectués en région.

3.5. La problématique particulière des sages-femmes

3.5.1. Contexte

La durée moyenne de séjour pour un accouchement unique et spontané a évolué de 5,3 jours en 1997 à 4,4 jours en 2007, mais reste au-dessus de la moyenne de l'OCDE (3,2 jours en 2007).

Permettant de pallier le déficit de gynéco-obstétriciens, les compétences de la sage-femme s'élargissent, avec maintenant la possibilité de déclarer la grossesse, pratiquer la consultation post-natale des accouchements physiologiques et, depuis la loi HPST, la consultation de contraception et le suivi gynécologique de prévention.

L'arrêté du 12 octobre 2011 fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

L'exercice libéral des sages-femmes est en augmentation constante depuis 1995, le nombre de sages-femmes libérales étant multiplié par 3 en 20 ans (rapport de la cour des comptes). 70 sages-femmes sont installées en 2011 en Basse-Normandie, soit environ 2% du quota national. Les cabinets sont essentiellement implantés en milieu urbain.

Dans ce contexte, la revalorisation des actes des sages-femmes paraît nécessaire à la profession.

3.5.2. Objectifs opérationnels

- Faire connaître au grand public le champ de compétence des sages-femmes, notamment consultation de contraception et suivi gynécologique de prévention ;
- Prioriser le suivi de la grossesse à bas risque par la sage-femme ;
- Favoriser l'accompagnement semi-global des femmes en assurant une continuité des soins entre l'ante et le post-natal. En pratique, valoriser la place de la sage-femme dans le suivi médical des grossesses à bas risque et le suivi médical des femmes et des nouveau-nés à la sortie de maternité ;
- Valoriser et développer l'offre de soins permettant aux sages-femmes d'être positionnées comme acteur de premier recours pour le suivi de la grossesse.

3.5.3. Actions

- Créer un répertoire des sages-femmes avec la spécificité de chacune sur la région pour une mutualisation des moyens ;
- Mettre en relation la parturiente avec une sage-femme de proximité dès le début de la grossesse dans le cadre du suivi de grossesse ou de l'entretien prénatal précoce ;
- Organiser la place de la sage-femme dans les PSLA.

3.5.4. Indicateurs de suivi

- Nombre d'entretiens prénataux précoces effectués par les sages-femmes libérales.
- Nombre de suivis en post partum effectués par les sages-femmes libérales.
- Nombre d'actes de prévention : contraception, suivi gynécologique.

3.6. La problématique particulière des masseurs-kinésithérapeutes

3.6.1. Contexte

L'activité des masseurs-kinésithérapeutes se caractérise par un mode d'exercice majoritairement libéral.

La densité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes en Basse-Normandie est de 84 pour 100 000 habitants (116 sur le territoire national). 22,6% des professionnels ont plus de 55 ans.

La densité de l'Orne se situe parmi les 10 plus faibles de France : 68 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

Il n'existe qu'un seul institut de formation en Basse-Normandie, situé à Alençon. Les candidats au concours d'admission proviennent de toute la France et repartent le plus souvent vers leur région d'origine après obtention de leur diplôme.

3.6.2. Objectifs opérationnels

- Augmenter le nombre d'installations de masseurs-kinésithérapeutes en Basse-Normandie ;
- Généraliser le stage auprès des professionnels libéraux.

3.6.3. Actions

- Recruter des praticiens maîtres de stage ;
- Organiser une information pour les tuteurs des stages libéraux ;
- Favoriser le stage auprès des professionnels libéraux au cours de la dernière année d'études sur une période de 4 à 6 semaines.

3.6.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de nouvelles installations par an de masseurs-kinésithérapeutes dans chaque département ;
- Solde annuel de masseurs-kinésithérapeutes par département ;
- Nombre de nouvelles installations de masseurs-kinésithérapeutes en PSLA ;
- Nombre de stages en libéral effectués par les étudiants en région.

3.7. La problématique particulière des pharmaciens d'officine

3.7.1. Contexte

Les pharmaciens d'officine sont harmonieusement répartis sur le territoire grâce à leurs critères d'installation démo-géographiques. Leur proximité et accessibilité en font des acteurs de santé de premier recours. Le regroupement des professionnels de santé doit s'accompagner d'une vigilance sur l'équilibre du maillage pharmaceutique.

La loi HPST réaffirme le rôle de professionnel de santé du pharmacien d'officine et lui offre la possibilité d'effectuer de nouvelles missions.

3.7.2. Objectifs opérationnels

- Maintenir un maillage de proximité ;
- Inciter les officines proches à se regrouper ;
- Inciter à la mutualisation des moyens (attente du décret sur les Sociétés de Participation Financière des Professions Libérales) ;
- Veiller à la mise en place des nouvelles missions issues de la loi HPST (nouvelle convention pharmaceutique signée en mai 2012).

3.7.3. Actions

- Accompagner les pharmaciens dans les nouveaux modes d'exercice (regroupé ou mutualisé).

3.7.4. Indicateurs de suivi

- Nombre d'officines ;
- Répartition des officines sur le territoire.

3.8. Formation initiale des étudiants et des internes en médecine et politique incitative d'installation

3.8.1. Contexte

Depuis plusieurs années, les Conseils Généraux de l'Orne et de la Manche sont actifs dans le domaine de l'accueil et de la prise en charge des étudiants de troisième cycle par le biais de bourses. Dans cette même logique, le SROS préconise que tous les partenaires de la charte partenariale définissent une véritable politique « *d'universitarisation* »³ notamment dans les PSLA.

Une convention signée pour la première fois en 2010 par le Conseil Régional et l'ARS apporte une possibilité d'aide au logement et au déplacement des étudiants lorsqu'ils choisissent des stages prioritaires, notamment dans les PSLA. Cette politique a pour objet **l'incitation à effectuer des stages de médecine générale en zones rurales ou semi-rurales dans notre région.**

Par ailleurs, dans le souci d'assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et de garantir à tous l'accès aux soins, la loi HPST a instauré un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants en médecine, de la 2^e année des études médicales à la dernière année d'internat. Celui-ci a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

Les signataires d'un CESP bénéficient d'une allocation mensuelle jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans des zones où la continuité des soins fait défaut et à un tarif conventionnel. La durée de leur engagement est égale à celle du versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

L'information sur ce dispositif, ainsi que les lieux d'exercice proposés seront publiés sur la plateforme d'appui aux professionnels de santé.

L'ARS s'assurera de la coordination des dispositifs d'incitation à l'installation dans la région ; certains Conseils Généraux ont développé des aides qu'ils financent aujourd'hui avec des conditions d'installation différentes de celles du CESP, une concertation devra être engagée afin d'assurer une cohérence régionale à ce dispositif.

3.8.2. Objectifs opérationnels

- Augmenter le nombre d'étudiants se destinant à la médecine générale en Basse-Normandie ;
- Augmenter le nombre d'installations en libéral de jeunes médecins généralistes en Basse-Normandie.

3.8.3. Actions

- Assurer l'information, la mise en œuvre et le suivi du dispositif CESP ;
- Coordonner les aides attribuées aux étudiants par les collectivités territoriales et l'ARS ;
- Assurer l'information, la mise en œuvre et le suivi du dispositif de défraiement des externes et des internes lors de leurs stages dans des lieux prioritaires ;

³Lieu d'exercice de médecins maîtres de stage, accueillant pour la formation initiale et la recherche des étudiants et internes en partenariat avec l'UFR de Médecine.

- Communiquer auprès des médecins installés pour promouvoir la maîtrise de stage ;
- Entamer une réflexion régionale relative à l'universitarisation des PSLA.

3.8.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de nouvelles installations de médecins en libéral ;
- Nombre de nouvelles installations de médecins dans des structures de regroupement ;
- Nombre de stages effectués en PSLA ;
- Nombre de PSLA *universitarisés*.

3.9. Les centres de santé

3.9.1. Contexte

Les centres de santé sont définis par l'article L6323-1 du CSP : « *structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers* »

Centres de santé existants

	DENTAIRES	INFIRMIERS	POLYVALENTS	MISSIONS SPECIFIQUES
CALVADOS	Bayeux Caen x3 Dives-sur-Mer Hérouville Saint-Clair Lisieux Vire	Bayeux Colombelles Condé-sur-Noireau Dives-sur-Mer Port-en-Bessin	Potigny	
MANCHE	Cherbourg	Avranches Cherbourg Coutances Saint-Pair-sur-Mer Sartilly Tessy-sur-Vire (antenne à Pont-Farcy, 14)		Avranches Cherbourg Saint-Lô ⁽⁴⁾ : - centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) - centre de vaccination - centre de lutte antituberculeuse
ORNE	Alençon Argentan Flers L'Aigle	Argentan Putanges Sées (antennes à Le Merlerault et Nonant-le-Pin) Tinchebray		

⁴Conformément aux circulaires interministérielles DGS 2005-220 du 6 mai 2005 et 2005-342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en oeuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les IST. en application de l'art. 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

L'article D3111-22 prévoit que les centres de santé peuvent être habilités comme centre de vaccination [...].

L'article D3112-6 prévoit que les centres de santé peuvent être habilités comme centre de lutte contre la tuberculose.

L'article D3121-33 prévoit que les centres de santé peuvent être habilités à exercer des activités de lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans le cadre de consultations anonymes et gratuites.

mentionné à l'article L322-1 du CSS... Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique ».

Le centre de santé s'inscrit comme une offre spécifique sur le territoire où il est implanté, en complémentarité avec l'exercice libéral.

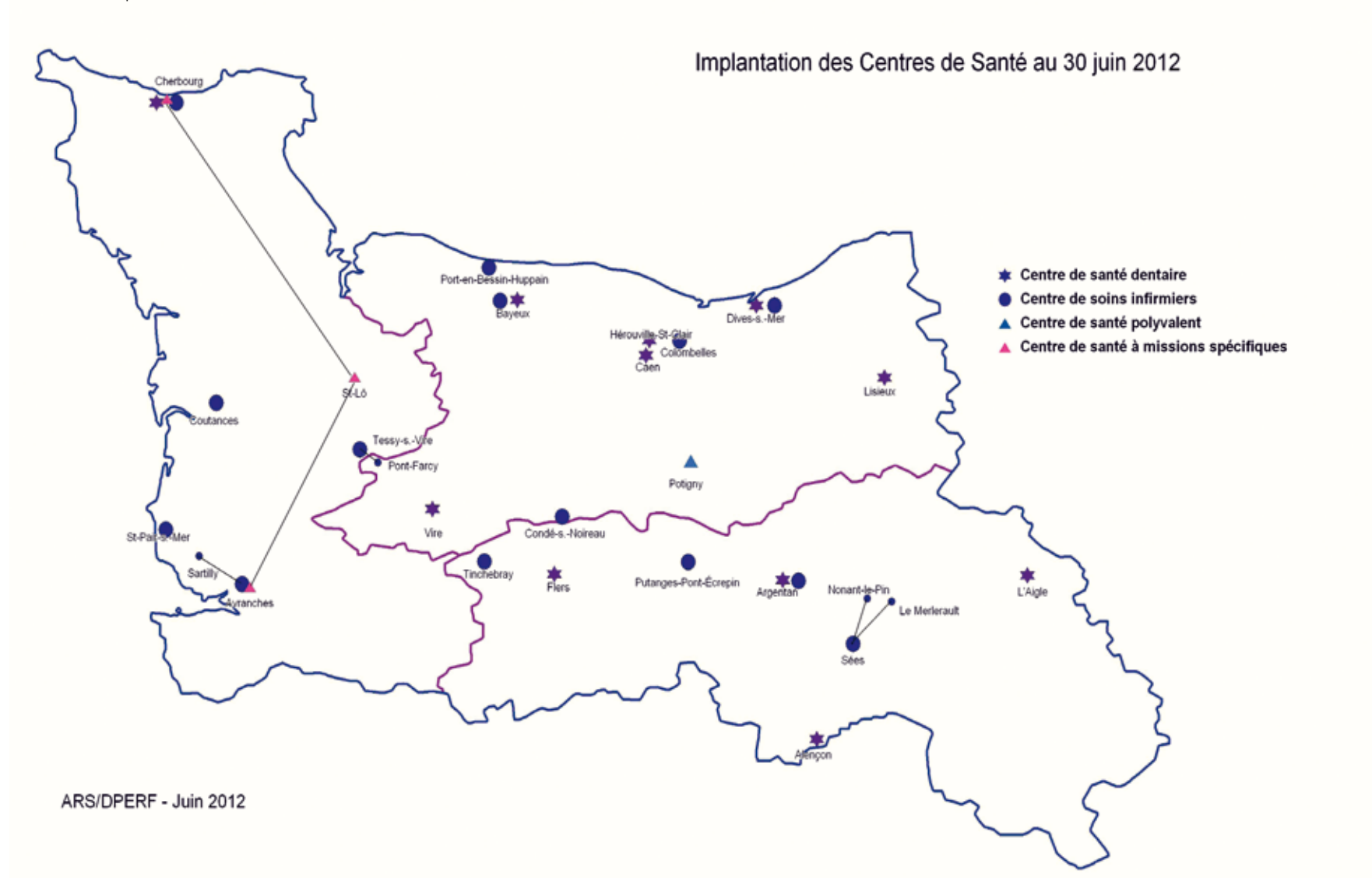
Le décret du 30 juillet 2010 leur fait obligation de rédiger un **projet de santé** et un **règlement intérieur** dont le contenu est précisé par l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du CSP.

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique (article L.6323-1 du CSP) ».

« Les centres de santé établissent un règlement intérieur dont le contenu et les conditions d'élaboration sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé (Article .D.6323-9) ».

L'IRSA a ainsi été désigné par le directeur général de l'ARS pour assurer ces missions dites « recentralisées » dans le département de la Manche.

L'activité de ce centre se limite strictement à cette activité, dont la compétence était antérieurement exercée par le Conseil Général.



3.9.2. Objectifs opérationnels

- Articuler les ouvertures et l'activité des PSLA et des centres de santé dans un souci de cohérence et de complémentarité ;
- Articuler l'activité des centres de santé avec celle des autres professionnels de santé inscrits sur le même territoire.

3.9.3. Actions

- Définir les modes de complémentarité et de collaboration territoriale entre professionnels libéraux et centres de santé ;
- Définir les modes de complémentarité et de collaboration territoriale entre PSLA et centres de santé.

3.9.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de conventions entre professionnels libéraux et centres de santé ;
- Nombre de centres de santé inscrits dans une démarche PSLA.

3.10. La permanence des soins ambulatoires

Le cahier des charges régional a été arrêté le 24 janvier 2012 par le DGARS.

4. DÉCLOISONNER LES PRISES EN CHARGE

4.1. Les parcours de santé

4.1.1. Contexte

L'avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie du 22 mars 2012 parle de « *passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de **parcours*** ».

Un des enjeux de la loi HPST est de positionner les professionnels de santé de premier recours, (médecins traitants, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, orthophonistes) au centre des parcours de santé, au travers de la coordination des soins, de leur continuité, de la qualité des prises en charge et de l'amélioration des trajectoires de santé des usagers du système. Ces parcours de soins doivent aussi intégrer une dimension « soins et vie à domicile » (réseaux de santé, services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, centres de soins infirmiers...) en développant si nécessaire des programmes personnalisés d'accompagnement des malades. Cette nouvelle approche, fondée sur le patient a pour enjeu de répondre aux défis liés à la prévalence des maladies chroniques, à l'évolution de la démographie médicale et au vieillissement de la population dans une approche plutôt populationnelle que professionnelle.

La coordination des soins se définit comme une **action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients** en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.

Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé. Elle a pour objectif de faire bénéficier le patient de « **la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment, par le bon professionnel** », de mieux synchroniser les interventions autour des patients dans une logique de « *juste recours* » aux soins.

Elle se révèle plus particulièrement **nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins** (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les patients en situation complexe, c'est-à-dire ceux dont la prise en charge requiert une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social).

La complexité peut être psychosociale ou médicale ou les deux. La complexité psychosociale se définit pour une personne cumulant un ou plusieurs critères : faible recours aux soins, isolement, pratiques de santé inadaptées, multiples pathologies intriquées, situation de dépendance nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs.

Différentes formes de coordinations des soins peuvent être mises en œuvre dans le parcours de santé :

- La coordination **au long cours** autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique ou en situation de perte d'autonomie et maintien à domicile : elle repose sur une coordination performante entre tous les intervenants de la prise en charge médicale et de l'accompagnement social et médico-social ;
- La coordination des soins **au cours d'une hospitalisation** ;
- La coordination à la **sortie d'une hospitalisation** : il est nécessaire d'améliorer l'information et la coordination des différents intervenants. Le développement des hospitalisations de courte durée en particulier de l'hôpital de jour, de la chirurgie ambulatoire, va entraîner une prise en charge de patients plus lourds et plus nombreux par les professionnels de santé libéraux.

4.1.2. Objectifs opérationnels

- S'appuyer sur les dispositifs existants (CLIC, MAIA, PSLA, Réseaux, MDPH) pour aider les professionnels de premier recours dans la coordination de la prise en charge et de l'accompagnement des cas complexes ;
- Identifier dès leur entrée dans un établissement hospitalier les patients pour lesquels la sortie risque de poser une difficulté (sociale, perte d'autonomie, aménagements à envisager avec aides à domicile ...) et mettre en place les mesures de prise en charge et d'accompagnement en lien avec le médecin traitant ;
- Optimiser la prise en charge à la sortie d'hospitalisation en améliorant l'information et la coordination des différents intervenants choisis par le patient pour son accompagnement à son domicile.

4.1.3. Actions

- Mettre en œuvre différentes expérimentations de coordination à l'échelle d'un territoire de proximité à partir d'un PSLA et d'un autre type de structure, afin de tester différentes organisations ;
- Associer les professionnels de premier recours aux décisions qui pourraient impacter leur exercice professionnel (exemple de l'objectif fixé à 80% pour la chirurgie ambulatoire).

4.2. Réseaux de santé

4.2.1. Contexte

Créés à l'origine pour améliorer la prise en charge de pathologies spécifiques, de populations fragilisées ou en situation de soins complexes, les réseaux ont pour mission : la coordination des professionnels intervenant autour du patient afin de faciliter son parcours de santé, des actions collectives de prévention, la formation pluridisciplinaire des acteurs et l'échange de bonnes pratiques entre eux, la rémunération des professionnels de santé qui réaliseraient des actes et des prises en charge hors du système conventionnel et hors nomenclature.

En région Basse-Normandie, différents réseaux se sont développés dans la prise en charge de maladies chroniques (diabète, asthme, obésité adulte et enfant, soins palliatifs, cancer...), de maladies rares (SEP), de populations spécifiques (gérontologie, périnatalité).

La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé stipule de financer les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations. L'évaluation des réseaux après 3 années de fonctionnement, conformément à l'article D6321-7 du code de la santé publique, permet de constater dans la région, une grande disparité dans les actions menées, le coût de revient par patient, la taille des files actives ainsi qu'une faible adhésion des professionnels de santé notamment des médecins traitants.

Cependant de nombreux acquis des réseaux de santé légitiment la réorganisation proposée par le repositionnement de certains d'entre eux et leur contribution à la coordination des soins : parmi les plans et programmes de santé publique certains s'appuient sur des réseaux de santé spécifiques pour promouvoir la coordination des soins (cancérologie, périnatalité).

Réseaux de santé : bilan de l'existant

NOM	TERRITOIRE D'INTERVENTION	THEMATIQUE
NormanDys	Région	Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages
Périnatalité	Région	Nouveaux nés et grossesses à risque
RSVA	Région	Handicap
ERET	Région	Education thérapeutique du patient (diabète, obésité, insuffisance cardiaque)
RBN SEP	Région	Sclérose en plaque
ONCO Basse-Normandie	Région	Cancérologie
Ressources	Calvados (infra-départemental)	Soins palliatifs
Soigner Ensemble	Calvados (infra-départemental)	Soins palliatifs
Bien Etre et Santé en Baie	Manche	Obésité infantile
DONC	Manche	Obésité infantile

Les réseaux de santé de cancérologie et de périnatalité sont réglementaires et remplissent des missions spécifiques.

Le réseau spécifique sclérose en plaque (RBN SEP) a vocation à poursuivre son activité.

Le réseau de services pour une vie autonome (RSVA) dont l'objectif est de maintenir et restaurer l'autonomie des personnes, quels que soient l'origine et la nature de leur déficience, leur âge ou leur mode de vie, tout en respectant leur projet de vie, a évolué d'une assise départementale vers une assise régionale.

Le réseau NormanDys facilite la prise en charge des enfants, de 0 à 18 ans, présentant des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA ou « Dys »), en Basse-Normandie. Il bénéficiera d'une évaluation externe au second semestre 2012 qui

devrait permettre de mesurer l'atteinte des objectifs fixés à ce réseau, mais aussi de faire l'état des lieux de l'ensemble des structures intervenant dans des domaines proches (CROP, CRTLA, CRA, CESDA) afin d'identifier les complémentarités, les éventuelles redondances, la plus-value apportée par ce réseau, la lisibilité et l'accessibilité tant pour les professionnels de santé que pour les patients de l'ensemble de ces structures.

Certains des réseaux monothématiques tels que les réseaux « obésité et diabète » sont orientés vers une fonction d'éducation thérapeutique afin de compléter par une prise en charge ambulatoire, l'offre hospitalière. (Cf. schéma régional de prévention).

Les deux réseaux gériatologiques sont amenés à se conformer au cahier des charges de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012 : les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) dont les missions sont la coordination des structures existantes sur le territoire et l'accompagnement des cas complexes.

Les réseaux ayant pour mission la coordination des soins de l'obésité infantile sont invités à se mutualiser dans la Manche et à assurer une prestation sur l'ensemble du territoire départemental dans un premier temps, sans exclure une possible évolution régionale.

Les deux réseaux « soins palliatifs » dont le territoire d'action est infra départemental, seront évalués au regard de leur complémentarité avec les autres dispositifs existants, tels que les équipes mobiles de soins palliatifs et les lits de soins palliatifs et sur l'évolution possible vers des réseaux régionaux dans des domaines proches (cancérologie, coordination des soins).

Le réseau régional Douleur est un « réseau » inter hospitalier officialisé en 2000, qui a pour missions principales l'information, la formation, la coordination, l'harmonisation des pratiques, l'animation et l'expertise. Ce réseau développera les liens avec les professionnels de santé libéraux et les services et établissements médico-sociaux. Il pourra développer des synergies, selon des modalités qui restent à définir avec les réseaux régionaux dans des domaines proches (cancérologie, coordination des soins).

La coordination des soins à partir des dispositifs existant et des expérimentations en cours ou à mener : perspective à échéance du PRS

En cohérence avec le guide méthodologique sur l'évolution des réseaux de santé, il semble opportun de développer une fonction de coordination des soins, quel qu'en soit leur nature (maladies chroniques, cancer, soins palliatifs...). Celle-ci est essentielle à la mise en œuvre des parcours de santé.

L'organisation de la coordination en Basse-Normandie, qui devra être consolidée par les expérimentations qui seront menées et la constitution d'un groupe de travail pour les analyser repose sur les principes suivants :

- La coordination des soins relève de la mission du professionnel de santé de premier recours : le médecin traitant ;
- En cas de situation complexe, le médecin traitant peut s'appuyer sur une organisation conçue à l'échelle des territoires.

Territorialisation de la fonction de coordination :

- **Niveau régional** : un niveau d'expertise, de formation, d'échanges de pratiques, d'évaluation, de développement d'outils, d'animation des fonctions locales de coordination.
- **Niveau territoire de proximité** : pour la coordination, c'est le territoire d'action défini en fonction des besoins du médecin traitant et des structures déjà existantes sur ce territoire. Dans ce territoire doit s'organiser la coordination des parcours de santé des patients complexes. L'outil principal de la coordination est le projet personnalisé de santé (PPS) : il traduit les besoins du patient et les interventions des professionnels de santé, du personnel médico-social et social. Ce PPS comprend le plan de soins, le plan d'aide (référentiel HAS), le cas échéant, le plan d'éducation thérapeutique. L'objectif est d'apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient et de favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital et l'ensemble des autres intervenants. Cette fonction de coordination territoriale, multithématique doit être visible et facilement identifiable tant par les patients que par les professionnels intervenants, particulièrement les médecins traitants à qui elle apporte son appui. L'organisation est spécifique à chaque territoire de santé.

4.2.2. Objectifs opérationnels

Niveau régional

- Développer un système d'information communicant et intégré aux champs sanitaire, médico-social et social en lien avec le Dossier Médical Personnel (DMP) ;
- Apporter un soutien/une uniformisation de logistique ;
- Participer à l'évaluation de la coordination des soins de chaque animation territoriale.

Niveau territorial

- Organiser le parcours de santé et prise en charge du patient en situation complexe ;
- Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux) ;
- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Assurer le lien avec le niveau régional et les autres territoires.

Niveau de proximité : les professionnels du champ sanitaire, social, médico-social.

- Améliorer la prise en charge globale du patient.

4.2.3. Actions

- Utiliser le savoir faire des réseaux existants pour une déclinaison régionale de leur expertise ;
- Mettre en place un cadre de contractualisation permettant d'accompagner l'évolution et fixer les modalités d'évaluation.

Niveau régional

- Etablir une liste de l'offre de service de coordination de la région ;
- Développer un système d'information avec les animations territoriales sécurisé et adapté à celui des professionnels en lien avec le GCS télésanté Basse-Normandie ;
- Proposer un outil commun de coordination aux animations territoriales ;
- Faciliter l'échange entre les différentes animations territoriales ;
- Etre un lieu ressource et d'orientation pour les professionnels de la région ;
- Proposer une démarche d'évaluation commune ;
- Accompagner le coordonnateur d'appui.

Niveau territorial

- Identification et inclusion de la population cible avec les professionnels de santé ;
- Préparer le parcours de santé (avec la personne et son entourage) ;
- Elaborer le parcours de santé (co-construction et validation du PPS par le médecin traitant) ;
- Préserver les droits du patient compte tenu de la multiplicité des acteurs (respect de l'usager et du secret professionnel) ;

- Appuyer l'évaluation et la réévaluation (suivi) du patient par les professionnels ;
- Repérer les professionnels sur le territoire et les manques du territoire ;
- Développer des collaborations avec les ressources existantes (sociales/médico-sociales/sanitaires) sur le territoire nécessaires à la prise en charge des pathologies ;
- Sensibiliser les professionnels au fonctionnement en réseau/collaboration ;
- Collaborer aussi avec les ressources locales extérieures au réseau ;
- Renforcer l'interface entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Créer des espaces d'échange et de débats ;
- Décloisonner l'action de l'ensemble des acteurs pour le développement de partenariats (CLIC, MAIA, établissements sociaux, médico-sociaux, de santé) ;
- Faciliter la collaboration entre professionnels hospitaliers et libéraux pour assurer la continuité des soins ;
- Répondre aux situations d'urgence ou très spécifiques ;
- Indiquer au niveau régional les besoins et les difficultés du terrain ;
- Développer des collaborations entre les animations territoriales.

Niveau de proximité

- Repérer les patients en situation complexe parmi ceux qui consultent au cabinet médical ;
- Susciter la collaboration active du patient de manière à préserver au maximum son autonomie de décision ;
- Assurer une mission d'orientation du patient pour l'aider à accéder aux ressources humaines et matérielles auxquelles il peut prétendre ;
- Participer à l'élaboration, à la validation et au suivi du PPS du patient ;
- Communiquer efficacement avec les autres acteurs du champ médical et du champ social.

4.2.4. Indicateurs de suivi

- Nombre d'expériences « coordonnateur de proximité » mises en place, avec ou sans adhésion, demandant un appui au réseau de santé pour l'accompagnement de cas complexes ;
- Nombre de professionnels de santé libéraux, établissements sanitaires, établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenant dans la gestion des cas complexes (maillage autour du réseau), dans le cadre des expérimentations ;
- Nombre de Projet Personnalisé de Santé réalisés pour les cas complexes, dans le cadre des expérimentations.

5. LES OUTILS

5.1. Systèmes d'information

5.1.1. Contexte

Le dossier médical personnel

Un élément majeur de la coordination des membres des PSLA est l'interopérabilité des dossiers ; il n'existe pas à ce jour de dossier partagé en Basse-Normandie dans les PSLA. Il est souligné le trop grand nombre de dossiers actuels, informatisés ou papiers. Le **Dossier Médical Personnel (DMP)** rassemble les informations médicales relatives à un patient nécessaires à la coordination des soins (prescriptions, synthèses médicales, comptes-rendus d'hospitalisation, résultats d'analyse, allergies...). Ce DMP est actuellement expérimenté dans quatre régions avec vocation à être étendu au plan national.

Aujourd'hui, n'importe quel médecin de Basse-Normandie ou d'ailleurs peut ouvrir des DMP. Par contre, aucun établissement bas-normand n'est encore en capacité d'alimenter automatiquement le DMP.

Les systèmes d'information dans les structures de regroupement

L'ASIP Santé a publié une étude sur les systèmes d'information pour les structures de regroupement en présentant deux types de démarches professionnelles auxquels correspondent deux modèles de système d'information :

- [Modèle intégré](#)

Les maisons de santé, les pôles de santé s'inscrivant dans une logique de maisons de santé « hors mur » et les centres de santé polyvalents rassemblent des acteurs de différentes professions de santé qui coordonnent leurs actions au quotidien et produisent des actes dont certains relèvent de nouvelles missions (missions de coordination entre professionnels, de prévention, d'éducation thérapeutique...). Cette coordination s'applique à organiser la prise en charge de chaque patient par différents professionnels autour du médecin traitant dans un souci de qualité et d'efficacité s'apparentant à celui d'une équipe de soins. Elle nécessite la mise en place d'une organisation ajustée aux contraintes de planification et de continuité des soins. Elle répond en cela, aux objectifs formalisés dans le projet de santé. Ces organisations nécessitent le recours à un système d'information intégré dont les fonctionnalités métiers présentes actuellement au sein de logiciels disponibles sur le marché (dossier patient, facturation, DMP compatibilité) sont assemblées pour répondre aux besoins d'organisation des professions de santé.

- [Modèle distribué](#)

Les pôles de santé rassemblant des professionnels de santé et des organisations de type établissements de santé, réseaux de santé et même maisons de santé, définissent une organisation souple adaptée aux actions de chacun de ses membres dans le cadre du parcours de soins. En permettant la mise en œuvre de pratiques et protocoles

adaptés à des situations déterminées selon l'état du patient ou des conditions d'exercice particulières (indisponibilité de certains acteurs, type de pathologie...), les pôles de santé facilitent la collaboration entre acteurs selon les objectifs définis par le projet de santé à l'échelle d'un territoire.

Dans ce modèle, ces organisations peuvent s'appuyer sur les logiciels que chaque acteur a mis en œuvre pour son activité propre sans nécessiter de remise en cause particulière dès lors qu'ils satisfont à la DMP compatibilité, support du partage d'informations médicales.

Le système d'information de ces organisations est donc constitué de l'ensemble des logiciels de chaque acteur sur un modèle distribué. L'accès au DMP depuis ceux-ci le dote des fonctionnalités de partage de données médicales suivant les règles et modalités définies par le dossier médical personnel (DMP).

Les messageries sécurisées

Actuellement en Basse-Normandie, de nombreux médecins, établissements de santé et réseaux de santé y ont recours. Le SROS ambulatoire préconise que tous les professionnels de santé exerçant en ambulatoire se dotent d'une telle fonctionnalité, ainsi que toutes les structures ou professionnels de santé concourant à la prise en charge de patients dans le cadre de leur parcours de soin.

5.1.2. Objectifs opérationnels

- Déployer des solutions simples de systèmes d'information auprès des professionnels de santé de premier recours, en vue d'un déploiement futur du DMP ;
- Garantir l'interopérabilité des différents outils informatiques des différents professionnels de santé.

5.1.3. Actions

- Développer des solutions de messagerie sécurisée ;
- Déployer le dossier médical personnel.

5.1.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de professionnels de santé et établissements de santé utilisant la messagerie sécurisée ;
- Nombre de DMP créés ;
- Nombre de professionnels de santé libéraux qui ouvrent/alimentent des DMP, sous réserve que ces indicateurs soient communiqués sur le long terme.

5.2. Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

5.2.1. Contexte

Les différentes enquêtes menées auprès des étudiants et des internes montrent une méconnaissance des conditions d'exercice en libéral, des aides à l'installation existantes et la difficulté à identifier le bon interlocuteur. Le rapport Hubert publié en 2010 relève ce manque de lisibilité et préconise « *La mise en place d'un point d'entrée unique de l'information et de la coordination des aides, facilement identifiable qui facilitera l'ensemble des démarches des acteurs concernés et permettra un meilleur accompagnement des porteurs de projet.* »

La PAPS telle qu'elle est conçue, doit permettre d'accompagner les professionnels aux moments clés de leurs carrières.

La plate-forme doit permettre une meilleure orientation du professionnel parmi les informations/services proposés par les acteurs locaux et nationaux. A ce titre, la plate-forme est un outil de facilitation, de « mise en réseau » qui doit permettre de rendre l'offre de services mis à disposition des professionnels cohérente, compréhensible et accessible.

5.2.2. Objectifs opérationnels

- Informer les étudiants et les futurs professionnels de santé sur les formations régionales accessibles, les différents modes d'exercice, les aides à l'installation.
- Favoriser les recrutements et les formations des professionnels de santé dans la perspective des évolutions d'activités attendues.

5.2.3. Actions

- Veiller à la gestion et actualisation du portail ;
- Ouvrir le portail à toutes les professions médicales et paramédicales ;
- Mesurer l'intérêt du site et le faire évoluer au travers d'enquêtes en ligne ;
- Offrir une tribune exhaustive et attrayante des offres de services et aides, en direction des professionnels candidats à l'installation ;
- Améliorer l'accès à l'information sur les zones déficitaires, sur les difficultés de remplacement.

5.2.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de visiteurs par jour ;
- Temps moyen passé sur le site ;
- Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé.

5.3. Nouveaux modes de rémunération

5.3.1. Contexte

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans (prorogé jusqu'en 2013 dans le PLFSS de 2011).

Ces modes de rémunération viennent compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer afin de tester dans quelle mesure un mode de rémunération différent permet de garantir une meilleure qualité et efficience de l'exercice de la médecine de premier recours.

Le 1^{er} module « forfait missions coordonnées » consiste à expérimenter un forfait pour l'activité coordonnée, conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Il s'agit de rémunérer le temps passé à la coordination, notamment le temps dédié au management de la structure et aux concertations interprofessionnelles. Il est **cumulable avec le module 2** relatif à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Le 2^{ème} module « éducation thérapeutique du patient » consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville. En effet, en l'absence de financements adaptés, l'offre d'éducation thérapeutique en médecine de ville n'a émergé que de manière parcellaire et majoritairement à l'hôpital.

Les programmes d'éducation thérapeutique visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

Dans cette perspective, et en lien avec la mise en œuvre de ces dispositions, le module 2 expérimente un paiement forfaitaire de ces programmes structurés en médecine de ville.

Le 3^{ème} module « coopération professionnelle » a pour objectif de rechercher la rémunération adéquate des professionnels engagés dans ce type de dispositif.

5.3.2. Objectifs opérationnels

- Permettre l'émergence de modes de rémunération en adéquation avec les nouvelles organisations de prise en charge de la population par les professionnels de santé.

5.3.3. Actions

- Démontrer l'utilité des NMR pour une prise en charge efficiente et de qualité dans l'exercice de la médecine de premier recours.

5.3.4. Indicateurs de suivi

- Nombre d'expérimentations existantes ;
- Evaluations réalisées par l'IRDES.

5.4. Groupes Qualité en Basse-Normandie

5.4.1. Contexte

En juin 2007, à l'instar de l'expérience bretonne, l'URML de Basse-Normandie a engagé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, une action novatrice afin de promouvoir la création de « Groupes Qualité » dans la région. Pour affirmer le partenariat, concrétiser le projet et gérer les ressources financières, l'association **GQBN (Groupes Qualité Basse-Normandie)** a été créée, puis transformée en GQBN-APIMED (GQBN- Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale) en juillet 2011.

Les principes fondateurs des « **Groupes Qualité** » sont : responsabiliser, organiser et valoriser. Un cahier des charges fixe le cadre de l'activité de ces groupes d'analyse des pratiques professionnelles. Ils permettent aux médecins participants de mettre en oeuvre une démarche de réflexion sur leur pratique et la qualité des soins, confronter leur démarche clinique et thérapeutique aux recommandations en vigueur.

La participation des médecins, fondée sur le volontariat, permet la validation de l'EPP et donne lieu à indemnisation.

L'association GQBN encadre actuellement 217 praticiens de médecine générale répartis au sein de 15 groupes : Douvres-la-Délivrande, Granville, L'Aigle, Alençon (2 groupes), Flers, Falaise, Villedieu-les-Poêles, Saint-Lô (2 groupes), Giberville/Colombelles, Caen (2 groupes), Cherbourg/Octeville (2 groupes), Honfleur, Mortagne-au-Perche, Domfront et Valognes.

5.4.2. Objectifs opérationnels

- Développer une démarche réflexive collective de territoire axée sur la qualité des pratiques et des prises en charges par la volonté partagée de l'ARS et de l'URPS ;
- Favoriser l'adhésion des professionnels de santé au développement professionnel continu (DPC) ;
- Rompre l'isolement professionnel.

5.4.3. Actions

- Promouvoir les groupes qualité auprès des différentes professions de santé ;
- Accompagner l'association GQBN-APIMED dans le pilotage et le déploiement des groupes qualité.

5.4.4. Indicateurs de suivi

- Nombre de groupes qualité en fonctionnement ;
- Nombre de médecins ayant validé le DPC.

6. LA BIOLOGIE MÉDICALE

6.1. Domaine stratégique

Activité transversale touchant les différents domaines stratégiques du PSRS.

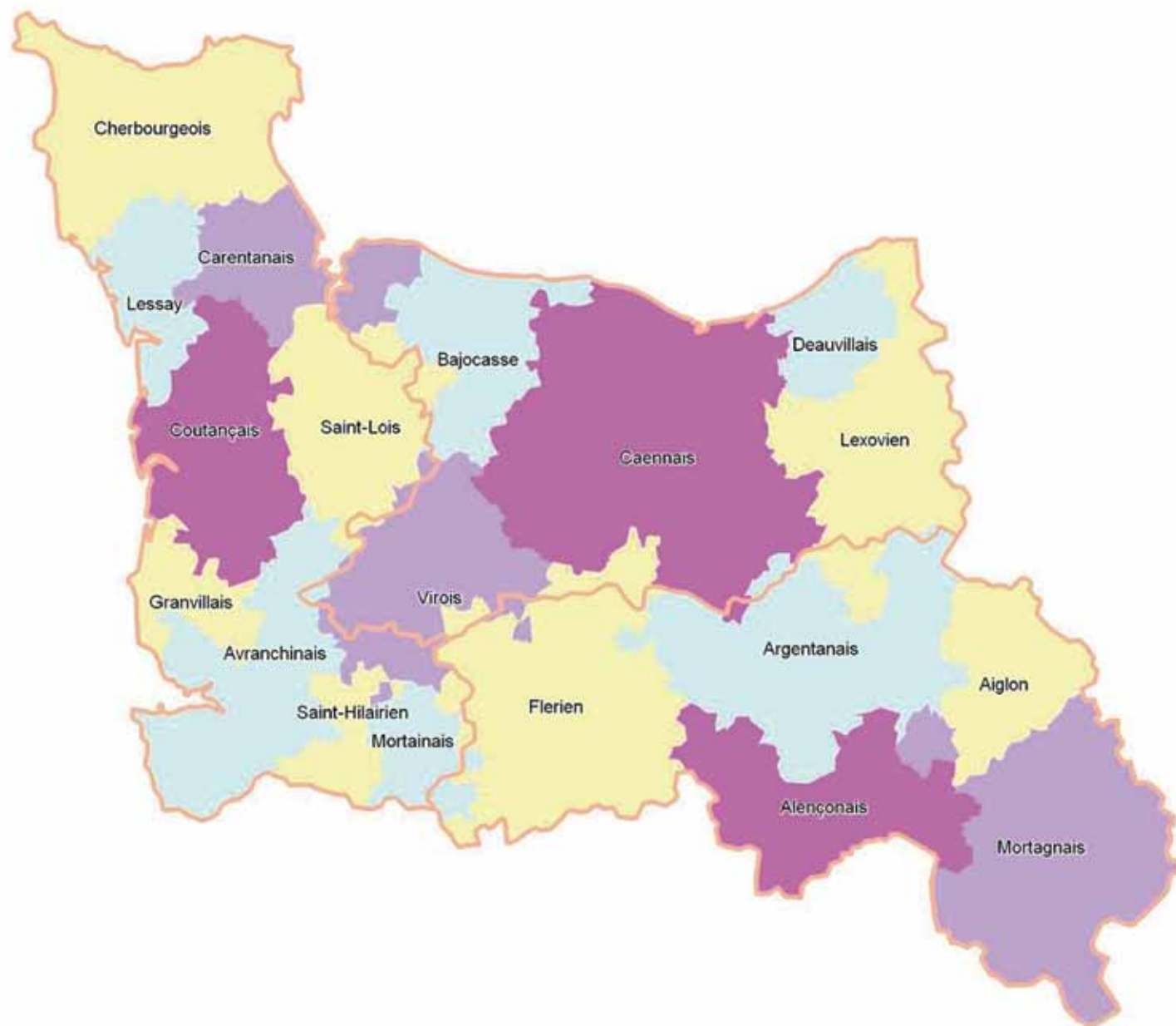
Concernant plus particulièrement la biologie, les priorisations du PRS à retenir sont :

- 1) Favoriser les coopérations entre les établissements de santé et les professionnels de santé ;
- 2) Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé ;
- 3) Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière ;
- 4) Améliorer la connaissance des parcours patient pendant la permanence des soins hospitaliers ;
- 5) Maîtriser et adapter les implantations en lien avec les autorisations dans le cadre du SROS volet hospitalier ;
- 6) Améliorer les pratiques médicales ;
- 7) Améliorer l'efficacité ;
- 8) Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- 9) Développer les coopérations entre acteurs de santé et favoriser l'émergence de communauté de travail sur les territoires, dans le respect de la logique des parcours patient.

Trois objectifs généraux se dégagent pour le SROS-PRS Biologie :

- 1) Favoriser le maillage territorial et régional ;
- 2) Poursuivre et amplifier une politique de qualité et de sécurité ;
- 3) Apprécier et optimiser le coût de la biologie.

Les 19 territoires de vie en Basse-Normandie



6.2. Champ du volet biologie médicale

Le volet biologie médicale porte sur l'ensemble des examens de biologie médicale, à l'exception des examens demandant une compétence spécialisée ou l'utilisation de produits dangereux dont la liste sera fixée réglementairement.

6.3. Contexte

L'article 69 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009 a permis au gouvernement de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

Le rapport, dit « Ballereau », de 2008 a jeté les bases de la réforme actuelle qui intervient 33 ans après la dernière réforme générale de la biologie (loi du 11 juillet 1975) et 20 ans après l'instauration des Sociétés d'Exercice Libéral.

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui entreprend un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale. Elle conjugue la pluralité de l'offre, garantie par une organisation territoriale, avec la pluridisciplinarité et le dialogue entre biologistes et cliniciens. La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. Elle offre des options de coopération différentes et graduées en matière de biologie médicale, soit par la voie de contrat de coopération, soit par la possibilité offerte à un groupement de coopération sanitaire d'exploiter un laboratoire, et permettre ainsi certaines restructurations.

6.4. Enjeux

La réforme de la biologie médicale a pour objectif « *de permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un cadre européen* ».

Cette réforme comprend 2 mesures-phares (les autres mesures sont des conséquences de ces deux mesures) :

- **La médicalisation** : il s'agit de réaffirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins. Cette mesure doit conduire à une meilleure efficacité de la spécialité et une meilleure efficience des dépenses. La conséquence principale de cette reconnaissance de la médicalisation du métier de biologiste médical est d'intégrer ce dernier dans un dialogue avec le clinicien sur les éléments suivants : les examens à réaliser en fonction des éléments cliniques, avec la possibilité d'ajout et de retrait par celui-ci et l'interprétation du résultat. Cette reconnaissance se traduit par la création d'une responsabilité pour le biologiste médical qui interprète à présent systématiquement l'ensemble des résultats des examens qu'il réalise.

- **L'accréditation** : la réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des exigences de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Ainsi est-on passé du Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale (GBEA) à l'accréditation. Elle est délivrée par un organisme national d'accréditation sur demande du Laboratoire de Biologie Médicale (LBM). Un règlement européen impose d'avoir au plus un organisme par pays afin d'éviter une concurrence commerciale avec une baisse des exigences de qualité. En France, cet organisme est le Comité français d'accréditation (Cofrac). L'accréditation complète du LBM devra être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016. La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par arrêté ministériel, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. Elle porte non seulement sur la phase analytique mais également sur les phases pré-analytiques (prélèvement et transport jusqu'au lieu de l'analyse) et post-analytiques.

- **La conséquence de ces deux mesures-phares** : la réorganisation au sein des LBM et la réorganisation territoriale des LBM entre eux.

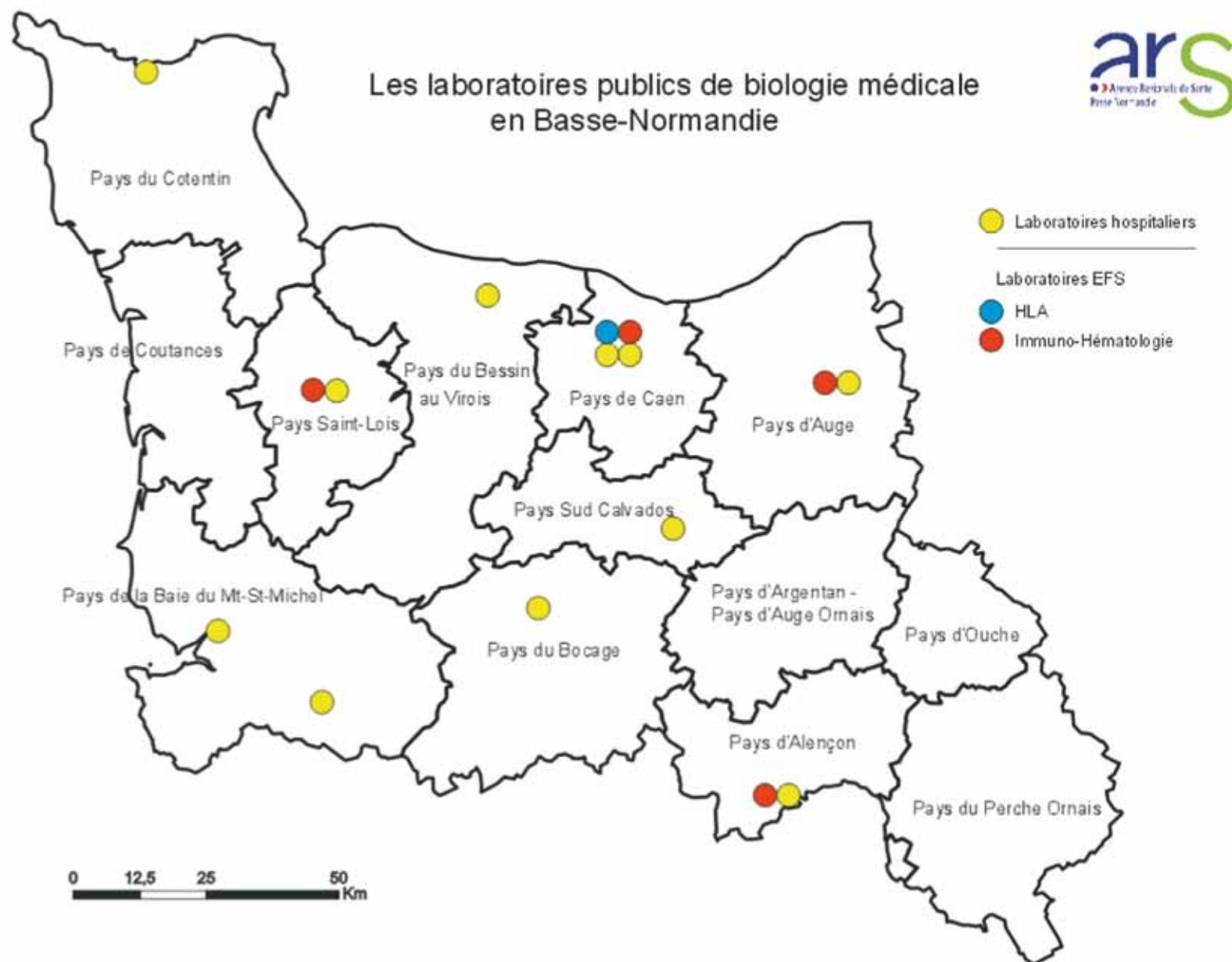
6.5. Etat des lieux

6.5.1. Organisation de la biologie dans la région

Implantation des laboratoires en Basse-Normandie

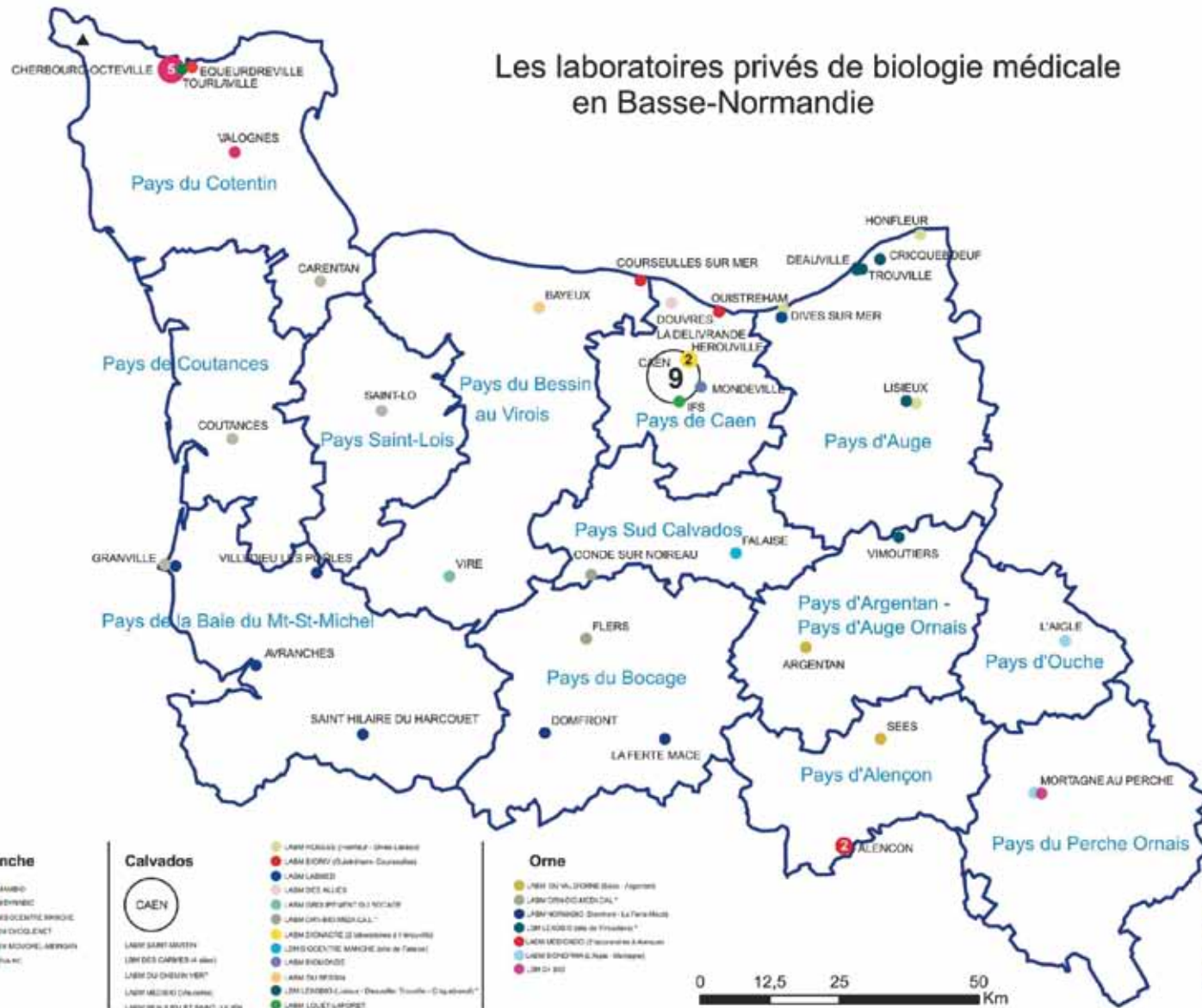
Le tableau ci-dessous prend en compte le nombre de sites géographiques d'implantation, notamment l'EFS compte deux laboratoires sur un seul site à Caen.

Nombre de sites	CALVADOS	MANCHE	ORNE	TOTAL
LBM privés	28	16	10	54
LBM des établissements de santé	5	5	2	12
LBM CHU	2			2
LBM EFS	1	1	1	3
TOTAL	36	12	13	71



Implantation des laboratoires privés au 31 décembre 2010

Les sites et laboratoires exploités par une même société figurent sous une même couleur.



Les laboratoires privés de biologie médicale en Basse-Normandie

The map illustrates the geographical distribution of private medical biology laboratories across Basse-Normandie. The region is outlined in blue, and major roads are shown in orange. Blue circles of varying sizes represent the catchment areas of individual laboratories. The density of these circles is highest around Caen, indicating a high concentration of laboratories in the central part of the region. Other notable clusters are seen around Lisieux and Alençon. The map also includes a scale bar from 0 to 50 km and a north arrow.

Calvados

- LABO ROSE (Joussé - Orléans)
- LABO BORY (Caudebec - Caudebec)
- LABO LABRET
- LABO DES ALLIES
- LABO GROUPEMENT DU SOGAGE
- LABO ORN-BIO-MED-CAL *
- LABO BIOMANCHE (2 laboratoires à Hénouville)
- LABO BIOMANCHE MARCHE (sur de Falaise)
- LABO BIOMANCHE
- LABO DU BORD
- LABO LEXEND (Lisieux - Lisieux - Lisieux - Lisieux)
- LABO MAULOU ET SAINT-AUBIN

Orne

- LABO DU VAL D'ORNE (Basse - Argentan)
- LABO ORN-BIO-MED-CAL *
- LABO BIOMANCHE (Caudebec - La Ferté-Macé)
- LABO LEXEND (sur de Lisieux)
- LABO MEDICOM (2 laboratoires à Hénouville)
- LABO BIOMANCHE (Lisieux - Lisieux)
- LABO DU BORD

Scale: 0 12,5 25 50 Km

ARS
Agence Régionale de Santé
Basse-Normandie

6.5.2. Effectif des professionnels de la biologie en Basse-Normandie

Effectif des biologistes médicaux

Nombre de professionnels en ETP	Calvados	Manche	Orne	Total
Médecins secteur privé *	10	7	3	20
Médecins hospitaliers	41	6	2	49
Pharmaciens secteur privé	38	22	17	77
Pharmaciens hospitaliers	35	8	4	47
TOTAL	124	43	29	193

*Les effectifs des EFS sont comptabilisés dans le secteur privé

Effectif des techniciens et infirmiers

Nombre de professionnels en ETP	Calvados	Manche	Orne	Total région
Techniciens secteur privé *	149	93	76	318
Techniciens secteur hospitalier	217	105	43	365
TOTAL TECHNICIENS	366	198	119	683
Infirmiers secteur privé	38	22	17	77

*Les effectifs des EFS sont comptabilisés dans le secteur privé

6.5.3. L'offre en examens de biologie médicale

Cette capacité a été examinée quantitativement à partir des éléments déclarés par les laboratoires.

Elle est exprimée en nombre de « B » pour l'activité réalisée en 2010. En effet, tous les laboratoires n'ont pu répondre en nombre d'examens comme le prévoit l'ordonnance, notamment en raison de l'inaptitude de certains logiciels.

Nombre de B	Calvados	Manche	Orne	Total	% de l'offre
LBM privés*	166 385 799	113 512 325	76 570 771	356 468 895	55%
LBM des Ets de santé	51 753 330	73 749 593	27 535 693	153 038 616	24%
LBM EFS	9 457 254	1 077 675	802 560	11 337 489	1%
LBM CHU	128 678 875			128 678 875	20%
TOTAL	356 275 258	188 339 593	104 909 024	649 523 875	100
Seuil de 25%	89 068 814	47 084 898	26 227 256		

* L'activité du laboratoire AREVA est comptabilisée avec les laboratoires privés de la Manche

En l'absence de renseignement en nombre d'examens, les données en nombre de B permettent d'évaluer les besoins de la population en offre de biologie et d'établir les seuils de 25% définis aux articles L.6222-2 et L6222-3.

Quatre types d'examens biologiques permettent de distinguer plusieurs **niveaux** :

- **Niveau 1** : Les examens de première intention et automatisés
Ces examens sont les plus nombreux et réalisés dans tous les laboratoires de la région. Ce segment d'activité est, par définition, très concurrentiel et valorisé.
- **Niveau 2** : Les examens de première intention nécessitant un avis ou des conseils
- **Niveau 3** : Les examens spécialisés
Les examens spécialisés, de plus en plus nombreux, complexes et coûteux, sont de façon paradoxale un segment concurrentiel avec du moins un certain type de secteur privé (Pasteur Cerba, Biomnis), dont la logistique permet une collecte d'un volume suffisant pour le développement de ces activités. Le CHU reste cependant attractif, en raison de sa compétence et de son savoir-faire, mais souffre d'une logistique et d'une organisation insuffisante (collecte des prélèvements, délais du rendu des résultats, système de facturation).
- **Niveau réglementaire 3 bis** : Les examens devant être réalisés dans un cadre réglementaire (agrément nominatif) ou devant être organisés pour permettre aux cliniciens de continuer à exercer leurs activités (accès à la TCBN).
Le niveau de référence régionale offre des prestations spécialisées ainsi que des activités de recherche et de formation. Ce niveau assure également la prise en charge des actes de biologie nécessitant une expertise et une compétence spécifique dans un cadre réglementaire avec des agréments nominatifs de professionnels.

6.6. Consensus des professionnels

Concernant les objectifs généraux du SROS Biologie :

- Favoriser les rapprochements régionaux ;
- Poursuivre et amplifier une politique de qualité et de sécurité ;
- Optimiser le coût de la biologie ;
- Favoriser la position du CHU comme laboratoire de recours régional pour la biologie spécialisée et hospitalo-universitaire et éviter la fuite extrarégionale.

Concernant les constats en matière de logistique :

- Absence de coopérations formalisées (contrats, conventions...) entre laboratoires de la région ;

- Multiples flux d'acheminement de prélèvements intra et extrarégionaux observés, avec des modes de transports très diversifiés ;
- Pas de maillage régional vers le CHU pour assurer la prise en charge de la biologie spécialisée ;
- Nécessaire mise à niveau de la logistique régionale pour une offre compétitive face à l'offre logistique et informatique des grands laboratoires spécialisés privés nationaux (ex : Cerba, Biomnis) ;
- Hétérogénéité des systèmes d'information ne permettant pas les échanges de données sécurisés.

6.7. Objectifs opérationnels

6.7.1. Améliorer la qualité et la sécurité des soins : Accréditation, qualité

Principe de qualité/sécurité de l'offre

La biologie est une discipline technique qui nécessite des compétences très spécialisées ; la qualité et la sécurité des soins reposent sur le respect des conditions techniques de fonctionnement réglementaires et des recommandations des sociétés savantes (personnel, équipement, environnement technique, volume d'activité, formation et compétence des biologistes médecins et pharmaciens).

La démographie des professionnels (effectif des médecins et pharmaciens biologistes, pyramide des âges et inégale répartition dans les territoires de santé) et la nécessité de la permanence de l'offre conduisent à privilégier l'existant en concentrant les activités de biologie sur les centres actuellement autorisés, de façon à ce que chaque structure puisse exercer ces activités dans de bonnes conditions, avec un volume d'activité et une organisation garantissant la qualité, la sécurité et la permanence des soins.

Ces activités sont particulièrement concernées par ces exigences qualitatives et il faudra s'assurer du respect par les structures autorisées en Biologie des conditions réglementaires et des recommandations de bonne pratique, avec adéquation de la biologie par rapport aux guides de bonne pratique.

Il est demandé d'accompagner la mise en œuvre de la réforme dans ses objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.

Moyens proposés : Élaborer des référentiels régionaux, partager les expériences sur la mise en place de la démarche qualité...

Calendrier :

- Accréditation partielle ou Cycle Bio Qualité : 2013
- Accréditation totale de 100 % des examens : 2016

Enjeux de l'accréditation

- > Mettre en valeur la compétence ;
- > Améliorer le fonctionnement interne ;
- > Mobiliser l'équipe autour du projet ;
- > Obtenir une reconnaissance :
 - de la qualité ;
 - du savoir-faire :
 - PHRC ;
 - appels d'offre d'établissements extérieurs ;
- > Système de management de la qualité ;
- > Ressources et exigences techniques ;
- > Rédaction d'un référentiel décrivant les conditions d'acceptation d'un échantillon biologique :
 - Durée de conservation des analyses après le prélèvement jusqu'à leur dosage :
 - Modalités de transport : température, luminosité ;
 - Durée maximale au-delà de laquelle le dosage ne pourra pas être réalisé en étant conforme à nos exigences ;
 - Document qui, s'il est généralisé, pourrait devenir opposable :
 - Déclaration uniforme des non-conformités selon ce référentiel ;
 - Amélioration des conditions d'acheminement ;
 - Simplification des relations LBM/préleveurs ;
- > Rédaction par des biologistes de documents d'aide à la prescription :
 - Examens de première ligne :
 - Hémogramme - Formule leucocytaire ;
 - Bilan hépatique ;
 - Examens coûteux :
 - Marqueurs cardiaques ;
 - Bilan hormonaux ;
 - Marqueurs tumoraux ;
- > Veille documentaire et diffusion des recommandations publiées par les sociétés savantes :
 - GEHT - Bilan de thrombophilie.

6.7.2. Améliorer l'accès aux soins

Principe d'accessibilité du dispositif

Pour répondre aux besoins de la population, l'offre d'actes de biologie est structurée sur trois niveaux (cf. supra) résumé en : biologie de routine, biologie spécialisée et biologie agréée, qui devra être présente dans les trois territoires bas-normands.

- Cette priorité passe par l'utilisation des compétences présentes au sein de la région (éviter les « fuites » d'examens), la garantie de la réponse à l'urgence en organisant la permanence des soins et en proposant des coopérations public privé...

6.7.3. Améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge

Principe de continuité et de cohérence de prise en charge

Il repose sur l'organisation d'un maillage du territoire en biologie.

L'organisation territoriale de la biologie doit être structurée autour des trois niveaux de la prise en charge avec la mise en place de conventions (pour garantir la continuité de l'offre, pallier aux pannes...) entre les différents partenaires.

- Des conventions devront être passées entre les établissements de santé de proximité niveaux 1 et 2, les établissements de recours niveau 3 et le niveau réglementaire afin de créer une réelle filière de prise en charge.

6.7.4. Améliorer l'efficience

Principe de taille critique et d'optimisation

- La non dispersion des laboratoires est une garantie pour en assurer la pérennité et la stabilité (en biologistes notamment) et l'assurance d'une activité et de ressources humaines optimisées.

Principe d'adéquation/adaptation de l'offre aux besoins

Les besoins en implantations de LBM sont actuellement couverts sur tous les territoires de santé. Les évolutions prévisibles du nombre de sites ouverts au public doivent toujours permettre un accès aisé de la population en termes de délai d'accessibilité.

- Il n'apparaît pas de besoins majeurs d'implantation supplémentaire de laboratoires ou de site de biologie médicale en région Basse-Normandie ni la nécessité de prévoir de dérogations à la règle d'implantation territoriale des LBM sur plus de trois territoires infra régionaux limitrophes.

Par contre, par rapport à la situation existante, il est nécessaire :

1/ d'améliorer la prise en charge de l'urgence biologique

Des recommandations doivent être rappelées pour améliorer la prise en charge de l'urgence biologique :

- Elaborer une liste d'examens urgents (urgence médicale et non technique) avec mise en place de protocoles de fonctionnement entre les établissements des différents niveaux ;
- Ces techniques doivent être mises en œuvre à partir de protocoles prenant en compte la localisation et la distance du centre. Il faudra définir les différents types d'examens biologiques et les mettre en adéquation par rapport aux plateaux techniques existants, en Basse-Normandie (urgences, permanence des soins ;
- Les établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité de biologie doivent organiser la permanence de cette activité 24h sur 24 et 365 jours sur 365. L'accès direct au plateau technique doit être organisé en lien avec le service des urgences.

2/ et de définir le périmètre de compétence de la biologie spécialisée en Basse-Normandie

- Privilégier le transfert des prélèvements vers le centre spécialisé : affirmer la nécessité de favoriser le transport des tubes et non celui des patients, « lever le paradoxe de la biologie ».

6.8. Propositions/Actions

- La mise en place d'un catalogue des analyses réalisées au niveau régional : selon les niveaux
- Un positionnement du CHU face aux attentes des laboratoires
 - Un contrat de coopération ;
 - Une logistique de transport (1 collecte /jour) ;
 - Des délais de rendu des résultats garantis ;
 - Un retour des résultats dématérialisé dans le dossier biologique ;
 - Une facturation adaptée aux différents partenaires publics et privés.

- La mise en place de contrats de coopération

Art. L.6212-6 CSP :

Le contrat de coopération est signé entre des laboratoires qui mutualisent des moyens pour la réalisation d'examens de biologie médicale déterminés. Il rapproche des acteurs situés dans un certain cadre territorial induisant une proximité géographique.

Avec un périmètre à définir selon le besoin :

- Collecte des prélèvements ;
- Prise en charge des prélèvements et réalisation des examens biologiques ;

- Retour dématérialisé des résultats biologiques ;
- Suppléance en cas de panne d'automate ;
- Collaborations médicales ;
- Formation des professionnels (formation médicale continue, formation des techniciens...) ;
- Tarif, engagement de volume d'activité ;
- Autre (Biologie délocalisée...).

- La mise en place de systèmes d'information permettant les échanges entre établissements

Les principes, les objectifs régionaux en lien avec le développement de la télé médecine en Basse-Normandie :

- Traçabilité des processus (de la prescription au rendu des résultats) ;
- Consultation à distance des résultats ;
- Intégration des résultats dans les dossiers biologiques informatisés ;
- Le SIL (télé biologie, télé expertise) au service de la permanence des soins ;
- E-learning (formation continue médicale) ;
- Inscrire la biologie de Basse-Normandie dans le programme national « Hôpital numérique ».

- L'organisation de l'acheminement des prélèvements

- En référence à des solutions industrielles reconnues ;
- Respect des exigences normatives ;
- Solution préconisée : 1 collecte/jour pour la biologie spécialisée.

Organisation et circuit des prélèvements : amélioration à proposer en mutualisant les moyens de transport ou autres outils (faire un bilan des moyens mis en œuvre actuellement : transports, outils informatiques...).

Organisation logistique selon un maillage cohérent pour :

- La prise en charge des patients : critères qualité/délais ;
- Favoriser les rapprochements entre établissements de santé : mutualiser pour optimiser les moyens entre établissements partenaires, rationaliser l'offre de biologie médicale au sein d'un même territoire ;
- Favoriser la continuité des prises en charge par des suppléances inter-laboratoires ;
- Valoriser le(s) laboratoire(s) de recours régionaux et éviter la fuite extra-régionale.

- La mise en place d'un groupe de suivi du SROS : Prévoir la création et le fonctionnement d'un Comité Technique Régional de Biologie (CTRB) pour prolonger la concertation amorcée pour l'élaboration du SROS-PRS

Les missions du CTRB sont à définir dans les domaines :

- Renforcement de la logistique de transport des échantillons ;
- Renforcement des actions de formation et d'information ;
- Actualisation et mise à disposition d'un annuaire régional de la biologie hospitalière ;
- Mise en place de RCB (Réunion de Concertation Biologique) et promotion des échanges de données clinico-biologiques entre professionnels de santé.

Le CTRB est responsable du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des orientations et des recommandations du SROS-PRS volet « Biologie médicale », avec un point d'étape annuel.

Les études à lancer

- Etat des lieux des ressources de transport actuellement utilisées ;
 - Mesure des activités spécialisées actuellement transmises à l'extérieur de la région et susceptibles d'être regroupées vers le CHU ;
 - Harmonisation des modèles de facturation publics et privés et de la facturation des actes hors nomenclature : lecture partagée de la **Circulaire n° DHOS/F4/2009/387** du 23 décembre 2009, relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (BHN et PHN).
- Organiser la formation des biologistes et des TEL (techniciens) en partenariat avec les structures existantes

Et les inciter à participer **aux actions de formation organisées en région.**

Il existe très peu de structures de formation agréées au niveau national et, à fortiori, au niveau régional. Quelques initiatives personnelles d'enseignement existent mais sans agrément.

Il faut souligner le rôle primordial du Centre Hospitalier Universitaire de Caen dans ce domaine et la participation des autres praticiens de la région en fonction de leur compétence.

Synthèses des actions

1. Création du catalogue d'analyses par niveaux ;
2. Amélioration du fonctionnement de la Biologie au CHU de Caen : contrat de coopération, collecte des prélèvements, délais de rendu des examens...
3. Nombre de contrats de coopération ;
4. Mise en place du système d'information : établissements reliés...
5. Organisation des transports des prélèvements ;
6. Création du Conseil Technique Régional de Biologie ;
7. Organisation de la formation : évolution du nombre de biologistes et professionnels de santé participant à des formations régionales.

6.9. Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de regroupements de laboratoires de biologie médicale ;
- Nombre de laboratoires de biologie médicale privés ou publics avec preuve d'entrée dans l'accréditation antérieure au 1^{er} novembre 2013 ;
- Evolution annuelle du nombre de sites ouverts au public par territoire de santé ;
- Evolution du nombre total d'examens prélevés par territoire de santé ;
- Nombre de dérogations.

**ARRETE FIXANT LES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE
MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX, DES
MAISONS DE SANTE, DES POLES DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE PREVUES A L'ARTICLE
L 1434-7 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE**

ANNEXE 1 :

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE-NORMANDIE

VU le code de la santé publique, notamment les articles L.1434-7 et L.1434-3 ;

VU la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment l'article 158, IV ;

VU la Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment l'article 4,II ;

VU le décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;

VU l'arrêté du 20 décembre 2008 relatif aux critères de classification de zones des infirmiers libéraux ;

VU l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;

VU l'arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux ;

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

VU les avis, recueillis conformément aux dispositions de l'article L 1434-3 susvisé, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'Etat dans la région de Basse-Normandie ;

ARRETE

ARTICLE 1ER :

Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux excepté les infirmiers libéraux, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, déterminées en application de l'article 2 de l'arrêté du 21 décembre 2011 sont précisées en annexe 1 du présent arrêté.

ARTICLE 2 :

Les zones de mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des infirmiers libéraux déterminées conformément aux critères de classification définis à l'article 4 de l'arrêté du 21 décembre 2011 figurent à l'annexe 2 du présent arrêté. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 26 mai 2012.

ARTICLE 3 :

Le Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Basse-Normandie.

Fait à Caen, le 26 mai 2012

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé
de Basse-Normandie

Pierre-Jean LANCERY



ANNEXE 2 :



**ARRETE FIXANT LES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER
UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
LIBERAUX**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE-NORMANDIE,

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 1434-3 et L.1434-7 ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment l'article 158, IV ;

VU la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment l'article 4, II ;

VU l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique et modifié par l'arrêté du 12 juin 2012 ;

VU l'arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des masseurs-kinésithérapeutes, comme définies à l'annexe 5 de l'arrêté du 10 janvier 2012, figurent en annexe du présent arrêté. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 15 juillet 2012.

ARTICLE 2 : le Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Basse-Normandie.

Fait à Caen, le 10 juillet 2012

Pierre-Jean LANCERY

Directeur Général

ANNEXE 3 :



ARRETE MODIFICATIF N°1 FIXANT LES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SAGES-FEMMES LIBERALES

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE-NORMANDIE,

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 1434-3 et L.1434-7 ;

VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment l'article 158, IV ;

VU la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juill et 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment l'article 4, II ;

VU l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique et modifié par l'arrêté du 12 juin 2012 ;

VU l'arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales ;

VU l'arrêté du 10 juillet 2012 fixant les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales ;

VU l'arrêté du 31 juillet 2012 portant modification de l'arrêté du 10 juillet 2012 fixant les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des sages-femmes, comme définies par la méthodologie de classification des zones relatives aux sages-femmes libérales de l'arrêté du 12 mars 2012, figurent en annexe du présent arrêté. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 16 septembre 2012.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté annule et remplace les arrêtés du 10 juillet 2012 et du 31 juillet 2012 fixant les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales.

ARTICLE 3 : le Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Basse-Normandie.

Fait à Caen, le 21 août 2012

Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé de Basse-Normandie

Pierre-Jean LANCRY

ANNEXE 4 :



ARRETE FIXANT LES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ORTHOPHONISTES LIBERAUX

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE-NORMANDIE,

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 1434-3 et L.1434-7 ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment l'article 158, IV ;

VU la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment l'article 4, II ;

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

VU l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des orthophonistes libéraux ;

VU l'arrêté du 12 juin 2012 portant modification de l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des orthophonistes, comme définies à l'article 1 de l'arrêté du 12 juin 2012, figurent en annexe du présent arrêté. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 6 novembre 2012.

ARTICLE 2 : le Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Basse-Normandie.

Fait à Caen, le 24 /08/2012

Pierre-Jean LANCERY

Directeur Général

VOLET HOSPITALIER

Sommaire

1. VOLET DÉMOGRAPHIE ET FORMATION MÉDICALE	3
2. VOLET MÉDECINE ET HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD).....	4
3. VOLET ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDO-VASCULAIRE EN CARDIOLOGIE	10
4. VOLET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)	13
5. VOLET CANCÉROLOGIE	19
6. VOLET PÉRINATALITÉ	27
7. VOLET PÉDIATRIE.....	35
8. VOLET CHIRURGIE	40
9. VOLET SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR).....	45
10. FILIÈRE GÉRIATRIQUE DONT VOLET SOINS DE LONGUE DURÉE.....	51
11. VOLET PSYCHIATRIE	57
12. VOLET ADDICTOLOGIE.....	68
13. VOLET SOINS AUX DÉTENUS	74
14. VOLET RÉANIMATION ADULTE ET PÉDIATRIQUE	80
15. VOLET SOINS NON PROGRAMMÉS-URGENCES.....	85
16. VOLET IMAGERIE MÉDICALE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE	93
17. VOLET DOULEUR.....	98
18. VOLET SOINS PALLIATIFS.....	106
19. VOLET EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES	111
20. VOLET CULTURE-SANTÉ	115
21. VOLET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC.....	118

1. VOLET DÉMOGRAPHIE ET FORMATION MÉDICALE

CONTEXTE ET ENJEUX

- La Basse-Normandie étant confrontée au vieillissement de sa population médicale et dans certaines spécialités à un non renouvellement des médecins cessant leur activité, l'ARS a naturellement placé la démographie médicale parmi ses priorités.
- En lien avec ses partenaires, l'ARS est engagée dans plusieurs dispositifs dont la finalité est de former en région le nombre de médecins nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population et de promouvoir l'installation de ces professionnels dans la région.

Dispositifs spécifiques à la Basse-Normandie

→ Pour faciliter la découverte de l'exercice de la médecine générale et inciter les jeunes à s'installer ultérieurement en médecine générale dans des zones déficitaires, l'ARS et le Conseil Régional de Basse Normandie financent à part égale un dispositif d'indemnisation des stages ambulatoires (déplacement et/ou logement) effectués dans les zones d'implantations des PSLA ou dans les communes visées par le zonage pluri professionnel. Les aides financières concernent d'une part les étudiants en 2^e cycle des études médicales, avant leur choix de spécialité, l'objectif étant de leur faire découvrir un exercice médical qu'ils ne connaissent pas et d'autre part les étudiants de 3^e cycle qui se destinent à la médecine générale, l'objectif étant de leur faire découvrir l'exercice libéral au sein des PSLA ou dans des cabinets installés en zone déficitaire.

Pour renforcer l'enseignement en médecine générale, une convention de partenariat entre le Conseil Régional, l'Université, l'URML et l'ARS permet de financer dans un cadre expérimental la création d'un poste de chef de clinique dans cette spécialité. Le statut de chef de clinique en médecine générale en associant l'exercice de la médecine et une fonction universitaire d'enseignement et de recherche, a pour objet en augmentant le nombre d'enseignants, de valoriser la profession de médecin généraliste auprès des étudiants, de rendre plus attractive la filière de médecine générale et de contribuer à former davantage de médecins libéraux à la maîtrise de stage.

Deuxième et troisième cycle des études médicales

→ L'ARS est impliquée dans le dispositif du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), contrat par lequel un étudiant en 2^e ou 3^e cycle des études médicales s'engage, en contrepartie d'une allocation mensuelle, à exercer dans les zones identifiées prioritaires (zonage pluriprofessionnel) pour une durée équivalente à celle pendant laquelle il a reçu l'allocation.

Concernant le nombre de médecins à former, chaque année un arrêté ministériel définit le nombre d'internes nommés en région par spécialité, arrêté établi sur la base des travaux des comités régionaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), comité composé du directeur de l'UFR de médecine, de représentants des Ordres, des URPS, des internes et de l'ARS. Le nombre de postes sollicités au niveau national prend en compte les besoins identifiés en région pour répondre aux difficultés démographiques. Cette démarche doit cependant se faire en lien avec les capacités de formation des lieux de stage pour que la formation délivrée soit de qualité. La réforme du 3^e cycle des études médicales en 2010 a créé dans ce cadre plusieurs commissions successives destinées à améliorer l'adéquation entre les besoins en formation et les offres de terrain de stage.

Post-internat

→ La Basse-Normandie ne dispose que de 65 postes de chefs de cliniques (dont un seul en médecine générale) pour un nombre d'internes en augmentation constante avec de plus en plus de jeunes professionnels inscrits dans des formations complémentaires sous forme de DESC (formation nécessitant une année complémentaire après l'internat).

Pour pallier au manque de postes qui amène de nombreux jeunes à quitter la région, une politique volontariste a été mise en œuvre dès 2002 avec le statut d'assistant spécialiste régional (ASR). Ce statut permet aux jeunes médecins dans le cadre de fonctions de plein exercice, à la fois de poursuivre leur formation et de sénioriser des services dans les Centres Hospitaliers périphériques. L'objectif est au terme du post internat de garder ces jeunes médecins en région. Les postes d'ASR sont financés à 70% par l'ARS dans le cadre de l'enveloppe d'Aide à la Contractualisation. Depuis trois ans sont financés 33 postes chaque année. L'évaluation du devenir des ASR a montré que 67% d'entre eux s'installaient dans la région. En 2009 ce dispositif a été complété par un dispositif national avec les postes d'Assistants CHU à temps partagé permettant d'ouvrir 12 postes supplémentaires chaque année financés à ce jour à 100% l'enveloppe d'Aide à la Contractualisation. Du fait du statut des ASR existant en région, les postes d'Assistants CHU à temps partagé dits assistants « Bachelot » ont été positionnés sur des postes d'hyper-spécialistes destinés à devenir les référents régionaux d'une maladie ou d'une technique spécifique.

Les perspectives concernent notamment les postes d'Assistants Spécialistes (Bachelot ou ASR) pour lesquels il apparaît nécessaire d'afficher clairement les priorités de la politique régionale en lien avec les perspectives démographiques à court terme des établissements afin de susciter, dans les spécialités concernées et en vue d'une installation en région, une lisibilité des emplois suffisamment précoce afin que les jeunes médecins concernés s'installent en région.

2. VOLET MÉDECINE ET HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

CONTEXTE ET ENJEUX

- Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques sont une priorité dans notre région : surmortalité par cardiopathie ischémique en Basse-Normandie (ICM 119,5 base 100 pour le niveau France entière), le taux de ré-hospitalisations d'insuffisants cardiaques est de 43 % en 2010, la prévalence de l'obésité chez l'adulte (étude OBEPI) est plus élevée qu'en France (16,3% contre 14,5%, soit 200 000 adultes) ;
- Une grande diversité de disciplines médicales au sein de l'activité de médecine. 4 domaines concentrent pourtant plus de la moitié de l'activité (exprimée en journées d'hospitalisation) : cardiologie (14%), pneumologie (17%), digestif (12%) et système nerveux (12%) ;
- Des durées de séjours perfectibles dans de nombreux établissements et certaines spécialités ;
- A peine 10% des capacités d'hospitalisation en mode hospitalisation de jour ;
- Une nécessité d'améliorer la fluidité du parcours du patient au sein des filières de soins, en particulier en amont et en aval des hospitalisations, notamment pour les pathologies comme l'AVC, le syndrome coronarien aigu et l'obésité sévère ;
- Des exigences de qualité importantes et une démographie médicale régionale, globalement déficitaire et très inégalement répartie, incitent à promouvoir les regroupements et coopérations.

La démographie des professionnels de santé

La démographie médicale en médecine et notamment dans les spécialités cardiologie, endocrinologie, neurologie est préoccupante avec une répartition territoriale inégale.

Si le Calvados est relativement épargné, l'Orne en revanche souffre d'un déficit touchant la quasi-totalité des spécialités.

Effectif	Calvados	Manche	Orne	Total
Cardiologie	74	35	13	122
Endocrinologie	15	6	3	24
Neurologie	26	11	1	38
Pneumologie	35	19	11	65

Niveau de proximité

→ La médecine de ville comportant la médecine générale et de spécialité, le premier niveau d'hospitalisation

Le niveau de proximité prend en charge les patients en dehors des complications nécessitant un recours à un niveau plus élevé. Il s'appuie sur un plateau technique adapté à ses missions et utilise les compétences de l'établissement de recours de son territoire. Il participe aux réseaux de soins

Niveaux intermédiaires

→ Les services de médecine spécialisés, les services de médecine à orientation au sein desquels exercent plusieurs spécialistes

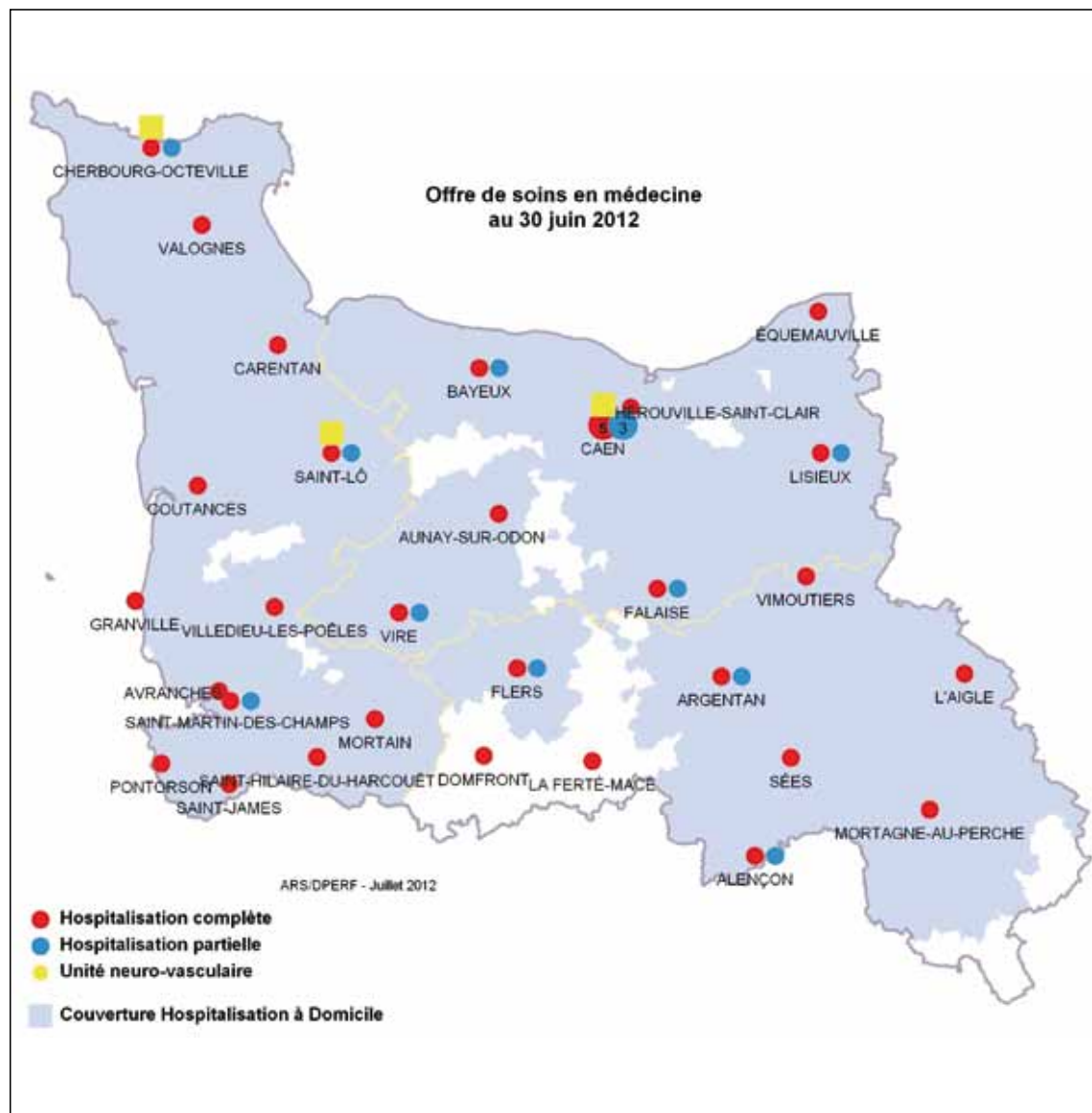
Le niveau de recours répond à la très grande majorité des besoins d'hospitalisations et de consultations externes, participe aux réseaux de soins, déporte également des consultations spécialisées dans des établissements de proximité, si ses effectifs le permettent. Il constitue le niveau de premier recours pour les établissements de proximité, dans la limite de ses compétences

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

→ Le niveau régional se définit par rapport à un plateau technique hautement spécialisé accessible à l'ensemble des patients concernés de la région. A ce niveau, se situe par exemple la cardiologie interventionnelle

Le niveau régional assure la totalité de la prise en charge quelle que soit la pathologie concernée, déporte des consultations spécialisées dans les autres établissements selon les possibilités, est au centre de l'articulation des réseaux et diverses coopérations selon les thématiques, impulse les référentiels et assure certaines formations

Cartographie de l'offre existante en médecine au 30 juin 2012



MEDECINE : Hospitalisation à temps complet

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	12	12	0
Manche	13	12	-1
Orne	9	9	0
Région	34	33	-1

MEDECINE : Hospitalisation à Temps Partiel

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	7	10	+3
Manche	3	5	+2
Orne	3	3	0
Région	13	18	+5

MEDECINE : HAD polyvalente

TERRITOIRE DE SANTÉ	Etablissements autorisés au 30/06/2012	Etablissements autorisés à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	7	7	0
Manche	3	3	0
Orne	4	4	0
Région	14	14	0

MEDECINE : UNITES NEUROVASCULAIRES (UNV)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Reconnaitances contractuelles au 30/06/2012	Reconnaitances contractuelles à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	2	+1
Manche	2	2	0
Orne	0	1	+1
Région	3	5	+2

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Diminuer le nombre d'AVC avec séquelles		
Agir sur les déterminants de santé/ donner aux patients les moyens de reconnaître les premiers signes d'un AVC	Cf. Schéma Régional de Prévention (SRP) et volet soins non programmés	Cf. SRP
Nécessité d'améliorer les délais de prise en charge trop longs et la filière de soins mal formalisée	Optimiser la prise en charge dans le Calvados et l'Orne par la création de 2 UNV Prise en charge en fonction des zones de territoire SMUR révisable selon les créations des UNV	Reconnaissance contractuelle de 2 UNV dans le Calvados et l'Orne
	Prioriser l'accès immédiat à l'IRM pour les patients présentant un AVC dans la phase aiguë et développer la télémedecine	(cf. volet imagerie)
	Organiser le maillage territorial de la filière prise en charge des AVC en aval SSR (cf. volet SSR et principes de continuité et de proximité)	
	Préconiser la signature de conventions de coopération et de coordination entre les différents acteurs sur chaque territoire à partir d'une convention cadre régionale	100 % des établissements autorisés en médecine et/ou médecine d'urgence ont signé une convention avec au moins une UNV 100 % des établissements ayant une UNV ont conventionné entre eux
Réduire la surmortalité par Cardiopathie ischémique		
Insuffisance d'information du malade sur la douleur thoracique	Informar le malade sur la prise en charge en urgence de la douleur thoracique	Nombre de campagnes d'information
Délais d'intervention trop longs	Inciter à appeler sans attendre le centre 15 sans intermédiaire, afin de raccourcir au maximum les délais d'intervention	
	Augmenter les prises en charge primaires par hélicoptère chaque fois que les circonstances permettent son utilisation, afin de raccourcir les délais d'intervention	Augmentation du nombre de transports hélicoptérés dans les prises en charge des douleurs thoraciques
	Intensifier la revascularisation à la phase aiguë de l'infarctus	Nombre de malades revascularisés/Nombre de patients coronariens aigus
	Adresser directement en USIC ou en cardiologie interventionnelle les patients coronariens aigus	Nombre de malades coronariens en USIC et cardio-interventionnelle/Nombre total de coronariens en établissement de santé (registre OSCAR)
Améliorer l'équilibre glycémique moyen (HbA1C) des patients diabétiques		
	Informar le malade sur la prise en charge du diabète, de la surcharge pondérale...	Cf. SRP
	Généraliser le dépistage de la rétinopathie diabétique	Taux de patients diabétique ayant eu un remboursement pour un fond d'œil dans l'année

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Stabiliser la prévalence de l'obésité		
	Développer une filière obésité enfant-adulte (PNNS)	Cf. SRP
Insuffisance de consultations spécialisées pédiatriques	Créer une consultation pédiatrique au sein du service de nutrition d'Equemauville	Ouverture d'une consultation pédiatrique intégrée dans le COM de l'établissement d'Equemauville
Insuffisance de formation des généralistes au dépistage des complications	Former les généralistes au dépistage des complications comme le syndrome d'apnée du sommeil	Nombre d'actions de formation en direction des médecins généralistes concernant l'apnée du sommeil
	Augmenter le recrutement en DESC de nutrition	Nombre de DESC de nutrition formés par an
	Développer le maillage avec les associations sportives (voir SRP)	Cf. SRP
	Développer les partenariats avec les CH de proximité, la médecine scolaire et libérale	Nombre de convention entre les CH de proximité et les médecins libéraux concernant des actions obésité/nutrition
	Développer l'hospitalisation de jour pour bilans et éducation thérapeutique, recherche des complications, initiation de l'éducation thérapeutique	Augmentation du nombre d'établissements autorisés à la médecine en hospitalisation à temps partiel
	Implanter un centre spécialisé régional pour la prise en charge des obésités sévères avec renforcement des consultations, bilans spécialisés en accueil de jour	Labellisation du centre spécialisé régional pour la prise en charge des obésités sévères
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Prévention insuffisamment développée, Nécessité de traiter les facteurs de risque cardio-vasculaires	Développer des centres de médecine préventive ou structures de prévention des maladies vasculaires (Cf. aussi SRP)	Nombre de structures de prévention fonctionnant en service de cardiologie
Le recours aux soins et le parcours de soins sont liés aux conditions de vie et à la perception du corps et de la santé. L'ignorance ou la méconnaissance des droits et des dispositifs, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures, les limites de l'accessibilité géographique constituent des freins déterminants pour l'accès à la santé	Favoriser l'accompagnement physique et psychique des personnes dans la durée et la transversalité vers les dispositifs de soins et/ou de prévention	Cf. PRAPS
Délais d'attente trop longs pour la prise en charge en tabacologie	Renforcer les équipes médicales et paramédicales pour les consultations addictologie dont tabacologie	Diminution des délais d'attente pour consultations tabacologie

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité		
	Harmoniser les protocoles au sein des différentes UNV régionales et des services impliqués dans la prise en charge des AVC en lien avec le projet télémédecine régional	Existence d'un protocole régional dans le cadre de la convention inter-UNV porté par l'UNV régionale
Innovation		
	Favoriser les passerelles entre les systèmes d'information hospitaliers et les logiciels des cabinets médicaux Disposer de « temps médecins » responsables de l'information médicale Développer l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP) comme outil de la coordination médicale	
	Développer le projet TELAP (Suivi des Plaies à distance (DOMOPLAIES) Développer le projet SCAD (Suivi Clinique A Domicile de patients insuffisants cardiaques) cf. Programme Régional Télémédecine	cf. Programme Régional Télémédecine
Proximité		
Démographie médicale déficitaire dans les spécialités principalement dans l'Orne (1 seul neurologue dans l'Orne à Alençon)	Créer une offre de soins salariée et/ou de postes partagés notamment avec le CHU, à prioriser dans les établissements en déficit démographique pour cette activité de recours	Augmentation du nombre de postes partagés en neurologie
Absence d'UNV à Lisieux et dans l'Orne	Installer 2 nouvelles UNV (Calvados et Orne)	Reconnaissance contractuelle de ces 2 UNV
Pas d'USIC dans le territoire ORNE	Mettre en place une USIC dans l'Orne	Cf. volet activité interventionnelle de cardiologie sous imagerie médicale par voie endo-vasculaire en cardiologie
Couverture encore incomplète mais une bonne répartition d'implantation des HAD	Couverture des zones blanches par les titulaires d'autorisation actuels bas-normands ou par des titulaires d'autorisation de régions limitrophes.	100 % du territoire bas-normand couvert par une HAD
Taille critique		
Des établissements enregistrent des DMS longues dans la majorité des domaines d'activité avec le dépassement de la borne haute du PMSI	Reconvertir les lits des établissements publics de sante (ex hôpitaux locaux) ne correspondant pas à une activité de médecine en lits de SSR Maintenir l'activité de soins palliatifs dans ces établissements	Nombre de lits reconvertis
Subsidiarité		
Pour la pneumologie notamment, des problèmes d'accès à des soins de kinésithérapie à l'hôpital	Développer et expérimenter une rémunération de l'intervention du secteur libéral à l'hôpital	Nombre de kinésithérapeutes libéraux intervenant à l'hôpital
Continuité des prises en charge		
Filière à fluidifier : Difficultés en cas d'urgence médicale avec ré hospitalisations parfois évitables des patients en HAD	Développer une régulation médicale en amont de l'admission aux urgences par des conventions entre les SAMU et les services d'HAD de leur territoire respectif	100 % des HAD ont signé une convention avec le SAMU de leur territoire

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Les dernières recommandations de la SFNV : une UNV par bassin de 170-180.000 habitants où est attendue une incidence de 500 AVC/an et, déjà en 2001, de 3 lits de Soins Intensifs Neuro- Vasculaires pour 100 000 habitants. Le bilan de la région montre à la fois l'insuffisance de structures et de lits dans le Calvados et l'Orne.	Identifier une unité neurovasculaire dans les centres hospitaliers de recours, à défaut les établissements ne disposant pas d'UNV, doivent structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV. (voir aussi proximité)	Cf. objectif sur les conventions
Les soins de suite et de réadaptation s'avèrent une étape clé dans la filière, la récupération étant d'autant meilleure que la rééducation a commencé précocement. Chaque territoire de santé dispose d'au moins un service de soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux. Pourtant «l'aval» est souvent décrit comme difficile expliquant des DMS parfois longues en court séjour (la DMS moyenne des 3 UNV de la région est de 10 à 12 jrs)	Mise en place de l'outil TRAJECTOIRE en Médecine y compris l'HAD	100% des établissements autorisés en médecine adhérent à l'outil Trajectoire 100% des HAD adhérent à l'outil Trajectoire
	Faciliter la mise en réseau des PASS sur la Basse-Normandie	Cf. fiche programme 6 du PRAPS
Taille critique		
HAD	Tendre vers le seuil minimum de 30 places pour toute structure autorisée.	100 % des HAD ont plus de 30 places
Adéquation aux besoins du patient		
Peu d'offre de structure d'accueil en hospitalisation de jour dans les Ets de recours Capacités insuffisantes dans les structures d'hospitalisation de jour existantes	Augmenter les capacités en Hospitalisation de jour en regroupant si besoin les spécialités	4 autorisations supplémentaires d'activité de médecine en hospitalisation temps partiel
Adaptation des compétences		
	Sensibiliser et former l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC (professionnels de la filière d'urgence). Sensibiliser les professionnels de santé au repérage des patients nécessitant une prise en charge sociale ou médico-sociale et à la prise en contact avec les PASS par exemple	

3. VOLET ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDO-VASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

CONTEXTE ET ENJEUX

Trois modalités différentes d'exercice de la cardiologie interventionnelle ont été retenues :

Activité 1 : Les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Activité 2 : Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Activité 3 : Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (dont les angioplasties)

- À ce jour, seul le CHU exerce l'ensemble des trois activités
- L' Hôpital Privé St-Martin exerce, quant à lui, l'activité de type 1 et l'activité de type 3 est exercée par des cardiologues libéraux dans une structure adossée à la clinique

La démographie des professionnels de santé

	Calvados	Manche	Orne	Total
Cardiologues	74	35	13	122

Les cardiologues interventionnels exercent au titre de la spécialité cardiologie (en sur-spécialité)

2 rythmologues pédiatriques pour l'activité 1

5 cardiologues angioplasticiens libéraux pour l'activité 3

Une dizaine d'hospitaliers pour les activités 1 et 3

Leurs effectifs ne permettent pas toujours d'assurer le fonctionnement H24

Niveau de proximité

→ Services d'urgence pratiquant la thrombolyse :
Thrombolyse coronarienne

Niveaux intermédiaires/de recours

→ Unité de Soins Intensifs de cardiologie

Thrombolyse coronarienne
Pose de pacemakers non STC (Stimulation Triple Chambre)

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

→ Plateau d'angioplastie coronarienne et plateau de rythmologie

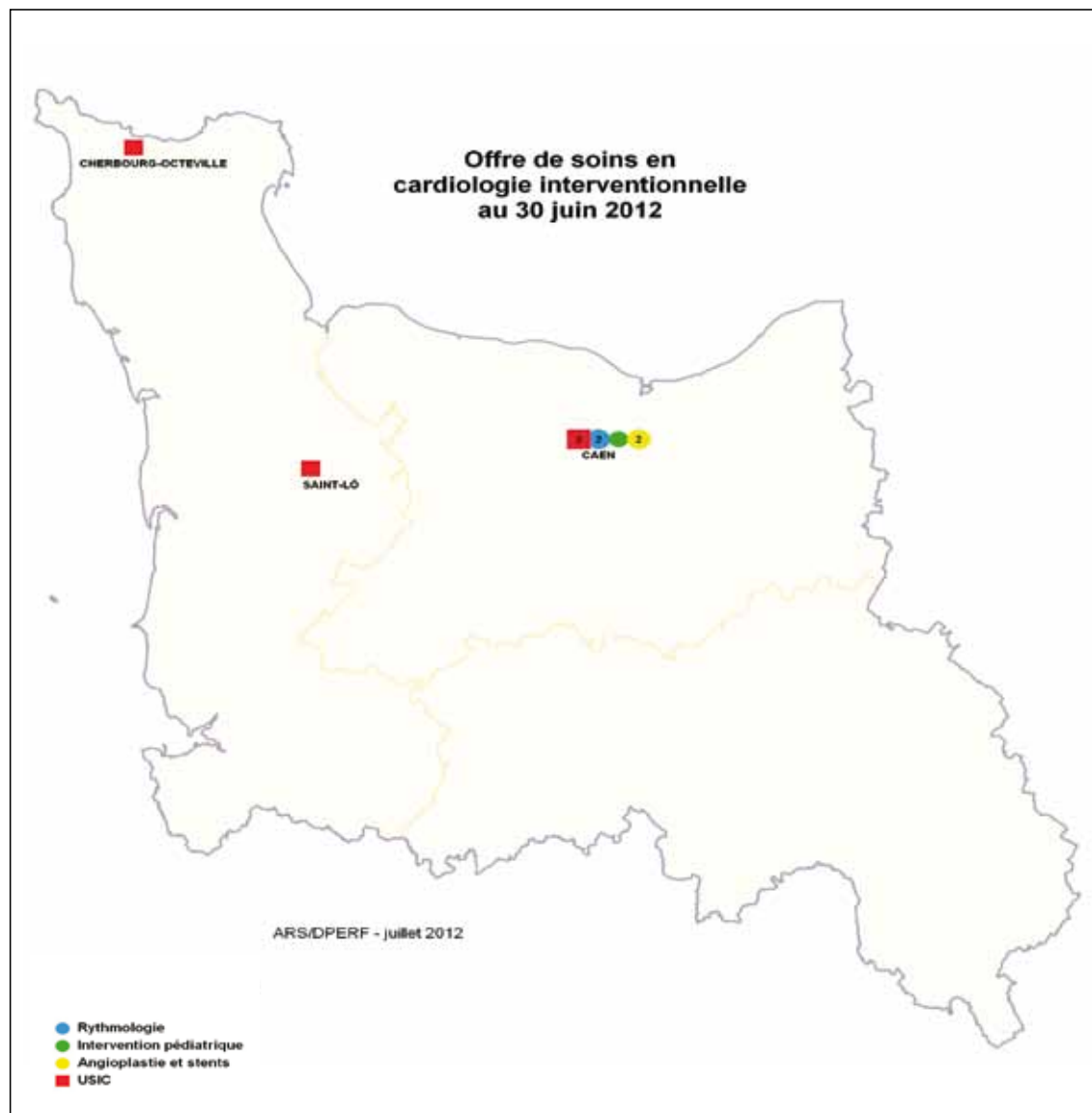
→ Plateau de chirurgie cardiaque relevant du SIOS
Rythmologie :

Ablation endocavitaire
Pose de pacemakers STC (Stimulateurs Triple-Chambre)
Pose de Défibrillateurs Cardiaques Implantables (DCI)

3 ► ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDO-VASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

2/3

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 en cardiologie interventionnelle



Activité interventionnelle sous imagerie médicale
par voie endo-vasculaire en cardiologie

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados			
Activité 1	ancien régime* 2	2	0
Activité 2	ancien régime* 1	1	0
Activité 3	2	2	0
Manche	0	0	0
Orne	0	0	0
Région		2	0

* ancien régime d'autorisation, à régulariser selon nouvelles modalités après adoption du SROS-PRS

Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Reconnaisances contractuelles au 30/06/2012	Reconnaisances contractuelles prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2	2	0
Manche	2	2	0
Orne	0	1	+ 1
Région	4	5	+ 1

3 ► ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDO-VASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

3/3

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Manque de conventions entre les établissements de santé adresseurs et les établissements autorisés à la cardiologie interventionnelle	Mettre en place des conventions entre les établissements de santé ne disposant pas d'autorisations de cardiologie interventionnelle et les établissements autorisés	100% des établissements autorisés à la médecine d'urgence ont signé une convention avec les établissements autorisés aux activités 1, 2 et 3
Homogénéité de la qualité		
Nécessité de prendre en compte les recommandations de la société française de cardiologie (SFC) pour les plateaux autorisés	Veiller à la prise en compte des recommandations de la SFC par les porteurs d'autorisation de cardiologie interventionnelle	100% des plateaux de cardiologie interventionnelle tiennent compte des recommandations de la SFC
Nécessité de respecter les recommandations de la SFC en termes de personnel médical	Préconiser la présence de 2 rythmologues confirmés par centre autorisé	100% des centres autorisés pour l'activité 1 ont minimum 2 rythmologues
Permanence des soins 24/24		
L'accès à un plateau pratiquant l'activité 3 est possible H24 (Art. D 6124-115)	Assurer la permanence 24h/24 dans tous les lieux où l'activité est autorisée pour l'activité 3	Tableau d'astreinte complet
Proximité		
Absence de structure USIC dans l'Orne. Taux de fuite extra régional important du Sud Manche et de l'Alençonnais	Mettre en place au moins une USIC dans chaque territoire de santé	Ouverture de l'USIC de l'Orne
Continuité des prises en charge		
Taux de réhospitalisation élevé pour les insuffisants cardiaques	Prévenir les risques de ré-hospitalisation liés à l'insuffisance cardiaque chronique en améliorant le suivi à domicile des patients ayant eu ou non un geste de cardiologie interventionnelle par l'amélioration de la filière de prise en charge, la généralisation de l'outil SCAD et l'ouverture d'unité de suivi en hospitalisation de jour en service spécialisé (cf. volet Médecine)	Augmentation du nombre de patients suivis avec l'outil SCAD
	Améliorer le suivi des patients après la prise en charge en cardiologie interventionnelle, à domicile ou en hospitalisation de jour en service spécialisé	Intégrer dans les CPOM des établissements un indicateur des ré-hospitalisations après un séjour en cardiologie interventionnelle pour une pathologie en lien avec la pathologie qui a motivé le séjour en cardiologie interventionnelle. Diminution de ces ré-hospitalisations
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Insuffisance de conventions entre les établissements de la filière cardiologie	Organiser une filière de prise en charge par des protocoles de prise en charge et des conventions entre les différents niveaux d'établissements	Nombre de conventions signées entre les établissements disposant d'un service de cardiologie, d'une USIC et d'un plateau de cardiologie interventionnelle
Taille critique		
Les 3 activités de cardiologie interventionnelle sont soumises à des seuils (Arrêté du 14.04.2009)	Respecter les volumes d'activité minima définis par la réglementation et préconiser les indications de la Société Française de Cardiologie pour les 3 activités.	Intégrer un indicateur de suivi des volumes d'activité dans les CPOM des titulaires d'autorisation
Adéquation aux besoins du patient		
La prise en charge d'un malade atteint de douleur coronarienne ne doit rencontrer aucun retard	Améliorer l'information du public pour l'appel rapide au 15 devant toute douleur coronarienne supposée	Mise en place d'une campagne d'information grand public sur la douleur thoracique (voir volet soins non programmés urgence)
	Intervention rapide du SAMU pour la thrombolyse ou transfert rapide USIC et/ou transfert immédiat dans un centre d'angioplasties	Nombre de malades thrombolysés, nombre de malades transférés en USIC, nombre de malades transférés dans un centre d'angioplastie (activité 3)

4. VOLET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

CONTEXTE ET ENJEUX

Le traitement substitutif de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) relève de l'épuration extra-rénale par dialyse péritonéale ou par hémodialyse selon plusieurs modalités (centre, UDM, autodialyse, domicile) par machine appelée communément générateur ou poste d'hémodialyse.

L'alternative est la greffe rénale par donneur vivant ou décédé.

La région se caractérise par :

- une prévalence globale de l'IRC inférieure au taux national ;
- une évolution faible de la prévalence de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ;
- une stabilité remarquable du nombre de patients et de leur moyenne d'âge ;
- un taux de dialyse péritonéale très supérieur au taux national (18 % à 19% des dialysés contre 7,5% au national) ;
- des co-morbidités chez les nouveaux patients supérieures aux taux nationaux : diabète de type 1 (17% vs 8,6%) et cardio-vasculaire (60,4% vs 55,2%).

Des difficultés démographiques en néphrologues, principalement dans le territoire de l'Orne.

La démographie des professionnels de santé

25 néphrologues en activité.

8 postes à pourvoir sur 4 sites :

- Alençon
- Avranches
- Flers
- CHP St Martin à Caen

Niveau de proximité

→ Domicile :

Dialyse Péritonéale et
Hémodialyse par l'ANIDER et l'AUB

Niveaux intermédiaires/de recours

→ Antenne d'auto-dialyse

→ Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

→ Entraînement et repli à la dialyse

Prélèvement des greffons rénaux

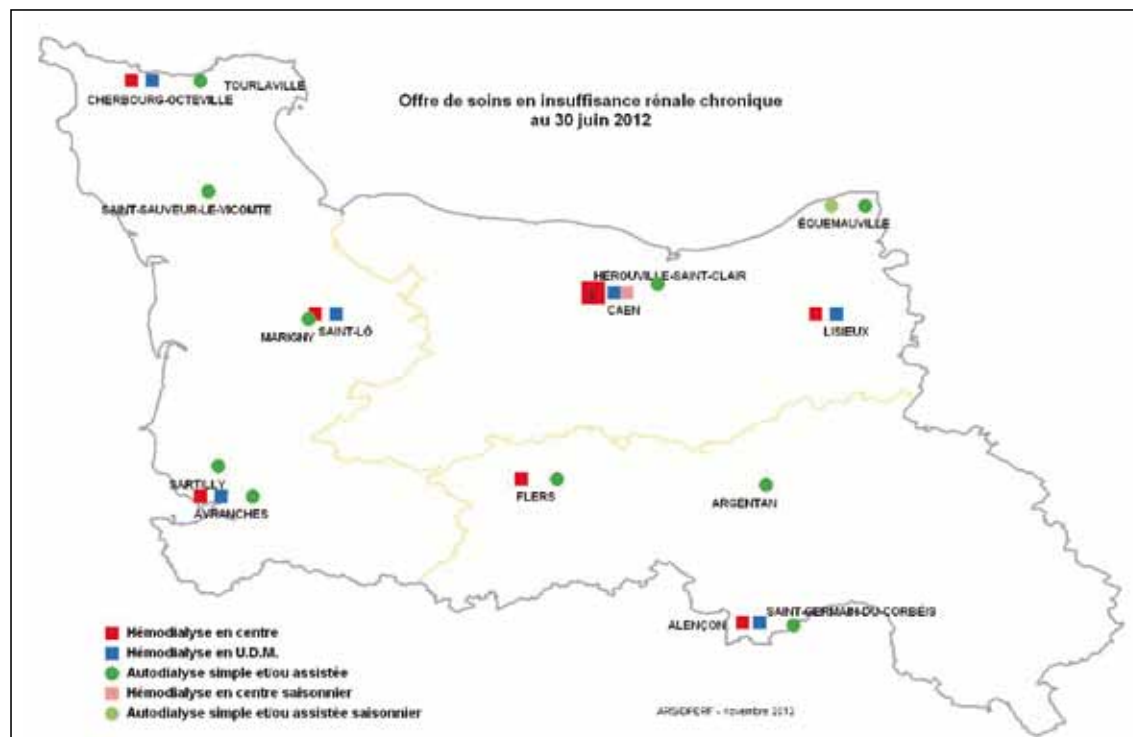
Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

→ Centres de dialyse dans 8 sites

- Calvados : CHU et HP St Martin à Caen et CH Lisieux
- Manche : CH Cherbourg et St Lô, centre AUB d'Avranches
- Orne : CH Alençon et Flers

→ Greffes rénales au CHU

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 pour l'insuffisance rénale chronique



Hémodialyse en CENTRE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	3 dont 1 avec une unité saisonnière	3 dont 1 avec une unité saisonnière	0
Manche	3	3	0
Orne	2	2	0
Région	8	8	0

Hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2	3	+1
Manche	3	3	0
Orne	1	2	+1
Région	6	8	+2

Autodialyse simple et/ou assistée

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2 (dont 1 avec une unité saisonnière)	3 (dont 1 avec une unité saisonnière)	+1
Manche	5	5	0
Orne	3	3	0
Région	10	11	+1

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
La prévention de l'évolution vers l'insuffisance rénale passe en particulier par une amélioration du dépistage et du suivi des personnes diabétiques et/ou hypertendues. 10% des IRC pourraient être évitées, et 30% retardées sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée	Maintenir l'organisation de réunions de FMC et d'EPU par des néphrologues et organiser des réunions entre cardiologues, néphrologues et diabétologues hospitaliers Poursuivre le dépistage par la médecine du travail Poursuivre la participation des établissements de la région à la journée nationale de prévention	Nombre de réunions annuelles effectuées
30% des personnes qui atteignent le stade d'insuffisance rénale terminale, ne voient le néphrologue qu'à ce stade	Mettre en place des consultations en hôpital de jour en particulier pour les diabétiques, permettant de réaliser un bilan complet et dépister le plus précocement possible les complications Maintenir et développer les consultations néphrologiques avancées	Nombre de consultations avancées Mise en place de la téléconsultation
Le calcul de la clairance par la formule de Cockcroft ou MDRD est quasi généralisé sauf sur Caen	Généraliser le calcul de la clairance par la formule de Cockcroft ou MDRD sur le bassin de Caen	100 % des calculs de la clairance sont réalisés via la formule de Cockcroft ou MDRD sur le bassin de Caen
Développement insuffisant de l'Education Thérapeutique des Patients souffrant d'IRC : 2 établissements disposent d'un programme d'ETP approuvé : CH de Flers et CHU de Caen	Mettre en place des actions d'ETP ciblées sur l'IRC dans les établissements autorisés à la dialyse Harmoniser les programmes d'éducation thérapeutique chez l'insuffisant rénal en utilisant ou adaptant un programme autorisé, de préférence régional Organiser une réunion régionale annuelle de tous les centres de dialyse associant néphrologues et infirmières Etudier la solution proposée par l'ANIDER visant à mettre en place une infirmière mobile pouvant collaborer avec les équipes médicales et paramédicales des services hospitaliers	Nombre d'actions réalisées Réalisation du dispositif
Des difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi pour certains patients	Développer des actions auprès de Cap Emploi pour favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des personnes insuffisantes rénales.	
Des délais jugés trop longs pour l'attribution d'une carte d'invalidité, de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou de la prestation de compensation du handicap	Diminuer les délais d'obtention de la part de la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH) d'une carte d'invalidité, ou d'une l'allocation adulte handicapé ou de la prestation de compensation du handicap	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité		
Un suivi qui peut être amélioré dans certaines antennes d'auto-dialyse de petite taille et/ou excentrées	Mutualiser des équipes néphrologiques pour assurer un passage à tour de rôle dans ces unités	Formalisation d'une convention de partenariat
Des modalités d'évaluation non homogènes sur l'ensemble des structures	Inciter l'ensemble des structures de dialyse de Basse Normandie à adhérer à COMPAQH-HPST Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques lorsque sa mise en place sera effective	100 % des structures de dialyse adhèrent COMPAQH-HPST. Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques
Un accueil des vacanciers ou de dialysés en déplacement perfectible	Tenir compte de l'accroissement d'activité de la Manche dans l'évaluation des besoins sans autoriser d'installation supplémentaire Mettre en place une coopération formalisée permettant l'échange d'informations entre les structures et l'optimisation de la réponse aux demandes de prise en charge des vacanciers et prendre en compte l'accroissement d'activité saisonnière dans les UDM	Convention signées
Une inégale répartition du taux de patients traités par dialyse péritonéale malgré un taux globalement élevé	Voir adaptation des compétences et optimisation	
L'analyse semi-quantitative de la protéinurie, qui simplifie considérablement l'analyse urinaire pouvant se substituer en première intention à la protéinurie des 24 heures pour le dépistage de l'insuffisance rénale débutante doit être connue des médecins de premier recours ; un effort d'harmonisation des laboratoires d'analyse médicales est également nécessaire pour standardiser la méthode et les résultats	Harmoniser les méthodes et les résultats par les laboratoires d'analyse médicale de l'analyse semi-quantitative de la protéinurie, avec sensibilisation et information du médecin de premier recours en cas de résultat anormal	Augmentation du taux d'analyse semi-quantitative de la protéinurie/à la protéinurie de 24 heures

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Innovation		
Insuffisance de greffons prélevés chez les donneurs décédés. Dans la majorité des cas, l'information donnée par le médecin transplantateur est bien trop tardive pour laisser aux proches le temps de prendre une décision	Développer le prélèvement sur donneurs vivants Privilégier le prélèvement sur donneur vivant par technique coelioscopique Evoquer la greffe à partir de donneur vivant le plus précocement possible Organiser des réunions par l'équipe de greffe avec les équipes de néphrologues et d'infirmières de dialyse des centres hospitaliers disposant d'un centre lourd pour délivrer des informations sur le donneur vivant	Nombre de prélèvements annuels à partir de donneurs décédés (60 greffes avec des reins de donneurs décédés / an) Au moins 15% des greffes avec donneur vivant apparenté par an par rapport à l'activité totale de greffe rénale
Proximité		
Absence de consultation avancée de néphrologue au CH de l'Aigle	Mettre en place une consultation de néphrologie ou une téléconsultation au CH de L'Aigle	Mise en place d'une téléconsultation
Une zone mal desservie en matière de dialyse dans le sud Orne et le Nord Sarthe : Bellême, Mamers, Fresney/Sarthe	Engager une réflexion sur la possibilité de création d'une unité de dialyse médicalisée sur l'Aigle, fonctionnant en télé médecine	
Continuité des prises en charge		
Inégale répartition géographique des infirmières formées à la dialyse péritonéale	Poursuivre les actions de formation à la dialyse péritonéale des infirmières libérales, afin de permettre le maintien au domicile de patients insuffisants rénaux ne maîtrisant pas la technique de la dialyse péritonéale	Nombre d'actions de formation
Le suivi des greffés rénaux ne pose aucun problème spécifique en Basse-Normandie, mais pourrait être assuré par la télé médecine	Assurer un suivi du greffé avec un bilan complet chaque année dans le centre greffeur Assurer au maximum un suivi du greffé en cas de problème par le même néphrologue du centre de transplantation en consultation jusqu'à résolution de la situation Développer entre autres l'autosurveillance des patients transplantés par la télé médecine	Nombre de bilans réalisés/nombre de greffés suivis

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taille critique		
Une insuffisance de réponse aux besoins de prise en charge en unité de dialyse médicalisée sur l'agglomération caennaise	Intégrer une deuxième implantation d'unité de dialyse médicalisée dans le Calvados	Conformité réalisée
Une équipe médicale trop réduite à Flers	Poursuivre les démarches pour améliorer l'attractivité du service de néphrologie de Flers	Nombre de médecins recrutés
Le personnel dédié à la greffe rénale est insuffisant et engendre une mobilisation du personnel de néphro-hémodialyse, alors que la greffe est une orientation privilégiée de l'insuffisance rénale chronique, car elle permet une meilleure qualité de vie tout en diminuant les apparitions de complications	Augmenter les effectifs de TEC au CHU de Caen (en stabilisant les modalités de financement) Augmenter le personnel affecté à la greffe rénale (médecins, infirmiers coordonnateurs de transplantation) au CHU de Caen	Nombre de TEC recrutés Nombre de médecins recrutés Nombre d'IDE recrutés Nombre d' IDE coordonnateurs recrutés
Adéquation aux besoins du patient		
Il n'y a pas d'UDM à proximité de tous les centres Insuffisance d'offre en autodialyse dans le Calvados	Installer une UDM à proximité de chaque centre Installer une unité d'autodialyse supplémentaire dans le Calvados	100% d'UDM installées Une unité d'autodialyse supplémentaire dans le Calvados installée
Adaptation des compétences		
On note un besoin d'information et de sensibilisation au dépistage précoce de l'IR des médecins généralistes et des médecins du travail	Diffuser auprès des médecins de premier recours la connaissance des nouvelles méthodes de dépistage de l'insuffisance rénale, par l'analyse semi-quantitative de la protéinurie Maintenir, voire renforcer les actions de formation médicale continue et d'enseignements postuniversitaires par les néphrologues auprès des médecins de premier recours	Nombre d'actions de formation continue
Besoins de formations des médecins généralistes et infirmiers en établissement ou en ville pour augmenter les possibilités de dialyse à domicile	Poursuivre les actions de formation des infirmières libérales aux infirmières des centres de soins infirmiers et des SSIAD à la dialyse péritonéale, sur tout le territoire bas-normand	Nombre d'actions de formation continue
Optimisation des ressources		
Le maintien d'un taux élevé de prise en charge en dialyse péritonéale passe par des actions auprès des établissements autorisés à la DP, auprès du patient et de son entourage afin de le rendre acteur de sa prise en charge et auprès des professionnels de santé	Mettre en place dans tous les établissements autorisés les actions détaillées dans le document « Préconisations pour le développement de la dialyse péritonéale » élaboré dans le cadre de l'action de gestion du risque. (voir aussi PPRGDR)	Taux de DP/Taux de patients en centre Au moins 35,5% de DP à J 90 du démarrage du traitement

5. VOLET CANCEROLOGIE

CONTEXTE ET ENJEUX

- Les tumeurs représentent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes
- Entre 2000 et 2006, une augmentation de l'incidence des cancers en région a été observée pour les cancers du poumon notamment chez la femme mais également pour les cancers de vessie, de prostate, les hémopathies malignes, les cancers du sein, de l'ovaire et du col utérin, le cancer colo-rectal

Les enjeux pour la période du SROS-PRS sont de poursuivre la mise en œuvre :

- du plan cancer 2009-2013 en particulier concernant le parcours personnalisé de soins du patient, pendant et après le cancer
- la recherche

Une problématique particulière concerne la démographie médicale notamment pour l'anatomopathologie (deux départs prévus en 2012) et les oncologues. Ces spécialistes sont présents en majorité sur Caen (hors agglomération caennaise seulement sept anatomopathologistes, cinq fin 2012 et trois oncologues)

La démographie des professionnels de santé

Nombre	Moyenne d'âge	Age ≥ 60 ans	≥ 55 et < 60 ans
--------	---------------	--------------	------------------

Oncologues (primo-prescription chimiothérapie toutes spécialités)

15	52,3	4	2
----	------	---	---

Spécialistes Médicaux avec compétence en cancérologie dans leur spécialité (primo-prescription)

32	50,1	9	6
----	------	---	---

Hématologues

9	50	0	2
---	----	---	---

Anatomopathologistes

24	50,6	4	6
----	------	---	---

Radiothérapeutes et oncologues radiothérapeutes

18	52	4	2
----	----	---	---

Nombre d'internes en formation au 1^{er} semestre 2012

Anatomopathologie : 8 Oncologie/radiothérapie : 11 Hématologie : 4

Niveau de proximité

→ Etablissements de santé non autorisés pour l'activité de soins traitement du cancer

→ HAD

→ Les professionnels de santé libéraux : médecine générale et de spécialités, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes

Niveaux intermédiaires/de recours

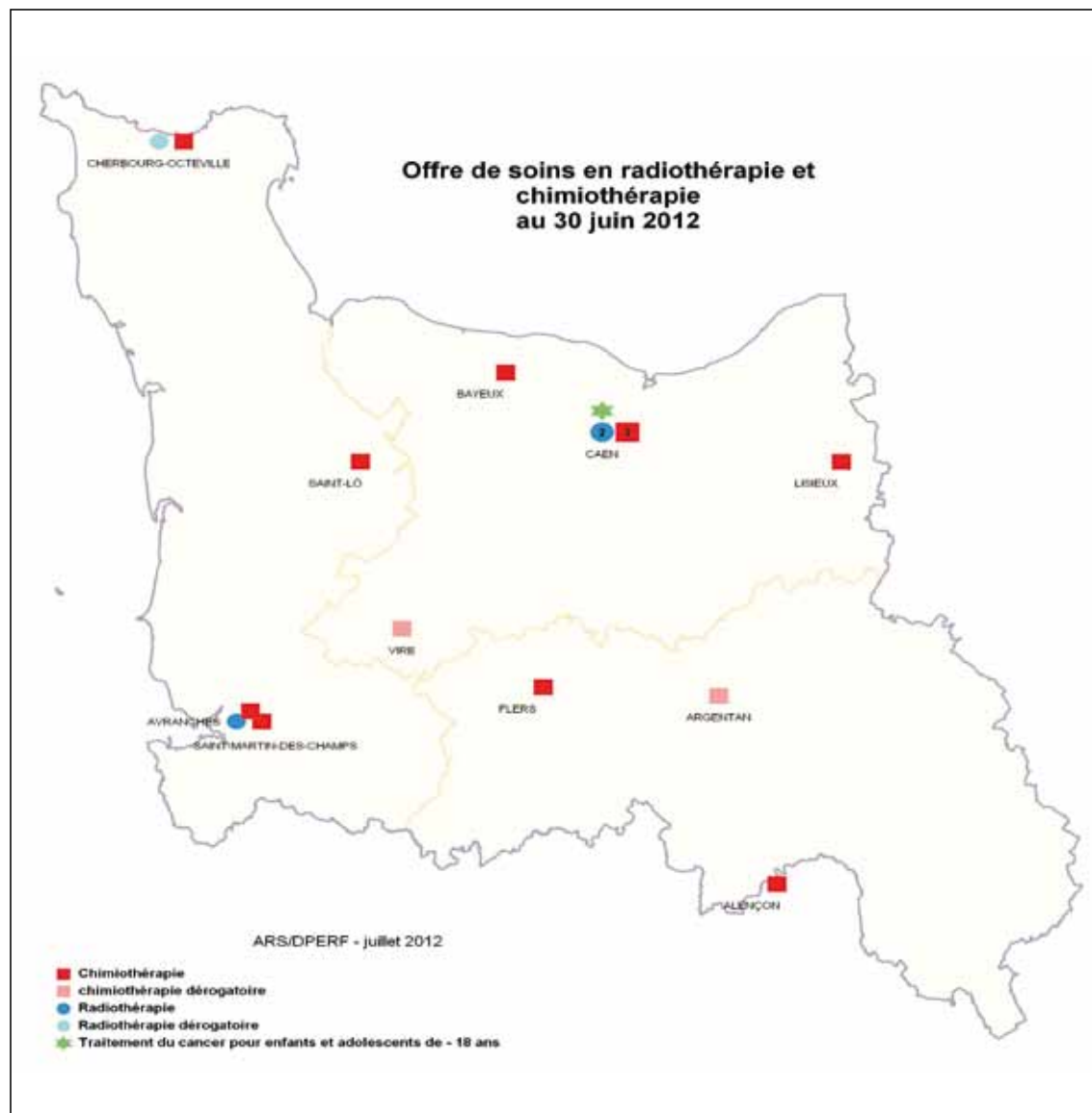
→ Etablissements de santé autorisés pour l'activité de soins traitement du cancer

Le niveau de recours est le niveau où se décide la mise en traitement du patient après Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
L'établissement de recours doit mettre en place une organisation qui assure à chaque patient l'annonce du diagnostic, une proposition thérapeutique fondée sur la concertation pluridisciplinaire et traduite dans un Programme Personnalisé de Soins (PPS) remis au patient, l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, l'accès aux services sociaux, les soins palliatifs

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

- Un pôle régional de recours : centre de recours pour les autres établissements de la région, accès à l'innovation, la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes
- Un plateau technique de haute technicité en radiothérapie (CyberKnife)
- Plateforme régionale de génétique moléculaire.
- Tumorotheque sanitaire régionale accessible à tous les établissements autorisés
- Centres de Coordination en Cancérologie (3C)
- Centre de référence pour le traitement du cancer des enfants et adolescents, rattaché à l'organisation interrégionale du Grand Ouest
- Réseau Régional de Cancérologie reconnu par l'INCA et réseau d'oncologie pédiatrique Bas Normand qui assure la liaison vers les services de pédiatrie de proximité et les libéraux intervenant au domicile des patients
- Fédération des registres des cancers de Basse-Normandie

Cartographie de l'offre existante en cancérologie au 30 juin 2012



RADIOTHERAPIE EXTERNE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2	2	0
Manche	2	2 dont un site dérogatoire	0
Orne	0	0	0
Région	4	4	0

UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIO-ELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0
Manche	0	0	0
Orne	0	0	0
Région	1	1	0

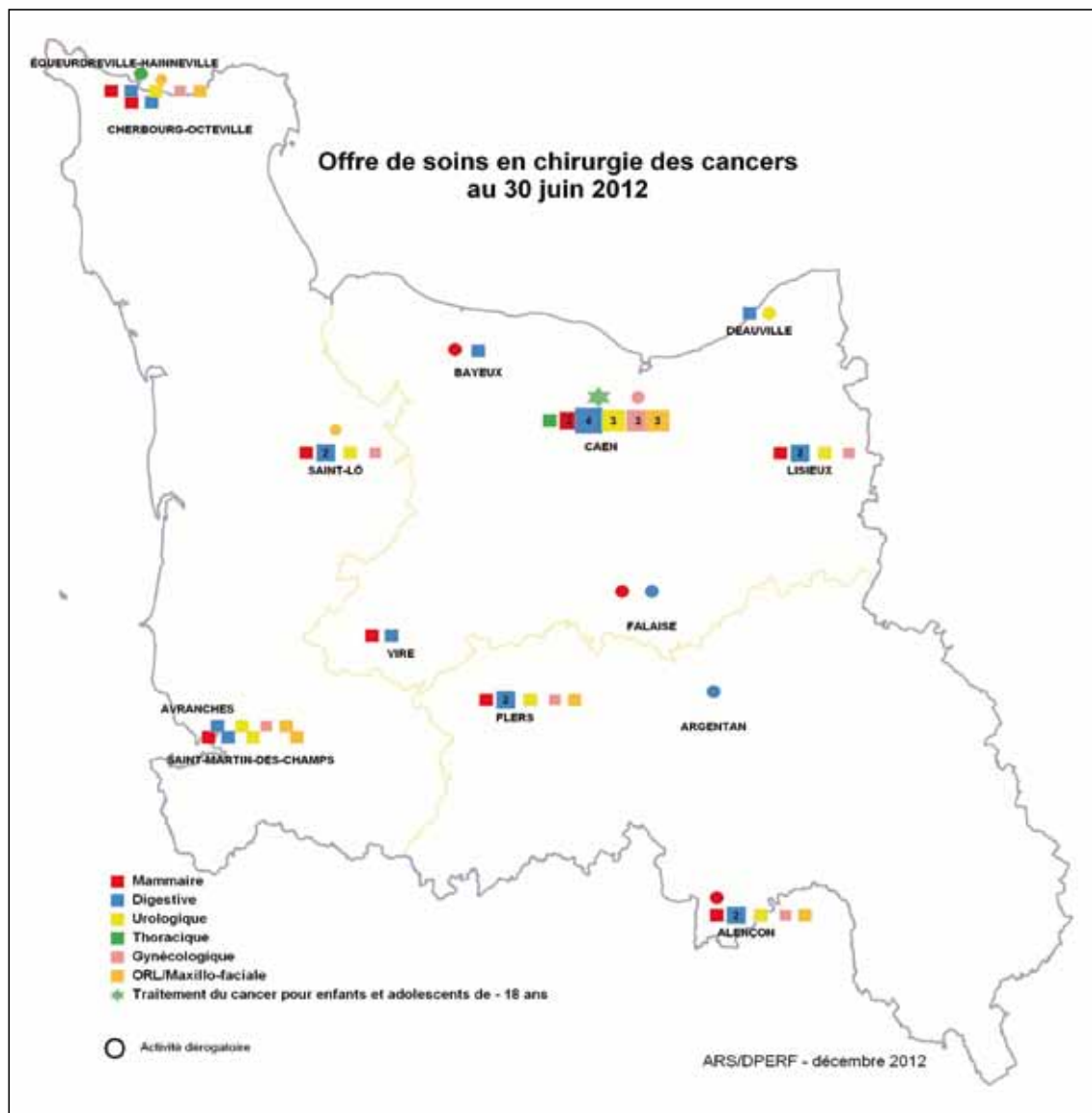
CHIMIOTHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS MEDICAUX SPECIFIQUES DU CANCER

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	6	6	0
Manche	4	4	0
Orne	3	2	-1
Région	13	12	-1

TRAITEMENT DU CANCER POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS DE MOINS DE 18 ANS

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0
Manche	0	0	0
Orne	0	0	0
Région	1	1	0

Cartographie de l'offre existante en chirurgie du cancer au 30 juin 2012



CHIRURGIE DES CANCERS

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
PATHOLOGIES MAMMAIRES			
Calvados	6	5	- 1
Manche	4	4	0
Orne	3	3	0
Région	13	12	- 1
PATHOLOGIES DIGESTIVES			
Calvados	10	9	- 1
Manche	6	6	0
Orne	5	5	0
Région	21	20	- 1
PATHOLOGIES UROLOGIQUES			
Calvados	5	5	0
Manche	4	4	0
Orne	2	2	0
Région	11	11	0
PATHOLOGIES THORACIQUES			
Calvados	1	1	0
Manche	1	1	0
Orne	0	0	0
Région	2	2	0
PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES			
Calvados	5	4	- 1
Manche	3	2	- 1
Orne	2	2	0
Région	10	8	- 2
PATHOLOGIES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIALES			
Calvados	3	3	0
Manche	5	3	- 2
Orne	2	2	0
Région	10	8	- 2

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES	
Augmenter la participation aux dépistages du cancer			
	Créer un comité de suivi des dépistages constitué de médecins de diverses spécialités travaillant en partenariat avec les structures de dépistage organisé.	Date de création du comité de suivi des dépistages	
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal inférieur aux objectifs nationaux	Atteindre les objectifs nationaux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal pour les populations âgées de 50 à 74 ans : - Informer et former les médecins traitants - Rappeler l'importance de la relance tous les deux ans	Organisation d'au moins 2 formations (dans le cadre du DPC) sur la cancérologie pendant la durée du SROS. Formation comprenant une partie sur les dépistages des cancers	A échéance du SROS : Taux de participation au dépistage du cancer du sein >65% Taux de participation au dépistage du cancer colorectal >60%
	Proposer aux régimes d'Assurance Maladie, la transmission des noms des médecins traitants aux structures de dépistage pour la population concernée afin qu'elles puissent informer le médecin traitant des patients qui ne répondent pas au dépistage organisé	Nombre de réunions avec l'Assurance Maladie sur ce thème	
	Inscrire sur la fiche RCP si dépistage individuel ou organisé	Item inscrit sur la fiche RCP	
	Proposer, aux structures de dépistage organisé une information commune pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin, après 50 ans	Mise en place par les structures de dépistage d'une information commune pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon après 50 ans	
Mesures de prévention pour le cancer du col utérin à améliorer	Réaliser des Frottis Cervico Utérin (FCU) tous les 3 ans entre 25 et 65 ans Vacciner contre les papillomavirus humains à 14 ans ou entre 15 et 23 ans pour les jeunes femmes qui n'auraient pas eu de rapports sexuels	Nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu au moins 1 frottis tous les 3 ans Nombre de vaccination contre les papillomavirus humains entre 14 et 23 ans	
	Former les internes de médecine générale à la pratique des FCU Rencontrer les différents acteurs universitaires concernés pour renforcer la pratique de cet acte au cours de la formation des internes de médecine générale		
	Impliquer davantage les sages femmes dans cet acte en améliorant la coordination médecin traitant/sage femme pour l'annonce du résultat	Au moins une réunion de travail avec les représentants de ces deux professions d'ici 2014 Modalités d'organisation de la coordination proposée	
	Utiliser le système BETHESDA de classification des FCU anormaux dans tous les services et cabinets d'anatomopathologie	100 % des services et cabinets d'anatomopathologie utilisent le système de classification BETHESDA	
	Procédure de suivi des FCU anormaux. En cas de résultat positif, envoi par le laboratoire d'un courrier au médecin traitant si un nouveau prélèvement n'a pas été réalisé dans les 4 mois	Validation d'une procédure	
	Favoriser l'implication des médecins et des paramédicaux dans le dépistage Assurer l'information sur le calendrier vaccinal par les pharmaciens d'officine	Nombre d'officines participant à la diffusion d'affichettes et/ou plaquettes réalisées par l'HAS concernant le calendrier vaccinal	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Les bénéfices d'un dépistage de cancer de la prostate par dosage du PSA ne sont pas établis et des effets délétères ont été clairement identifiés (HAS avril 2012)	Assurer systématiquement l'information du patient sur le rapport bénéfice/risque du dépistage individuel de la prostate par son médecin.	Nombre de réunions de travail sur ce thème au sein du Réseau Régional de Cancérologie
Développer la lutte anti-tabac pour ralentir l'augmentation des cancers du poumon notamment chez la femme		
Augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes	Augmenter le taux de sevrage tabagique Mettre en place une organisation permettant pour les patients fumeurs lors de la découverte de leur cancer de proposer d'emblée à l'entrée dans le système de soins un sevrage. Rappeler au médecin traitant l'importance de l'arrêt ou au moins de la diminution de la consommation tabagique (rôle sur la cicatrisation après chirurgie, dans récurrence et second cancer...)	Au moins 2 formations réalisées via le réseau régional de Cancérologie sur l'importance du sevrage tabagique Nombre de professionnels de santé participants à échéance
	Indiquer sur la fiche RCP, le PPS, le PPAC le caractère fumeur ou non et le nombre de paquets année	Items sur la fiche RCP
	Impliquer les infirmières d'annonce et des services de cancérologie dans l'information	100% des établissements autorisés pour le traitement du cancer ont dans leur programme pluriannuel de formation pour le personnel soignant concerné une formation sur le sevrage tabagique
	Etablir à l'attention des professionnels de santé et des patients un annuaire des consultations de sevrage tabagique de la région	Existence d'un annuaire informant sur les consultations de sevrage tabagique de la région
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Dans les établissements de santé, l'organisation du dispositif d'annonce, suite à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), est en place mais son application variable selon les services de soins	S'assurer que tous les patients bénéficient d'un dispositif d'annonce avec accès possible à une consultation paramédicale	Taux de patients pris en charge dans un établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer bénéficiant d'un dispositif d'annonce dont taux de patients bénéficiant d'une consultation paramédicale d'annonce
Le Plan Personnalisé de Soins (PPS) n'est pas remis à 80% des patients comme préconisé dans le plan cancer	Augmenter le nombre de patients recevant un PPS	Au moins 80% des patients atteint d'un cancer ont reçu un PPS
	Assurer la traçabilité de la remise du PPS dans le dossier patient	
Communication perfectible entre les professionnels des établissements de santé et les professionnels de santé en ambulatoire	Associer davantage le médecin traitant à la phase active de traitement : envoi des courriers de sortie, fiche RCP, PPS et inscrire dans ce PPS au moins une consultation avec lui durant cette période	Item concernant une consultation avec le médecin traitant pendant la phase active de traitement inscrit sur le PPS
	Renforcer la structuration de la coordination des prises en charge en appui aux médecins traitants via les infirmiers coordinateurs dans les établissements de santé autorisés	Maintien des 2 sites disposant d'infirmiers coordonnateurs Nombre de nouveaux sites avec infirmiers coordonnateurs
	Favoriser la mise en œuvre par le Réseau Régional de Cancérologie, en lien avec le GCS télésanté, du Dossier Communiquant en Cancérologie. Cette mise en place se fera selon les préconisations nationales	
	Remettre aux patients traités en chimiothérapie le classeur de suivi régional de cancérologie	Nombre de classeurs de suivi diffusés annuellement par le RRC

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
L'accès aux soins de support s'organise mais reste perfectible. Une vigilance particulière est à apporter aux situations complexes liées à la maladie ou à la situation sociale du patient	Améliorer les filières d'accès aux compétences de soins de support par des coopérations inter établissements en privilégiant la proximité	Augmentation du nombre de coopérations inter-établissements mises en œuvre pour l'accès aux soins de support à échéance
	Intégrer une fiche d'évaluation des besoins en soins de support dans le dispositif d'annonce	Fiche d'évaluation soins de support intégrée dans le dispositif d'annonce
Plan Personnalisé Après Cancer (PPAC) inexistant en région	Mettre en œuvre le PPAC	Taux de patients ayant reçu un PPAC
Homogénéité de la qualité		
Les Réunions de Morbi-Mortalité (RMM) ne sont pas encore mises en œuvre dans tous les établissements autorisés pour l'activité de soins de traitement du cancer	Développer les réunions de morbi-mortalité dans les établissements autorisés	100% des établissements autorisés pour le traitement du cancer réalisent au moins 2 RMM annuellement par pratique thérapeutique autorisée
De nombreuses Réunions de Concertation Pluri-disciplinaire (RCP) mono ou pluri-thématiques et des RCP de recours mais un quorum pas toujours respecté et des fiches RCP ne mentionnant pas le niveau d'environnement de sécurité requis	Développer les audits qualité des RCP sous l'égide des 3C et du RRC	Au moins 2 audits réalisés à échéance
	Indiquer sur les fiches RCP le niveau d'environnement de sécurité requis (critère d'agrément INCA) pour l'acte proposé	Item sur le niveau d'environnement de sécurité requis inscrit sur la fiche RCP
Absence de suivi régional des délais de prise en charge dans les établissements autorisés	Mettre en place, en lien avec le Réseau Régional de Cancérologie, un groupe de travail rassemblant les professionnels de santé concernés pour définir les délais de prise en charge acceptables au regard des connaissances actuelles En anatomopathologie, mettre en place des indicateurs de suivi des délais entre la réception du prélèvement et la date d'envoi du compte rendu	Groupe de travail mis en place Des délais de prise en charge définis Intégration de ces indicateurs de suivi des délais dans les CPOM établissement Réduction des délais de prise en charge
RADIOTHERAPIE		
Les plans d'organisation de la radiophysique médicale ont été rédigés par tous les centres mais ne sont pas tous inscrits dans une démarche qualité	Inscrire les plans d'organisation de la radiophysique médicale dans une démarche qualité	100 % des plans d'organisation de la radiophysique médicale sont inscrits dans une démarche qualité
	Mettre en place une coordination régionale pour échanger sur l'organisation de la radiophysique et permettre à chacun d'améliorer ses procédures organisationnelles. Partage des retours d'expériences sur les dysfonctionnements et/ou incidents survenant dans les centres de radiothérapie	Une coordination régionale de la radiophysique est mise en place Au moins 1 réunion/an
	Inclure dans les référentiels régionaux de bonnes pratiques par spécialité d'organe les référentiels techniques de radiothérapie et les indications d'accès aux équipements de haute technicité	Inscription dans les référentiels régionaux de bonnes pratiques par spécialité d'organe des référentiels techniques de radiothérapie et des indications d'accès aux équipements de haute technicité
Peu de traitements par modulation d'intensité dans les principales indications validées (Cancers ORL et prostate)	Développer les traitements par modulation d'intensité dans les indications validées	Augmentation du nombre de traitements par modulation d'intensité réalisés annuellement sur la région

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
ANATOMOPATHOLOGIE		
L'accès à la tumorothèque Caen Basse Normandie n'est pas opérationnel pour l'ensemble des établissements autorisés en chirurgie carcinologique	Finaliser l'organisation d'accès à la tumorothèque Basse-Normandie pour tous les établissements autorisés à la pratique de la chirurgie carcinologique	Procédure d'accès à la tumorothèque de Basse-Normandie validée
Diminution du nombre d'anatomopathologistes exerçant en région	Elaborer un référentiel régional sur les examens extemporanés, l'objectif étant de ne réaliser que les extemporanées strictement indispensables	Référentiel des examens extemporanés validé
	Les comptes-rendus anatomopathologiques devront reprendre l'ensemble des éléments minimaux défini par l'INCA	Résultat de l'audit qualité réalisé sur ce thème
Innovation		
L'inclusion des patients dans les essais cliniques concerne majoritairement les patients du pôle régional de cancérologie	Développer des projets simples de recherche clinique dans les établissements non universitaires dans le cadre du groupe régional de recherche clinique en cancérologie et augmenter, sur la région, le nombre de patients inclus dans un essai clinique.	Nombre d'essais cliniques en cancérologie ouverts sur la région Nombre d'inclusions dans les essais cliniques dans les cancers de l'enfant, les hémopathies malignes, les tumeurs solides.
	Ne pas pénaliser (par rapport au seuil d'activité réglementaire) un établissement autorisé pour la chimiothérapie qui adresse ses patients sur un centre de référence pour inclusion dans un essai clinique.	Taux de patients adressés dans un centre de référence pour un essai clinique Pour la pratique de la chimiothérapie et hors établissements du pôle régional taux d'inclusion de patients > 5%
	Développer la recherche en onco-gériatrie et augmenter l'inclusion dans les essais cliniques des patients âgés de plus de 75 ans	Augmenter le taux d'inclusion dans les essais cliniques de patients âgés de plus de 75 ans
Mise en fonctionnement d'un Cyber Knife dans la région depuis 2012	Permettre à tous les patients de la région et des régions limitrophes dont la pathologie relève de ce traitement d'en bénéficier	Augmenter le nombre de traitements par Cyber Knife réalisés annuellement sur la région.
Anatomopathologie	Evaluer la mise en œuvre du projet e-pathologie	Résultat de l'évaluation
L'hadronthérapie est une nouvelle forme de radiothérapie particulièrement prometteuse pour le traitement de cancers actuellement inopérables, chimio et/ou radio-résistants. Elle repose sur l'utilisation de faisceaux d'hadrons. Les hadrons sont soit des protons, soit des ions légers comme le carbone. On distingue ainsi l'hadronthérapie par protons ou « protonthérapie » de l'hadronthérapie par ions carbone. Le principal avantage des protons et des ions carbone par rapport aux rayons X est de mieux épargner les tissus sains environnants	Développer, en partenariat avec la Région et l'Etat, au sein du programme national de recherche et de formation en hadronthérapie (France Hadron), les travaux de recherche liés aux applications thérapeutiques de l'hadronthérapie (projet ARCADE) avec les compétences bas-normandes dans les domaines de la cancérologie, de la radiothérapie et de l'imagerie Intégrer le projet ARCADE dans la coopération du Centre Baclesse et du CHU et trouver sa place dans la mise en place du cancéropôle caennais Accroître l'attractivité professionnelle régionale en chercheurs et en universitaires. Et plus largement l'attractivité de la région en matière médicale et de démographie médicale.. Positionner CAEN au niveau national et européen dans le réseau de prise en charge du cancer qui se développe actuellement dans divers pays	Signature de la convention de partenariat entre les co-financeurs

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Permanence des soins 24/24		
Sur le territoire de la Manche trois établissements ne disposent que d'un seul urologue	Recommander pour les établissements ne disposant que d'un seul chirurgien dans la spécialité autorisée une convention de coopération avec un autre établissement autorisé pour cette chirurgie carcinologique	100% des établissements autorisés pour la chirurgie carcinologique doivent organiser la continuité des soins
Proximité		
Peu de conventions de délégation signées pour l'administration de chimiothérapie en proximité	Développer la chimiothérapie de proximité par des conventions de délégation entre établissement autorisé pour cette activité et établissement ne disposant pas des compétences médicales réglementaires exigées pour la primo prescription	Augmenter le nombre de conventions de délégation signées
Taille critique		
Des établissements autorisés en 2009 n'ont pas atteint pour certaines spécialités le seuil d'activité minimale annuelle	Ne maintenir l'autorisation d'activité de soins traitement du cancer que dans les établissements répondant aux critères réglementaires et notamment le seuil fixé par arrêté	
Présence sur plusieurs agglomérations de taille moyenne de deux plateaux chirurgicaux assurant les mêmes spécialités chirurgicales de carcinologie, avec des équipes restreintes et un nombre d'actes à la limite inférieure du seuil d'activité minimale	Favoriser la constitution d'équipes hospitalières ayant un niveau d'activité de soins suffisant pour assurer la permanence et l'efficacité des prises en charge. Favoriser les coopérations public-privé pour maintenir sur un bassin une offre de soins répondant aux besoins de la population	Suivi des autorisations Nombre de coopérations public-privé mises en place pour l'activité cancérologie sur un bassin dans lequel chacun des établissements ne satisfait pas aux critères réglementaires d'activité requis pour l'autorisation
Adéquation aux besoins du patient		
ONCOGERIATRIE : Filière d'onco gériatrie insuffisamment structurée	Organiser l'évaluation onco-gériatrique pour apporter une aide à la décision thérapeutique en RCP Mettre en place pour les patients de plus de 75 ans atteints de cancer une coopération entre gériatre et oncologue pour mieux adapter la prise en charge du patient	Augmenter le nombre de consultations d'onco-gériatrie
	Identifier pour les établissements des équipes de recours en oncogériatrie composées de gériatres avec compétence en cancérologie et de cancérologues avec expérience gériatrique	Liste des équipes de recours
	Généraliser une fiche de dépistage de la fragilité gériatrique pour tous les patients de plus de 75 ans	100 % des établissements autorisés en cancérologie utilisent la fiche de dépistage de la fragilité gériatrique
	Mettre en œuvre sur la région une Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG)	Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG) mise en place
ONCO-PEDIATRIE : En 2010/11 l'arrêt de la radiothérapie pédiatrique en région par manque de professionnels disposant des compétences nécessaires	Présenter tous les dossiers des grands adolescents (15-18 ans) à la RCP inter-régionale de pédiatrie	100 % des enfants de 15-18 ans atteints d'un cancer bénéficient d'une RCP inter-régionale de pédiatrie
	Redévelopper l'activité de radiothérapie pédiatrique dans le cadre de l'organisation inter-régionale du Grand Ouest	Taux d'enfants bas-normands atteints d'un cancer et traités par radiothérapie pris en charge dans la région
Optimisation		
Un projet médical transitoire signé entre les deux établissements du pôle régional, CHU et CLCC	Mettre en commun des activités de prise en charge médico-chirurgicales et faire émerger un plateau technique unique autour duquel les activités des deux établissements s'organiseront	

6. VOLET PÉRINATALITÉ

CONTEXTE ET ENJEUX

- 18 000 naissances par an en Basse-Normandie
- Une offre de maternités répartie dans de nombreux établissements. Une bonne couverture de tous les points du territoire (à l'exclusion du Perche) par une ou plusieurs maternités
- Une évolution du nombre d'accouchements faible, parfois en diminution (Orne et Manche)
- Une démographie insuffisante en gynécologues obstétriciens, anesthésistes, et pédiatres
- Une inégale qualité et sécurité des prises en charge au sein de la région pour le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi précoce du nouveau né
- Une qualité de prise en charge satisfaisante pour les grossesses à haut risque vital et pour les grossesses physiologiques mais une nécessité d'amélioration de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du suivi du nouveau né pour les situations à risque médico-psychosociales
- 90% des séjours en maternité pour accouchement sans complication durent entre 3 et 6 jours mais des taux d'occupation encore trop bas et des durées moyennes de séjours perfectibles (une globale surcapacité en lit dans notre région de l'ordre de 25%)

La démographie des professionnels de santé

Des effectifs de gynécologues en augmentation +24% entre 2000 et 2010

Gynécologie médicale +42% (30),

Gynécologie-Obstétrique +20% (145)

Mais des professionnels vieillissants : Un âge moyen en constante augmentation (+5,8 ans en 10 ans). Les gynécologues comptent parmi les professionnels les plus âgés de la région avec 52,9 ans d'âge moyen

Niveau de proximité

→ Professionnels de santé libéraux, associations, services de PMI :

Prévention éducation à la vie sexuelle et affective, consultations, contraception, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), suivi de grossesse

→ Centres périnataux de proximité :

Consultations pré- et post-natales, cours de préparation à la naissance, enseignement des soins aux nouveau-nés

Consultations avancées de gynécologie-obstétrique

→ Maternités de niveau I :

Suivi de grossesses et accouchements ne présentant a priori aucun risque

Niveaux intermédiaires/de recours

→ Assistance Médicale à la Procréation (AMP) :

Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle intraconjugale

→ Maternités de niveau II :

Missions du niveau I, + suivi de grossesse à risque et accouchements avec facteurs de risque

→ Services de néonatalogie avec ou sans services de soins intensifs néonataux :

Prise en charge du nouveau-né sans complications majeures

→ Lactarium à usage interne :

Usage du lait maternel de la mère à son propre enfant

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

→ Pour l'AMP :

CECOS (dons anonymes de sperme), fécondation in-vitro, prélèvements d'ovocytes en vue d'une AMP et en vue d'un don, accueil d'embryons, transfert d'embryons en vue de leur implantation

→ Maternités de niveau III :

Missions du niveau I et II, + suivi de grossesses pathologiques (hypertension sévère, diabète...) ou multiples et celles suspectées de présenter un risque élevé pour la mère et/ou pour l'enfant à naître

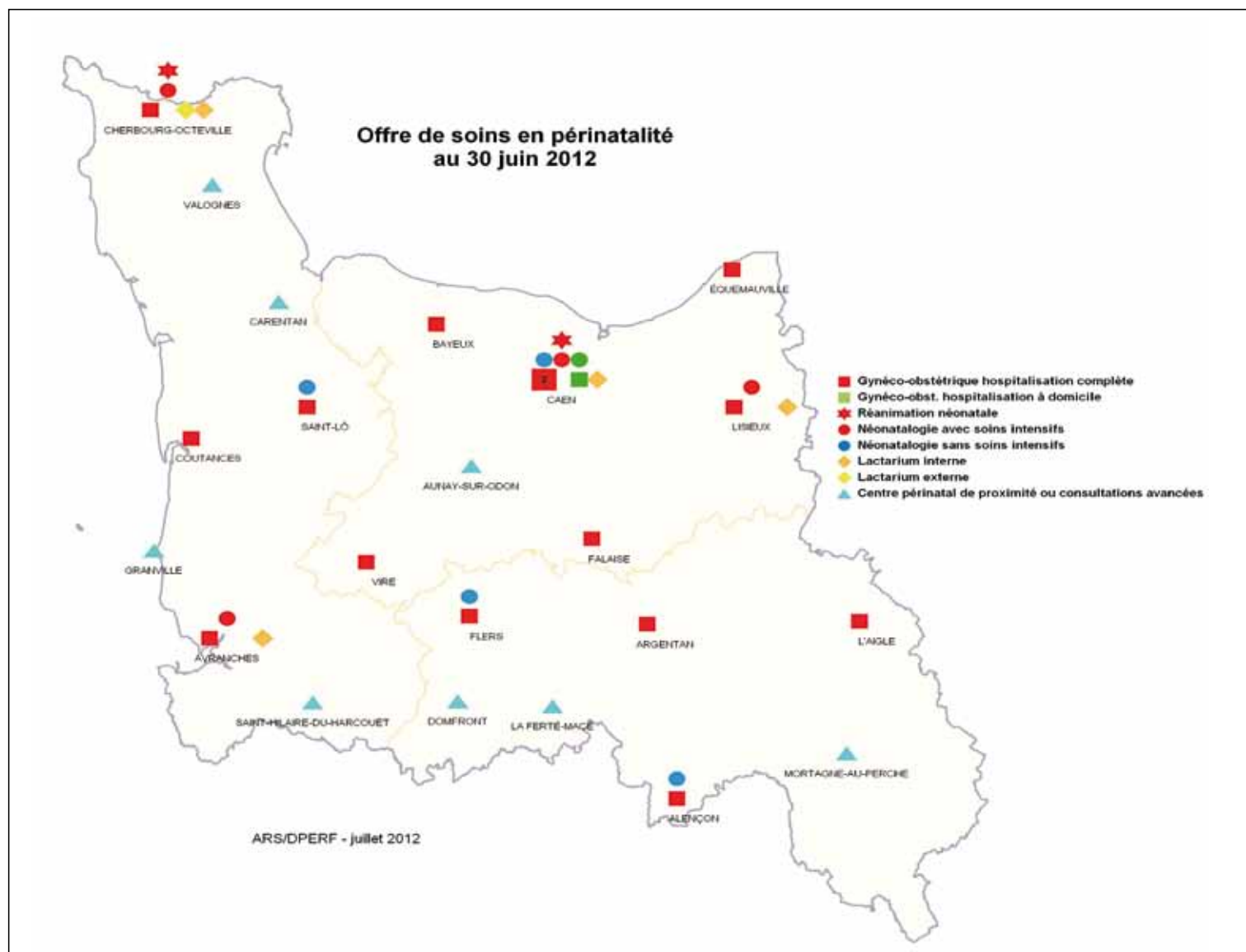
→ Services de réanimation néonatale :

Prise en charge des grands prématurés et réanimation

→ Lactarium à usage externe :

Usage du lait maternel par dons

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 en périnatalité



MATERNITES DE NIVEAU 1 - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	4	4	0	1	4	+3
Manche	1	1	0	0	1	+1
Orne	2	2	0	0	2	+2
Région	7	7	0	1	7	+6

MATERNITES DE NIVEAU 2 - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE / NEONATOLOGIE (AVEC OU SANS SOINS INTENSIFS)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)			Néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)			Hospitalisation à temps partiel pour la gynécologie-obstétrique		
	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0	1	1	0	0	2	+2
Manche	1	1	0	1	1	0	0	2	+2
Orne	2	2	0	0	0	0	0	2	+2
Région	4	4	0	2	2	0	0	6	+6

MATERNITES DE NIVEAU 3 - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE / NEONATOLOGIE / REANIMATION NEONATALE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Réanimation néonatale (niveau 3)			Hospitalisation à temps partiel			Hospitalisations à domicile gynécologie-obstétrique (GO) et néonatalogie (NN)		
	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0	1	1	0	1(GO)+1(NN)	1(GO)+1(NN)	0
Manche	1	1	0	1	1	0	0	1(GO)+1(NN)	+1(GO)+1(NN)
Orne	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Région	2	2	0	2	2	0	1(GO)+1(NN)	2(GO)+2(NN)	+1(GO)+1(NN)

LACTARIUMS

TERRITOIRE DE SANTÉ	LACTARIUMS à usage intérieur			LACTARIUMS à usage extérieur		
	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 31/08/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2	2	0	0	0	0
Manche	2	2	0	1	1	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Région	4	4	0	1	1	0

ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL autorisées au 30 juin 2012 et prévues à échéance du SROS 2017

TERRITOIRE DE SANTÉ	Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire		Génétique moléculaire		Diagnostic de maladies infectieuses		Hématologie		Immunologie		Biochimie y compris marqueurs sériques maternels	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Calvados	1	1	1	1	1	1					2	2
Manche												1
Orne												
Région	1	1	1	1	1	1					2	3

ACTIVITES BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION autorisées au 30 juin 2012 et prévues à échéance du SROS 2017

TERRITOIRE DE SANTÉ	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micro manipulation		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11		Conservation des embryons en vue d'un projet parental		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Calvados	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manche	2	2	1	1							1	1		
Orne	1	2												
Région	5	7	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1

ACTIVITES CLINIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION autorisées au 30 juin 2012 et prévues à échéance du SROS 2017

TERRITOIRE DE SANTÉ	Prélèvement d'Ovocytes en vue d'une AMP		Prélèvement de Spermatozoïdes		Transfert des embryons en vue de leur implantation		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Calvados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manche	1	1			1	1				
Orne										
Région	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Libre choix et accompagnement de la grossesse		
72% des IVG dues à échec de contraception	Favoriser la diffusion des connaissances sur les différentes méthodes de contraception	Outils de communication sur les méthodes de contraception mis en place en direction des professionnels et du grand public
	Améliorer la délivrance de la contraception d'urgence et promouvoir l'IVG par voie médicamenteuse	Evolution du nombre de contraceptifs oraux d'urgence délivrés dans la région > à celle des IVG
	Initier la mise en œuvre de l'instruction du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des IVG	Nombre de conventions signées entre les professionnels de santé, les conseils généraux +/- la Sécurité Sociale pour améliorer le suivi gynécologique en particulier la contraception pour les mineurs et mineures
Des délais d'attente très supérieurs aux recommandations officielles perdurent sur l'agglomération caennaise	Améliorer l'organisation de la prise en charge des femmes demandeuses d' IVG	Diminution des délais d'attente pour IVG dans l'agglomération caennaise
21% des femmes bénéficient d'un entretien au 4 ^{ème} mois	Augmenter le nombre d'entretiens prénatals précoces	80 % des femmes primipares bénéficient d'un entretien au cours du 4 ^{ème} mois de grossesse Augmentation du taux de femmes (toutes situations confondues) bénéficiant d'un entretien du 4 ^{ème} mois
	Former les sages femmes libérales à l'entretien prénatal précoce	Nombre de sages-femmes libérales formées à l'entretien précoce du 4 ^{ème} mois (FMC)
Nécessité de suivi des femmes présentant des situations particulières	Améliorer l'orientation vers des prises en charge spécialisées (addictions, obésité, difficultés psychologiques ou pathologies psychiatriques)	Outils de communication diffusés auprès des professionnels de santé concernés par le suivi de grossesse présentant les structures et missions prenant en charge les addictions, l'obésité, et les difficultés psychosociales Partenariat mis en place entre le réseau régional de périnatalité et des acteurs de la prévention Augmentation des consultations addiction, obésité, et pour difficultés psychosociales auprès de femmes enceintes
	Elaborer une politique régionale pour l'éducation sexuelle des personnes en situation de handicap (retard mental)	Cf. SRP
Complications médico psychosociales de la grossesse	Elaborer des recommandations de prise de charge pour les personnes en situation de précarité Informer de la nécessité de consulter un spécialiste d'organe ou un obstétricien si présence de facteur de risque somatique	Existence d'un protocole de prise en charge de la grossesse pour les personnes en situation de précarité sociale

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taux élevé d'addictions et d'obésité chez les femmes enceintes	Informers les patientes et les généralistes des risques de l'obésité pour la santé de la mère et de l'enfant et favoriser la prise en charge précoce adaptée	Nombre d'outils de communication diffusés sur le sujet
	Développer les partenariats libéraux/hôpital/PMI pour la prise en charge des grossesses à risque (obésité et/ou addictions)	Nombre de partenariats formalisés entre les maternités, la PMI et des PSLA
Troubles anxio dépressifs chez 15 à 20% des mères	Former les médecins de premier recours à la prise en charge des troubles psychiques ou psychiatriques en période de grossesse	Nombre de médecins généralistes formés à la prise en charge des troubles psychiques ou psychiatriques en période de grossesse
	Améliorer le repérage des signes avant-coureurs des dépressions du post partum	Nombre de médecins généralistes formés au dépistage des signes avant-coureurs d'une dépression du post-partum
	Améliorer les conditions de prise en charge de la dépression post partum	Evaluation par enquête ciblée : taux de femmes ayant eu une dépression de post-partum ayant bénéficié d'une prise en charge spécifique de celle-ci
Manque de coordination entre ville/hôpital/médico social dans le suivi post natal	Structurer les staffs médico-psycho-sociaux pour le suivi post-natal en lien avec le médecin traitant Mettre en place une charte éthique régionale des staffs médico-psycho-sociaux ante et post-natal	Rédaction et diffusion de la charte régionale des staffs médico-psycho-sociaux Nombre de maternités par niveau où le staff médico-psycho social figure dans le projet de pôle
Troubles neuropsychiques et sensoriels de l'enfant		
Dépistages non systématiques, notamment des troubles auditifs	Poursuivre et étendre le dépistage et le suivi systématique des troubles neurologiques et sensoriels des nouveaux nés vulnérables. Systématiser le dépistage en période néonatale de la surdité à tous les nouveaux-nés (application de la réglementation 2012)	100 % des maternités ont mis en place une filière de dépistage (document validé), de confirmation diagnostique et de prise en charge précoce de l'enfant sourd et de ses parents
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Prise en compte insuffisante des troubles médico-psychologiques de la mère et de l'enfant	Favoriser l'accès des femmes en anté et post partum à des entretiens de psychologues et de pédo-psychiatres	Au moins 1 demi-journée de consultations hebdomadaires de psychologue par semaine par tranche de 500 naissances Nombre de conventions signées entre les maternités et les établissements et services de psychiatrie
	Assurer une prise en charge adaptée dans une maternité de niveaux 2 ou 3, des enfants dont les mères ont consommé des produits neurotoxiques ou présentant une obésité morbide ou une HTA sévère ou un diabète insulino-dépendant	100% des enfants nés de mères obèses et/ou consommatrices de produits neurotoxiques sont nés ou ont été transférés dans une maternité de niveau 2 ou 3
Prise en charge inégale des nouveaux-nés à risque de déficience ou de handicap	Poursuivre et étendre le dépistage, l'orientation et le suivi précoce et systématique des nouveaux nés à risque de handicap (prématurés, porteurs de malformations cardiaques, de syndromes malformatifs ou infectieux ou ayant subi une imprégnation de substance neuro-toxiques)	Augmentation du nombre d'enfants bénéficiant d'un programme de suivi précoce et systématique jusqu'à l'âge de 7 ans

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taux de vaccination insuffisants	Promouvoir les vaccinations contre la coqueluche, la rougeole, la tuberculose, et l'hépatite B chez la mère et l'enfant	Taux de nouveaux nés vaccinés en période néo-natal (base du certificat de santé du 8 ^{ème} jour) par type de vaccination Nombre de femmes ayant été vaccinées lors de leur séjour à la maternité par type de vaccination
Différents acteurs professionnels sont engagés dans la promotion de l'allaitement	Améliorer la coordination au niveau régional des actions pour soutenir l'allaitement (formation initiale, FMC, outils de communication) réalisées par les associations, la PMI, le réseau périnatalité, les lactariums, l'URML, les Conseils de l'ordre des sages-femmes...	Nombre d'actions multi partenariales de promotion de l'allaitement maternel mises en place
Pas de vision régionale dans la promotion des facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant	Promouvoir l'allaitement (mise en place d'une politique du Réseau de Périnatalité) Promouvoir la connaissance des facteurs favorisant la bientraitance (mise en place d'une politique du Réseau de Périnatalité)	Mise en place d'une ligne dédiée à l'allaitement au Réseau de périnatalité Mise en place d'un groupe de travail pour la promotion de la bientraitance
Le recours aux soins et le parcours de soins sont liés aux conditions de vie et à la perception du corps et de la santé. L'ignorance ou la méconnaissance des droits et des dispositifs, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures, les limites de l'accessibilité géographique constituent des freins déterminants pour l'accès à la santé.	Favoriser l'accompagnement physique et psychique des personnes dans la durée et la transversalité vers les dispositifs de soins et/ou de prévention	Cf. PRAPS
Homogénéité de la qualité		
Certaines maternités ne disposent pas des effectifs d'obstétriciens ou de médecins (anesthésistes, pédiatres) permettant d'assurer la sécurité de la prise en charge de la mère et de l'enfant en période néonatale	Garantir par des moyens pérennes l'effectivité de la prise en charge par des obstétriciens et pédiatres permettant d'assurer la permanence des soins	100 % des maternités de niveaux 1 et 2 garantissent la permanence des soins
Qualité de prise en charge de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) très spécialisée liée notamment au couplage des activités biologique et clinique sur un seul site	Maintenir le couplage des activités biologique et clinique existant sur un même site pour l'AMP très spécialisée et développer les réunions de concertation clinico-biologiques	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Innovation		
Les hémorragies de la délivrance peuvent avoir des conséquences fatales et engendrent des situations de transfert en urgence dans l'insécurité	Développer l'usage des sondes de tamponnement intra utérines pour améliorer la prise en charge des hémorragies de la délivrance	100% maternités de niveau 1 et 2 sont équipées de sondes de BAKRI
Permanence des soins 24/24		
Insuffisance d'effectifs médicaux dans certaines maternités	Garantir la permanence des soins 24h/24 dans des conditions de sécurité de la mère et de l'enfant dans toutes les maternités	100 % des maternités de niveaux 1 et 2 garantissent la permanence des soins
Proximité		
Inégalités géographiques d'accès à l'AMP	Ouverture de deux implantations supplémentaires pour préparation du sperme en vue d'une insémination artificielle intra-conjugale	3 laboratoires autorisés à la préparation du sperme en vue d'une insémination artificielle intra-conjugale dans le Calvados 2 dans l'Orne, et 2 dans la Manche
Délais anormaux d'attente pour IVG	Développer l'offre sur le plateau caennais	Augmentation du nombre d'établissements réalisant des IVG dans le Calvados
Inégalité d'accès au diagnostic anténatal	Assurer l'égalité d'accès au diagnostic anté natal par imagerie sur l'ensemble du territoire	Nombre de conventions signées entre les établissements et les cabinets libéraux pour la réalisation des échographies de diagnostic ante-natal
	Mettre en place ou conforter des consultations avancées de gynécologie et de néonatalogie (consultation à J 8 du nouveau né dans tous les CPP)	Au minimum 1 consultation mensuelle par CPP
Continuité des prises en charge		
Insuffisance du suivi médico social en post partum	Assurer la coordination du suivi psycho social en post partum par des conventions entre les maternités, les PASS , les psychiatres et les cellules de recueil et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) des Conseils Généraux (loi 2007)	Nombre de conventions entre des maternités et PASS et/ ou services de santé mentale signées
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Difficultés pour prendre en charge les grossesses à risques psychiatriques et psycho-sociales	Etablir des protocoles pour les prises en charge des grossesses à risque de complications psychiques ou psychiatriques et de difficultés médico sociales	Protocole régional de prise en charge des grossesses à risque de complications psychiques ou psychiatriques et de difficultés médico sociales validé et diffusé

7. VOLET PÉDIATRIE

CONTEXTE ET ENJEUX

- 18 000 naissances par an en Basse-Normandie ;
- Entre 10 et 17 ans, la cohorte des enfants et adolescents en surpoids est d'environ 12 600, celle des obèses d'environ 2 520 ;
- L'incidence du diabète de type un chez l'enfant a quasiment doublée ces 20 dernières années en France. Allergies alimentaires 8 % des enfants d'âge préscolaire. Asthme 10 à 15 % des enfants ;
- La fréquence des surdités congénitales et héréditaires non congénitales est de 1 pour 800 naissances. La fréquence des déficits auditifs est de 8 % : soit une cohorte d'enfants et d'adolescents âgés de 2 ans à 18 ans d'environ 25 000 ;
- 15 % des adultes sont amblyopes. Si les enfants étaient dépistés correctement entre zéro et cinq ans l'amblyopie à l'âge adulte pourrait être ramenée à 1 % ;
- Structuration insuffisante des diagnostics et prises en charge pédiatriques ;
- Coordination à développer entre les praticiens de ville, les établissements sanitaires et les services et établissements médico-sociaux, ainsi qu'avec les services de PMI et de médecine de l'Education Nationale.

La démographie des professionnels de santé

Une démographie des pédiatres et des neuropédiatres, pédopsychiatres, radio-pédiatres, généticiens pédiatres faible

Des effectifs de pédiatres en augmentation (+30% en 10 ans).

Des professionnels plus jeunes que les autres spécialistes de la région

Niveau de proximité

→ Médecins généralistes, médecins et infirmières ou puéricultrices des services de PMI et de l'éducation nationale, médecins attachés aux établissements médico-sociaux et infirmières de ces établissements
Pédiatres

Pédiatrie générale : dépistage universel chez l'enfant de 28 jours à 16 ans, dépistages sélectifs, soins pour les pathologies peu graves ou moyennement graves

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CMPP : Centre Médicaux Psycho-Pédagogique
CMP : Centre Médico-Psychologique

Niveaux intermédiaires/de recours

→ Service de pédiatrie des établissements de santé
Dépistages ciblés, confirmations diagnostiques pour des pathologies nécessitant ou non une orientation MDPH

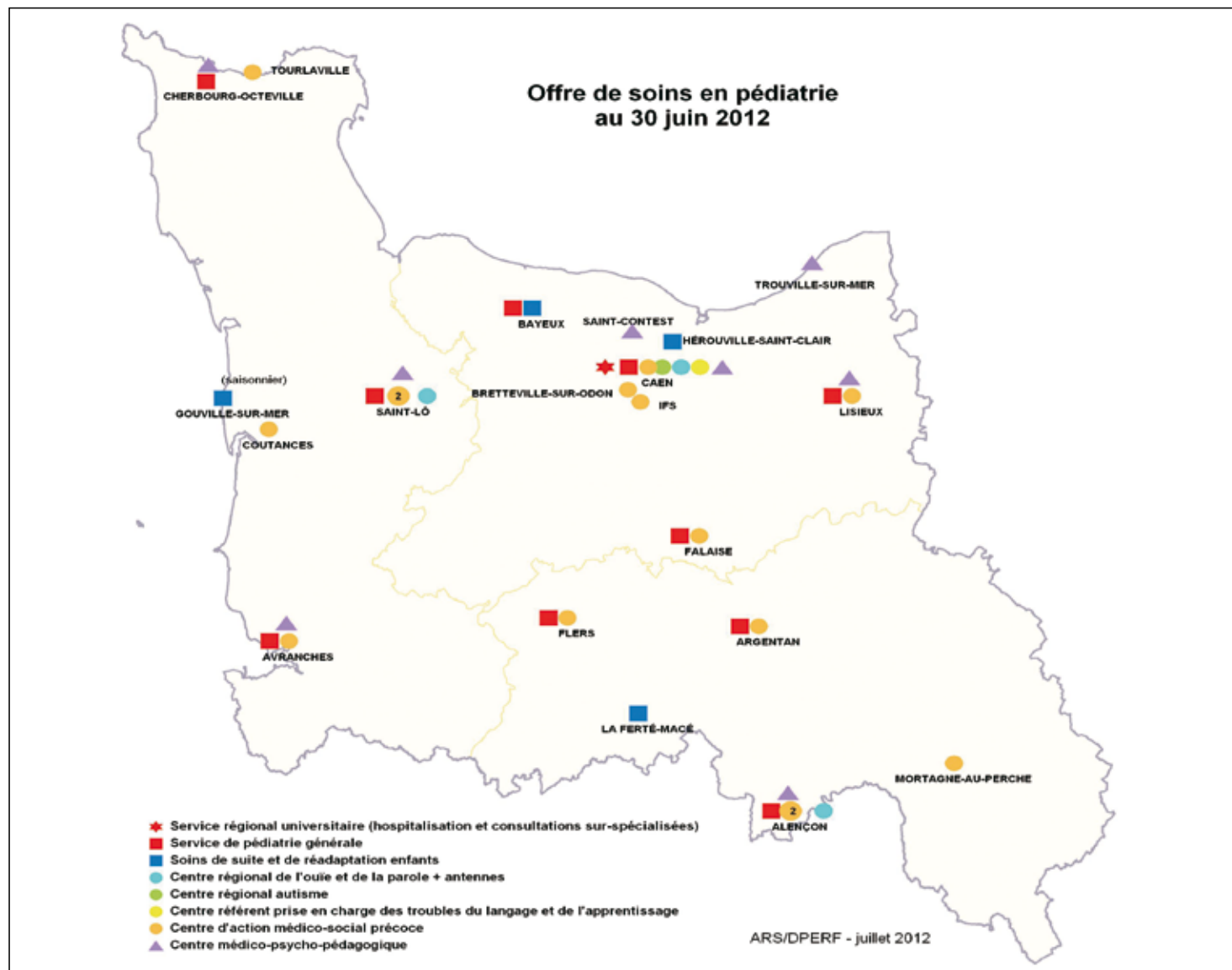
En sus des acteurs du niveau de proximité : consultation pédiatrique et/ou d'un spécialiste d'organe

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

- CHU, Service de chirurgie pédiatrique
- Centre Régional de l'Ouïe et de la Parole (CROP)
- S.S.R. pédiatriques
- Structures régionales : Centre Référent Mucoviscidose (CRM), Centre Régional Autisme (CRA) et Centre Référent pour la prise en charge des Troubles du Langage et des Apprentissage (CRTLA), Centre de Douleur Chronique de l'enfant
- Pédiatres sur-spécialisés : neuropédiatres, pédopsychiatres, généticiens, cardio-pédiatres...

Consultations et prises en charge sur spécialisées nécessitant une indication chirurgicale de réparation, une indication d'appareillage
Elaborations ou mise à jour de trames pour projet d'accueil spécialisé (P.A.I.)
Confirmations diagnostiques pour des pathologies graves

Cartographie(s) de l'offre existante au 30 juin 2012 en pédiatrie



Sur cette carte figurent les implantations des services de pédiatrie, les autorisations de ces services relèvent du régime des autorisations des services de médecine. La réglementation ne permet donc pas l'individualisation d'autorisations des services de pédiatrie.

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Maladies du métabolisme		
Forte prévalence du surpoids et de l'obésité infantile	Développer une consultation obésité dans chaque service de pédiatrie générale	100 % des services de pédiatrie ont une consultation dédiée à l'obésité
Diabète, asthme et épilepsies	Assurer une coordination de la prise en charge en début de traitement, puis au moins 2 fois/an entre le service de pédiatrie de proximité et l'échelon régional (CHU et SSR Régional) pour les enfants et adolescents diabétiques	Animation par le référent du CHU de 2 réunions annuelles pour tous les services de pédiatrie et les 2 SSR
	Améliorer le dépistage des diabètes	
	Mettre en place des réunions de concertation pluri professionnelle avec les équipes pédiatriques pour les médecins, psychologues ou diététiciens pour les cas difficiles	Animation de 3 réunions annuelles par service de pédiatrie
	Proposer à tous les enfants et adolescents diabétiques, nouvellement diagnostiqués un programme d'éducation thérapeutique	Par service de pédiatrie, nombre de nouveaux cas de diabète et nombre de programme d'ETP mis en place
Troubles sensoriels des enfants		
Certains enfants présentant des signes de trouble auditif ou de trouble du comportement ne bénéficient pas d'un dépistage	Organiser un dépistage systématique régulier des troubles sensoriels des enfants	Dépistage systématique mis en place dans le cadre d'un protocole multipartenarial
Troubles neuro psychiques et autisme		
Retards dans le traitement des dossiers au niveau de la MDPH	Mieux cibler la saisine de la MDPH avec un diagnostic ou des hypothèses diagnostiques consolidées	
Offre inégale de consultations pédiatriques dans les CAMPS	Augmenter le nombre de consultations de pédiatres au sein des CAMPS ou de leurs antennes par convention entre les établissements de santé et les structures gestionnaires des CAMPS	Nombre de ½ journée de consultation mensuelle de pédiatrie pour 100 enfants du CAMSP
Objectifs PSRS	Promouvoir une coordination des professionnels en charge du diagnostic et des soins, avec ceux en charge de la prise en charge des troubles du comportement et avec ceux en responsabilité des mesures éducatives (en milieu ouvert notamment) Etablir un annuaire par bassin de vie des structures et services de prise en charge	
	Systématiser le bilan par un neuro pédiatre et par un généticien pédiatre en sus de la prise en charge pédopsychiatrique pour les enfants autistes	Nombre de dossiers MDPH avec un compte rendu de consultations de généticiens et de pédopsychiatre pour les enfants avec traits autistiques
	Faciliter l'hospitalisation en service de pédiatrie ou en unités de crise d'adolescents pour les enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement associés à une crise anxieuse, particulièrement s'ils sont suspects d'avoir subi une maltraitance	
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Inégale qualité des PAI entrainant pour certaines pathologies (asthme, épilepsie, diabète insulino-dépendant) des risques pour l'enfant dans son milieu de vie ordinaire	Désignation de référents régionaux hospitaliers pour la rédaction de trames de projets d'accueil individualisé (PAI) en collectivité. Désignation de référents hospitaliers pour le conseil à la rédaction du PAI en collectivité	Nombre de référents hospitaliers pour le conseil à la rédaction du PAI Nombre des référents régionaux pour la rédaction de trames de projets d'accueil individualisé

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité/Innovation		
Un service hospitalier de Basse-Normandie est en liaison avec des équipes régionales et extra régionales pour la mise en place d'un suivi informatisé des enfants et adolescents diabétiques	Généraliser le suivi informatisé des diabètes dans les services de pédiatrie	100 % des enfants diabétiques ont un dossier médical informatisé
Pas d'équipement d'Electro-EncéphaloGramme (EEG) Vidéo-prolongé dans la région. Des diagnostics neurologiques ne sont pas établis pour les prématurés et les délais de prise en charge des enfants hors région sont très longs.	Envisager l'équipement d'EEG – vidéo prolongé au CHU contribuant au diagnostic étiologique des pathologies neurologiques ainsi qu'à la surveillance continue des prématurés et au bilan pré-chirurgical des épilepsies sévères et difficilement contrôlables par voie médicamenteuse	Un EEG-vidéo prolongé installé au CHU Nombre de prématurés et d'enfants bénéficiant de l'équipement par an
Permanence des soins 24/24		
Défaut d'anesthésiste pédiatrique pour réaliser une garde H24 au CHU de Caen	Mise en place d'une garde d'anesthésistes pédiatriques au CHU	Un tableau de garde d'anesthésistes pédiatriques complet au CHU
Proximité		
Un référent O.R.L. pédiatrique fait défaut à Avranches, à Saint-Lô, et à l'Aigle	Organiser entre les établissements sanitaires et/ou l'offre de soins libérale la présence éventuellement à temps partiel d'un O.R.L. spécialisé en pédiatrie dans chaque service de pédiatrie ou autour de chaque bassin hospitalier	100 % des services de pédiatrie ont accès à un ORL spécialisé en interne ou par collaboration avec la médecine de ville
Objectifs PSRS	Développer des consultations avancées de pédiatrie sur les sites avec consultations avancées de gynécologie-obstétrique et dans les CPP par convention entre les établissements de santé	Nombre de ½ journées mensuelles de consultations avancées de pédiatrie mises en place dans les sites avec consultations avancées de gynécologie-obstétrique et dans les CPP
Insuffisance de pédiatres notamment dans l'Orne	Finaliser la mise en place de la Fédération de pédiatrie de l'Orne, du CHU et du CH Falaise et l'étendre aux autres établissements.	Accessibilité à des pédiatres dans l'Orne organisée au sein de la Fédération de pédiatrie
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Des inadéquations de prises en charge pour les consultations sur-spécialisées génèrent des délais longs préjudiciables aux enfants en plus grande nécessité de soins	Définir clairement et diffuser les modalités d'accès aux consultations sur spécialisées	« Cahier des charges » élaboré pour accès aux consultations de génétique, neuro-pédiatrie, et à celles du CRA et du CTRLA

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Adéquation aux besoins du patient		
L'organisation des dépistages réalisés lors des consultations externes et hospitalisations pédiatrie, lors des admissions dans les centres d'action médico-sociale précoce et dans les services de soins et d'éducation à domicile ainsi qu'à l'admission des établissements médico-éducatifs manquent de lisibilité.	Impulser le suivi et l'organisation de la confirmation diagnostic puis de la prise en charge après le dépistage des pathologies sensorielles et somatiques dans les établissements médico-sociaux pédiatriques Réserver des créneaux de consultations pédiatriques aux enfants accueillis dans les établissements et services médico-sociaux dans les établissements sanitaires	Nombre d'enfants accueillis dans EMS orientés vers des services de santé somatiques par des professionnels de ces établissements Nombre de créneaux ouverts réservés à la consultation des enfants accueillis dans les établissements et services médico-sociaux
Adaptation des compétences		
Difficultés d'accès aux soins dans les structures et établissements médico-sociaux (manque de formation, manque de partenariat avec les acteurs des soins). Les référents santé des structures et établissement médico-sociaux sont souvent insuffisamment formés aux dépistages des troubles de la croissance, des troubles sensoriels et ne disposent pas toujours du matériel de dépistage	Elaborer et/ou diffuser des programmes de formation continue en pédiatrie à destination des infirmiers attachés aux structures et établissements médico-sociaux Inciter les gestionnaires à acquérir les outils de dépistage des troubles de la croissance et des troubles sensoriels.	Nombre de programmes de formation en pédiatrie diffusés auprès des structures et établissements médico-sociaux Pourcentage d'enfants et adolescents par structure ou par établissement médico-sociaux bénéficiant d'un dépistage annuel des troubles de la croissance et des troubles sensoriels
Besoin d'actualisation des connaissances pédiatriques	Elaborer et/ou diffuser des programmes de formation médicale continue en pédiatrie dont la nutrition et les allergies	Nombre de programmes de formation médicale portant sur la nutrition diffusés Nombre de programmes de formation médicale portant sur les allergies diffusés

8. VOLET CHIRURGIE

CONTEXTE ET ENJEUX

- Le niveau de recours le plus bas de France métropolitaine après l'Ile de France, en particulier dans le département de la Manche et pour les personnes de 75 ans et + ;
- Une stabilité de ce taux au cours des dernières années ;
- Un nombre de plateaux de chirurgie important (25 plateaux) avec une activité dans l'ensemble moyenne ou faible et en baisse ;
- La modalité de prise en charge ambulatoire est en progression dans un contexte de retard national ;
- Un défaut d'attractivité important notamment dans la Manche et l'Orne induisant des taux élevés de fuites extra territoriales des niveaux de proximité et de recours territorial notamment.

La démographie des professionnels de santé

En mai 2011,

170 anesthésistes ont une activité d'anesthésie au bloc opératoire. 18 % ont plus de 60 ans, 59 % ont plus de 50 ans.

La répartition sur l'ensemble des plateaux montre que les équipes sont de 2 anesthésistes dans 2 structures (sans permanence d'activité chirurgicale), 3 anesthésistes dans 6 structures. Pour les plateaux assurant actuellement une permanence des soins chirurgicaux, l'effectif est de 3 anesthésistes pour 3 structures.

Le nombre de chirurgiens est de 472. 19 % ont plus de 60 ans, 55 % ont plus de 50 ans.

Pour la chirurgie viscérale, 9 structures ont 1 ou 2 chirurgiens viscéraux dont 4 avec une permanence de soins chirurgicaux assurée.

Pour la chirurgie d'ortho-traumatologie, 11 structures ont 1 ou 2 chirurgiens dont 5 avec une permanence de soins chirurgicaux assurée.

Pour les autres spécialités, nombreux sont les plateaux où le chirurgien est seul pour sa spécialité ; chirurgie ophtalmologique : 10 plateaux, chirurgie ORL : 5 plateaux, chirurgie urologique : 7 plateaux

Niveau de proximité

Hiérarchisation de la prise en charge chirurgicale

selon les spécialités

La chirurgie digestive et d'ortho-traumatologie

selon la technicité des actes chirurgicaux

Sur la base d'une étude d'actes ciblés représentatifs des différents niveaux

La chirurgie de proximité est effectuée sur tout plateau

selon les plateaux

Tout plateau de chirurgie est au minimum un plateau de proximité

Niveaux intermédiaires/de recours

Hiérarchisation de la prise en charge chirurgicale

selon les spécialités

Les spécialités chirurgicales urologie, gynécologie, vasculaire et les spécialités médico-chirurgicales ophtalmologie, ORL et stomatologie

selon la technicité des actes chirurgicaux

Sur la base d'une étude d'actes ciblés représentatifs des différents niveaux

La chirurgie de recours territorial est effectuée sur au moins un plateau par territoire

selon les plateaux

Ces plateaux, permettant l'accueil des urgences chirurgicales 24h/24, ont un plateau radiologique et biologique, un service de réanimation

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

Hiérarchisation de la prise en charge chirurgicale

selon les spécialités

Les spécialités chirurgicales urologie, gynécologie, vasculaire et les spécialités médico-chirurgicales ophtalmologie, ORL et stomatologie

selon la technicité des actes chirurgicaux

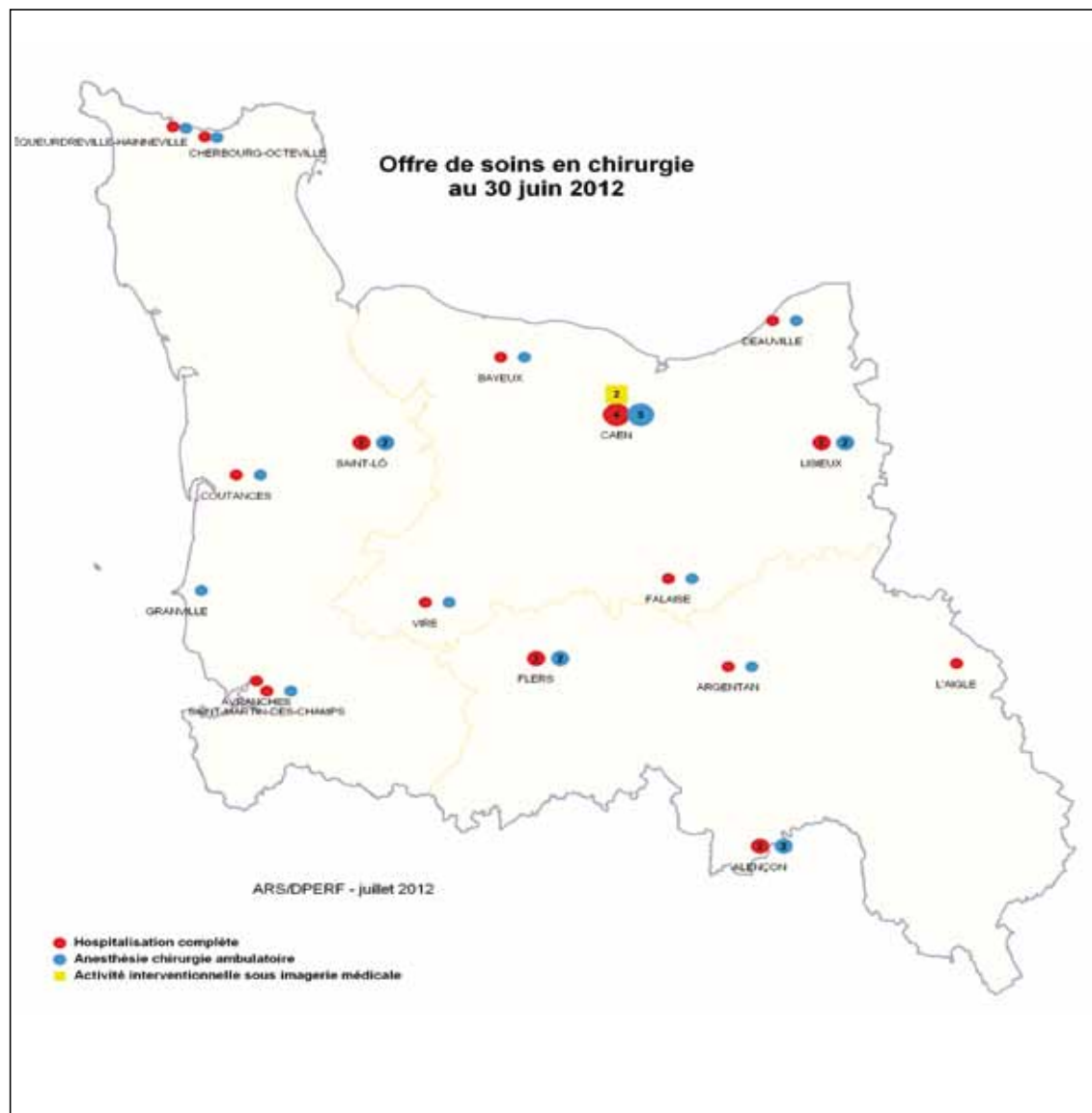
Sur la base d'une étude d'actes ciblés représentatifs des différents niveaux

La chirurgie de recours régional sur au moins un plateau de la région

selon les plateaux

Ce plateau permet l'accueil de toutes urgences chirurgicales 24h/24 (hors actes chirurgicaux relevant du SIOS)

Cartographie de l'offre existante en chirurgie au 30 juin 2012



CHIRURGIE HOSPITALISATION COMPLETE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	10	10	0
Manche	7	7	0
Orne	6	6	0
Région	23	23	0

ANESTHESIE OU CHIRURGIE AMBULATOIRES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	11	11	0
Manche	7	7	0
Orne	5	5	0
Région	23	23	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
L'insuffisance de la prise en charge de la douleur est un frein au développement de la chirurgie ambulatoire	Optimiser la prise en charge de la douleur, en particulier en chirurgie ambulatoire, lors du retour à domicile. Appliquer les référentiels « douleur » existants. Cf. volet Douleur	
Homogénéité de la qualité		
Il n'y a pas de plateau technique ayant moins de 1500 séjours par an (en 2010). Mais certains plateaux ont une activité faible avec un fonctionnement non optimisé (ressources humaines / ressources techniques) Avec 170 anesthésistes réanimateurs et 472 chirurgiens répartis sur 25 plateaux, on constate un nombre important d'équipes de petite taille	Mettre en adéquation les ressources humaines et l'activité produite et s'orienter vers les complémentarités territoriales lors d'inadéquation, ou d'isolement géographique d'un plateau technique	Augmentation du ratio nombre de séjours chirurgicaux annuels/ équivalents temps plein chirurgiens par établissement
	Recommandation : 3 chirurgiens en ortho traumatologie, en viscéral, 2 pour les autres spécialités et 3 anesthésistes par plateau de chirurgie	Taux de respect de la recommandation
	Constituer des équipes médicales de territoire pour renforcer l'attractivité des plateaux à faible activité	Nombre de coopérations entre établissements autorisés prévoyant une mutualisation de chirurgiens par territoire
La Basse-Normandie accuse un retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Le potentiel de substitution est important sur certains gestes et certains établissements (augmentation possible du taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs estimée à 15 points)	Développer la chirurgie ambulatoire sur les plateaux justifiant un potentiel de substitution par une organisation dédiée à cette activité	Augmentation du taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs de 15 points à échéance du SROS Taux de chirurgie ambulatoire régional à 50% à échéance du PRS
Innovation		
La chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence. Le potentiel bas-normand est de l'ordre de 10 000 séjours à minima	Anticiper les modifications capacitaires du fait de la substitution	
	Former les équipes à cette nouvelle modalité (chirurgie ambulatoire), éduquer, informer	Nombre d'équipes formées
	Organiser le ou les blocs opératoires (circuit dédié, utilisation optimale des salles)	Amélioration des indicateurs de parangonnage des blocs opératoires (TROS, Temps conventionnel MEAH)
Permanence des soins 24/24		
Certaines lignes de PDSES ont une activité faible La démographie des chirurgiens est relativement faible dans notre région	Etudier le recentrage de l'activité de permanence des soins sur un nombre limité de plateaux chirurgicaux (7 plateaux : 3 dans la Manche, 2 dans le Calvados 2 dans l'Orne) dans le cadre de la révision annuelle du schéma cible PDSES	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Proximité /Subsidiarité		
Pour l'ensemble des spécialités chirurgicales, on constate une augmentation des taux de prise en charge hors territoire pour le niveau de recours mais aussi pour le niveau de proximité	Maintenir ou développer des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité, y compris en ayant recours à la télémedecine, dans le cadre de complémentarité entre établissements au sein d'un même territoire	
	Assurer, dans chaque territoire, un niveau de proximité (consultations chirurgicales) sur tous les plateaux, un niveau de recours territorial sur au moins un plateau (chirurgie de proximité et chirurgie de recours)	Diminution du taux de fuite de chaque établissement autorisé pour les différentes spécialités chirurgicales à échéance
Accessibilité financière		
La répartition des plateaux de chirurgie permet actuellement de garantir une prise en charge en secteur 1	Favoriser le maintien d'une prise en charge de chirurgie en secteur 1 sur chaque site géographique de proximité et pour au moins 1 plateau par territoire pour la chirurgie de recours intermédiaire	Nombre de plateaux de chirurgie appliquant le tarif conventionnel secteur 1 par spécialité chirurgicale par territoire de proximité, de recours
Continuité des prises en charge		
Discontinuité des relations chirurgiens/ médecins traitants au moment de la décision et du suivi d'un acte de chirurgie ambulatoire Durées Moyennes de Séjours supérieures aux DMS moyennes (40% des plateaux concernés), traduisent une mauvaise performance de l'organisation médicale. Ce problème vient souvent d'un engorgement des solutions d'aval et d'anticipation des orientations de sortie	Anticiper les orientations de sortie : domicile ou substitut de domicile (structure médico-sociale) / SSR / HAD lors d'un séjour chirurgical Diminuer les inadéquations de séjours chirurgicaux en lien avec l'engorgement de la filière d'aval Améliorer la fluidité des prises en charge en soins de suite et de réadaptation avec l'utilisation de l'outil Trajectoire	Suivi des indicateurs de l'outil trajectoire pour le SSR
	Développer l'articulation avec la médecine de ville en amont et en aval lors d'une hospitalisation chirurgicale en ambulatoire	Nombre d'expérimentations de coordination du parcours patients entre ville et hôpital dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire mise en place dans la région
La prise en charge dans le cadre de filières : les filières sont insuffisamment identifiées	Intégrer le séjour chirurgical lors d'une prise en charge spécifique dans la filière concernée (filières cancérologie, pédiatrie, gériatrie, obésité...)	
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite la définition des missions respectives des divers acteurs	Formaliser les coopérations entre les différents niveaux de recours	Nombre de conventions signées entre des établissements autorisés en chirurgie de proximité et de recours territorial et régional
	Définir les missions de chaque professionnel en particulier dans les unités de chirurgie ambulatoire	Mise en place d'une procédure définissant le rôle de chaque intervenant dans toutes les unités de chirurgie ambulatoire
Une bonne fluidité des parcours nécessite une lisibilité des niveaux de recours de chirurgie dans chaque territoire et par spécialité	Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, structurer les solutions de replis (convention de sécurité)	100% ayant une unité de chirurgie ambulatoire sans autorisation de chirurgie complète a signé une convention avec l'établissement autorisé à la chirurgie en hospitalisation complète le plus proche

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taille critique		
Un plateau de chirurgie qui n'a pas une activité suffisante n'est pas efficient	Dans le cadre des autorisations de l'activité chirurgicale sous forme d'alternative à l'hospitalisation, la recommandation d'une activité potentielle équivalente ou supérieure à 1200 séjours chirurgicaux PMSI	Nombre d'établissements autorisés à l'activité de chirurgie sous forme d'alternative à l'hospitalisation réalisant moins de 1 200 séjours chirurgicaux en ambulatoire
	Dans le cadre des autorisations de l'activité chirurgicale sous forme d'alternative à l'hospitalisation, recommandation que l'activité potentielle soit supérieure à 8 000 journées sauf lorsque le site dispose d'une maternité ($365 \text{ j} * 30 \text{ lits} * \text{Taux d'occupation à } 80\% = 8\,760 \text{ journées}$)	Nombre d'établissements autorisés à l'activité de chirurgie complète réalisant moins de 8 000 journées
	Formaliser les coopérations entre les différents niveaux de recours entre établissements lorsque l'activité potentielle est inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux PMSI sous forme d'alternative à l'hospitalisation	Nombre de regroupements et/ou coopérations mises en place
	Mettre en œuvre le regroupement des plateaux de chirurgie lorsque deux établissements, situés dans la même agglomération, présentent une activité prévisible proche des seuils critiques	Nombre de regroupement des plateaux de chirurgie entre établissements situés dans la même agglomération
	Développer la coopération des équipes chirurgicales des établissements proches dont l'activité est faible	Nombre de coopération d'équipes chirurgicales mises en place
	Assurer le développement de la chirurgie ambulatoire en s'assurant d'une activité suffisante/masse critique, conforme aux référentiels nationaux, avec organisation interne structurée (cf. recommandation cohérence lisibilité)	
Seuils INCA non atteints pour certains plateaux	Assurer le développement de la chirurgie ambulatoire en s'assurant d'une activité suffisante/masse critique, conformes aux référentiels nationaux, avec organisation interne structurée (cf. recommandation cohérence lisibilité)	Suivi des démarches mises en place dans les établissements concernés
Adaptation des compétences		
Les compétences des personnels ne sont pas suffisamment adaptées aux modalités de prise en charge en ambulatoire	Développer les compétences des personnels avec des formations adaptées à la modalité ambulatoire de la chirurgie, à l'intégration des patients dans des filières organisées	Nombre de formations à la modalité ambulatoire mises en place
Optimisation des ressources		
Malgré un nombre d'équipes de petites tailles, il existe encore des doublons d'activité dans la réponse aux besoins chirurgicaux pour les sites géographiques ayant 2 plateaux de chirurgie. Il n'y a pas de complémentarité public/privé sur les 7 sites potentiellement concernés (2 établissements avec plateau de chirurgie sur le même site géographique)	Optimiser les ressources médicales en favorisant les complémentarités public/privé	Nombre de coopération entre les établissements autorisés en chirurgie sur un même site géographique

9. VOLET SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

CONTEXTE ET ENJEUX

Actuellement, la répartition de l'activité SSR permet une prise en charge polyvalente de proximité sur l'ensemble de la région, une prise en charge de l'activité de SSR spécialisée de recours territorial sur au moins une unité par territoire et une activité de SSR spécialisée de recours régional sur au moins une unité de la région.

Mais

- L'activité d'Hospitalisation à Temps Partiel est peu développée, elle est inégalement répartie sur l'ensemble des territoires et selon les spécialités
- Certaines spécialités ne sont pas développées avec le maillage préconisé (SSR des affections respiratoires, SSR des affections liées aux conduites addictives)
- Certaines spécialités ne sont pas autorisées (SSR des affections onco-hématologiques et brûlés)

Une étude des ressources humaines affectées à ces services, en 2010, montre que ces ressources rapportées à un même nombre de lits/places, pour une même spécialité, sont très inégales dans la région.

La démographie des professionnels de santé

Le temps médical est très différent d'une structure à une autre, variant de 0,25 à 1,2 ETP. Rapporté à 20 lits/places, pour le SSR polyvalent (échelle de 1 à 6), il varie de 0,38 à 1,5 ETP. Rapporté à 20 lits/places, pour le SSR gériatrique (échelle de 1 à 4). Notons le temps non affecté dans des petites structures ou structures privées avec l'intervention des médecins libéraux.

Le temps infirmier varie de 2,6 à 8,2 ETP. Rapporté à 20 lits/places, pour le SSR polyvalent (échelle de 1 à 3), il varie de 3,3 à 10,6 ETP, rapporté à 20 lits/places, pour le SSR gériatrique (échelle de 1 à 3).

Le temps d'assistant social, réglementairement obligatoire, est souvent non pourvu dans les structures privées (SSR polyvalents).

Le temps paramédical est très contrasté, il manque du temps de kinésithérapeute et d'ergothérapeute dans certaines structures et ce temps est a contrario important dans d'autres établissements de même bassin géographique. Le temps de kinésithérapie varie de 0,2 à 1,2 ETP, rapporté à 20 lits/places, pour le SSR gériatrique (échelle de 1 à 6).

Le temps d'aide-soignant varie de 3,36 à 11,33 ETP, rapporté à 20 lits/places, pour le SSR polyvalent

Niveau de proximité

Les structures polyvalentes
Toutes les structures autorisées en SSR réalisent au minimum un accueil de proximité dans le cadre du SSR polyvalent :

Soins médicaux, rééducation et réadaptation,
Actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
Préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

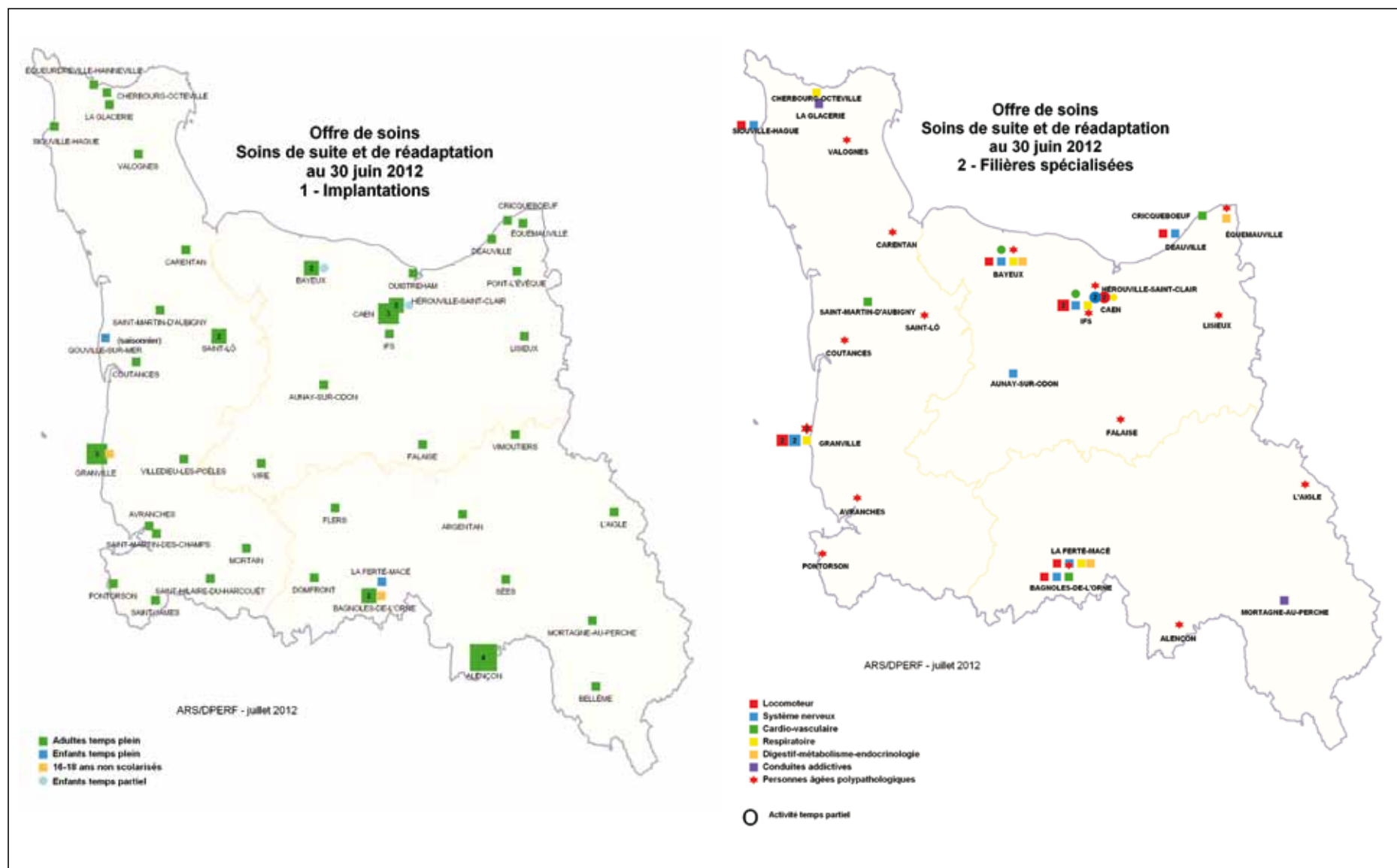
Niveaux intermédiaires/de recours

Les structures spécialisées de recours territorial assurent à minima la prise en charge de proximité et la/les prises en charge spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent territorial pour la spécialité concernée

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

Les structures spécialisées de recours régional assurent à minima la prise en charge de proximité, la prise en charge de recours territorial et la/les prises en charge spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent régional pour la/les spécialité(s) concernées

Cartographie de l'offre de soins en soins de suite et réadaptation au 30 juin 2012



TERRITOIRE DE SANTÉ	Calvados			Manche			Orne			Région		
	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
SSR non spécialisés adultes	17	17	0	20	20	0	15	15	0	52	52	0
Prise en charge des enfants et/ou adolescents à titre exclusif	2	2	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Hospitalisation Temps Partiel (HTP) exclusif adultes-enfants	2 (dont 1 enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	0	0	0	0	0	0	0	2 (dont 1 enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	0

FILIÈRES SPÉCIALISÉES ADULTES - ENFANTS

Affections de l'appareil locomoteur	6 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	6 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	0	3	3	0	2 (dont 1 enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	0	11	11	0
Affections du système nerveux	6 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	6 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	0	3	3	0	2 (dont 1 enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	0	11	11	0
Affections cardio-vasculaires	3 (dont 2 en HTP)	3 (dont 2 en HTP)	0	1	1	0	1	1	0	5	5	0
Affections respiratoires	3 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	3 (dont 2 enfants exclusifs comprenant 1 HTP exclusif)	0	2	2	0	1 (enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	+1	6	7	+1
Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	2 (dont 1 enfants exclusifs)	2 (dont 1 enfants exclusifs)	0	0	0	0	1 (enfants exclusifs)	1 (enfants exclusifs)	0	3	4	+1 département indifférencié
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+1 département indifférencié
Affections liées aux conduites addictives	0	4	+4	1	2	+1	1	2	+1	2	8	+6
Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance	6	6	0	8	8	0	3	3	0	17	17	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Peu de formalisation des liens avec les services sociaux rendant d'autant plus compliquées les solutions d'aval	Etablir des conventions entre les SSR et les établissements médico-sociaux afin d'anticiper et régler les problèmes sociaux liés à la prise en charge d'aval en EHPAD	100% des SSR disposent d'un temps d'assistante sociale
	Optimiser la prise en charge de la douleur	CF. volet douleur
Homogénéité de la qualité		
Activité cellule ECO non connue (Evaluation, Conseil, Orientation)	Développer la cellule ECO en Médecine Chirurgie Obstétrique	Une cellule ECO par territoire de santé
	Favoriser des évaluations post-séjours dans les SSR spécialisés	Taux de patients pris en charge en SSR spécialisés ayant eu une évaluation post séjours
Temps médical, soignant et paramédical très différents d'une structure à une autre (pour les SSR polyvalents ou de même spécialité et pour un même nombre de lits/places)	Favoriser les complémentarités Développer la coordination territoriale en SSR conformément à l'annexe 2 du décret du 3 octobre 2008	Nombre de conventions inter établissements autorisés en SSR mutualisant des équipes
Innovation		
Hospitalisation à Temps Partiel (H T P): 9,9 %, de la prise en charge SSR en 2010 et 10,4% en 2011	Développer l'HTP pour les SSR spécialisés (addictologie, appareil respiratoire, pédiatrie, cardiologie) Développer l'HTP pour l'éducation thérapeutique	Taux d'augmentation du nombre de places en HTP en SSR par spécialité
Permanence des soins 24/24		
Les permanences 24/24 IDE et astreintes médicales sont organisées	Maintenir l'organisation actuelle (permanence 24 H IDE et astreintes médicales organisées)	100 % des SSR conformes sur ce point
Proximité		
Important service rendu de proximité mais encore des problématiques d'accès par spécialité	Développer les coopérations intra et inter territoriales entre SSR spécialisés et polyvalents	Nombre de conventions signées entre des SSR spécialisés et polyvalents
Unités d'HTP isolées en particulier pour le SSR « affections cardio- vasculaires »	Instaurer des complémentarités entre unités d'HTP et unités de recours régional, en particulier pour le SSR « affections cardio-vasculaires » Améliorer la répartition de la prise en charge en fonction du domicile des patients pour l'HTP (recours territorial) en particulier pour le SSR « affections cardio-vasculaires »	Augmentation du taux de patients pris en charge en SSR cardiovasculaires en HTP résidant dans le territoire de santé du SSR dans lequel ils sont suivis
Subsidiarité/taille critique		
Déficit de compétences et des métiers sur certaines unités	Mutualiser les compétences sur les sites déficitaires	Nombre de mutualisations d'équipes
Les effectifs des personnels en 2010 ne sont pas optimisés dans les petites unités à capacités installées réduites et dans les structures avec différentes unités géographiques (étude RH SSR de 2010)	Développer les alternatives à l'HTC en renforçant le lien avec la médecine de ville et les prises en charge médico-sociales (SSIAD, EHPAD...)	Nombre d'expérimentations de prises en charge coordonnées SSR/ville/médico-social en HTP pour des personnes âgées

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Continuité des prises en charge		
Insuffisance de l'offre de prise en charge d'aval : HAD, SSIAD, EHPAD, MAS, offre libérale...	Développer, lors d'une hospitalisation en SSR, l'articulation avec la médecine de ville en amont et en aval de la prise en charge	Nombre de conventions signées entre des SSR, des structures médico-sociales et des PSLA pour améliorer la fluidité du parcours des patients
Engorgement des services MCO	Optimiser les entrées en SSR par l'utilisation de l'outil Trajectoire (MCO/SSR)	Augmentation du taux de séjours SSR ayant fait l'objet d'une programmation via l'outil Trajectoire
Mise en place de l'outil TRAJECTOIRE dans tous les établissements	Anticiper les orientations pour la sortie (dès le MCO et entrée SSR)	
Anticipation de la sortie insuffisante	Formaliser des conventions entre SSR et services de médecine ou chirurgie	100 % des SSR ont signé une convention avec les établissements autorisés en médecine ou chirurgie de leur territoire
Entrées directes peu développées	Développer la prise en charge directe du domicile ou substitut du domicile vers le SSR, en particulier en gériatrie	Augmentation du taux d'entrées directes en SSR gériatrique à partir du domicile ou substitut du domicile
Beaucoup de ré-hospitalisations en particulier pour les SSR gériatriques	Développer le lien SSR polyvalents et spécialisés, en particulier gériatrique, pour l'organisation du recours territorial	100 % des SSR gériatriques ont signé une convention avec les SSR polyvalents de leur territoire
	Développer les capacités en lits de SSR gériatrique	Augmentation des capacités en lits de SSR gériatrique
	Développer l'HTP en SSR gériatrique en favorisant les complémentarités entre SSR spécialisés, SSIAD et HAD	Augmentation des places d'HTP en SSR gériatrique
	Installer 1 Unité Cognitivo-Comportementale par territoire et 1 UCC universitaire	1 UCC installée par territoire de santé 1 UCC universitaire installée dans la région
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Seul le CH de Pont-L'Evêque a 3 lits identifiés pour l'ensemble de la région. Cependant des prises en charge de type palliatives sont réalisées sans être identifiées au sein des SSR	Intégrer la prise en charge de Soins Palliatifs en SSR dans le SROS-PRS volet Soins Palliatifs	Voir volet Soins palliatifs
Problème de la définition et de l'identification de l'HTP et TCA (Traitements et Cures Ambulatoires)	Veiller à articuler toute HTP exclusive à une HTC au sein de chaque filière	100 % des SSR en HTP exclusive ont une convention avec une HTC de la même spécialité pour organiser le recours du patient
Prise en charge en SSR insuffisamment intégrée dans un parcours de filière identifié (filière gériatrique, filière pédiatrique, filière addictologie, filière neurologique...) Filières de soins existantes mais non formalisées	Intégrer les séjours SSR dans les filières	Nombre de filières formalisées intégrant le SSR

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Unités d'HTP polyvalentes à orientation addictologie non identifiées	Spécialiser les SSR polyvalents à orientation addictologie dès lors qu'ils répondent aux conditions techniques de fonctionnement des SSR spécialisés addictologie et qu'ils intègrent le maillage régional	Nombre de SSR polyvalents à orientation addictologie répondant aux conditions techniques de fonctionnement du SSR spécialisé addictologie et intégrant le maillage régional autorisés en SSR spécialisé addictologie
	Créer une unité spécialisée de recours régional dans le territoire du Calvados	1 unité spécialisée addictologie de recours régional installée dans le Calvados
Taille critique		
Grand nombre d'unités de SSR (48) de capacité petite ou moyenne (2/3 ont moins de 30 lits) dans la région. SSR polyvalents de faible taille adossés à des lits de MCO en milieu rural	Ne pas créer de nouvelles unités mais réorganiser les unités existantes de petite taille en tenant compte du maillage territorial	Nombre de plateaux de SSR à échéance <= nombre de plateaux actuel (49)
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Obésité	Structurer l'offre spécialisée pour la prise en charge de l'obésité sévère en SSR avec une unité SSR «affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien» adulte pour la Basse-Normandie en lien avec la structure existante de la Côte Fleurie	1 SSR spécialisé des systèmes digestif, métabolique, et endocrinien supplémentaire installé dans le Calvados
Etats végétatifs persistants (EVP)	Créer ou identifier des lits d'éveil de coma intégrés dans des unités spécialisés de recours régionaux	Nombre de lits d'éveil de coma intégrés dans des unités spécialisées de recours régionaux
	Développer la taille des unités spécifiques pour EVP dans l'Orne	Augmentation du nombre de lits d'EVP dans l'Orne
Appareil Loco-Moteur et Système nerveux	Intégrer les recommandations HAS et sociétés savantes (recommandations de prises en charge) pour les SSR spécialisées appareil loco-moteur, système nerveux	Suivi des résultats des demandes de mises sous accord préalables pour kinésithérapie pour les patients des SSR spécialisées appareils loco-moteur système nerveux
Affections respiratoires	Installer les unités autorisées non encore ouvertes (3)	100 % des unités autorisées sont installées
Pédiatrie	Définir les besoins en pédiatrie de lits identifiés de soins palliatifs et SSR onco-hématologique	Résultats de l'étude des besoins
	Permettre une dérogation d'âge (au-delà de 18 ans) pour une prise en charge en SSR pédiatrique des jeunes polyhandicapés adultes	Effectivité de la dérogation
Affections onco-hématologiques	Evaluer les besoins régionaux pour les hémopathies malignes de l'adulte et l'onco-hématologie en pédiatrie	Résultat de l'étude des besoins
Affections des brûlés	Etudier les besoins régionaux	Résultat de l'étude des besoins

10. VOLET FILIÈRE GÉRIATRIQUE DONT VOLET SOINS DE LONGUE DURÉE

CONTEXTE ET ENJEUX

- La Basse-Normandie présente un indice de vieillissement supérieur à l'indice national (0,96 contre 0,88), un taux de personnes âgées de plus de 75 ans supérieur à la moyenne ;
- En 2015, la Basse-Normandie compterait 16% de seniors potentiellement dépendants de plus qu'en 2007. Le nombre progresserait plus vite en Basse-Normandie que dans l'ensemble de la métropole. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait la plus rapide dans le Calvados : +18% contre +14% dans la Manche et l'Orne ;
- La population des personnes âgées potentiellement dépendantes de 85 ans ou plus pourrait s'accroître de 40% entre 2007 et 2015 ;
- La population des personnes âgées potentiellement démentes (24 187 en 2009) pourrait s'accroître de 22,1% chez les hommes et 28,7% chez les femmes d'ici 2016 ;
- La population des personnes potentiellement atteintes de maladie d'Alzheimer (19 239 en 2009) pourrait s'accroître de 24,1% chez les hommes et 30 % chez les femmes d'ici 2016.

Niveau de proximité

- Professionnels de santé libéraux (volet ambulatoire du SROS)
- HAD : Hospitalisations à domicile (volet médecine du SROS hospitalier)
- SSR : Soins de suite et de rééducation Polyvalent (volet SSR du SROS hospitalier)
- Unité Mobile de Gériatrie

SSIAD dont Equipes Spécialisées Alzheimer **SROMS**
EHPAD dont Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), Accueil de Jour dont plate-forme de répit (Alzheimer) et hébergement temporaire
Services d'aides à domicile, familles d'accueil, aidants naturels, familles...

Niveaux intermédiaires

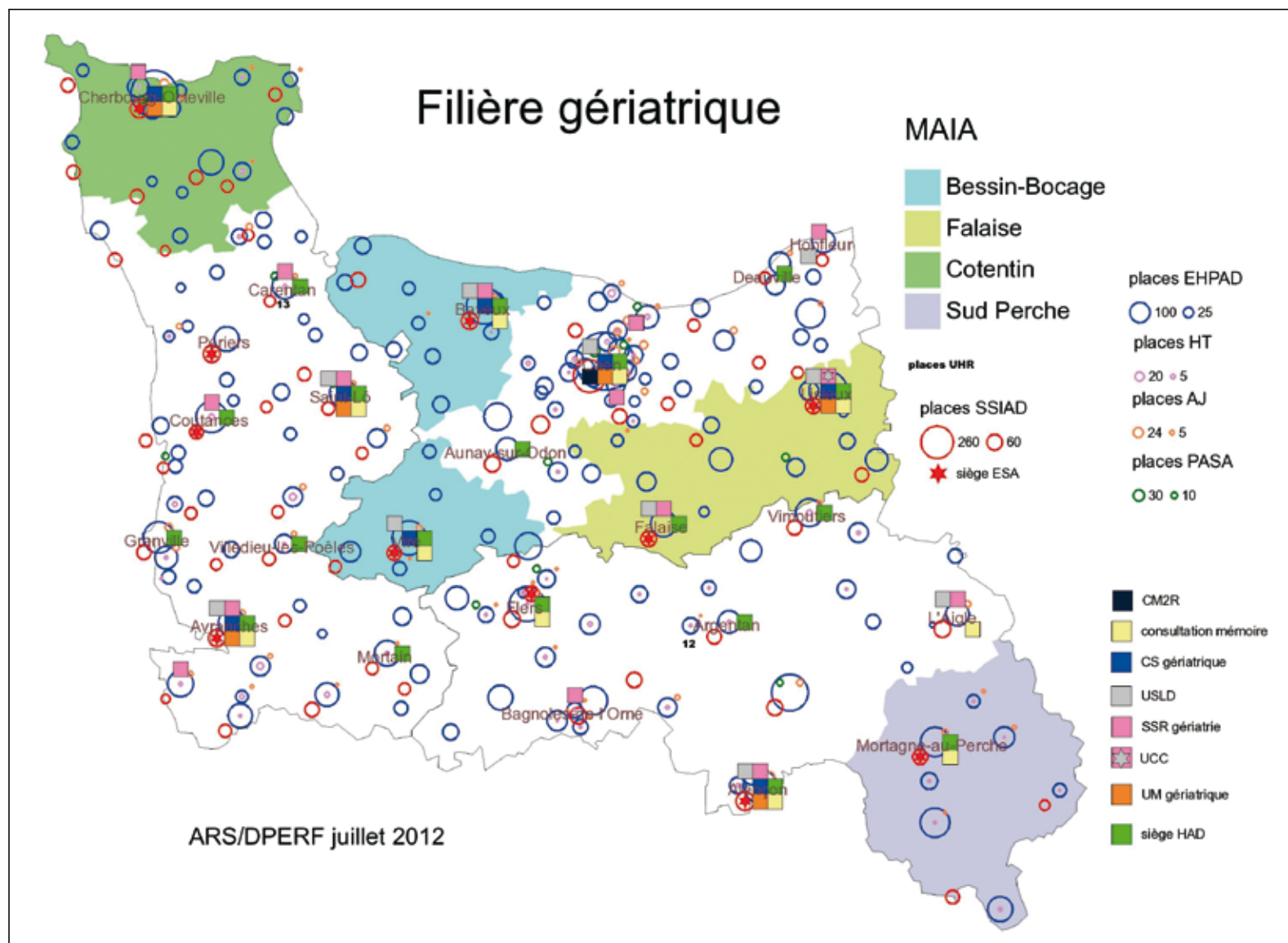
- Hospitalisation de Jour dont Unité d'Evaluation Gériatrique
- Consultation Mémoire
- Court séjour gériatrique
- Services de gériatrie psychiatrie,
- Unité de soins de longue durée (USLD)
- SSR gériatrique dont unité cognitivo-comportementale (UCC)

Maison d'Autonomie et d'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) **SROMS**

Niveau spécialisé/régional

- Service de gériatrie psychiatrie
Les expertises complexes
- Centre Mémoire Ressource Régional (CM2R)

Cartographie de la filière gériatrique au 30 juin 2012

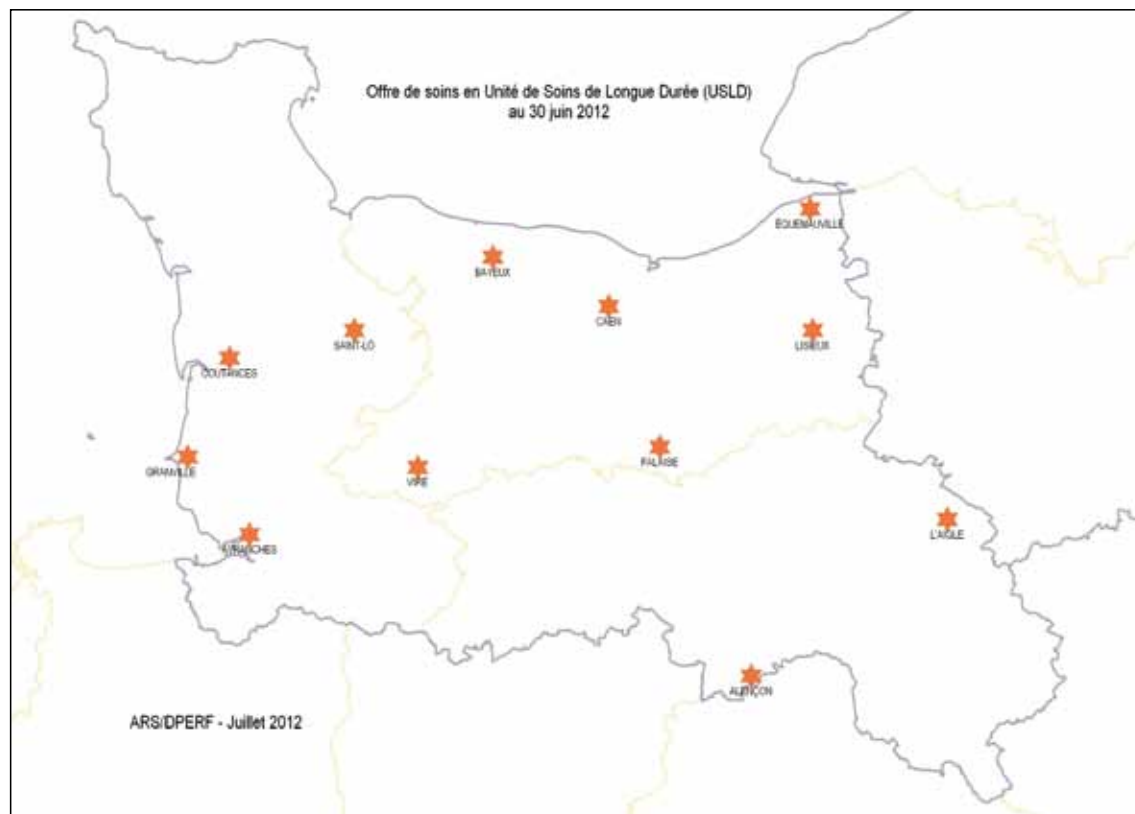


VOLET SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)

CONTEXTE ET ENJEUX

- La partition USLD/EHPAD a abouti à l'implantation de 12 USLD, de dimensionnement hétérogène d'un établissement à l'autre : 30 à 120 lits ;
- La recommandation nationale du taux d'équipement (circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique) est de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. La Basse-Normandie présente un ratio de 4,58 lits/1 000 habitants (base pop 2008). Si l'on respectait ce taux en Basse Normandie le besoin en lits nouveaux serait de 205 lits (43 dans le Calvados, 108 dans la Manche et 54 en l'Orne) ;
- Le maillage actuel ne permet pas d'assurer une activité de soins de proximité.

Cartographie de l'offre de santé en gériatrie au 30 juin 2012



SOINS DE LONGUE DURÉE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	6	6	0
Manche	4	5	+1
Orne	2	3	+1
Région	12	14	+2

La région Basse-Normandie est sous équipée en lits USLD, cependant les possibilités de financement et autorisations sont déléguées par le niveau national.

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Assurer une prise en charge de qualité, fluide et équitable des personnes en perte d'autonomie		
	Compléter les filières gériatriques à une échelle de proximité - finaliser l'organisation de pôles d'évaluation gériatrique - mettre en place des équipes mobiles gériatriques	Existence d'au moins 4 pôles d'évaluation gériatrique dans la région (1 pôle par zone de coopération cf. introduction des schémas) Existence d'une équipe mobile gériatrique par service de court séjour gériatrique identifié dans les établissements supports
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Prévention / maintien à domicile La prévention de la dépendance doit prendre une place plus importante en particulier à domicile notamment pour prévenir l'institutionnalisation : l'évaluation gériatrique doit permettre un ciblage des personnes fragiles Le premier stade de l'évaluation est un repérage des risques qui consiste à informer la personne âgée et sa famille sur les risques d'évolution de l'état de dépendance et les mesures à prendre pour y remédier. Cette phase doit être assurée par l'entourage (famille, voisins, aidants) avec l'appui du médecin traitant. Cette démarche est difficile à conduire car elle est souvent mal perçue par la personne âgée Le CLIC est le promoteur de l'évaluation médico/psycho/sociale sur la base de la grille GEVAA dont la partie médicale de la grille doit être complétée si possible par le médecin traitant	Inciter les personnes entourant la personne âgée à procéder au repérage des risques du vieillissement et de la dépendance Affirmer le rôle central du CLIC pour la mise en œuvre de l'évaluation, en lien avec le médecin traitant	Nombre d'actions de communication en direction du grand public concernant la détection des signes avant coureurs de la dépendance
Consultation mémoire	Reconnaître contractuellement les centres mémoire selon le nouveau cahier des charges annexé à la circulaire du 20 octobre 2011 : renforcer les centres mémoire ayant une file active importante, avec des unités satellites afin de proposer un service de proximité	Augmentation des moyens alloués aux consultations mémoire Nombre de centres mémoire nouvellement reconnus Nombre de satellites
Homogénéité de la qualité		
Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales	Favoriser la médicalisation, par une IDE d'astreinte de nuit, pour les EHPAD avec un pathos supérieur ou égal à 200 et assurant des soins palliatifs	Nombre d'EHPAD avec IDE d'astreinte de nuit
Permanence des soins 24/24		
Objectifs PSRS	Rendre effectif les dossiers de liaison d'urgence et l'accessibilité des dossiers de soin en EHPAD	100 % des patients des urgences pour des personnes résidant en EHPAD ont un dossier de liaison d'urgence

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Proximité		
	Déployer des technologies de l'information et de la communication - télémédecine pour éviter les déplacements et faciliter l'accès aux soins spécialisés - télésanté dans zones isolées pour le développement de la formation des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux	Cf. Programme Régional Télémédecine (PRT)
Continuité des prises en charge		
	Réaffirmer que la porte d'entrée à privilégier pour une hospitalisation est le court séjour gériatrique	Baisse du pourcentage d'entrée en hospitalisation par les urgences pour les personnes de 75 ans et +
Place du médecin traitant : le médecin traitant est le premier intervenant ; il doit connaître l'offre de santé du territoire, la filière gériatrique dans toutes ses composantes, il doit pouvoir dialoguer avec un référent = gériatre de l'EMG, du CSG... selon l'organisation de la filière	Organiser l'information du médecin traitant	Nombre d'actions de communication en direction des professionnels de santé concernant les acteurs de la filière gériatrique de leur secteur
	Généraliser la mise à disposition d'un numéro d'appel téléphonique réservé aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD dans les hôpitaux comprenant une filière gériatrique pour faciliter les échanges avec les médecins hospitaliers	100 % des hôpitaux disposant d'une filière gériatrique ont un numéro d'appel téléphonique réservé aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD
	Faire connaître et reconnaître les CLIC comme coordonnateurs des dispositifs et structures existantes sur un territoire Légitimer les CLIC dans leur rôle d'informateur et de coordonnateur sur un territoire donné : favoriser les rencontres avec les professionnels de santé libéraux	Nombre d'actions de communication en direction des acteurs de santé concernant le rôle et les missions des CLIC Nombre de rencontres entre CLIC et professionnels de santé/territoire d'intervention des CLICs
Articulation hôpital/ville/médico-social Sorties d'hospitalisation	Protocoliser les sorties des établissements sanitaires	Nombre d'établissements sanitaires ayant protocolisé les sorties d'hospitalisation pour les plus de 75 ans
	Développer les échanges entre secteurs sanitaire, médico-social, ambulatoire afin de préparer la sortie d'hospitalisation de la personne âgée dès son admission	Intervention d'un coordonnateur des soins pour organiser la sortie d'hospitalisation des plus de 75 ans
	Développer les liens entre les services intervenant au domicile et les acteurs de l'hospitalisation	Fiche de liaison/navette entre services à domicile et services hospitaliers pour les plus de 75 ans
	Formaliser le Dossier Médical Partagé (DMP) comme outil de liaison entre le service d'accueil et le secteur sanitaire	100% des services et établissements utilisent le DMP
	Anticiper les sorties d'hospitalisation MCO avec les services à domicile dès l'entrée du patient : formaliser un dossier social adossé au DMP	100% des établissements mettent en œuvre le dossier social adossé au dossier médical partagé

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Articulation hôpital/ville/médico-social Sorties d'hospitalisation	Organiser l'hébergement temporaire en solution d'aval du parcours hospitalier	Nombre de sorties d'hospitalisation en HT pour les plus de 75 ans
	Prévenir les complications de santé suite à l'hospitalisation : en organisant des retours à domicile « sécurisés », avec un étayage des aidants très rapide, afin d'éviter l'accueil « d'urgence » en structure par crainte de l'isolement et d'une nouvelle chute	Cf. indicateurs précédents
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Géronto-psychiatrie	Mettre en place une convention d'intervention entre la structure d'évaluation géronto-psychiatrique et l'établissement d'accueil	Nombre de conventions entre équipe d'évaluation gérontopsy et établissements d'accueil
Adéquation aux besoins du patient		
Géronto-psychiatrie	Créer et développer des services et équipes mobiles gérontopsychiatriques	Une équipe mobile gérontopsy par centre hospitalier psychiatrique
	Développer la possibilité d'une hospitalisation de courte durée motivée, préparée en établissement psychiatrique (création de lits géronto-psy)	Nombre de lits en psy dédiés aux plus de 75 ans
	Pour une hospitalisation MCO sereine et une prise en charge médico-psychologique sereine, le dossier médical doit suivre le patient Permettre de contacter un référent de la structure d'évaluation géronto-psychologique	100% des plus de 75 ans souffrant de troubles psychiatriques ont un référent en structure psy
Adaptation des compétences		
	Former le personnel soignant hospitalier à la prise en charge de la personne âgée dépendante, de la personne âgée malade d'Alzheimer	Nombre de professionnels formés
Optimisation des ressources		
	Veiller à une meilleure adéquation des prises en charge dans les différentes solutions sanitaires d'aval	Diminution du taux de prises en charge « inadaptée » en SSR
	Mutualiser les médecins coordonateurs HAD, EHPAD	Nombre de médecins coordonateurs mutualisés entre HAD et EHPAD
Evaluation gérontologique	Restituer le médecin gériatre dans son rôle d'expert et renforcer sa compétence pour l'évaluation gérontologique au cours de l'hospitalisation de la personne âgée	Augmenter le nombre d'interventions des médecins gériatres ciblées sur l'évaluation gériatrique

11. VOLET PSYCHIATRIE

CONTEXTE ET ENJEUX

- La mortalité par suicide en Basse Normandie est largement supérieure à la moyenne nationale (ICM = 134,3) en particulier chez les hommes avec une augmentation récente de 2006 à 2007 ;
- La santé mentale est la 2^{ème} préoccupation révélée par les consultations réalisées dans les Pays : 24% contre 29% pour handicap et vieillissement ;
- Selon les tableaux RIM-P nationaux, le nombre des personnes prises en charge a augmenté de 7,55% entre 2008 et 2010 ;
- Les pathologies le plus souvent prises en charges sont les troubles schizophréniques, les troubles dépressifs et les pathologies liées à l'alcool (50,8% des journées en 2009, 39,3% en 2010 et 41,11% en 2011) ;
- A noter la forte progression des séjours sans consentement (+15,46% de 2008 à 2010) et des séjours avec isolement thérapeutique (+36,74% de 2008 à 2010) ;
- En Basse-Normandie, il n'y a pas d'offre privée en établissement.

La démographie des professionnels de santé

On constate des problèmes de recrutement pour les infirmiers diplômés d'Etat et des difficultés s'agissant de l'offre de psychiatres libéraux, notamment dans le territoire de l'Orne.

On compte 52 internes en psychiatrie pour la subdivision de Caen, ce chiffre est en constante augmentation. Sur 39 personnes titulaires d'une thèse en psychiatrie entre 2003 et 2009, 27 sont restées en Basse-Normandie (67%).

Niveau de proximité

Niveau de proximité : La proximité est caractérisée par l'existence du secteur, à ce niveau se situent :

- Les centres médico psychologiques (CMP)
 - Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)
- L'articulation avec les libéraux, généralistes ou psychiatres
Le travail en lien avec la communauté et le secteur médico-social
et dans le domaine hospitalier
La psychiatrie de liaison
Les services d'hospitalisation sectorisés

Niveaux intermédiaires/de recours

Ce niveau doit être en cohérence avec les territoires de santé. Les hôpitaux qu'ils soient spécialisés ou généraux en sont le pivot. A ce niveau se situent :

- La prise en charge des urgences
 - Les centres d'accueil et de crise
- Pour ce qui concerne les filières de soins* : troubles addictifs, conduites suicidaires, adolescents, personnes âgées, réinsertion-réhabilitation
- Pour les structures* : unités d'admission, unités de soins intensifs (unités fermées), géro-psycho-geriatrie, adolescents et jeunes adultes, HAD, placement familial thérapeutique
- Le nombre de ces structures n'est cependant pas limité à une par territoire : par exemple, les unités d'admission et les unités de soins intensifs doivent être intersectorielles mais peuvent exister dans chaque établissement spécialisé

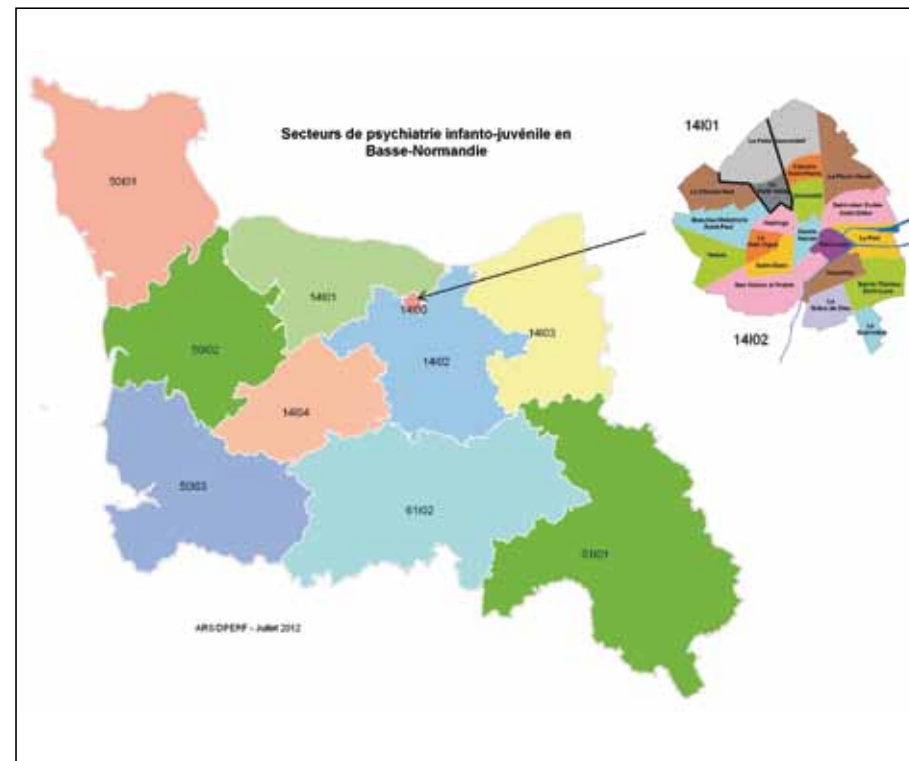
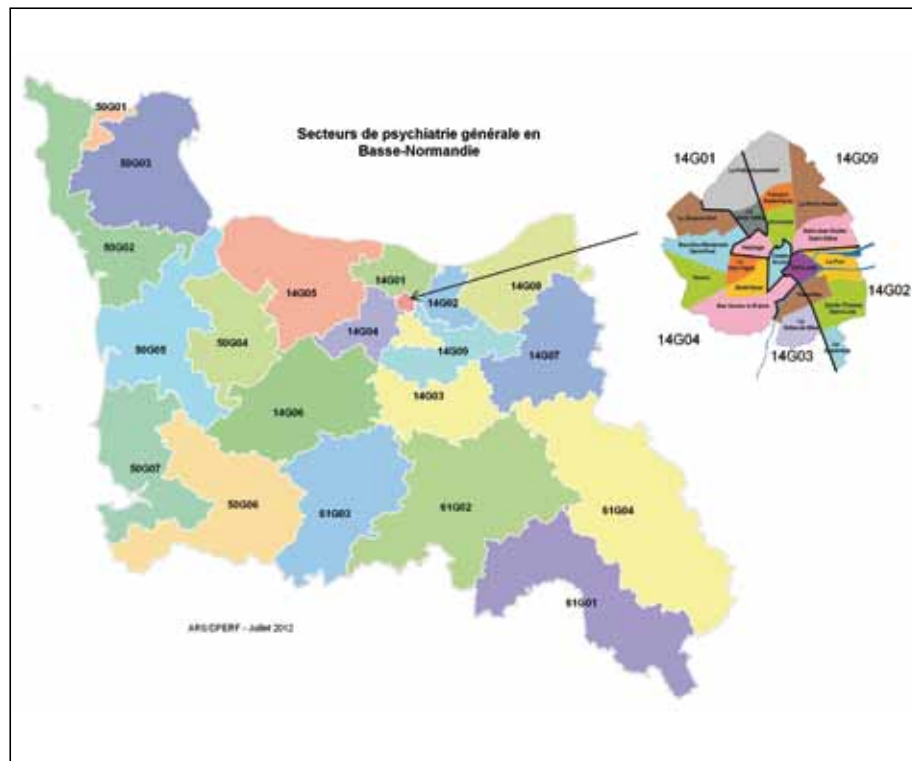
Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

Ce niveau, le plus souvent régional peut être interrégional

- Les centres de référence : autisme, premier épisode psychotique, suicidologie, pathologies psychiatriques résistantes (électro-convulsivothérapie, stimulation magnétique transcrânienne), schizophrénie, auteurs d'infractions à caractère sexuel
- La psychiatrie universitaire

La psychiatrie en Basse-Normandie est organisée en 20 secteurs généraux et 9 secteurs infanto-juvéniles :

- 7 secteurs généraux et 3 secteurs infanto-juvéniles sur le territoire de la Manche ;
- 4 secteurs généraux et 2 secteurs infanto-juvéniles sur le territoire de l'Orne ;
- 9 secteurs généraux et 4 secteurs infanto-juvéniles sur le territoire du Calvados.

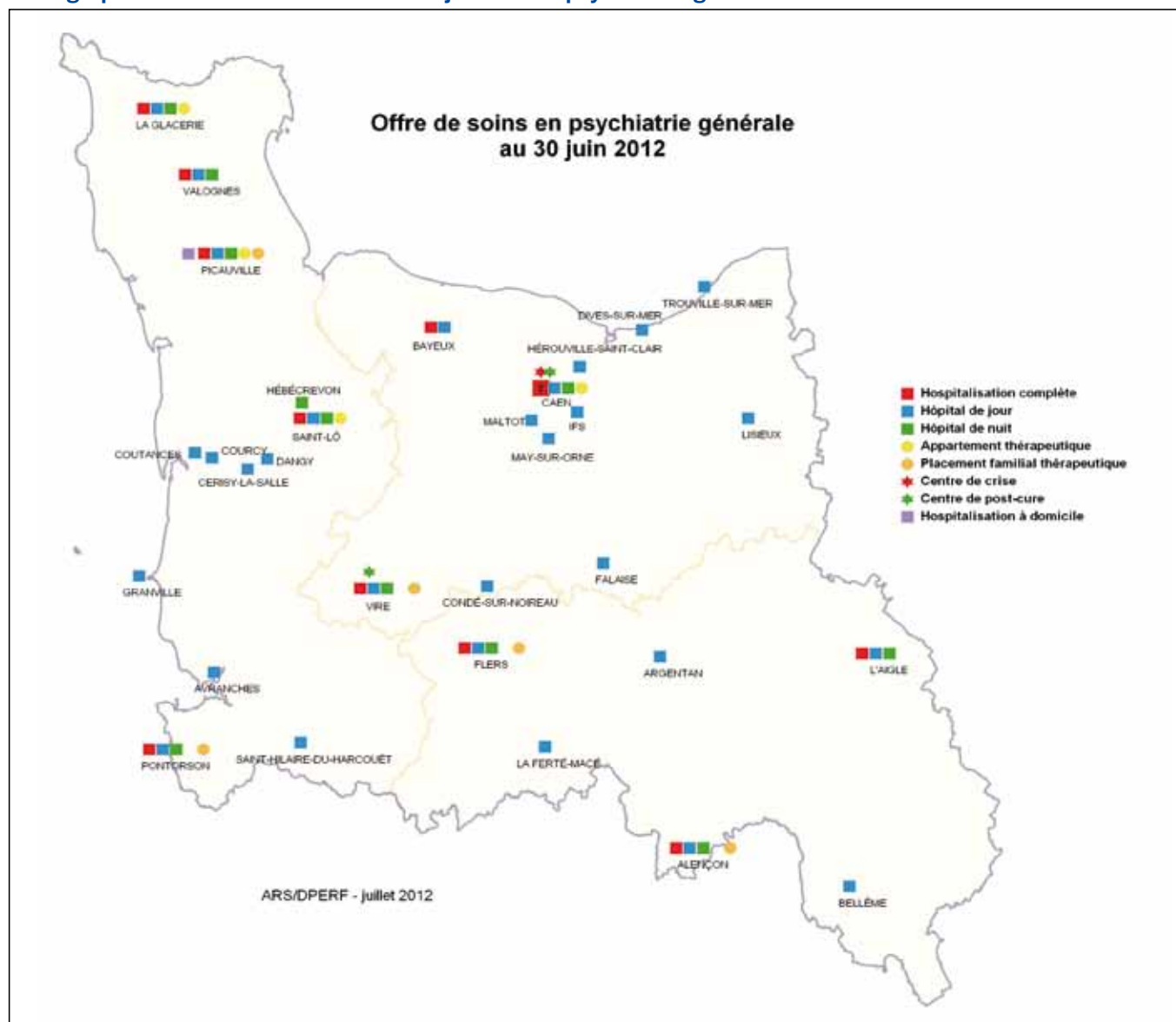


Modalités de décompte des implantations en psychiatrie

Les implantations sont comptabilisées par ville mais deux exceptions sont faites à ce principe :

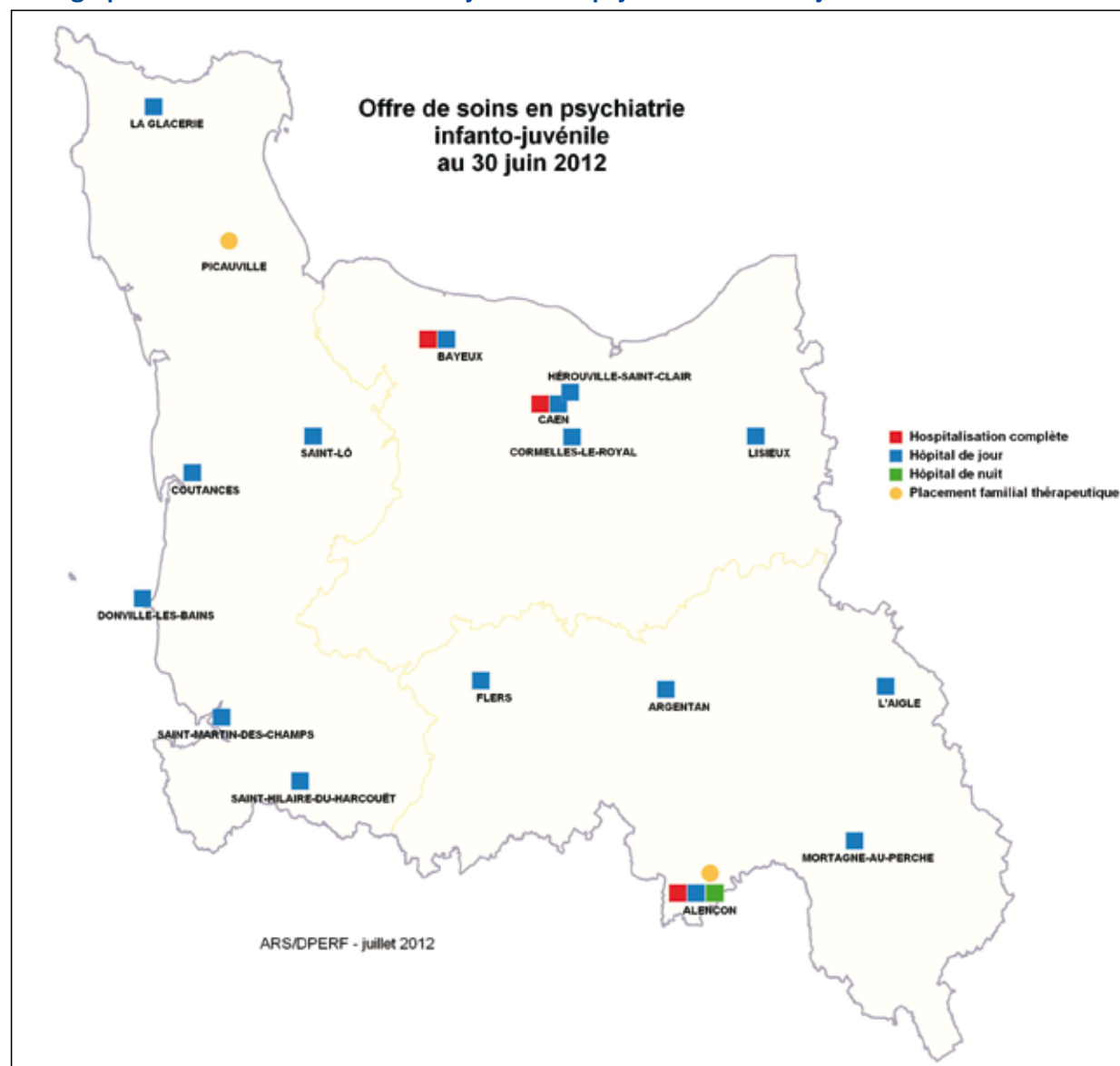
- les structures relevant du CHS et du CHU comptent pour une implantation chacune ;
- une implantation de placement familial thérapeutique sera la mise en œuvre de cette activité par un établissement gérant un ou des secteurs de psychiatrie quelque soit leur nombre de places ou leur répartition sur le territoire.

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 psychiatrie générale



PSYCHIATRIE GÉNÉRALE												
	Calvados			Manche			Orne			Région		
	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel
Hospitalisation complète	4	4	0	5	5	0	3	3	0	12	12	0
Hospitalisation de jour	12	12	0	12	9	-3	6	6	0	30	27	-3
Hospitalisation de nuit	2	2	0	6	6	0	3	3	0	11	11	0
Appartements thérapeutiques	1	1	0	3	3	0	0	0	0	4	4	0
Placement familial thérapeutique	1	1	0	2	2	0	2	2	0	5	5	0
Centre de crise	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Centre post cure	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Hospitalisation à domicile psychiatrie	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 psychiatrie infanto-juvénile



PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE												
	Calvados			Manche			Orne			Région		
	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS PRS	Différentiel
Hospitalisation complète	2	2	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Hospitalisation de jour	5	5	0	6	4	-2	5	5	0	16	14	-2
Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Appartements thérapeutiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Placement familial thérapeutique	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0
Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centre de post cure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes et de leur entourage		
Dans le secteur psychiatrique, la prise en charge globale du patient est fondamentale, il est indispensable de traiter les troubles somatiques des patients présentant des troubles psychiatriques	Mettre en place des actions sur les compétences psychosociales des jeunes notamment en lien avec l'Education nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes	Voir SRP Nombre d'actions de prévention mises en œuvre, basées sur le développement des compétences psychosociales des jeunes Nombre d'actions de prévention
	Faciliter la programmation des soins avec l'hôpital général	Nombre de protocoles signés entre les établissements de santé mentale et les établissements MCO concernant la programmation des soins en hôpital général des patients hospitalisés en psychiatrie
	Coordonner et formaliser les échanges réciproques entre les services somatiques et psychiatriques : Prendre en compte la souffrance psychique dans les services de soins somatiques, Prendre en compte le suivi somatique et la douleur physique dans les services de soins psychiatriques (cf. volets douleur et soins palliatifs) tant en institutionnel qu'en ambulatoire	Nombre de personnes formées au repérage de la crise suicidaire Voir volets douleur et soins palliatifs
	Les évaluations aux urgences des patients présentant des troubles psychiatriques doivent être réalisées conjointement par les urgentistes et les psychiatres	% d'évaluation des troubles psychiatriques aux urgences réalisées conjointement entre un urgentiste et un psychiatre
La douleur est insuffisamment prise en charge en psychiatrie	Désigner un référent douleur dans les services de psychiatrie (prioritaire pour les formations douleurs)	100 % des services de psychiatrie ont un référent douleur
	Favoriser l'intégration de médecins psychiatres dans les CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur)	Présence d'au moins un médecin psychiatre dans chaque CLUD des établissements de santé mentale
La réponse aux souffrances psychiques ne dépend pas uniquement du secteur sanitaire. Les autres politiques publiques peuvent également avoir un rôle à jouer. Il apparaît important de développer des structures de concertation des acteurs confrontés à la souffrance psychique à l'échelon d'un territoire de proximité	Favoriser la création des conseils locaux de santé mentale et/ou tout dispositif ayant un fonctionnement similaire	Nombre de conseils locaux de santé mentale créés
Certaines maladies psychiatriques peuvent être considérées comme « une forme de maladie chronique » Le patient psychiatrique est un acteur de sa prise en charge. La question de la santé mentale d'une personne est également celle de son entourage.	Développer les projets d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) spécifiques en psychiatrie Améliorer la formation des usagers et de leur entourage Les actions d'accompagnement, d'information et de soutien des aidants, telles que celles menées par les associations de famille, peuvent être encouragées La formation des aidants sera développée au titre de la politique de formation à destination des personnes concernées par la perte d'autonomie	Nombre de projets d'ETP spécifiques en psychiatrie mis en place comprenant le nombre des formations proposées aux familles (prospect, profamille, groupe de paroles..)

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité		
Comptabiliser le travail pré thérapeutique, repérer les troubles, amener les personnes vers le soin est un processus qui peut être long. Il est nécessaire que l'ensemble de ce travail transversal soit pris en compte dans le RIM-P	Améliorer le codage dans le RIM-P en lien avec le COTRIM pour préparer le passage en T2A	Rapport d'activité du groupe de travail en charge de l'amélioration du codage
Il n'existe qu'une seule Unité d'Accueil d'Evaluation et d'Orientation (UAEO) en Basse-Normandie	Développer les UAEO en psychiatrie	Nombre d'UAEO ou équivalent mises en place
Insuffisance d'Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP)	Développer les EPP communes « urgences et soins psychiatriques »	Nombre d'EPP communes entre les urgences et les soins psychiatriques
Innovation		
Difficultés pour obtenir des rendez-vous en ambulatoire notamment en urgence	Etudier la possibilité pour les CMP de consacrer une plage horaire aux consultations d'urgence pour les patients des médecins généralistes	Nombre d'expérimentations de consultations d'urgence pour des patients de médecins généralistes dans les CMP
	Etudier la possibilité pour les CMPEA de consacrer un temps d'échange avec les médecins traitants	Nombre de temps d'échange entre CMPEA et médecins traitants
	Mettre en place et financer une consultation d'infirmier psychiatrique, pédopsychiatrique ou de psychiatre dans les Pôle de Santé Libéraux Ambulatoire (PSLA)	Nombre d'expérimentations de consultations psychiatriques dans des PSLA
Permanence des soins 24/24		
Toutes les équipes de psychiatrie sont confrontées à des difficultés de prise en charge de patients admis aux urgences pour tentative de suicide Pour une prise en charge adaptée, les patients doivent rester hospitalisés 72h, mais compte tenu de l'organisation actuelle des services d'urgences, ils restent en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) moins de 24h	Identifier ou créer quelques lits de courte durée de 72h à visée psychologique et/ou psychiatrique (U72) à l'hôpital général dans les UHCD ou d'unités dédiées dans les centres importants à proximité des urgences (voir Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014)	Nombre de lits créés ou identifiés de courte durée de 72h à visée psychologique et/ou psychiatrique (U72) à l'hôpital général dans les UHCD ou d'unités dédiées dans les centres importants à proximité des urgences
En France un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé et environ un sur cinq ne rencontre pas de spécialiste psychiatre	Identifier ou créer des lits spécifiquement dédiés à l'enfant et l'adolescent à proximité des urgences pédiatriques dans les centres importants. Tous les services de pédopsychiatrie doivent pouvoir : - Développer un partenariat actif avec la pédiatrie pour les hospitalisations d'adolescents à difficultés non chroniques et dont l'accueil en pédiatrie est possible ; - Développer l'hospitalisation de jour d'adolescents pour limiter en amont les hospitalisations à temps complet et éviter leur pérennisation ou leur répétition.	Nombre de lits créés ou identifiés spécifiquement dédiés à l'enfant et l'adolescent

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Proximité		
Difficulté d'accessibilité des transports notamment pour les plus démunis dans les zones rurales	Elaborer un protocole d'accord entre l'ARS et les Caisses d'Assurance Maladie déterminant la répartition du financement des transports entre le médico-social et l'assurance maladie, en particulier pour la pédopsychiatrie pour les patients et leur famille	Existence d'un protocole d'accord
	Maintenir et renforcer le dispositif ambulatoire de proximité (CMP)	Nombre de CMP à échéance supérieur ou égal au nombre de CMP actuel
	Mettre en place des équipes mobiles psychiatriques précarité pour les plus démunis (PRAPS)	Voir PRAPS Au moins une équipe mobile précarité psychiatrique pour les plus démunis par territoire de santé
	Développer les équipes mobiles de psychiatrie pour les jeunes adultes et adolescents Développer des équipes mobiles de psychiatrie pour les adultes	Nombre d'équipes mobiles de psychiatrie pour les jeunes adultes et adolescents Nombre d'équipes mobiles de psychiatrie pour les adultes
	Maintenir un travail ambulatoire au domicile des patients (personnel ou de substitution) Accompagner les initiatives locales pour développer ce travail ambulatoire Développer la mobilité des équipes soignantes en psychiatrie vers le patient	Nombre de visites à domicile réalisées par des équipes de psychiatrie
	Développer les actions des PASS en dehors des hôpitaux	Voir PRAPS
Accessibilité financière et culturelle		
Difficulté d'accessibilité culturelle	Tenir compte des différences culturelles notamment en finançant l'accès à l'interprétariat	Voir PRAPS
Continuité des prises en charge		
Les populations Sans Domicile Fixe (SDF) sont sectorisées en fonction de la première lettre de leur nom	Assouplir les conditions d'accueil pour la prise en charge ambulatoire	Modalités d'accueil révisées concernant l'orientation des populations SDF en prise en charge ambulatoire
Une relation de confiance doit s'établir entre le milieu sanitaire et médico-social pour faciliter l'hospitalisation de courte durée des personnes hébergées en établissement médico-social (Personnes âgées, Personnes Handicapées)	Favoriser les hospitalisations programmées séquentielles Mettre en place des partenariats avec le médico-social pour séquencer les accueils (Hôpital de Jour-Etablissement Médico-Social (EMS)) ; Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)-EMS ; Hospitalisation Complète-EMS...) Favoriser les rencontres entre les professionnels du sanitaire et du médico social Développer la mise en œuvre de coopérations entre établissements sanitaires et médico sociaux en vue de la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques nécessitant une évaluation et le cas échéant une adaptation des thérapies proposées (jeunes, adultes ou personnes âgées)	Nombre d'hospitalisations programmées séquentielles Nombre d'accueils séquentiels sanitaire/médico-social Au moins une rencontre entre les professionnels du sanitaire et du médico-social par an Nombre de coopérations mises en place

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Difficulté de dépistage pour les acteurs de premier recours (médecins, infirmiers, éducateurs...)	Mettre en place et valider un référentiel sur le dépistage précoce des souffrances psychiques et des facteurs de risques suicidaires	Référentiel sur le dépistage précoce des souffrances psychiques et des facteurs de risques suicidaires validé
Existence de recommandations nationales pour faciliter l'analyse globale des besoins des personnes en hospitalisation complète en psychiatrie, afin d'être en mesure de leur proposer des projets de soins et de vie, élaborés conjointement par les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	Mettre en place une analyse globale des besoins à l'aide des outils et recommandations de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)	Résultats de l'enquête MNASM
Adéquation aux besoins du patient/Taille critique		
On note une forte augmentation de la demande pour l'offre extrahospitalière, celle-ci permet souvent de limiter les hospitalisations et de ce fait la chronicisation des patients, toutefois par manque de restructuration, l'adaptation de l'offre à ce besoin est difficile	Informar les acteurs de première ligne sur l'offre existante en pédopsychiatrie pour la prise en charge des enfants et des adolescents	Annuaire formalisé
	Réaliser une étude sur les besoins non couverts et l'évolution des pathologies en psychiatrie et/ou pédopsy en Basse-Normandie	Résultat de l'enquête
Voir objectifs PSRS	Etendre la capacité d'accueil dans les unités de crise et d'hospitalisation pour adolescents de préférence au niveau départemental Développer des possibilités d'hospitalisation à temps complet d'adolescents dans le cadre de projets complémentaires et coordonnés des institutions sanitaires et médico sociales, à l'échelon adapté de proximité	
	Etudier la mise en œuvre de modalités adaptées à l'accueil de patients souffrant de certaines pathologies psychiatriques, notamment les dépressions	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Adaptation des compétences		
Insuffisance de formation pour la consolidation des savoirs pour les IDE	Maintenir la formation de consolidation des savoirs pour les IDE	Nombre de formations de consolidation des savoirs pour les IDE
Les personnels des établissements médico-sociaux ont besoin de formation et d'accompagnement sur des cas précis de patients mais également de formation plus générale sur les pathologies psychiatriques et leur prise en charge concrète	Organiser des formations sur les pathologies psychiatriques pour le personnel des EHPAD : générales ou ciblées	Nombre de formations sur les pathologies psychiatriques pour le personnel des EHPAD
	Mutualiser les connaissances et organiser des formations entre professionnels du sanitaire et du médico-social notamment concernant la prévention de la crise suicidaire	Nombre de formations inter secteur en psychiatrie Nombre de formations sur la crise suicidaire en intersecteur
Il est important de promouvoir les stages en service de psychiatrie pour les internes en médecine générale, cette approche est indispensable puisque le médecin généraliste est un acteur de première ligne	Promouvoir les stages des internes en médecine générale dans les services de psychiatrie	Nombre d'internes de médecine générale réalisant un stage en psychiatrie
	Prévenir la souffrance psychique des soignants	100 % des soignants des établissements autorisés ont accès à un soutien psychologique personnalisé
La douleur est insuffisamment prise en charge en psychiatrie	Réaliser une formation sur la douleur en psychiatrie en lien avec le réseau douleur	Réalisation d'une formation à la douleur auprès du personnel de la psychiatrie
Optimisation des ressources		
Difficultés de recrutement des infirmiers et psychiatres. Il faut donc pallier les déficits de personnel en optimisant l'utilisation des compétences	Recentrer le professionnel sur son cœur de métier en employant les compétences des autres professionnels paramédicaux Réaliser dans chaque établissement spécialisé psychiatrique une étude sur les effectifs et les fonctions Mettre en place un groupe de travail pour lancer une réflexion sur un référentiel « effectifs en psychiatrie »	Résultat de l'étude sur les effectifs et fonctions Référentiel d'effectifs en psychiatrie validé

12. VOLET ADDICTOLOGIE

CONTEXTE ET ENJEUX

- La Basse-Normandie est au premier rang des régions pour le taux des accidents corporels en lien avec l'alcool (15,7% vs 10,2%) ;
- Le taux de mortalité prématurée, entre 40 et 64 ans, attribuable à l'alcool en Basse-Normandie est supérieur à la moyenne nationale (4,4 pour 10 000 vs 3,4 pour 10 000) et notamment chez les hommes ;
- On constate (avec les réserves sur la fiabilité des enquêtes nationales), une diminution faible de 3% en 2 ans de la file active des Equipes de Liaison Spécialisée en Addictologie (ELSA) mais une augmentation du nombre de patients et du nombre de consultations en addictologie ;
- Une attention particulière doit être portée à l'état de santé relatif aux addictions des détenus ou sortants de prison (voir volet santé des détenus).

La démographie des professionnels de santé

Dans la mesure où le DESC ou la capacité d'addictologie ne sont pas qualifiés comme spécialité par l'Ordre des médecins et que les postes de médecins addictologues ne sont pas nécessairement fléchés au sein des établissements de santé, il est difficile d'établir un diagnostic sur la démographie médicale pour la thématique addictologie.

En Basse-Normandie, sur 7 établissements concernés ayant répondu à une enquête sur la démographie médicale, nous pouvons compter 6 départs de médecins à la retraite dans les 5 années à venir.

Niveau de proximité

Les soins ambulatoires

→ Les médecins généralistes :

Repérage des risques et intervention brève

Aide aux personnes ayant des conduites addictives et à leur entourage

Suivi de la personne dépendante.

→ Les pharmaciens :

Rôle prééminent dans la réduction des risques et dans la délivrance des traitements de substitution

Filière médico-sociale en addictologie

→ Les CSAPA :

Accueil / Information, Evaluation médicale, psychologique et sociale, Orientation, Participation au dispositif de veille et d'alerte sanitaire

→ Les Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue (CAARUD) :

Prévention ou réduction des effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants et d'autre part d'amélioration la situation sanitaire et sociale des consommateurs non engagés dans une démarche de soins

Filière hospitalière

→ Niveau 1

Court séjour addictologie

Sevrage simple

Equipe de Liaison Spécialisée en Addictologie (ELSA)

Consultations hospitalières

Niveaux intermédiaires/de recours

Filière hospitalière

→ Niveau 2

Actions de niveau 1 +

Hospitalisation complète ou

hospitalisation de jour et/ou

Soins de suite et de réadaptation

Sevrage complexe

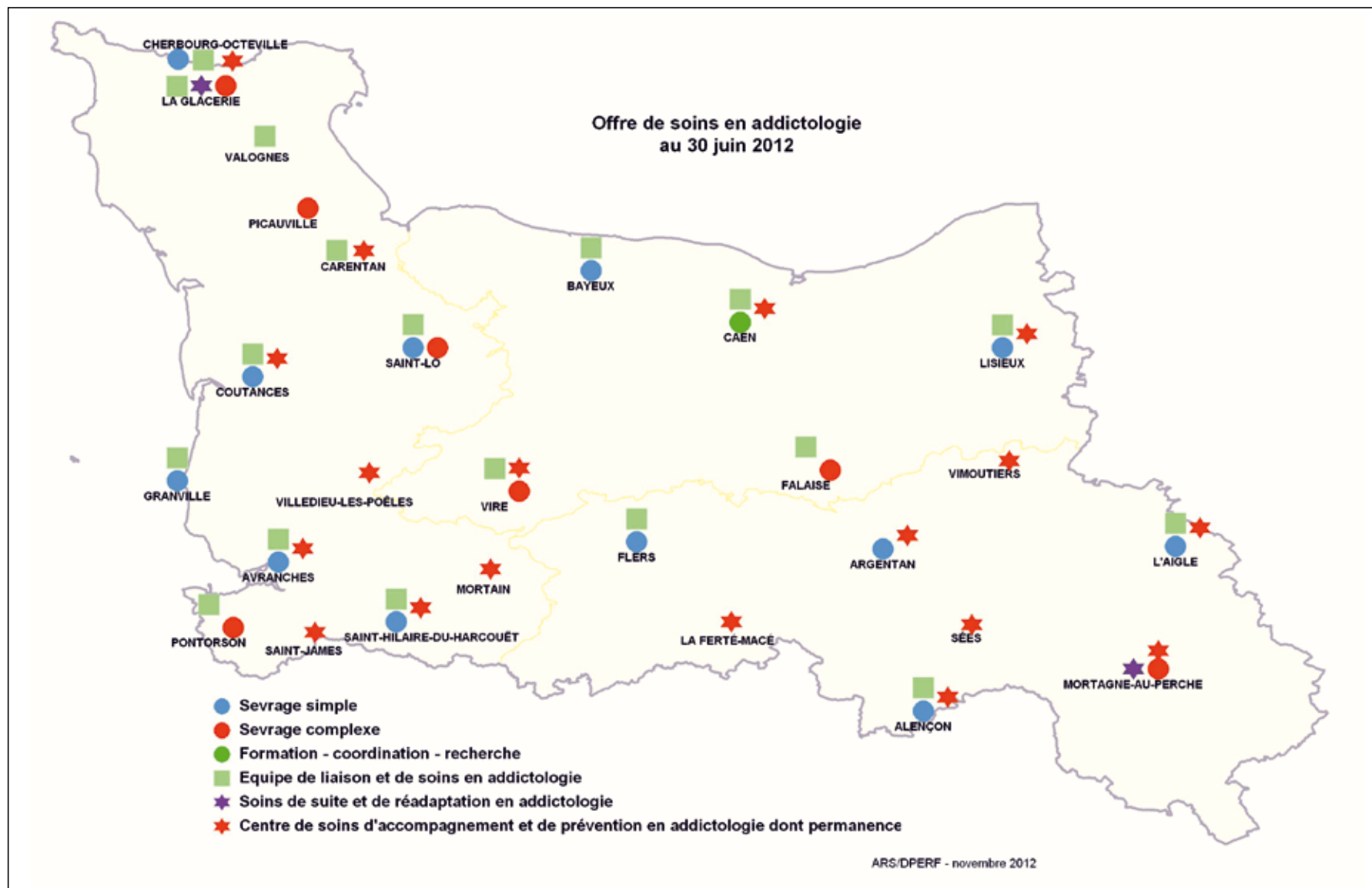
Niveau spécialisé/régional

Filière hospitalière

→ Niveau 3

Actions de niveau 2 + Formation/
coordination/recherche

Cartographie de l'offre existante en addictologie au 30 juin 2012



CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Réduire les consommations d'alcool à risque chez les plus de 15 ans notamment pour les populations en situation de précarité		
La prise en charge de l'ivresse aiguë pose de nombreux problèmes organisationnels, notamment au sein des services d'urgence et dans l'articulation entre les services sanitaires, les secours et/ou les forces de l'ordre	Développer un accueil et une prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique adaptée de l'ivresse aiguë par les services d'urgence (unités d'urgence hospitalières, police, pompiers...) Elaborer un guide de bonnes pratiques d'accueil des personnes en situation d'intoxication alcoolique aiguë aux urgences Organiser le service des urgences pour les intoxications éthyliques aiguës (SOS médecin, police...) Appliquer les règles de dotations des services d'urgences en Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)	Cf. volet psychiatrie Existence d'un guide de bonnes pratiques sur l'accueil des personnes en situation d'intoxication alcoolique aiguë aux urgences
Il est important de pouvoir repérer précocement les consommations excessives d'alcool notamment auprès des plus jeunes	Développer la formation et l'application des méthodes de Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) notamment chez des médecins généralistes, au lycée et en milieu universitaire, dans les services sociaux et aux urgences en lien avec la santé au travail	
La transmission d'information entre professionnels de santé, de la justice, du social et de la santé au travail est à améliorer	Assurer la coordination avec la santé au travail concernant la prévention et la prise en charge des consommations d'alcool et de cannabis Développer l'usage d'une fiche de transmission avec l'accord du patient dans le cadre d'une charte interprofessionnelle	
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
La coordination entre les acteurs de première ligne, en particulier aux urgences, les acteurs du secteur social et médico-social doit être développée Le dispositif sanitaire en addictologie ne permet pas une prise en charge 24h/24	Améliorer la prise en charge addictologique en situation de crise aux urgences Elaborer un guide régional de bonne pratique sur la base d'une EPP régionale	Existence d'un guide régional de bonne pratique Procédure multi partenariale pour la prise en charge, l'orientation des intoxications éthyliques aiguës
	Développer un guide de l'usage du réseau d'addictologie/guide des bonnes pratiques du travail en réseau	Existence d'un guide de l'usage du réseau d'addictologie
	Mettre en place des actions sur les compétences psychosociales des jeunes notamment en lien avec l'Education nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes	Nombre d'actions de prévention mises en œuvre sur le développement des compétences psychosociales des jeunes Dont Nombre d'actions de prévention concertées mises en œuvre regroupant l'éducation nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes
	Développer et appliquer des outils communs de prévention	Nombre d'outils communs de prévention
	Intégrer la cellule familiale et/ou l'entourage au projet de soins du patient (prise en charge et prévention)	Nombre de protocoles de soins prévoyant l'intégration de la cellule familiale dans les structures d'addictologie

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité /Proximité		
Une organisation au niveau des territoires, des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux à améliorer Une nécessité de consolider certaines structures de niveau 1 en particulier pour des établissements hospitaliers dotés d'une activité d'urgence qui doivent donc disposer de consultations, de lits de sevrage simple et d'ELSA, sur site ou par convention Une zone mal desservie en matière de prise en charge en addictologie dans le nord du Calvados, sur le secteur de la Côte Fleurie L'organisation actuelle de cette offre en Basse-Normandie vise à assurer un service de proximité sur la majorité des territoires grâce à la mise en place de conventions entre les CSAPA et les établissements de santé, entre structures de niveau 1 et de niveau 2 et au développement d'antennes des CSAPA et des services d'addictologie sur des territoires moins couverts	Organiser le niveau 1 d'addictologie : Dans le Calvados, consultations d'addictologie et ELSA dans tous les établissements ayant un service d'urgence sur site ou par convention Dans la Manche, organiser le sevrage simple en lien avec une ELSA Dans l'Orne : ELSA dans tous les établissements ayant un service d'urgence sur site ou par convention	100% des établissements autorisés à la médecine d'urgence ont accès à une prise en charge organisée de niveau 1
En Basse-Normandie, la norme de densité de structures de niveau 2 par rapport à la population est respectée Par contre, la plupart des structures identifiées niveau 2 n'ont pas fait l'objet de labellisation ou d'avenant au CPOM Seulement 6 établissements sur 20 proposent de l'hospitalisation de jour pour les sevrages Une insuffisance de réponses aux besoins de prise en charge en hospitalisation à temps partiel	Identifier les structures de niveau 2 existantes par voie d'avenant au CPOM dans le Calvados et la Manche Développer des places d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation à temps partiel dans les structures de niveau 2 dans tous les territoires Développer les parcours pédagogiques collectifs dans le cadre de l'obligation de soins	100 % des structures de niveau 2 sont identifiées par avenant dans les CPOM Nombre de places d'HDJ et d'HTP développées Nombre de parcours pédagogiques collectifs dans le cadre de l'obligation de soins

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Continuité des prises en charge		
On constate des difficultés pour la prise en charge des patients souffrant d'addictions en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) : un nombre important de personnes originaires de la Manche sont en attente d'une place en SSR en 2006, près de 50% des patients en SSR ne sont pas originaires de Normandie Absence d'un SSR spécialisé en addictologie dans le territoire du Calvados	Chaque territoire de santé doit être doté d'au moins un SSR addictologie	Existence d'au moins un SSR addictologie par territoire
L'offre hospitalière est complétée par une offre médico-sociale en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie) et en CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) qui propose une prise en charge ambulatoire	Maintenir les sites actuels des CSAPA et CAARUD	Nombre de CSAPA à échéance > ou = au nombre de CSAPA actuel Nombre de CAARUD à échéance > ou = au nombre de CAARUD actuel
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Des coopérations existent entre les différentes structures de soins, néanmoins, elles sont généralement non formalisées	Promouvoir les conventionnements entre les différentes structures d'addictologie Développer les passerelles entre les services d'addictologie et de psychiatrie	Nombre de conventions signées entre des structures d'addictologie
	Création d'un comité de suivi des addictions afin de travailler sur les guides de bonnes pratiques et de garder un temps d'échange et de coordination	Rapport d'activité du comité de suivi des addictions
Absence de labellisation ou d'agrément pour les structures de niveau 2. Le guide méthodologie de contractualisation sur les MIGAC détermine une composition type d'une consultation hospitalière d'addictologie et d'une Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie	Pour les structures de niveau 2, flécher et identifier les postes d'addictologie	Nombre de postes d'addictologie identifiés dans les niveaux 2

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Adaptation des compétences		
La réponse à la méthode du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) passe par des actions de formation auprès de la médecine de ville, au personnel des établissements de santé et des acteurs sociaux	Développer la formation et l'application des méthodes RPIB : les professionnels de la médecine de ville et du travail, le personnel des centres hospitaliers ainsi que les acteurs sociaux doivent être formés au repérage et à la connaissance des structures d'aval	Nombre de formations aux méthodes RPIB
On note un besoin d'information et de sensibilisation à l'identification des différentes structures d'aval auprès des acteurs en addictologie et de la médecine de ville	Dans les formations médicales, paramédicales et sociales, intégrer une formation sur les pratiques du réseau en addictologie du bassin de vie	Nombre de formation intégrant les pratiques du réseau en addictologie/bassin de vie
Plusieurs postes de praticiens hospitaliers dans des unités d'addictologie, au sein des ELSA ou des consultations ne sont pas systématiquement fléchés ou identifiés addictologues. Le personnel n'est pas toujours titulaire d'un DU en addictologie	Recommander que les affectations sur des postes d'addictologues soient réservées aux titulaires d'un DU et qu'ils participent à la formation sur la crise suicidaire	Nombre de postes identifiés occupés par des titulaire d'un DU % d'addictologues sur un poste identifié ayant participé à une formation sur la crise suicidaire
	Intégrer une sensibilisation à la prise en compte de la cellule familiale et une formation sur la crise suicidaire dans la formation des professionnels intervenant en addictologie	Nombre de formations intégrant une sensibilisation à la prise en compte de la cellule familiale
	Promouvoir les stages des internes en médecine générale et de spécialité dans les services d'addictologie et favoriser la culture addictologique chez les internes.	Nombre de stages d'internes en service d'addictologie

13. VOLET SOINS AUX DÉTENUS

CONTEXTE ET ENJEUX

- L'objectif en termes de soins des personnes détenues est d'assurer à la population carcérale une qualité et continuité des soins équivalentes à celle dont dispose l'ensemble de la population ; dans ce cadre chaque établissement pénitentiaire est rattaché à un établissement de santé ;
- 5 établissements pénitentiaires dans la région : 3 maisons d'arrêt à Caen, Cherbourg et Coutances, et 2 centres de détention à Caen et Argentan + maison centrale de Condé sur Sarthe Alençon (ouverture 2012) ;
- Une augmentation de la population pénale accueillie dans les 5 établissements de 25% entre 2001 et 2009 ;
- Pour les soins ambulatoires : diagnostic, prévention et soins, des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) sont créés dans chaque établissement de santé jumelé à un établissement pénitentiaire ;
- Les plans et programmes nationaux de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral ;
- En Basse-Normandie le nombre d'extractions vers des établissements spécialisés en psychiatrie est supérieur à la moyenne nationale ;
- Fermeture en janvier 2010 de la maison d'arrêt d'Alençon et construction à Condé sur Sarthe d'un nouveau centre pénitentiaire, au concept novateur sur le plan sécuritaire.

Niveau de proximité

Actes de prévention, diagnostic, et de soins ambulatoires

L'établissement de santé organise les soins aux personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire dans **une unité de consultations de soins ambulatoires (UCSA)** et leur prise en charge en milieu hospitalier, lorsqu'elle s'avère nécessaire

Soins psychiatriques

Niveau I : les soins de proximité ou soins ambulatoires gradués et diversifiés : des activités de consultations, d'entretiens mais également des activités répondant aux critères retenus pour **les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)**

Niveaux intermédiaires/de recours

Hospitalisations pour raisons somatiques

- **Les chambres sécurisées** permettent la prise en charge des hospitalisations urgentes ou de courte durée
- **Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)** assurent la prise en charge des hospitalisations programmées de 48h et plus. Pour la région Basse-Normandie, les personnes détenues pour ce type d'hospitalisation seront transférées à l'UHSI de Rennes (ouverture prévue fin 2012)

Soins Psychiatriques

Niveau II : **Les soins en hospitalisation de jour : SMPR**

Ce niveau correspond à une offre de soins assimilée à de l'hospitalisation de jour nécessitant une prise en charge continue dans la journée. Au sein de cet établissement de recours, des cellules spécifiques doivent être dédiées à un hébergement adapté à l'état de santé des personnes prises en hospitalisation de jour

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

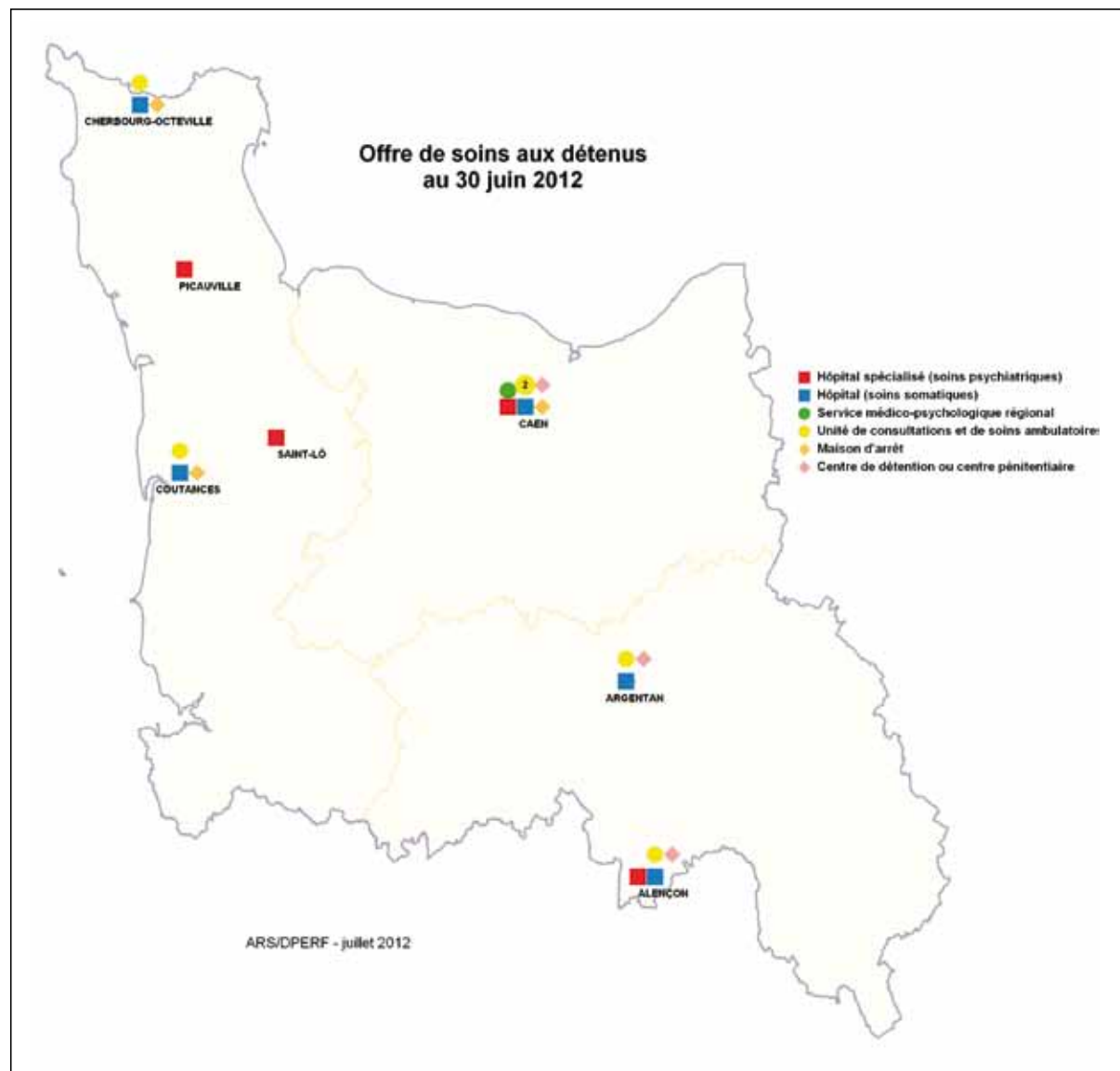
Soins Psychiatriques

Niveau III : les soins requérant une hospitalisation à temps complet, intégrant les HO D398 et les hospitalisations au sein de la future UHSA

Pour les soins psychiatriques d'urgence nécessitant un traitement local il est fait recours à des hospitalisations sous contrainte au CHS de Caen dans l'établissement psychiatrique de rattachement. Ce dispositif permet une prise en charge médicalisée de qualité 24h sur 24, ce qui est impossible au niveau du SMPR

Pour les hospitalisations au long cours, relevant de l'UMD (unité pour Malades Difficiles) interrégionale de Plouguernevel, le recours à cette structure reste indispensable

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 concernant les soins aux détenus



CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
	Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues : professionnels de la psychiatrie, acteurs sanitaires et sociaux concernés et personnels pénitentiaires	Nombre d'outils communs développés Nombre de réunions de concertation
	Développer le dépistage systématique du cancer colorectal et, pour les femmes, du cancer du sein et du col cervical, en mobilisant, en particulier, les structures de gestion pour une meilleure prise en compte de cette population particulière	Taux de dépistage du cancer du sein chez les femmes détenues de 50 à 74 ans Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes détenues de 25 à 65 ans Taux de dépistage du cancer colorectal chez les détenus de 50 à 74 ans
Incarcération des mineurs : seule la maison d'arrêt de Caen est concernée avec 10 places accueillant les mineurs dès l'âge de 13 ans. Le recrutement peut être extrarégional ; 50 mineurs incarcérés en 2010 et 43 mineurs incarcérés en 2009	Concernant l'incarcération des mineurs, il est souhaitable d'assurer d'une part un suivi thérapeutique familial et d'autre part la continuité des soins à la sortie, ces deux enjeux étant rendus difficiles par le recrutement extrarégional	Pourcentage de mineurs incarcérés pour lequel un suivi thérapeutique familial est assuré
Le vieillissement progressif de la population carcérale et son impact sur la santé justifie une attention particulière. Avoir une incapacité est 3 fois plus fréquent en prison qu'en population générale. Près d'1 détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison des problèmes de santé. Pourtant 7,6% des personnes détenues versus 6,7% des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	Mettre en place des modalités de coopérations avec des services d'aide à la vie quotidienne, en lien avec l'administration pénitentiaire pour l'intervention auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap	100 % des établissements pénitentiaires ont signé une convention avec au moins un service d'aide à la vie quotidienne
	Développer et systématiser, en collaboration avec les Conseils Généraux et les Caisses d'Assurance Maladie, l'accès des personnes détenues âgées de plus de 60 ans dépendantes et des personnes détenues en situation de handicap aux dispositifs de droit commun	Augmentation du taux de détenus bénéficiant d'une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité
La prise en charge des addictions suppose le travail collaboratif entre les équipes de soins somatiques et psychiatriques, avec la participation de professionnels spécialisés en addictologie. La prise en charge doit également s'appuyer sur les ressources telles que décrites dans le schéma régional d'addictologie arrêté le 10 juillet 2009	Mettre en place une coordination de la prise en charge des addictions dans chaque UCSA	Une coordination de la prise en charge des addictions dans 100% des UCSA
	Mettre en application l'instruction du 17 décembre 2012 : Un bilan addictologique doit être fait pour chaque entrant Un protocole organisationnel local doit être élaboré sous la responsabilité d'une personne désignée coordonnatrice Un CSAPA de référence doit être nommé pour chaque établissement pénitentiaire Une ou deux réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole, où toutes les parties prenantes seront représentées, doivent être réalisées	100 % des entrants ont un bilan addictologique 100 % des UCSA ont un protocole organisationnel local élaboré sous la responsabilité d'une personne désignée coordonnatrice 100% des établissements pénitentiaires ont un CSAPA de référence nommé Au moins une réunion d'information, de coordination et de suivi de mise en œuvre du protocole, où toutes les parties prenantes seront représentées, réalisée sur la durée du SROS
Homogénéité de la qualité		
Dans les 5 établissements de santé concernés par des hospitalisations des personnes écrouées, 3 chambres sécurisées sur 8 sont conformes	Régulariser le dispositif de chambres sécurisées dans les établissements de santé signataires pour les hospitalisations urgentes ou de courte durée, assurer la mise en conformité de ces chambres	100% des chambres sécurisées sont conformes au cahier des charges Nombre d'hospitalisations supérieures à 48h réalisées en chambre sécurisée

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Innovation		
En 2011, 50% des UCSA ne sont pas informatisées au détriment de la qualité et de la prise en charge des patients et de la coordination des soins, du recueil des actes et des facturations	Développer les pratiques de télémédecine, notamment pour le futur centre de détention de Condé sur Sarthe Alençon, afin de diminuer au maximum les extractions Chaque unité de soins (ambulatoires et hospitaliers) doit disposer d'un système d'information de production de soins correspondant aux besoins des métiers des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge coordonnée des patients détenus	Nombre de systèmes de télémédecine dont au moins un à l'UCSA de Condé s/ Sarthe Alençon 100% des UCSA sont informatisées
Permanence des soins 24/24		
En situation d'urgence survenant en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA, le soir et le week-end, la personne détenue peut bénéficier du système de permanence des soins assuré par les médecins de ville. C'est alors le médecin responsable de l'UCSA qui organise les modalités de recours à un médecin en cas d'urgence L'établissement hospitalier de référence doit organiser, en lien avec l'UCSA, et en partenariat avec le SAMU et les professionnels du premier recours, l'accès aux soins dans les situations d'urgence et notamment la nuit et le week-end	Favoriser la signature de conventions entre les médecins libéraux intervenant la nuit et le week-end, et l'établissement hospitalier de référence	Nombre de conventions signées entre les médecins libéraux intervenant la nuit et le week-end, et l'établissement hospitalier de référence
	Mettre à disposition de l'ensemble des personnels concernés un document dans lequel sont consignées les modalités pratiques de recours au dispositif de permanence des soins	100% des établissements pénitentiaires ont un document dans lequel sont consignées les modalités pratiques de recours au dispositif de permanence des soins
Proximité		
En Basse-Normandie le nombre d'extractions vers des établissements spécialisés en psychiatrie est supérieur à la moyenne nationale : 6,44% (H0) contre 3,23% au niveau national en 2010	Permettre et optimiser la prise en charge des personnes hospitalisées dans des établissements de santé de proximité autorisés en psychiatrie, malgré l'ouverture de l'UHSA de Rennes	Taux d'hospitalisation des détenus dans l'établissement de santé psychiatrique de rattachement/ total des hospitalisations de détenus en psychiatrie par établissement pénitentiaire
Continuité des prises en charge		
	Organiser autour d'un schéma décisionnel les modalités de prise en charge et de suivi des patients présentant des troubles psychiatriques avant et après la sortie	Nombre d'EP dans lesquels un schéma décisionnel a été développé
	Préparer la sortie des détenus en facilitant les entretiens infirmiers ou les consultations médicales de synthèse à distance de la consultation d'arrivée, en préalable à une sortie et en favorisant, durant la détention, la mise en relation des détenus avec les dispositifs de santé extérieurs Création de consultations post-carcérales dans le cadre d'un accompagnement à la réinsertion des personnes après leur détention	Nombre de consultations post-carcérales créées
Les auteurs d'infraction à caractère sexuel nécessitent une prise en charge adaptée tout au long de leur détention et dès leur arrivée pour améliorer la qualité de leur prise en charge Les centres de détention de Caen et d'Argentan sont labellisés « auteurs d'infraction à caractère sexuel »	Favoriser la création d'unités d'évaluation et de liaison, dans le but d'assurer une prise en charge globale du patient et d'assurer un suivi post-détention dans les établissements de santé de référence des EP labellisés « auteurs d'infraction à caractère sexuel »	2 unités d'évaluation et de liaison, dans le but d'assurer une prise en charge globale du patient et d'assurer un suivi post détention sont en place
	Soutenir le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (CRIAIVS) dans ses fonctions support pour les équipes chargées de cette prise en charge	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Les modalités de fonctionnement de l'UCSA sont fixées par un protocole établi entre l'établissement pénitentiaire et un établissement de santé pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire. Il apparaît important de permettre des rencontres régulières pour en faciliter l'adaptation et le suivi	Systématiser le développement par chaque UCSA d'un guide présentant l'organisation matérielle et en personnel en rassemblant les différents protocoles et procédures	100% des UCSA ont un guide rassemblant les protocoles et procédures
	Mettre en place des échanges réguliers entre les différents partenaires (équipes UCSA, équipes pénitentiaires, direction des établissements de santé, direction de l'administration pénitentiaire) : la fréquence sera fonction des organisations mises en œuvre dans chaque établissement	Nombre de réunions multipartenariales organisées
Toutes les UCSA ont une convention avec un établissement différent pour la prise en charge psychiatrique	Des protocoles devront être établis entre les établissements chargés des soins psychiatriques et les établissements pénitentiaires, fixant les modalités d'intervention psychiatrique. Ces protocoles devront être établis selon les plans proposés par le guide méthodologique. Ils préciseront également les modalités de coordination avec l'établissement chargé des soins somatiques et l'UCSA	100% des établissements pénitentiaires ont signé avec un établissement chargé des soins psychiatriques un protocole conforme à l'objectif
La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est définie selon trois niveaux de soins : - Niveau I : Les soins de proximité (ambulatoires gradués et diversifiés) - Niveau II : Les soins en hospitalisation de jour - Niveau III : Les soins requérant une hospitalisation à temps complet (HO D398 et UHSA)	Développer les missions régionales du SMPR (accueil de patients d'autres EP de sa zone géographique, en fonction des indications médicales et de la capacité de l'EP du SMPR)	Nombre de patients d'EP hors Caen accueillis par le SMPR
	Redéfinir le rôle spécifique du SMPR dans son rôle de coordination, en lien avec le renforcement de l'offre ambulatoire	Résultat de la réflexion concernant le rôle de coordination du SMPR
	Définir et assurer une offre de soins psychiatrique graduée et lisible (niveau I, II, III)	100 % des structures prenant en charge des détenus en soins psychiatrique ont un niveau de prise en charge identifié
Taille critique		
Des enquêtes épidémiologiques permettent d'indiquer que 3,8% des détenus souffrent d'une schizophrénie (4 fois plus qu'en population générale). 17,9% présentent un état dépressif majeur, soit 4 à 5 fois le taux en population générale, et 12% souffrent d'anxiété généralisée	Intensifier et diversifier les soins psychiatriques dans l'ensemble des EP, en les recentrant sur l'ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation à temps complet Développer des prises en charge de groupe dans certains établissements pénitentiaires non dotés de service médico-psychiatre régional (SMPR)	Nombre de prises en charge de groupe mises en place
Adéquation aux besoins du patient		
	Développer la prise en charge en hospitalisation de jour au SMPR de Caen pour les situations adaptées à ce type de prise en charge	Nombre de journées d'hospitalisation de jour au SMPR
Situation particulière du centre pénitentiaire de Condé sur Sarthe : vocation à recevoir des détenus déjà condamnés à de longues peines et représentant un caractère de dangerosité avéré.	Affecter prioritairement les situations de décompensation psychiatrique aigue, nécessitant une hospitalisation, avec ou sans consentement, sur l'UHSA de Rennes où il serait souhaitable que plusieurs places soient réservées pour cet établissement expérimental Aménager 2 chambres sécurisées sur le CPO d'Alençon	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Adaptation des compétences		
Il existe une formation du personnel soignant somatique et psychiatrique dans la majorité des UCSA	Inclure la formation aux premiers secours dans la formation initiale et continue du personnel médical, paramédical et pénitentiaire	Taux de personnel médical, paramédical et pénitentiaire ayant reçu au moins une formation aux premiers secours
Le taux de suicide en milieu carcéral est 6,4 fois plus élevé que dans la population générale	Poursuivre et renforcer la formation de l'ensemble des acteurs intervenant en milieu carcéral au repérage de la crise suicidaire	Taux d'acteurs intervenant en milieu carcéral formés au repérage de la crise suicidaire
Optimisation		
Les recettes issues de l'activité (facturation des consultations) des UCSA ne couvrent pas les dépenses engagées et sont compensées par la dotation MIGAC	Porter à la connaissance de la commission Santé-Justice, annuellement, un rapport relatif à l'utilisation des crédits MIG, en détaillant la part liée au frais du personnel (en détaillant les disciplines et les ETP) et de structure	Publication du rapport
	Répondre à l'enquête annuelle « rapport annuel standardisé des UCSA » sur l'observatoire des structures de santé	OSS rempli par les 100% des UCSA chaque année

14. VOLET RÉANIMATION ADULTE ET PÉDIATRIQUE

CONTEXTE ET ENJEUX

- Les besoins en lits de réanimation sont difficilement évaluables. A ce jour, une seule étude a tenté de répondre en partie à la question des besoins en lits de réanimation. Les résultats de ce travail suggèrent qu'une densité de 10 lits de réanimation pour 100 000 habitants permettrait de répondre aux besoins de la population hors variations exceptionnelles. La Basse-Normandie dispose de 143 lits de réanimation adulte répartis sur 9 sites, soit une densité de 9,8 lits pour 100 000 habitants. La région semble donc correctement pourvue en lits de réanimation ;
- De gros progrès sont à faire pour améliorer la fluidité des parcours de soins afin de permettre la sortie des patients de réanimation et réduire les hospitalisations injustifiées ;
- Les durées de séjour dans les services de réanimation devront continuer à diminuer, compte tenu des transferts en interne vers les unités de surveillance continue adjacentes, ou vers celles reconnues dans d'autres établissements dont la montée en charge a été une des principales difficultés du SROS III ;
- La capacité de ces services de réanimation devra être adaptée pour faire face aux besoins, plus particulièrement au niveau du site régional.

La démographie des professionnels de santé

La Basse-Normandie est caractérisée par un sous effectif important de médecins anesthésistes réanimateurs associé à une pyramide des âges très défavorable.

35 postes d'anesthésistes réanimateurs sont vacants dans le Calvados (dont 32 au CHU de Caen), 10 dans la Manche et 12 dans l'Orne.

En secteur privé, la situation de la réanimation se résume à celle de l'HP St Martin dont les effectifs d'anesthésistes réanimateurs sont de 16 ETP.

En réanimation pédiatrique, les effectifs sont de 4,8 ETP.

3 étapes de prise en charge

- 1-L'étape pré-hospitalière** : prise en charge des urgences vitales en collaboration entre les SAMU/ SMUR et les équipes de réanimation sur la base d'un protocole élaboré dans le cadre du réseau régional urgence
- 2-L'étape hospitalière** : accès direct à une Réanimation H24 à compter de l'instant où le diagnostic est confirmé
- 3-L'étape post hospitalière** : prise en charge soit en unité de surveillance continue, soit en médecine, soit à domicile par l'HAD, soit en soins de suite de réadaptation (cf. volet SSR)

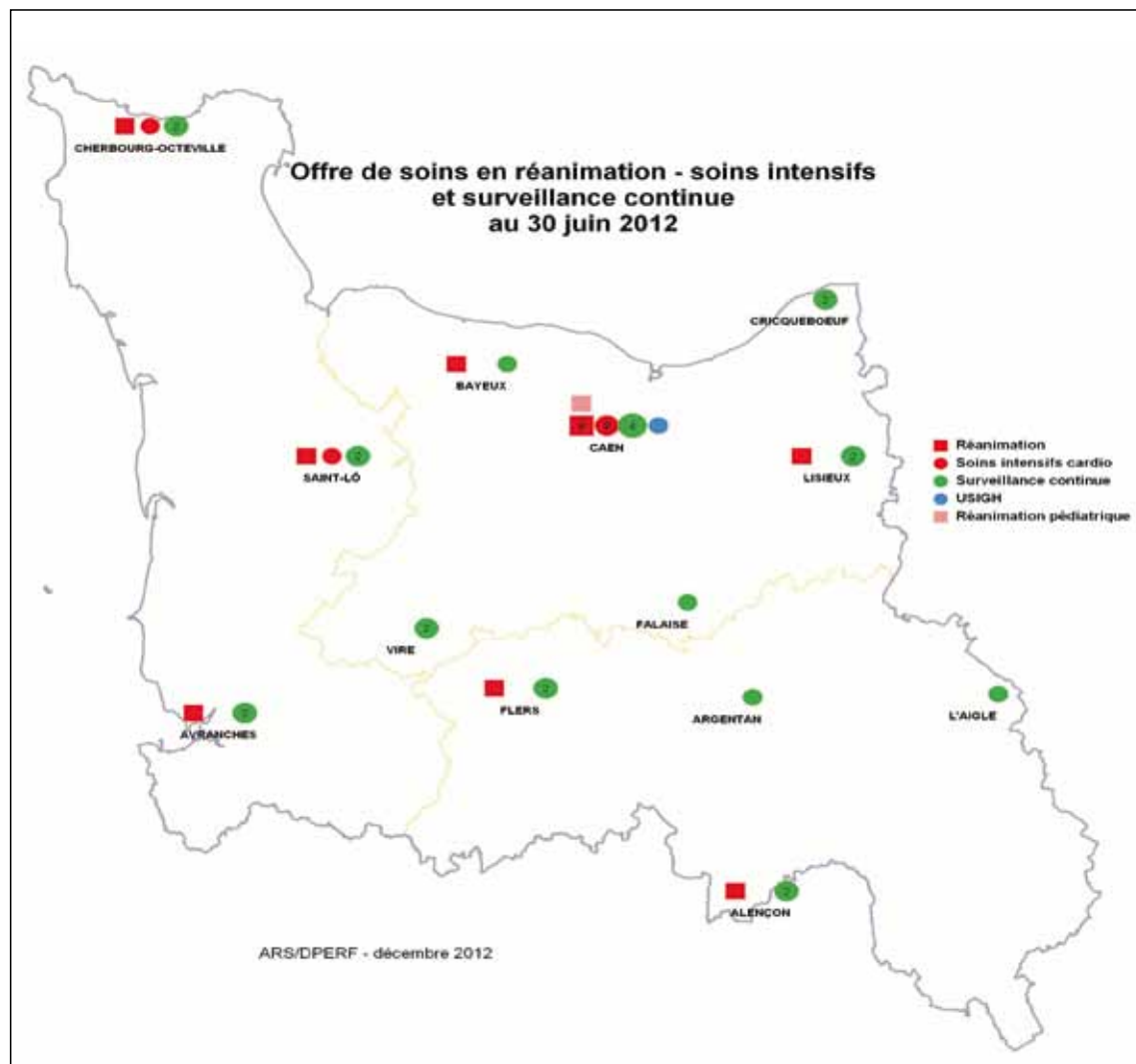
Niveaux intermédiaires

- **Unités de Soins intensifs** : destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités impliquant le recours à une méthode de suppléance (Art. D6124-104)
- **Unités de Surveillance continue** destinées à des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique (Art. D.6124-117)

Niveau spécialisé / Régional

- **Réanimation** : destinée 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 (Art. R. 6123-33) avec une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité (Art. R. 6123-35) Réanimations médicale et chirurgicale spécialisées au CHU
- **Réanimation pédiatrique** : a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents. Elle assure également la réanimation post-opératoire de la chirurgie pédiatrique et néonatale. (Art. R. 6123-38-3 du CSP)

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 en réanimation



RÉANIMATION ADULTE (AVEC USC)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	4	4	0
Manche	3	3	0
Orne	2	2	0
Région	9	9	0

RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0
Manche	0	0	0
Orne	0	0	0
Région	0	0	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
	Mettre en œuvre des formations, et des actions visant à améliorer la qualité des prises en charge sur les thématiques douleur, soins palliatifs, infections nosocomiales, prélèvement d'organes au sein de la coordination régionale bas-normande de réanimation	Nombre de formations et actions mises en place par la coordination
	Renforcer la surveillance des infections et la surveillance des bactériémies nosocomiales, des infections sur cathéters centraux et cathéter d'épuration extra rénale, dépistage systématique à l'entrée des patients atteints de germes résistants : SARM (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline) et BLSE (Bêtalactamases à spectre étendu)	100 % des établissements de santé autorisés à la réanimation appliquent ce niveau de surveillance dans le cadre de la politique du réseau Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)
	Intégrer la surveillance de la survenue d'escarres en réanimation	Intégration d'un indicateur de suivi des escarres en réanimation dans les CPOM établissement
Défaut de sensibilisation aux dons d'organes	Désigner un médecin correspondant Prélèvement Multi-Organes (PMO) dans chaque service de réanimation	Nom du médecin référent PMO de chaque service de réanimation
	Sensibiliser au prélèvement d'organes l'entourage du patient en amont	Taux de prélèvement réalisé >= Taux observé par rapport au taux national
Homogénéité de la qualité		
La qualité et la sécurité des soins en réanimation reposent sur le respect des conditions techniques de fonctionnement réglementaires et des recommandations des sociétés savantes comme la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) ou la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) (personnel, équipement, environnement technique, formation et compétence des médecins et des IDE spécialisées) ainsi que des préconisations dans le cadre de la reconnaissance contractuelle des Unités de Soins Intensifs (USI) dont les Unités de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC)	La démographie des professionnels de cette spécialité, (effectif, pyramide des âges, répartition territoriale) et la nécessité de la permanence de l'offre 24H/24, 365 jrs/an mobilisant des équipes conséquentes, conduisent à privilégier l'existant avec la concentration des activités de réanimation sur les centres déjà autorisés Préconiser l'application des référentiels de compétences de la Société Française d'Anesthésie Réanimation / Société Réanimation de Langue Française en matière de reconnaissance contractuelle des unités de soins continus et des unités de soins intensifs.	Pas de nouvelle implantation en réanimation 100 % des établissements de santé autorisés en réanimation et reconnus en soins intensifs et surveillance continue répondent à ces recommandations
Permanence des soins 24/24/proximité		
Les SAMU sont au cœur des transferts de patients entre services de réanimation mais aussi entre services d'urgence et de réanimation. Les transferts inter-hospitaliers des patients graves doivent être améliorés significativement tant en termes de médicalisation qu'en termes de moyens de transport	Améliorer l'organisation de la permanence des soins pour l'accueil des patients en réanimation en lien avec les urgences L'accès aux soins urgents des patients graves devra être une priorité de la coordination Bas-Normande de Réanimation (BaNoRéa)	Nombre d'admissions en réanimation traitées par la coordination de réanimation
	Etudier la mise en place au sein du réseau régional de réanimation d'un dispositif permettant l'accès aux soins de recours pour les patients les plus graves : Unité Mobile d'Assistance Circulatoire (UMAC)	Résultat de l'étude

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Proximité		
Les unités de réanimation, avec ou sans USIC, sont réparties de façon relativement homogène dans les 3 territoires de santé	Reconnaître contractuellement l'ensemble des USI et USC à proximité des réanimations	100 % des établissements autorisés à l'activité de réanimation ont installé leur unité de surveillance continue à proximité géographique du service de réanimation
Continuité des prises en charge / Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Les suites de la réanimation sont un maillon défaillant du parcours du patient : pas d'information partagée et de régulation de la disponibilité des lits de réanimation, de soins intensifs, et de surveillance continue. Les mesures de la disponibilité, des refus de patients, et des difficultés de mutation des patients de réanimation ne sont pas disponibles	Les unités de réanimation et de soins intensifs doivent pouvoir assurer le transfert des patients vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite Inversement en cas d'aggravation le ré adressage du malade doit être assuré Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation à l'appui d'un système d'information partagé par tous les établissements concernés notamment les services d'urgence et les SAMU	Mise en place effective d'un outil de suivi des disponibilités en lits de réanimation
	Soutenir les nouveaux processus relationnels entre les professionnels de la réanimation et les initiatives en matière d'amélioration continue (Réseau, dispositif d'amélioration)	Signature de la convention constitutive de la coordination Bas Normande de Réanimation
	Coordonner au plan régional les fermetures temporaires de lits de réanimation (période estivale, travaux...)	Mise en place du tableau de bord prévisionnel de fermeture des lits de réanimation en période estivale dès le mois de février de chaque année
Taille critique		
La non-dispersion actuelle des plateaux techniques est une garantie pour en assurer la pérennité et la stabilité (en médecins notamment) et l'assurance d'une activité et de ressources humaines optimisées	Respecter les capacités minimales des unités de réanimation et de surveillance continue fixées réglementairement à 8 et 4 lits	100 % des unités de réanimation et de surveillance continue respectent les seuils réglementaires planchers

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Adéquation aux besoins du patient / Optimisation des ressources		
L'accès aux lits de réanimation de recours (CHU de Caen) apparaît limité en raison de leur faible disponibilité : L'AMONT (réanimation, unités de soins intensifs d'organe, unité de surveillance continue de proximité) et l'AVAL de la réanimation de recours, doivent être améliorés	Conclure des conventions entre le CHU et les autres établissements disposant de réanimations spécialisées, les unités de réanimation et les USC afin de créer une réelle filière de prise en charge. Les modalités sont établies par les professionnels afin d'assurer la transmission des éléments nécessaires à la prise en charge des patients, et de permettre la mise en œuvre de l'évaluation	100 % des établissements autorisés en réanimation ont une convention avec le CHU précisant les modalités de transfert des malades 100 % des établissements disposant d'une USC sans réanimation ont une convention avec la réanimation de l'établissement le plus proche
La fluidité des parcours patients est perfectible : La disponibilité des solutions d'aval de la réanimation de recours dépend elle même de la disponibilité de lits d'hospitalisation classique, de lits de soins de suite spécialisés, des établissements et des solutions médico-sociales	Formaliser les liens avec les services d'amont et d'aval habituels et notamment les structures SSR qui ont vocation à prendre en charge des polytraumatisés, des patients en coma prolongé, patients présentant des séquelles de polytraumatisme ou des lésions cérébrales sévères	Nombre de conventions signées entre établissements autorisés à la réanimation et les établissements autorisés en SSR spécialisés Etat Végétatif Persistant
	Conclure des conventions entre les établissements de santé ne disposant pas d'autorisation de réanimation et les établissements détenteurs des autorisations dans le but de garantir à tous les patients des différents territoires de santé de Basse-Normandie un égal accès aux plateaux techniques	100 % des établissements non autorisés à la réanimation ont signé une convention avec l'établissement le plus proche disposant d'une réanimation
Adaptation des compétences		
	Poursuivre et intensifier les efforts réalisés en matière de prélèvements d'organes et de tissus par l'amélioration de la formation des réanimateurs en matière de prélèvement d'organes et formation régulière des soignants	Nombre de formations réalisées en matière de prélèvements d'organes et de tissus
	Elaborer un référentiel régional infirmier en réanimation au sein de la coordination régionale concernant les compétences et la formation Améliorer la formation des IDE en Réanimation : application du référentiel d'intégration des IDE en réanimation avec formation pendant 30 jours avant autonomisation en service de réanimation et proposition d'un module de formation des IDE en vue d'exercer les fonctions d'IDE en réanimation	Mise en place d'un pool de remplacement des infirmières de réanimation par infirmières formées selon le référentiel

15. VOLET SOINS NON PROGRAMMÉS-URGENCES

CONTEXTE ET ENJEUX

- L'activité des services d'urgences de Basse-Normandie n'a cessé de croître avec une augmentation de 25 % entre 2002 et 2009 ;
- Le recours aux urgences est souvent inapproprié. Une enquête régionale réalisée en 2009 montre que seuls 23,57 % des consultations dans les services d'urgence relèvent de ces structures. 18,82 % sont des CCMU 1 (Classification clinique des malades urgents) et 57,61 % des CCMU 2. Les urgences sont devenues un mode de consultation utilisé lorsque les organisations en place ne répondent pas suffisamment aux besoins ou aux attentes de la population en matière de soins programmés ;
- Il est essentiel de bien différencier l'urgence médicale (vitale ou fonctionnelle qui nécessite une consultation qui ne peut être différée, des actes ou des gestes spécifiques), des soins non programmés et non urgents ;
- La réponse à ces besoins implique de nombreux acteurs et se décline dans la transversalité. Les prises en charge reposent sur la médecine libérale et la permanence des soins ambulatoire, la permanence des soins en établissements de santé et les services d'urgences qui sont le point d'articulation entre la ville et l'hôpital ;
- Les SAMU-Centre 15 sont les pivots de la régulation grâce à une connaissance précise des moyens humains et techniques à disposition sur l'ensemble de la région. En 2009, seuls 22 % des patients accueillis dans un service d'urgence avaient fait l'objet d'une régulation ;
- L'objectif est d'apporter une réponse adaptée, coordonnée et de qualité, quelque soit la pathologie et quelque soit la localisation géographique des patients en Basse-Normandie ;
- Les points clés de cette organisation reposent sur un maillage territorial et régional, la mise en place de filières en fonction des moyens humains, des plateaux techniques, des autorisations, du développement de la télé-médecine, de la mutualisation des équipes et des compétences.

La démographie des professionnels de santé

Le nombre de médecins urgentistes est insuffisant pour la région. Selon une étude réalisée en 2010, il manquerait environ 50 équivalents temps plein.

La formation de médecins au DESC de médecine d'urgence tend à corriger ce déficit mais pas avant 2018.

La démographie des médecins généralistes a un impact sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoire tout comme, celle des médecins spécialistes publics ou libéraux, a un impact sur le schéma cible de la permanence des soins en établissement de santé.

Niveau de proximité

Ce niveau est constitué :

- de la médecine libérale, en particulier par l'organisation mise en place dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA)
- des Structures d'urgences et des SMUR répartis de manière à ce que chaque patient puisse avoir un contact médical dans les 30 minutes

Niveaux intermédiaires/de recours

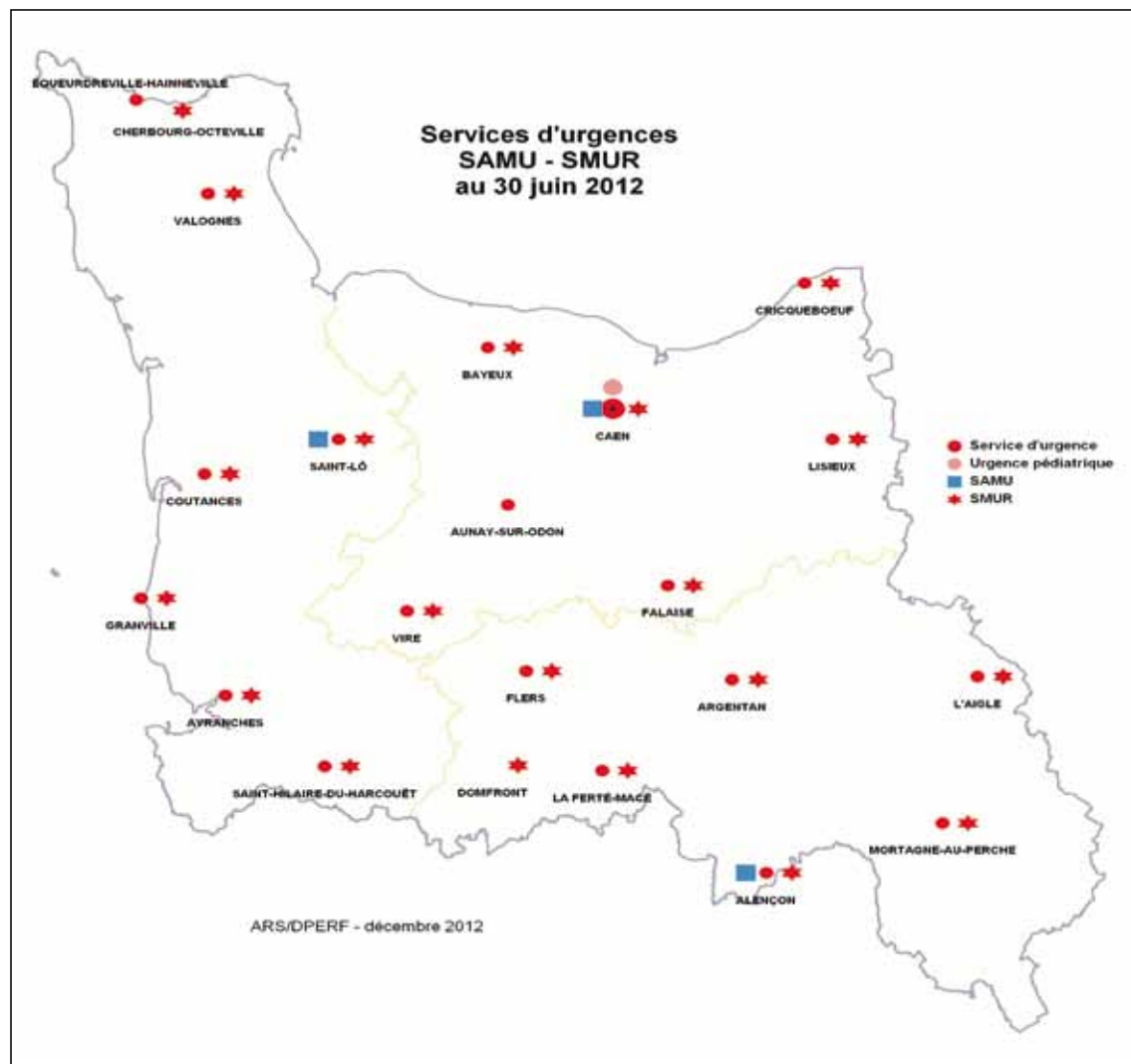
Ce niveau concerne la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) et se décline au sein des territoires de santé ou de la région pour certaines spécialités

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

Ce niveau repose sur les filières de prise en charge spécifique relevant de compétences ou d'un plateau technique spécialisés

Il s'appuie également sur l'organisation de la PDSSES

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 en soins non programmés



SAMU

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	-
Manche	1	1	-
Orne	1	1	-
Région	3	3	-

SMUR

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	6	6 + 1 SMUR pédiatrique	+ 1 SMUR pédiatrique
Manche	7	7	-
Orne	6 + 1 antenne	6 + 1 antenne	-
Région	19 + 1 antenne	19 + 1 antenne	+ 1 SMUR pédiatrique

STRUCTURE DES URGENCES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	10 + 1 SU pédiatrique	10 + 1 SU pédiatrique	0
Manche	7	7	-
Orne	6	6	-
Région	23 + 1 SU pédiatrique	23 + 1 SU pédiatrique	0

LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSES)

CONTEXTE ET ENJEUX

- La loi HPST érige désormais la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) en mission de service public ;
- La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 18 h 30 et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Les points d'articulation entre la PDSA et la PDSES sont les structures d'urgence ;
- La PDSES concerne, le seul champ MCO, la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements privés à but lucratif, les plateaux techniques hautement spécialisés ;
- Les enjeux de la PDSES sont :
L'amélioration de l'accès aux soins,
L'amélioration de la qualité de prise en charge,
L'amélioration de l'efficience ;
- L'organisation de la PDSES repose sur :
Les besoins de la population,
Les particularités géographiques,
Les moyens humains et techniques spécialisés,
Les autorisations, les activités réglementées,
L'activité ;
- L'analyse des indicateurs de suivi permettra une mise à jour annuelle du schéma cible.

Manche

	Nbre de lignes	A échéance du SROS
Anesthésie	6	6
Cardiologie	3	3
Chir vasc	2	1
Chirurgie ortho	3	3
Chirurgie viscérale	4	4
Gastro entérologie	3	3
Gynécologie obstétrique	4	4
Neurologie	2	2
Ophtalmologie	1	1
ORL	1	1
Pédiatrie-néonatalogie	5	5
Pneumologie	3	3
Réanimation	3	3
Urologie	2	1
Imagerie	3	3
Total	45	43

Orne

	Nbre de lignes	A échéance du SROS
Anesthésie	4	4
Cardiologie	2	2
Chirurgie ortho	2	2
Chirurgie viscérale	4	4
Gastro entérologie	2	2
Gynécologie obstétrique	4	4
ORL	1	1
Pédiatrie-néonatalogie	4	4
Pneumologie	2	2
Réanimation	2	2
Urologie	1	1
Imagerie	4	4
Neurologie	0	1
Total	32	33

Schéma cible

Calvados

	Nbre de lignes	A échéance du SROS
Anesthésie	13	11
Cardiologie	6	6
Chir cardiaque	1	1
Chir thoracique et vasc	1	1
Chirurgie infantile	1	1
Chirurgie ortho	5	3
Chirurgie viscérale	8	7
CMF	1	1
Gynécologie obstétrique	7	7
Hématologie adulte	1	1
Hématologie pédiatrique	1	1
Hépatogastro entérologie	2	2
Néonatalogie pédiatrie	9	9
Néphrologie	1	1
Neurochirurgie	1	1
Neurologie	2	2
Ophtalmo	1	1
ORL	1	1
Pneumologie	2	2
Psychiatrie	1	1
Radio interventionnelle	1	1
Réanimation	9	9
Urgences	2	2
Urgences main	1	1
Urologie	1	1
Imagerie	6	6
Total	85	79

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Il existe parfois un défaut de transmission entre les Centres de Transmission des Appels (CTA) 18 et les Centres Réception Régulation des Appels (CRRRA) centre 15	Améliorer la transmission d'informations sur les affaires et la disponibilité des moyens	Augmentation du nombre d'entrées aux urgences via les sapeurs pompiers ayant fait l'objet d'une régulation SAMU Centre 15 au préalable
	Valider un référentiel SAMU/ SDIS dans le Calvados	Existence d'un référentiel SAMU/SDIS signé dans chaque territoire de santé
Nécessité d'améliorer les transports inter-établissements (en particulier pour les 3 - 7 ans)	Maintenir des lignes de transport de néonatalogie sur Caen, Cherbourg et Lisieux et améliorer la connaissance de l'activité de transport dédiée aux nourrissons	Nombre de lignes de transport néonatalogie à échéance + nombre de lignes actuelles Nombre de transports annuel, en précisant le nom de l'établissement de santé d'accueil
	Autoriser un SMUR pédiatrique	Existence d'un SMUR pédiatrique à échéance
	Maintenir une ligne de transports secondaires par territoire de santé	Une ligne de transport secondaire par territoire de santé à échéance
	Développer les transports secondaires para médicalisés	Augmentation du nombre de transports annuel paramédicalisés
Il n'existe pas de plans nationaux spécifiques sur les urgences. La prise en charge des patients en urgence est une activité qui s'effectue dans la transversalité. Les urgences sont très souvent un maillon dans la prise en charge du patient et leur implication se retrouve, à ce titre, dans plusieurs plans nationaux	Impliquer d'avantage les services d'urgences dans la mise en œuvre des plans nationaux - Plan AVC - Prise en charge et prévention des addictions - Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie - Plan d'amélioration de prise en charge de la douleur - Plan blanc et plan blanc élargi - Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »	Cf. volets médecine, addictologie et psychiatrie, douleur et soins palliatifs, chapitre VAGUSAN du SRP
Peu d'exercices sont réalisés afin de tester les différents plans de secours	Réaliser des exercices de secours nécessitant la mise en place des différents plans (plan blanc, NRBC...)	Nombre d'exercices réalisés
Homogénéité de la qualité		
Les outils de travail ne sont pas partagés ni uniformisés	Mettre en place une application métier Réseau Régional Aide Médicale Urgente (logiciel de régulation)	
	Mettre en place l'interopérabilité entre les 3 SAMU	
	Mettre en place le ROR (répertoire opérationnel des ressources)	
	Recenser et uniformiser des données nécessaires aux bases du RRAMU et du ROR, uniformiser les thésaurus dans l'objectif de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)	Existence d'une liste des données nécessaires aux bases du RRAMU et du ROR uniformisée 100% des structures d'urgence utilisent les thésaurus recommandés
	Uniformiser les fiches de liaison des SMUR	
	Informatiser les SMUR	100 % des SMUR informatisés
	Informatiser les dossiers médicaux des enfants accueillis pour une urgence dans les services de pédiatrie n'ayant pas d'autorisation de SU spécifique	100 % des services de pédiatrie sont informatisés pour les dossiers des patients pris en charge en urgence

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Nécessité de maintenir les outils de communication opérationnels	Mettre aux normes : - les lignes téléphoniques spécialisées - le réseau téléphonique fixe et GSM - la dotation téléphonique satellitaire - le réseau de radio SSU - le réseau de radio 150 Mhz - le réseau Antares	Réalisation de chaque point ou état d'avancement
Nécessité d'améliorer les modalités d'utilisation des moyens hélicoptés	Connaître en temps réel les disponibilités et la localisation des différents moyens (ROR) Etablir l'état des lieux des « zones de poser » agréées Mettre aux normes les équipages Identifier des « autoroutes » à basse altitude	Existence et renseignement de l'information sur les disponibilités et localisation dans la base ROR Liste des « zones de poser » disponible dans le ROR 100 % des équipages des hélicoptères sont aux normes Liste des autoroutes à basse altitude disponible dans le ROR
Nécessité de mettre aux normes les SMUR	Mettre aux normes les équipages SMUR	100 % des équipages des SMUR sont aux normes
Des fiches de dysfonctionnement existent pour signaler les prises en charge non appropriées visant à éviter une répétition de ces situations. Or, on constate une sous utilisation de ces fiches	Faire des fiches de dysfonctionnement un outil utilisé par un plus grand nombre	Bilan annuel des fiches de dysfonctionnements et des solutions apportées présenté à l'ICRU Tous dysfonctionnements dans la prise en charge a fait l'objet d'une fiche de dysfonctionnement et d'une analyse
Nécessité d'uniformiser les pratiques	Maintenir et développer les temps de formation et d'échanges entre spécialistes et urgentistes	Nombre de 1/2 journées de formation proposées
	Diffuser des protocoles de prise en charge validés par les professionnels	Nombre de protocoles Suivi de leur mise à jour
	Développer les postes d'IOA (Infirmière organisatrice de l'accueil)	Nombre de SU disposant d'une IOA 24 / 24 ou sur les périodes de plus grande activité
	Mettre en place d'un Diplôme Universitaire (DU) pour les IOA	
	Développer au sein des Etablissements de Santé les postes de coordonnateur de la gestion des lits	Nombre d'établissements de santé disposant d'un coordonnateur de la gestion des lits
Innovation		
Nécessité d'améliorer les modalités de communications entre praticiens mais aussi entre patient et praticien	Développer le transfert d'images	Augmentation du nombre de sites équipés en moyens pour les transferts d'images
	Développer la télémedecine	Augmentation du nombre de patients pris en charge via le transfert d'image et la télémedecine

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Un nombre important de patients CCMU 1 se présentent dans les SU	Mettre en place une (des) expérimentation(s) : organiser des consultations de médecine libérale afin de libérer un créneau dédié aux patients CCMU 1 qui se sont présentés en 1ère intention dans une structure d'urgence	Diminution du nombre de patients CCMU 1 dans les SU Nombre d'expérimentations de consultations de médecine libérale avec créneau dédié aux patients CCMU 1
Plusieurs problématiques ont été soulevées Faible activité de certaines SU en particulier la nuit Maintien d'un plateau technique opérationnel pour un nombre très faible de patients Maintien d'un niveau de compétence des urgentistes quand l'activité est faible et concerne essentiellement des CCMU 1 à 3 Problème de la démographie médicale Mais nécessité d'une réponse en proximité	Sous réserve d'une évolution de la réglementation n'entraînant pas de modification du nombre de SU autorisées, étudier la possibilité et l'intérêt de fermer certaines SU sur une partie de la nuit	
Proximité		
Nécessité de maintenir une réponse médicalisée dans les 30 mn en cas d'urgence vitale ou fonctionnelle	Maintenir le maillage des SMUR (terrestres, hélicoptère et maritime) et des SU Maintenir une ligne de SMUR secondaire par territoire de santé Maintenir les lignes de transport de néonatalogie Veiller à appliquer les conditions et modalités d'exercice des médecins correspondants du SAMU telles que définies par le niveau national	
Certaines spécialités médicales ne sont pas présentes en proximité	Protocoliser les solutions de recours, au travers de filières, de projets de télé-médecine, de conventions, de mutualisations de moyens pour répondre aux besoins des patients	100% du territoire régional est couvert par une réponse organisée et formalisée pour l'ensemble des spécialités médicales
Continuité des prises en charge		
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	Obligation d'une UHCD par SU Prendre en compte pour l'organisation des UHCD les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence)	100% des structures d'urgence disposent d'une UHCD Taux d'UHCD qui répond aux recommandations de la SFMU
Nécessité de renforcer les liens entre la médecine de ville et les SU Insuffisance des transmissions médecin traitant / urgentistes, établissements / urgentistes, urgentistes / médecins traitants	Proposer des fiches de liaison uniformisées pour les médecins traitants Augmenter les échanges avec les médecins traitants afin d'informer sur l'orientation du patient, de partager les décisions, de s'assurer de la faisabilité et des conditions du retour au domicile	Existence de fiches de liaison uniformisées pour communication du médecin traitant vers les structures d'urgence Augmentation du nombre d'entrées dans les services d'urgence accompagnées d'une fiche liaison
Améliorer la qualité des informations transmises aux SU pour les patients en provenance d'autres institutions. (maison de retraite, SSR, HAD, USLD...)	Mettre en place des fiches de liaison comportant les informations indispensables à une bonne prise en charge par les urgentistes et à une bonne orientation	Nombre d'ES utilisant les fiches de liaison protocolisées

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Nécessité de repérer, dès l'arrivée aux urgences, les patients pour lesquels la sortie risque d'être difficile (perte d'autonomie, problème social...)	Mettre en place dans les SU des indicateurs permettant d'identifier les patients pour lesquels la sortie risque d'être difficile	Baisse des durées de séjours des patients dont la sortie se fait vers une autre structure institutionnalisée (SSR, USLD, HAD...)
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Tous les établissements disposant d'au moins une autorisation de médecine d'urgence ou d'une mission de service public dans le cadre de la PDSES, ne communiquent pas les différents indicateurs nécessaires à l'évaluation de leur fonctionnement tant quantitatif que qualitatif	Renseigner systématiquement les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) dans toutes les structures d'urgence, les SMUR et SAMU Renseigner toutes les données du RPU	100 % des prises en charge dans un service d'urgence font l'objet d'un RPU 100% des données des RPU sont renseignées
	Mettre en place l'ORU et le ROR	
	Renseigner, communiquer les indicateurs définis dans le cahier des charges de l'ORU : indicateurs quantitatifs et qualitatifs	% d'indicateurs communiqués dans l'ORU dans le respect de la montée en charge prévu dans le cahier des charges
	Transmettre les indicateurs de la PDSES	Nombre de déplacements sur les périodes de PDS pour des consultations ou interventions concernant un nouveau patient (entrée < 24 h) par ligne de garde ou d'astreinte Nombre d'interventions chirurgicales ou consultations sur les périodes de PDS par ligne de garde ou d'astreinte Nombre de patients hospitalisés en période de PDS Nombre de transferts vers un autre établissement en période de PDS
Taille critique		
Nombre de primo passages et de sorties SMUR très variables d'un établissement à l'autre	Mutualiser les équipes médicales entre plusieurs établissements	Nombre d'établissements autorisés à la médecine d'urgence ayant mutualisé leurs équipes médicales
Certaines lignes de PDSES ont une activité faible, d'autres lignes devraient être mises en place mais la démographie médicale ne le permet pas.	Réviser annuellement le schéma cible PDSES en fonction : de l'activité de la démographie médicale des besoins de la population	
Adéquation aux besoins des patients		
Un grand nombre de personnes âgées sont adressées aux urgences pour une évaluation, un avis spécialisé ou un problème de maintien à domicile	Limiter le nombre d'hospitalisations de personnes âgées via la porte d'entrée des urgences	Nombre de patients de + de 75 ans pris en charge dans les structures d'urgence
	Mettre en place le score ISAR dans les SU	Nombre de patients de plus de 75 ans ré adressés dans les 8 jours consécutifs à un passage aux urgences
Trop de patients victimes d'un AVC ne sont pas thrombolysés en raison d'une arrivée trop tardive	Augmenter le nombre de patients thrombolysés	Nombre de patients thrombolysés par ES cf. volet médecine

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Nécessité de fluidifier les filières de prise en charge en protocolisant le circuit du patient. Certaines filières de prises en charge spécifiques ont été développées dans le cadre du réseau des urgences : Syndrome coronaire aigu Urgences main Urgences ophtalmologiques Urgences neurochirurgicales Radiologie interventionnelle Urgences hématologiques	Augmenter le nombre de filières spécifiques protocolisées : Polytraumatisés Chirurgie maxillo faciale...	Nombre de filières rédigées et validées par les acteurs de ces filières Suivi de l'actualisation des filières Des indicateurs ont été définis au sein de chaque filière
Les points gardes durant la permanence des soins sont parfois sous « utilisés », les SU accueillent des patients qui ne relèvent pas de leurs compétences spécifiques	Campagne d'information de la population sur le rôle des différentes structures pouvant répondre aux besoins en matière de soins non programmés	Existence d'un support de communication grand public concernant l'utilisation des services d'urgence et le rôle des acteurs
Certains patients mettent en avant la non disponibilité de leur médecin traitant notamment en journée et, de ce fait, s'adressent aux urgences	Formaliser les conditions d'une ré orientation des entrées aux urgences de CCMU1 vers la médecine de ville (voir expérimentation)	
L'entrée d'un patient dans un ES ne doit pas passer systématiquement par la SU	Développer les entrées directes dans les services d'hospitalisation	Baisse du % d'entrées en hospitalisation par les urgences
Optimisation des ressources		
La démographie médicale est globalement insuffisante et pose de nombreux problèmes dans l'organisation des services d'urgence	Favoriser la participation de la médecine libérale à la régulation sur la base du volontariat	Nombre de médecins libéraux participant à la régulation Centre 15
	Promouvoir la régulation par la médecine libérale à travers des réunions d'information, des formations...	Nombre d'actions mises en œuvre
	Mutualiser les équipes de SMUR et d'urgences intra hospitalières	100% des équipes SMUR mutualisent au moins un médecin avec les structures d'urgence
	Mutualiser le fonctionnement des SAMU-centre 15 de la région, notamment en période de nuit profonde	Mise en place de la mutualisation
	Donner la possibilité aux médecins des SU et SMUR de la région de participer à la régulation au sein des SAMU	Nombre de médecins des SU et SMUR de la région participant à la régulation
Il existe parfois peu de spécialistes dans un même domaine au sein d'un ES, rendant ainsi la pérennité des lignes des PDS précaire	Mutualiser et rationaliser les lignes de PDSES	Nombre de lignes d'astreinte et de garde du schéma cible

16. VOLET IMAGERIE MÉDICALE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

CONTEXTE ET ENJEUX

- La Basse-Normandie compte en 2011, 11 IRM soit un taux d'équipement de 7,46 IRM par million d'habitants, la moyenne actuelle nationale est de 9,43 et la moyenne européenne (hors France en 2009) est de 17. Il est indispensable d'augmenter de manière significative le parc d'IRM afin de réduire des délais de prise en charge trop importants ;
- La Basse-Normandie connaît une évolution démographique défavorable ;
- Certains radiologues libéraux pratiquent exclusivement des actes d'imagerie conventionnelle et des mammographies ;
- Il est nécessaire de gagner du temps médical en éradiquant les actes inutiles ou peu efficaces pour se concentrer sur les actes essentiels et organiser de manière coordonnée le maillage du territoire afin de maintenir une offre de proximité ;
- La radiologie interventionnelle est en expansion.

La démographie des professionnels de santé

En 2010, 148 radiologues (libéraux et hospitaliers).

12 départs de praticiens hospitaliers publics d'ici 2015.

15 postes de praticiens hospitaliers publics vacants.

Déficit actuel et en progression de radiologues libéraux.

Les effectifs de manipulateurs ont progressé de 470 à 648 entre 2000 et 2010 (+38 %).

Leur âge moyen reste jeune même s'il est passé de 39 à 43 ans en 10 ans. La progression des effectifs va ralentir avec les départs en retraite à venir (18% ont plus de 55 ans soit 118 professionnels).

Il s'agit d'une profession exclusivement salariée.

Niveau de Proximité

→ Cabinets, centre d'imagerie médicale et établissement de santé de proximité

Imagerie conventionnelle, mammographies, scanner du diagnostic des urgences et de substitution aux examens de radiologie conventionnelle réalisés dans les centres d'imagerie médicale et les établissements de santé de proximité

Niveaux intermédiaires / de Recours

→ Etablissements publics et privés de santé et les centres d'imagerie médicale, le plus souvent organisés au sein de groupements d'intérêt économique pour assurer un maillage du territoire

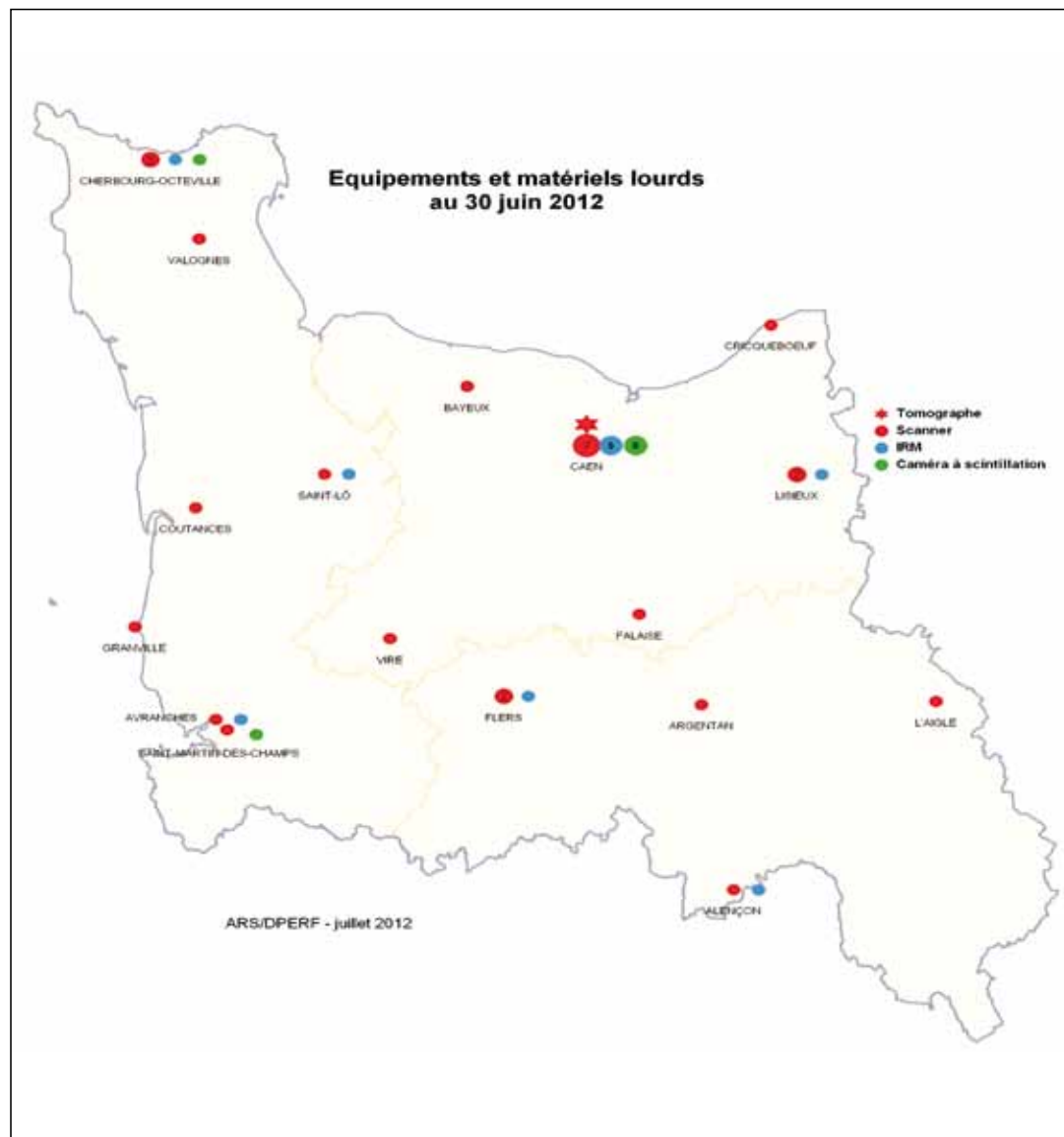
Imagerie à forte valeur ajoutée qui nécessite une compétence spécialisée en IRM et en scanographie, coloscopies virtuelles
Scintigraphies, activité de médecine nucléaire accessibles à 60 minutes sans permanence des soins
Infiltrations

Niveau spécialisé / Régional / plateaux techniques lourds

→ Etablissements publics et privés

Activité d'imagerie de pointe :
IRM cardiaque,
Tomographie par Emission de Positons (TEP)
Examens invasifs (radiologie vasculaire, angio-scanner, angio-IRM)

Cartographie de l'offre existante en imagerie au 30 juin 2012



SCANOGAPHES A UTILISATION MEDICALE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012		Implantations prévues à échéance du SROS		Différentiel	
	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils
Calvados	11	13	11	13	0	0
Manche	8	8	8	8	0	0
Orne	5	5	5	5	0	0
Région	24	26	23	25	0	0

APPAREILS D'IMAGERIE OU DE SPECTOMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012		Implantations prévues à échéance du SROS		Différentiel	
	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils
Calvados	5	6	7	11	+ 2	+ 5
Manche	3	3	5	5	+ 2	+ 2
Orne	2	2	4	4	+ 2	+ 2
Région	10	11	16	20	+ 6	+ 9

CAMERAS A SCINTILLATION MUNIES OU NON DE DETECTEUR D'EMISSION DE POSITONS EN COINCIDENCE, TOMOGRAPHES A EMISSION, CAMERAS A POSITONS

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012		Implantations prévues à échéance du SROS		Différentiel	
	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils	Implan-tations	Appa-reils
Calvados	3	9	3 à 4	9 à 10	0 à 1	0 à 1
Manche	2	2	2	2	0	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Région	5	11	5 à 6	11 à 12	0 à 1	0 à 1

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Homogénéité de la qualité		
Utilisation de techniques trop irradiantes	Se conformer aux recommandations pour réduire l'exposition notamment en développant l'usage de l'IRM en substitution du scanner pour certaines modalités	Intégration du nombre d'actes substitués dans tous les CPOM Amélioration régulière du nombre d'actes substitués pour chaque structure autorisée
	Privilégier les renouvellements ou les installations d'équipements soumis à autorisation par des équipements modernes intégrant les technologies innovantes de limitation des rayonnements (scanner et équipements de médecine nucléaire)	100% des équipements remplacés s'attachent à limiter les rayonnements ionisants
Nécessité de renforcer la coordination régionale car elle n'intègre pas l'ensemble des établissements de santé ayant des référents en radio-protection	Améliorer la coordination régionale des référents en radio-protection des établissements de santé en s'appuyant sur le réseau Grand Ouest des Personnes Compétentes en Radio-protection (PCR) et acteurs de la radioprotection Inciter l'ensemble des établissements de santé de la région à rejoindre ce réseau interrégional	100% des établissements de la région participent aux actions conduites par ce réseau
Innovation		
Disponibilité insuffisante des IRM	Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance du cancer par des plages ou appareils dédiés pour la recherche	Augmentation du nombre de vacations dédiées à la recherche dans les établissements de niveau régional
Nombre de patients traités dans les 3 ou 4 premières heures suivant les premiers signes de l'AVC insuffisant	Améliorer les délais de prise en charge des AVC en augmentant le taux de patients traités dans les 3 ou 4 premières heures suivant les premiers signes de l'AVC Organiser le maillage de la filière de prise en charge des AVC à partir des UNV et des établissements intégrés dans le projet télé-AVC. Il s'appuiera sur la plateforme régionale de transfert d'images. Ils devront tous garantir un accès H 24 à l'IRM lorsqu'ils disposent d'une autorisation d'activité de cet équipement lourd et à défaut pour les autres un accès H 24 au scanner conformément aux dispositions de la circulaire du 6 mars 2012 L'intégration des structures d'urgence et radiologiques des établissements dans le maillage régional sera réalisé dans le cadre d'un conventionnement entre l'ARS et les établissements et/ou porteurs d'autorisation d'équipements lourds	Augmentation constante du nombre de thrombolyse réalisées avec un avis neurologique à distance 100% des AVC ischémiques ont fait l'objet d'une IRM en 1ère intention sur les sites disposant de cet équipement lourd 100% des établissements ont signé une convention avec l'ARS
Aujourd'hui la Basse-Normandie n'atteint pas le taux recommandé de TEP par habitant (1/700 000 habitants) Les indications pour la prise en charge en médecine nucléaire évolueront dans les prochaines années	Autoriser un 2 ^{ème} TEP SCAN dans le Calvados qui repose sur un partenariat public-privé. Des vacations sur cet équipement devront avoir été proposées à l'ensemble des médecins nucléaires de la région avant le dépôt de la demande d'autorisation. L'éventuelle substitution à une gamma caméra sera décidée à la suite de l'évaluation du besoin en gamma-caméra dans le Calvados (7 ou 8) en tenant compte à la fois de l'activité de cet équipement lourd dans le territoire de santé et des recommandations des sociétés savantes (privilégier l'IRM à la gamma caméra du fait de son caractère non irradiant), cette substitution étant facilitée par le nombre de nouvelles autorisations d'IRM prévues à l'échéance du SROS. Suivre pour les TEP-IRM les études internationales en cours et le développement de cette nouvelle technologie pour apprécier la pertinence d'une implantation en région durant la période de validité du SROS. Si le besoin est vérifié et dans l'hypothèse où le 2 ^{ème} TEP-SCAN est autorisé sans substitution d'une gamma-caméra, l'autorisation du TEP-IRM se fera par substitution d'une gamma caméra.	2 TEP SCAN autorisés à échéance du SROS 0 à 1 TEP IRM autorisés à échéance du SROS 7 à 8 gammas caméras autorisées à échéance du SROS
Permanence des soins 24/24		
Diminution des effectifs de praticiens seniors	Mutualiser la permanence des soins. S'orienter vers une permanence de territoire. Possibilité de mettre en place l'expérimentation prévue dans la loi du 10 août 2011	100 % du territoire bas normand est couvert par une permanence des soins structurée H24
Nombre de lignes de permanence des soins trop important en regard de l'évolution de la démographie médicale	Organiser les lignes de permanences avec une logique territoriale Répartir la Permanence Des Soins au prorata du temps d'utilisation machine	100% de la permanence des soins est répartie au prorata du temps d'utilisation machine

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Proximité		
Déplacements importants des patients cancéreux vers les centres d'imagerie	Intégrer les actes interventionnels de diagnostic dans la pratique des centres carcinologiques	Intégration du nombre d'actes interventionnels de diagnostic dans tous les CPOM des établissements autorisés en cancérologie Augmentation régulière du nombre d'actes interventionnels de diagnostic réalisés pour chaque structure autorisée en cancérologie
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
La radiologie interventionnelle est en évolution dans de nombreux domaines	Organiser un maillage régional (gradation et permanence des soins...) à partir de l'identification des niveaux d'intervention dans chaque établissement et de l'organisation de la PDS et en tenant compte de la prise en charge de la douleur et de la gestion des infections	Finalisation de l'enquête auprès des établissements pour identifier leur niveau d'intervention Signature d'une charte entre l'ARS et les établissements fixant le maillage du territoire et l'organisation de sa permanence des soins
Adéquation aux besoins		
Délais de prise en charge trop élevés en IRM	Installer 9 IRM supplémentaires dont 1 en partenariat public-privé dans la Manche 2 IRM au moins sur les 20 IRM seront des IRM spécialisées à l'échéance du PRS	20 IRM autorisées dont 2 spécialisées et 1 3T à échéance du SROS PRS L'une des deux IRM supplémentaires autorisées dans la Manche reposant sur un partenariat public-privé
Délais de prise en charge inadaptés des enfants en situation de handicap	Aménager des vacations supplémentaires pour limiter les délais d'accès	Intégration d'un indicateur sur le délai d'accès à l'IRM pour les enfants en situation de handicap dans tous les CPOM des établissements autorisés Existence de vacations dédiées aux enfants en situation de handicap dans la région
Délais de prise en charge élevés	Diminuer le délai de rendez-vous pour les scanner et les IRM et plus particulièrement en cancérologie et pour les enfants et les personnes en situation de handicap	Intégration d'un indicateur sur les délais de RV scanner et IRM dans les CPOM des structures autorisées Diminution des délais de rendez-vous
Accès insuffisant au diagnostic pour la maladie d'Alzheimer	Mettre en place des vacations dédiées pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer en priorisant l'accès à l'IRM dans le cadre des troubles cognitifs	Augmentation du taux de patients atteints de troubles cognitifs ayant bénéficié d'une IRM en 1 ^{ère} intention
Des prises en charge pédiatriques en scanner trop nombreuses	Prioriser l'usage de l'IRM pour les prises en charge pédiatriques Tenir compte des recommandations de la Société Française de Radiologie (SFR) concernant la substitution des actes	Augmentation constante des prises en charge pédiatriques (hors imagerie conventionnelle) réalisées avec une IRM en substitution des scanners Taux de prises en charge pédiatriques (hors imagerie conventionnelle) par IRM à 90% à échéance du SROS PRS

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taille critique		
Inadéquation entre ressources humaines et équipements	La présence de 3 radiologues seniors pour un scanner et 5 pour une IRM est préconisée	100 % des établissements autorisés pour un scanner doivent avoir au moins 3 radiologues seniors 100% des établissements autorisés pour un scanner et une IRM doivent avoir au moins 5 radiologues seniors
Adaptation des compétences		
Utilisation excessive de techniques irradiantes, inutiles ou peu efficaces	Informar, former et outiller (guide, outil électronique de prescription, EPP...) les prescripteurs et des radiologues	Nombre d'actions d'information ou de formation mises en place à cet effet auprès des radiologues et prescripteurs au cours du SROS PRS
	Améliorer l'application des recommandations de bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS...)	Taux d'établissements autorisés en imagerie ayant une certification HAS sans réserve concernant l'utilisation excessive de techniques irradiantes
Cf. homogénéité de la qualité	Informar, former les radiologues et manipulateurs en radio-protection	Nombre d'actions d'information ou de formation mises en place à cet effet auprès des radiologues et manipulateurs au cours du SROS PRS
Optimisation des ressources		
Quantité trop importante d'actes non efficaces	Se rapprocher des moyennes nationales pour les scannographies du système nerveux, les IRM en cours d'hospitalisation et les rachis sans injection et diminuer l'imagerie conventionnelle (radiographies du crane, du thorax de l'abdomen sans préparation)	Diminution de 75% du nombre de radios du crane, de 34,3% du thorax, de 30,5% des radios de l'abdomen sans préparation et de 30,5% avec ou sans préparation
Eviter la surenchère des actes	Appliquer le principe du droit de substitution des actes par le radiologue. L'acte réalisé doit correspondre à la situation clinique requise et la communication auprès des médecins prescripteurs	Intégrer dans les indicateurs du CPOM le nombre de prescriptions Nombre de prescriptions doit être équivalent au nombre d'actes réalisés dans chaque structure autorisée
Délais trop importants pour certains actes spécialisés en cas d'absence du médecin référent ou en cas de pénurie médicale sur certains sites de proximité	Organiser de manière efficace des sites de recours et mutualiser des compétences et ressources humaines Les établissements de recours doivent venir en soutien des établissements de proximité en cas de difficulté démographique de ces derniers	100 % du territoire bas-normand est couvert par une prise en charge en imagerie structurée

17. VOLET DOULEUR

CONTEXTE ET ENJEUX

- Toutes les études épidémiologiques récentes prouvent que, malgré les différents plans douleur, la prise en charge de la douleur n'est pas optimale et n'atteint pas les objectifs notamment en ce qui concerne les populations dites « vulnérables » (personnes âgées, en situation de handicap, cancer) ;
- L'impact en termes de co-morbidités, de qualité de vie et de coût social de la douleur est très important ;
- Le maillage territorial des structures Douleur Chronique et le travail en réseau sont des points forts d'une prise en charge globale mais encore très hospitalo-centrée. Le lien avec la médecine ambulatoire et le médico social doit être développé ;
- Comme le préconisent les différents plans, la formation des professionnels de santé reste une priorité, en particulier dans le cadre des patients dits vulnérables : personnes non communicantes, grand âge, handicap, psychiatrie, oncogériatrie.

La démographie des professionnels de santé

Le nombre des médecins et/ou para médicaux possédant un DU ou DIU ou capacité douleur ainsi que leur répartition dans le milieu hospitalier, libéral et médico social est difficile à estimer..

Au sein des Structures Douleur Chronique Rebelle (SDCR), sauf départ non prévu, et ce contrairement au reste du territoire français, l'âge moyen des coordinateurs permettrait d'assurer la pérennité des structures.

Niveau de proximité

- Consultations avancées
- Professionnels de santé

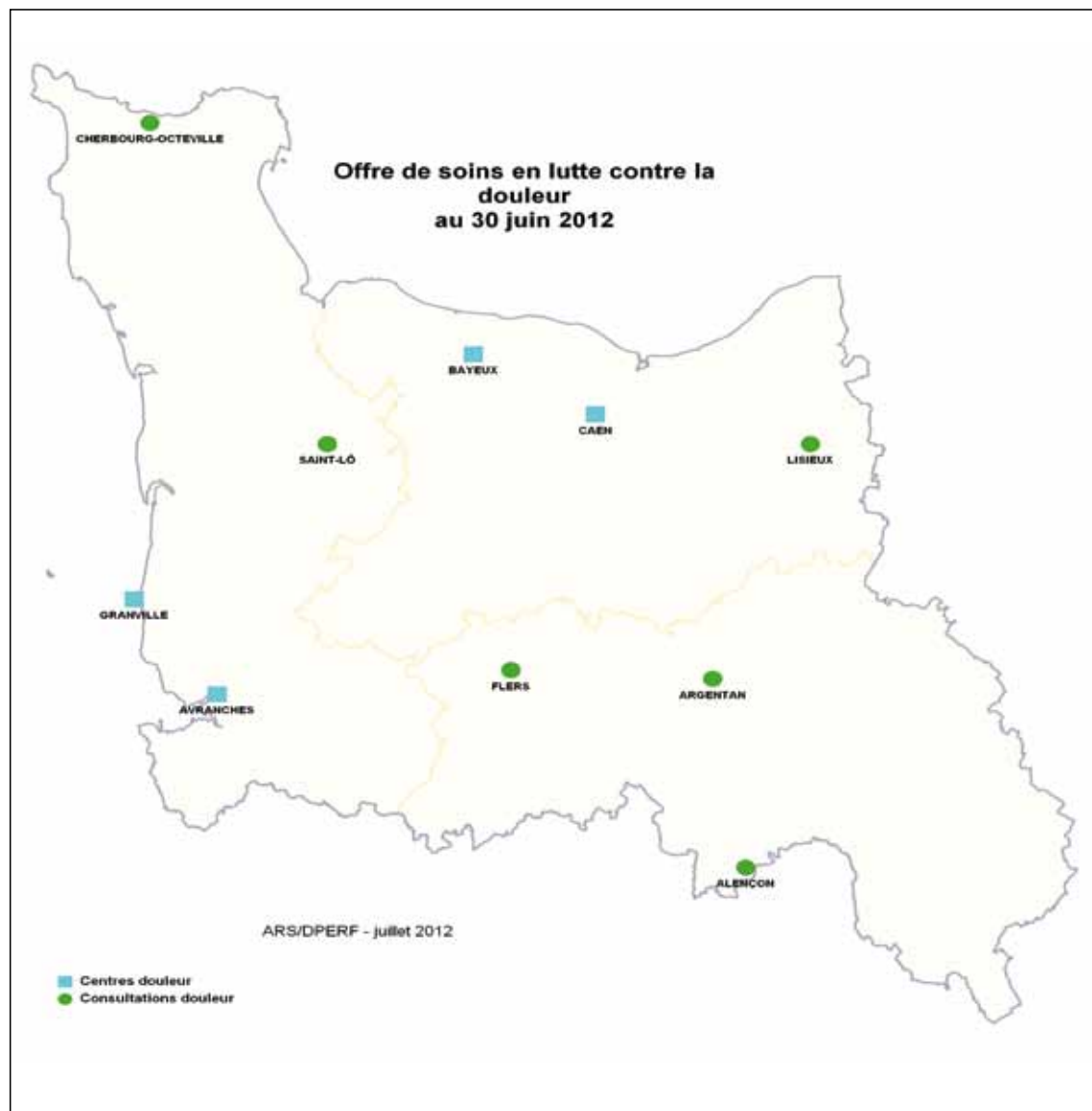
Niveaux intermédiaires/de recours

- Structures douleur dans les établissements (3 centres et 6 consultations)
- Consultations libérales par convention avec les structures (pôle d'excellence libérale)

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

- Techniques spécifiques neuro-chirurgicales et/ou d'anesthésie loco-régionale et/ou infiltration (ex : stimulation corticale et occipitale, dreztomie, chirurgie médullaire...)
- Réseau régional Douleur
Diffuse les recommandations nationales, élabore des recommandations régionales, incite à la pratique des EPP et/ou d'audit.
Anime un staff régional en partenariat avec le CHU pour des patients complexes
- Centre spécialisé enfant (en projet)

Cartographie de l'offre existante au 30 juin 2012 en douleur



Nombre de Structures Douleur Chronique identifiées

CENTRES DOULEUR

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	2	2	0
Manche	1	1	0
Orne	0	0	0
Région	3	3	0

CONSULTATIONS DOULEUR

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	1	1	0
Manche	2	2	0
Orne	3	3	0
Région	6	6	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
L'accès aux Soins Oncologiques de Support (SOS) est inégal et non coordonné Un projet régional existe	Impliquer les structures douleur dans la coordination des soins de support des établissements Mettre en place un partenariat entre le réseau régional de cancérologie et le réseau régional douleur	Partenariat formalisé entre les deux réseaux Nombre et modalités d'actions entre les deux réseaux : action de formation, diffusion d'outils, de protocoles, de projet de recherche Participation systématique des structures douleur dans la mise en place de coordination des SOS
CANCER : les situations complexes sont de plus en plus fréquentes. On constate alors des prises en charge non adéquates et/ou perfectibles	Etablir des partenariats entre les établissements autorisés en cancérologie et les structures douleur par convention pour les patients présentant des douleurs complexes et/ou séquellaires	Convention signée entre SDC et établissements autorisés avec droits et devoirs de chacun Nombre de patients vus dans ce contexte (douleur complexe évolutive et ou séquellaire)
ONCOGERIATRIE / GERIATRIE : les spécificités de l'évaluation de la douleur de la personne âgée sont parfois méconnues	Former les différents intervenants en oncogériatrie aux spécificités de la douleur de la personne âgée	Nombre de formations sur la spécificité de la douleur de la personne gée en cancérologie dans les établissements autorisés en cancérologie
	Avoir accès à des Consultations de gériatre et de neuro psychologue pour les patients des structures douleur. Réserver dans les services gériatrie ou mémoire des créneaux horaires pour les patients âgés des structures douleur S'appuyer sur le réseau douleur (groupe «personnes âgées») pour diffusion, sensibilisation, formation en collaboration avec les EHPAD	Délai de RV pour consultation spécialisée : mémoire Nombre de professionnels formés
	Développer des liens formalisés entre unités mobiles gériatriques et les Structures Douleur Chronique et des liens entre les équipes : formation en commun	Nombre de rencontres organisées
Handicap : insertion sociale et professionnelle de personnes en situation de handicap (Troubles Musculo Squelettiques (TMS)), rachialgies, accident du travail, douleurs séquellaires du cancer et autres...). Le contexte socio professionnel est prégnant chez les patients suivis en structures douleur	Développer et formaliser les liens avec la MDPH, médecins du travail, et tous les acteurs impliqués (médecins conseils) Formaliser dans les procédures de travail les articulations avec le PRESIJ et le réseau de soins pour une vie autonome RSVA et réaliser des actions de formations en commun avec le RSVA	Rencontre entre les différents partenaires Nombre d'actions d'information sur Presij en partenariat avec RSVA

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
ETP : Si le patient n'est pas acteur de la prise en charge de sa douleur chronique, la prise en charge n'est pas optimisée : problèmes d'observance, céphalée par abus d'antalgiques, iatrogénie... la douleur chronique est une véritable maladie chronique nécessitant de rendre le patient acteur	Créer des programmes régionaux d'ETP dans les thèmes préconisés S'appuyer sur le réseau via les structures douleur pour mise en place de l'éducation thérapeutique; favoriser une formation commune validante des binômes médecins IDE Douleur des structures douleur Thématiques prioritaires : céphalées (CCQ–CAM–Migraines) ; rhumatologie : lombalgies, fibromyalgie, maladie inflammatoire ; douleur chronique de l'enfant et adolescent ; douleur chronique de l'adulte ; gestion des antalgiques chez des patients traités au long cours (opioïdes, traitement des douleurs neuropathiques) en particulier cancer, diabète, maladies neurologiques	Programme d'ETP validé par l'ARS et utilisé par les SDC (structures douleurs chronique) sur les thèmes cités
Prévention de la douleur chronique : - Douleurs liées au travail : des mauvaises postures au travail peuvent entraîner des douleurs chroniques, les douleurs rhumatologiques (lombalgies/rachialgies/troubles musculo-squelettiques), le polyhandicap - Douleur aiguë des actes et de soins : la prise en charge correcte de ces douleurs limite la chronicisation de la douleur	Appliquer les recommandations des sociétés savantes dans les établissements Informers les patients et les citoyens Favoriser les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) dans les établissements sur la douleur des soins	Audit sur application des recommandations par le réseau douleur Mise en place d'EPP douleur des soins dans les établissements
Homogénéité de la qualité		
Il existe des inégalités de prise en charge au sein même d'un établissement, entre les établissements, en milieu libéral et médico social L'harmonisation des pratiques passe par différentes étapes : information, formation et évaluation Le réseau qualité en partenariat avec le réseau régional douleur aide à l'amélioration de démarche qualité en lien avec le programme régional qualité de l'ARS La certification et les critères IPAQS sont fortement incitateurs à une démarche qualité	Encourager les EPP sur la douleur et les plans de formation dans tous les établissements Encourager les structures douleur aux EPP en particulier sur les recommandations	Nombre de Recommandations formulées Nombre d'établissements ayant inscrit la douleur comme priorité dans le plan de formation Nombre d'EPP sur la douleur Réalisation de l'EPP HAS tous les 2 ans

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Douleur de l'enfant : La puéricultrice du RRDBN aide à l'harmonisation des pratiques au sein des services de pédiatrie en s'appuyant sur des référents douleur	Douleur du nouveau né : exiger des établissements l'application des recommandations de bonnes pratiques tant en milieu sanitaire qu'en ambulatoire Faire un état des lieux de la prise en charge de la douleur de la femme enceinte, en post-partum, et du nouveau né	Nombre d'EPP douleur de l'enfant
	Avoir des binômes référents médecin et puéricultrice douleur formés dans les services de pédiatrie de néonatalogie et maternité de niveau 2b et 3	Nomination de référents douleur dans ces services, avec formation continue possible : congrès, formation par réseau régional
	Améliorer le dépistage et la prise en charge de la migraine chez l'enfant (médecine de ville, médecine scolaire, PMI) Réaliser des campagnes d'information en partenariat entre le milieu scolaire, le réseau et les professionnels libéraux	Organisation par le réseau régional d'une campagne d'information et de dépistage de la migraine de l'enfant Nombre d'enfants pris en charge en consultation
Douleur personnes âgées et douleur de la personne en situation de handicap : Peu de lisibilité de la prise en charge de la douleur dans les établissements médico sociaux ; l'évaluation de la douleur est loin d'être systématique Le handicap lourd est générateur de douleur, difficile à évaluer et donc à traiter. Des outils validés récents existent pour améliorer leur dépistage	Améliorer la prise en charge de la douleur dans les situations de handicap lourd Développer les formations spécifiques pour repérer, évaluer et traiter (IMC, autisme, para, tétraplégiques, pathologie psychiatrique lourde...) Mener des enquêtes auprès des institutions médico-sociales (mission des réseaux douleur et qualité) Inclure un outil d'évaluation régional dans l'évaluation interne de l'établissement médico social qui accueille des personnes en situation de handicap	Evaluation de l'action de formation RRDBN/ RSVa) auprès de 2 MAS Intégrer la thématique douleur dans l'outil d'évaluation interne de l'établissement médico social
	Douleur complexe liée au handicap Améliorer l'expertise régionale pour développer un niveau de recours régional plus étoffé quelle que soit l'étiologie, la sévérité du handicap : SEP, traumatisés médullaires Inciter un ou des médecins à acquérir des compétences dans ce domaine	Rencontre entre RRDBN et professionnels impliqués Projet de mise en place de consultations pluri disciplinaires liées au handicap
Douleur du cancer : La prise en charge des patients est inégale. Les recommandations nationales et préconisations régionales ne sont pas toujours respectées. Collaboration entre les structures douleur et les établissements autorisés en cancérologie à améliorer	Structurer la prise en charge des douleurs séquellaires : information patients, professionnels de santé, recommandations, et organiser la filière de prise en charge (place des structures douleur) en particulier pour les patients présentant des situations complexes	Audit du parcours patient en cancérologie (10%)
	Exiger les critères de qualité pour les établissements autorisés en cancérologie Engager les établissements autorisés en cancérologie à une démarche qualité Douleur	Audit des pratiques en douleur cancéreuse
	Développer l'expertise douleur cancéreuse : recours régional au CHU	

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Innovation		
	Appuyer l'utilisation des techniques non médicamenteuses sur une évaluation de la douleur selon les recommandations HAS en structure multi disciplinaire Inciter des jeunes médecins à développer des compétences spécifiques (DESC Douleur)	Vérification du suivi des recommandations par audit Informar les DESC médecine de la douleur sur les besoins dans la région
Absence d'expertise spécifique (cancer, pédiatrie), ni de recherche clinique	Augmenter le nombre de professionnels ayant une expertise spécifique douleur et notamment en douleur du cancer, douleurs neuropathiques, douleurs et handicap	Nombre de professionnels formés DU DIU Capacité, etc...
	Recherche clinique : Développer le partenariat entre le CHU et le réseau	Formalisation d'un partenariat entre le réseau et la recherche clinique du CHU
L'accès aux techniques intra thécales ou à la résonance magnétique trans crânienne (RtmS) est très limité voire inexistant	Résonance magnétique trans crânienne (RTMS) : installer un appareil réservé aux patients douloureux chroniques	Financement et installation d'un appareil de RtmS réservé aux patients douloureux chronique
Permanence des soins 24/24		
Peu d'urgence en Douleur Chronique, mais les structures douleur se sont engagées à prendre en urgence les patients présentant des douleurs de la face et/ou douleur cancéreuse Voir prise en charge globale gériatrie	Douleur gériatrique : dégager des créneaux d'urgence pour les patients âgés	Nombre de patients pris en urgence
Proximité		
Le principe de proximité est respecté en douleur chronique de l'adulte par la couverture géographique des structures douleur	Maintenir et consolider les consultations douleur chronique existantes	Nombre de structures douleur
	Créer des consultations avancées pour les zones géographiques non couvertes, à partir d'une consultation identifiée ; mutualisation entre les établissements	Nombre de Cs avancées
Pour la population pédiatrique : malgré les besoins, l'offre de soins en proximité est limitée par l'absence de pédiatre et/ou de compétences telles que l'hypnose Cependant, plusieurs structures douleur peuvent assurer des consultations de premier recours	Dégager du temps de compétence pédiatrique dans les structures douleur pour développer les Cs de premier recours de proximité Inciter les établissements à dégager du temps médical pédiatrique (0,05 ETP) pour avis spécialisé dans les structures douleur qui le souhaitent	Evaluation ETP compétence pédiatrique dans la structure douleur
	Développer les liens avec l'ERRSPP (la douleur est un symptôme majeur en fin de vie)	Convention signée entre l'ERRSPP et le RRDBN

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Subsidiarité		
L'accès à des compétences spécifiques libérales est possible mais non formalisé actuellement	Développer et formaliser le partenariat entre les structures douleur et des experts libéraux permettant d'organiser un accès à des compétences spécifiques, de développer des pôles d'excellence (coordonnés par le réseau régional douleur) Expérimenter des Cs de proximité dans les pôles de santé libéraux à partir de la structures douleur de proximité Recenser avec l'URPS médecins, le réseau et le conseil de l'Ordre des médecins sur les territoires de santé les capacitaires douleurs, DIU, ou aux autres compétences pour enrichir l'offre de soins (gestes, hypnose, acupuncture...)	Nombre de conventions signées entre les structures douleur et experts libéraux Recensement de toutes ces compétences sur le territoire de santé
La prise en charge des patients en structures douleur est remboursée sans surcoût mais le non remboursement des transports, notamment pour des personnes âgées, limite parfois l'accès aux consultations	Etudier des solutions avec les organismes d'Assurance Maladie	Solutions envisagées et/ou trouvées avec l'Assurance Maladie
Accessibilité financière		
Les Staffs douleur dans les établissements sont peu ouverts aux libéraux	Inciter les structures douleur à organiser un temps d'échange compatible avec les horaires des libéraux	Nombre de temps d'échanges organisés
Continuité des prises en charge		
Chez les personnes âgées notamment, la douleur est parfois source d'hospitalisation alors qu'évaluée et prise en charge en amont, elle pourrait être évitée	Personnes âgées : développer, par l'infirmière des structures douleur et/ou équipes mobiles gériatriques formées, en partenariat avec la médecine de ville, les évaluations douleur au domicile afin d'éviter des hospitalisations	Nombre d'évaluations effectuées
La douleur post opératoire est un frein à la chirurgie ambulatoire et sa prise en charge est inégale	Douleur post opératoire : Favoriser de bonnes conditions de prise en charge de la douleur au domicile, après une chirurgie ambulatoire : dossier de liaison, ordonnance d'antalgiques évolutive, information des parents Diffuser et utiliser des outils du réseau	Nombre de dossiers de liaison utilisés Evaluation de la Satisfaction des patients et de l'information des parents
Le réseau permet une bonne connaissance des acteurs de santé, une lisibilité de l'organisation, une mutualisation et un partage d'information dans le champ du sanitaire mais pas encore dans le domaine de l'ambulatoire et du médico social	Développer le partenariat entre le réseau et les EHPAD Faire connaître le RRDBN à l'ensemble des EHPAD Veiller à ce que l'item « douleur » soit pris en compte dans l'évaluation interne des EHPAD Préconiser que l'item « douleur » soit un des critères dans l'évaluation externe pour le renouvellement des autorisations des EHPAD Développer l'adhésion des EHPAD au RRDBN Diffuser les outils d'évaluation et de formation du réseau	Nombre d'EPHAD adhérant au réseau Nombre d'EPHAD participant à la démarche qualité douleur (EPP régionale)
	Poursuivre les actions engagées entre le RRDBN et le réseau RSA : actions de formation et d'évaluation des besoins	Nombre d'actions réalisées

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Les structures douleur ont toutes une activité au dessus du seuil de 500 Cs préconisé par la DGOS	Renforcer, maintenir des structures douleur identifiées sans autre création (couverture géographique du territoire)	Maintien des structures existantes
Taille critique		
La méconnaissance des patients de l'existence des structures douleur, des pathologies qui en relèvent, de la spécificité de la prise en charge peut être source d'incohérence	Informers les patients des possibilités de soins (en partenariat avec les associations, s'appuyant sur les structures douleur) Engager un partenariat avec l'AFVD	Nombre d'actions d'information grand public Mise à disposition dans les SDC des plaquettes d'information des associations de patients Evaluation du suivi des recommandations suite à la visite de labellisation
Adéquation aux besoins du patient		
Méconnaissance des associations de patients sur la thématique douleur	Informers les patients de l'existence de ces associations et les impliquer dans la réflexion régionale	Mise à disposition dans les SDC des plaquettes d'information des associations de patients
Pas de centre douleur régional pour la douleur de l'enfant identifié	Créer un centre de la douleur d'expertise pédiatrique pluri disciplinaire ressource régionale	Labellisation selon les critères DGOS d'un centre douleur de l'enfant
Les critères d'éligibilité d'accès aux structures douleur sont méconnus des professionnels de santé	Diffuser auprès des libéraux les recommandations HAS : critères d'éligibilité des patients en structures douleur	Diffusion via site URML
Adaptation des compétences		
L'enseignement douleur dans les IFSI et écoles d'aide soignante est harmonisé. Cela n'est pas vrai pour les autres formations médicales et para-médicales	Développer des formations des médecins, puéricultrices et sage femmes pour les douleurs pédiatriques	Nombre de formations
	Améliorer la formation des paramédicaux et médicaux pour la prise en charge de la douleur chronique Harmoniser les formations douleur de la personne âgée dans les écoles paramédicales Créer du lien entre le RRDBN et les PMI, le Conseil Régional (dans le domaine de la formation des paramédicaux), les Conseils Généraux (personnes âgées, handicap)	Nombre de formations
L'offre de formation dans le domaine du médico social et de l'ambulatoire est peu connue L'offre de formation est assurée en partie par la faculté (DIU Douleur Capacité Douleur) et le réseau : journées régionales annuelles, rencontres annuelles pour les para médicaux, journées des référents, formation spécifiques (douleur de l'enfant, des personnes âgées, douleur en réanimation, douleur aux urgences...) et par les établissements	Développer la formation permanente des médecins traitants, des paramédicaux, des pharmaciens, des médecins coordinateurs des EHPAD, des médecins spécialistes de professionnels des SSIAD, HAD, adaptée à la pratique en lien avec les URPSL Diffuser le kit MOBIQUAL et le DVD du RRDBN, et proposer des EPP régionales	Nombre de formations

18. VOLET SOINS PALLIATIFS

CONTEXTE ET ENJEUX

- La part des personnes de 75 ans et plus est de 9,6 % en Basse-Normandie (contre 8,5% en France). Une étude prospective à l'horizon 2015 prévoit une augmentation à 15 % de cette population et la projection en 2040 la situe au-delà de 17 %. On note également un vieillissement accéléré des personnes présentant un polyhandicap ;
- 25 % des décès surviennent en EHPAD au sein desquels le développement des soins palliatifs est insuffisant, 16 % des sorties définitives correspondent à des décès lors d'une hospitalisation ;
- Une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSP) a été mise en place en 2011 ;
- L'offre en lits identifiés, EMSP, HAD, SSIAD est une réalité. Toutefois, on constate une répartition inégale sur le territoire ;
- L'existence d'EMSP est un point fort mais l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et l'ambulatoire n'est pas optimale, alors que les attentes sont nombreuses ;
- L'HAD a été développée en Basse-Normandie. La majorité de ces structures a une activité de soins palliatifs importante (25 à 30 %) avec des médecins coordonnateurs compétents en soins palliatifs et des liens étroits avec les équipes de soins palliatifs des établissements de leur secteur. Ces services interviennent maintenant dans les EHPAD de leur secteur, évitant ainsi bon nombre d'hospitalisations inutiles.

La démographie des professionnels de santé

Indisponibilité des données du nombre de médecins et/ou para médicaux possédant un DU ou DIU Soins palliatifs ou DESC Soins palliatifs ainsi que leur répartition dans le milieu hospitalier, libéral et médico-social

La création de postes de DESC SP dans la région devrait permettre de pourvoir les postes médicaux des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs.

Niveau de proximité

- Les professionnels de santé libéraux
- Les HAD
- Les bénévoles :

Soin, Soutien et accompagnements des malades et familles

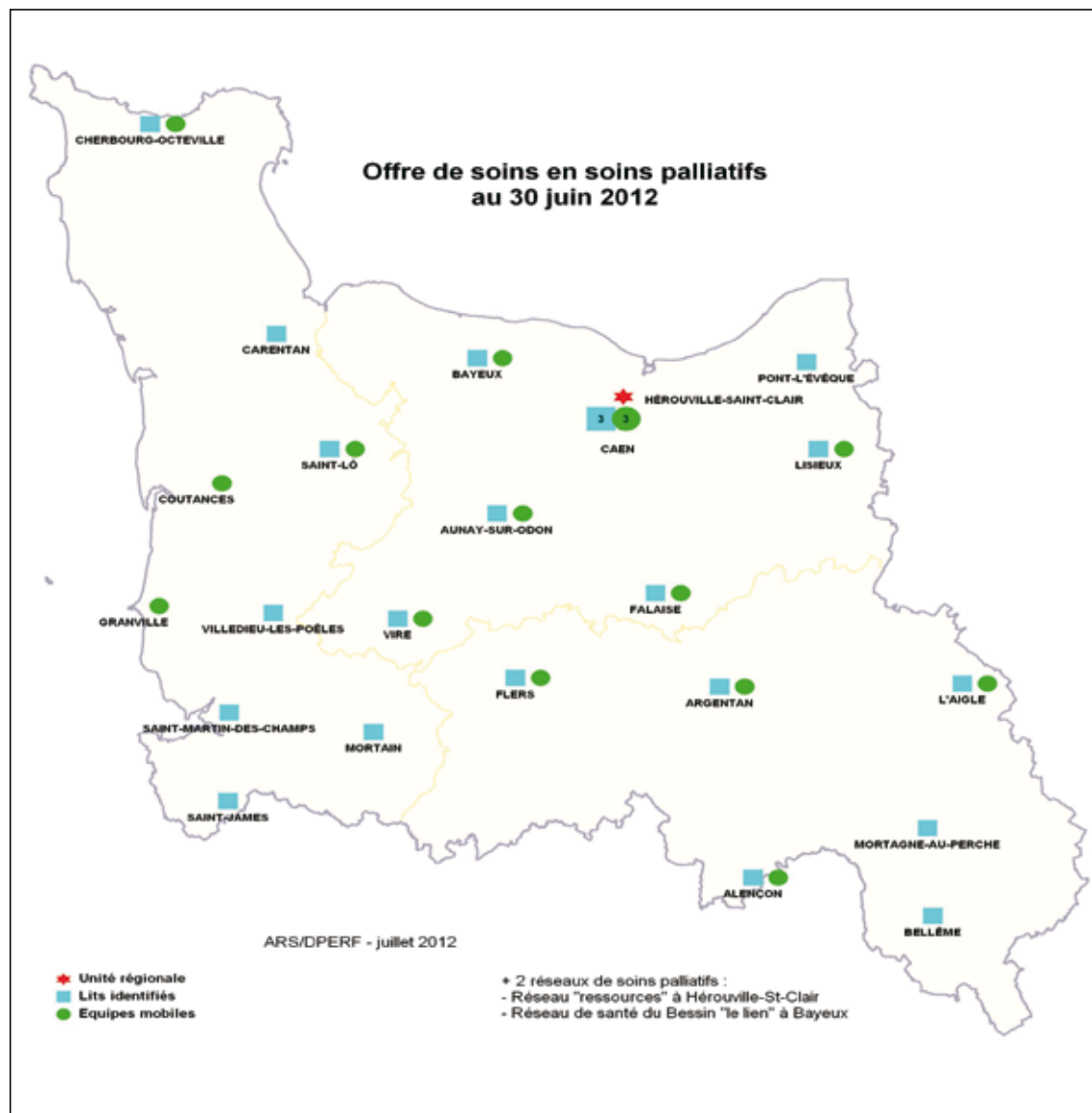
Niveaux intermédiaires/de recours

- Lits identifiés soins palliatifs dans les établissements
- Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :
Prise en charge hospitalière
Activité clinique uniquement intra hospitalière et extra hospitalière pour certaines
- Réseaux de santé de soins palliatifs
Ressources complémentaires en professionnels de santé pour le niveau de proximité (psychologues, assistance sociale), soutien et accompagnement des équipes à domicile pour les situations difficiles ou complexes ; expertise en soins palliatifs ; aide à la continuité de la prise en charge entre le domicile et l'hôpital et entre l'hôpital et le domicile ; participation à l'organisation de la permanence des soins ; limitation des hospitalisations, formations auprès des différents acteurs

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

- Unité Régionale de soins palliatifs (URSP)
Missions de soins, de formations pratiques et théoriques, et de recherche clinique. Cette unité est réservée aux malades présentant une symptomatologie difficile à contrôler, une problématique sociale, psychologique ou éthique complexe. Elle impulse les référentiels, favorise les coopérations et assure certaines formations
- Equipe régionale ressource de soins palliatifs pédiatriques (ERRSP)

Cartographie de l'offre existante en soins palliatifs au 30 juin 2012



UNITE REGIONALE DE SOINS PALLIATIFS POUR ADULTES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Région	1	1	0

EQUIPE REGIONALE RESSOURCE EN SOINS PALLIATIFS PEDIATRIQUES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Région	1	1	0

EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	7	7	0
Manche	4	4	0
Orne	4	4	0
Région	15	15	0

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
La loi Leonetti est insuffisamment connue et mise en œuvre	Mettre en œuvre un plan de formation de tous les établissements ayant une activité de soins palliatifs, intégrant l'information sur le droit des patients, et particulièrement celui des patients en fin de vie	100% des plans de formation des établissements ayant une activité en SP intègrent un volet soins palliatifs
	Mettre en œuvre des actions de prévention des deuils pathologiques (accompagnement des proches, possibilité de suivi de deuil)	Nombre d'actions de préparation au deuil dans les établissements
	Développer l'éducation thérapeutique dans le domaine de la douleur	Nombre de programmes d'éducation douleur dans les établissements
	Prévenir le burn-out des aidants professionnels et familiaux par un accès à des temps de psychologues Favoriser les temps d'échange (analyse) de pratiques	Nombre d'aidants ayant accès à des Cs de psychologues
	Favoriser l'information sur l'aide aux aidants notamment concernant l'accompagnement social	Nombre de réunions d'information grand public réalisées Création diffusion de plaquettes d'information
Homogénéité de la qualité		
L'enquête auprès des EMSP et lits identifiés montre des disparités dans l'existence et l'utilisation de référentiels et autres protocoles	Désigner dans tout service ayant des lits de soins palliatifs identifiés au moins un référent médical et un référent soignant, tous deux inscrits dans une démarche de formation en soins palliatifs (DU/DIU ou DESC)	Désignation de ces référents dans tous les services ayant des LISP Inscription de ces référents dans la démarche de formation universitaire en SP
Inégalité de répartition de lits identifiés de soins palliatifs et non respect du référentiel national	Améliorer la répartition régionale des lits identifiés Soins Palliatifs entre les différents territoires	Nombre de lits/population
Les EMSP (équipes mobiles de soins palliatifs) sont peu confrontées aux situations palliatives pédiatriques	Apporter une expertise tant auprès des EMSP que des équipes pédiatriques par l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques et offrir ainsi une possibilité de prise en charge de proximité	Rencontre de l'ERESPP avec les EMSP Nombre de patients pris en charge en commun Nombre de formations réalisées auprès des EMSP
Innovation		
Un travail de recherche est en cours sur les demandes d'euthanasie	Finaliser le travail de recherche en cours sur les demandes d'euthanasie	Les conclusions de ce travail sont diffusées aux professionnels impliqués en Soins Palliatifs
Proximité		
La répartition des lits identifiés est inégale (prédominance dans le Calvados)	Attendre les conclusions et recommandations du coordonnateur national du suivi du plan présidentiel soins palliatifs et revoir la répartition des LISP à partir des résultats de l'enquête et des recommandations de la DGOS	
	Développer la capacité d'autonomie des équipes de soins pour les situations simples de SP	Bilan annuel entre les équipes soignantes et les EMSP sur les pratiques

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Manque d'offre de structures d'accueil de répit de proximité dans le sud est et le nord ouest de la région	Etudier la mise en place de structures de répit en proximité	En attente du résultat de l'expérimentation nationale (Ministère)
Accessibilité financière		
Des prises en charge parfois urgentes sont retardées par le temps administratif nécessaire au montage des dossiers	Développer la collaboration avec les CLIC, PASS, MDPH, CPAM (financement spécifique)	Organisation d'une rencontre avec ces différents partenaires impliqués
Le problème n'est pas tant la prise en charge des patients que le dédommagement des accompagnants, même si la législation a évolué	Conventionner avec tous les types d'établissements sur la fonction des bénévoles	Nombre de conventions signées entre les institutions et les associations de bénévoles avec re évaluation des missions
Continuité des prises en charge		
Manque de connaissance et d'information de l'offre de soins palliative par les professionnels de santé médico-sociaux et parfois libéraux	Développer les collaborations entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les EMSP ou les coordinations territoriales multithématiques Identifier des lits soins palliatifs dans les services de SSR, en privilégiant ceux qui ont déjà une activité régulière palliative. Ces services devront pouvoir bénéficier de l'appui d'une EMSP ou d'un réseau de santé de territoire par le biais d'une convention	100% de conventions entre les SSR bénéficiant de LISP et EMSP et ou réseau de SP
La collaboration entre les EMSP et les acteurs du médico-social n'est pas assez exploitée, ce qui permettrait notamment d'éviter les réhospitalisations	S'assurer de l'effectivité de la circulaire relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD avec nécessité d'établir des conventions	100% de conventions entre les EMSP et les EPHAD dans lesquels elles interviennent Respect de la circulaire
Manque de coordination entre les acteurs et les structures de proximité	Développer une réflexion entre les médecins libéraux et les EMSP pouvant s'appuyer au départ sur les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) pour favoriser le maintien à domicile Faciliter l'accès aux conseils téléphoniques des EMSP	Organisation de rencontres entre les EMSP et les PSLA
La collaboration avec les établissements médicaux accueillant des personnes en situation de handicap est inexistante. Les principes communs de prise en charge globale et d'accompagnement devraient favoriser la collaboration entre les intervenants de cultures différentes (acculturation en SP)	Rendre lisible l'offre de soins palliative et l'accès aux experts par le biais des EMSP par territoire intermédiaire pour recenser et diffuser l'offre de soins, information à faire également remonter au niveau de la coordination régionale soins palliatifs. Organiser des formations de proximité	Nombre de sollicitations des EMSP par téléphone par les professionnels libéraux Formalisation d'un partenariat entre URML et les EMSP Nombre de formations proposées et suivies par les libéraux sur les SP

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Taille critique		
Le budget alloué et le dimensionnement des EMSP permettent une activité en interne mais ne permettent pas de répondre aux demandes des EHPAD (non effectivité de l'instruction du 15 juillet 2010) et des autres établissements médico-sociaux	Renforcer les EMSP notamment pour faciliter leur intervention dans les établissements médico-sociaux	Si renforcement, nombre d'interventions des EMSP dans les établissements médico-sociaux
Adéquation aux besoins du patient		
Participation de trois EHPAD de la région à l'expérimentation nationale pour évaluer l'intérêt de la présence ou non d'une infirmière de nuit dans l'établissement, afin d'éviter les hospitalisations en fin de vie. Les résultats seront connus en fin d'année	Dans le respect des souhaits des patients, augmenter la fréquence d'un maintien à domicile en phase terminale grâce à la présence d'une infirmière ou d'une aide soignante formée : expérimentation à prévoir sur un territoire de santé	Expérimentation en cours sur le territoire national en attente de résultats
Centre de référence de recours, l'unité régionale de SP devrait accueillir les patients présentant les problématiques les plus complexes. L'évaluation préalable des situations, notamment sociales, est parfois difficile, pour une optimisation de la sélection et l'orientation des patients	Développer l'aide des EMSP pour les évaluations à domicile Développer les collaborations entre l'URSP et les HAD Développer les collaborations entre les coordinations territoriales multithématiques et les URSP	Nombre de patients évalués par les EMSP avant hospitalisation au sein de l'URSP
Adaptation des compétences		
Le réseau de santé du Bessin depuis 2007 organise des formations pour les aides à domicile Formations variées données tant par les EMSP dans leur établissement, que les réseaux	Former les aides à domicile	Nombre de formations dispensées et réalisées
L'outil de formation MOBIQUAL est jugé insuffisant par les EHPAD, qui demandent des formations plus spécifiques adaptées	Former tous les personnels des EHPAD, avec des programmes adaptés aux spécificités des établissements médico-sociaux, HAD, SIAD, aides à domicile, centres de soins infirmiers pour permettre le maintien sur leur lieu de vie des personnes en situation de dépendance et réduire le sentiment d'insécurité	Nombre de formations en SP au sein de ces structures Nombre de personnels formés
	Poursuivre les efforts de formation universitaire (DU soins palliatifs) pour les professionnels de santé ; encourager les DESC soins palliatifs	Nombre de DU/DIU SP financés par la formation permanente des établissements
Optimisation des ressources		
	Exiger des EPP soins palliatifs dans les structures recevant des budgets spécifiques	Nombre des établissements avec EMSP et ou LISP intégrant une EPP en SP/an

19. VOLET

EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

CONTEXTE ET ENJEUX

- Le taux de maladies génétiques pédiatriques, est estimé à plus de 2 à 4 % d'une classe d'âge, soit pour 17 165 naissances (chiffres INSEE 2002), plus de 680 nouveaux patients/an. Il faut y ajouter les maladies rares survenant à l'âge adulte, 2 % d'une classe d'âge, soit plus de 5 000 patients adultes. Les prédispositions héréditaires au cancer sont également fréquentes, touchant une personne sur 250, soit 6 000 individus en Basse-Normandie ;
- Un médecin spécialiste assure environ 1 300 consultations en génétique médicale par an et fait aussi des consultations avancées ;
- Caen fait partie du centre de référence multi-sites pour les maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore créé en 2007. S'agissant de pathologies rares, son recrutement est national (voire européen).

La démographie des professionnels de santé

La spécialité repose sur les médecins généticiens cliniciens et les conseillers en génétique avec le concours de psychologues.

Dans le domaine de la cytogénétique, il n'y a pas encore de psychologue ni de conseiller en génétique. Ils interviennent en oncogénétique.

Les cliniciens sont en nombre très réduit (3 au CHU en génétique et 2 au CFB en oncogénétique).

Niveau de proximité

- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) exercent des actions de dépistage des déficits ou handicaps, de prévention de leur aggravation et de rééducation par cure ambulatoire auprès des enfants âgés de 0 à 6 ans. Leur répartition est homogène sur les trois territoires. Ils travaillent en lien avec le service de génétique régional du CHU par le biais des consultations avancées

Niveaux intermédiaires/de recours

- Les consultations (*1^{er} niveau de prise en charge sanitaire en génétique*)
Génétique post natale
Oncogénétique
- Les Centres de compétences pour les maladies rares
- Les Centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose

Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds

- Le centre de référence de Génétique du CHU a un rôle d'expertise des maladies rares et de recours pour les médecins, les malades et leurs familles. Avec un service de génétique et un laboratoire de génétique moléculaire qui rassemble les spécialités soumises à des agréments spécifiques permettant le diagnostic des pathologies génétiques transmissibles, il contribue au diagnostic d'un certain nombre de pathologies héréditaires
- Le service d'oncogénétique du CFB regroupe un service de consultation et un laboratoire de génétique moléculaire spécialisé en oncogénétique. Les deux structures travaillent également en réseau avec les professionnels des trois territoires
- Les Centres de référence maladies rares (CRCM)

19 ►► EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

2/4

EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

TERRITOIRE DE SANTÉ	Implantations autorisées au 30/06/2012	Implantations prévues à échéance du SROS	Différentiel
Calvados	3	3	0
1° Analyses de cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire	2*	2	0
2° Analyses de génétique moléculaire	3*	3	0
Manche	0	0	0
Orne	0	0	0
Région	3	3	0

* ancien régime d'autorisation, à régulariser selon nouvelles modalités après adoption du SROS-PRS

19 ► EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

3/4

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Prise en charge globale coordonnée des personnes		
Difficultés pour les praticiens d'avoir de l'aide paramédical et de psychologues	Favoriser le recrutement de psychologues et de conseillers en génétique dans les établissements de santé	Nombre de psychologues et conseillers en génétique
Homogénéité de la qualité		
Délai entre 3 et 36 mois pour obtenir une consultation de génétique (hors oncogénétique) avec des séries analysées tous les 3 mois environ Une augmentation importante du nombre de consultations d'onco-génétique est à prévoir dans les 10 ans à venir Des diagnostics de maladies héréditaires insuffisamment réalisés dans les services de pédiatrie faute de compétences disponibles dans ces services	Augmenter le recrutement de professionnels en génétique dans les établissements autorisés à l'activité Favoriser l'implantation de conseillers en génétique dans les services de pédiatrie dans les centres hospitaliers non autorisés à la génétique qui travailleront en lien avec les généticiens des centres autorisés	Augmentation du nombre de généticiens dans les établissements autorisés à cette activité
Dès lors qu'il existe des facteurs prédictifs chez des patients asymptomatiques, une consultation génétique apportant les conseils nécessaires s'impose, un encadrement de la prise en charge du patient avec une enquête familiale indispensable. Le patient doit être informé en amont de la réalisation de ces tests	Améliorer l'annonce des diagnostics : mettre en place un conseil génétique au moment du retour des résultats	100 % des patients ont rencontré un conseiller en génétique et/ou psychologue lors de l'annonce du diagnostic
On constate parfois des délais longs pour obtenir des résultats	Réduire les délais d'obtention des résultats pour les patients	Diminution des délais d'obtention de résultats par type d'examen
Innovation		
Une plate forme de séquençage à très haut débit au sein de la plate-forme en biologie moléculaire est mise en place	Rendre cette plate forme accessible et utilisée par tous les professionnels en génétique moléculaire de la région	Taux d'utilisation de la plate forme par chaque équipe travaillant en génétique moléculaire
Proximité		
Actuellement, même avec un doublement des possibilités de consultations de Génétique Médicale, la couverture des besoins de la région est très insuffisante Accès difficile aux consultations de génétique pour tous	Développer les consultations avancées en maillant le territoire régional	Nombre de consultations avancées par territoire
Continuité des prises en charge		
Les professionnels de santé méconnaissent les lieux de réalisation des différents examens génétiques possibles	Etablir et diffuser auprès des prescripteurs et des patients la liste des laboratoires dits « de référence » réalisant des analyses très spécialisées dans la région au sein des Centres Autorisés	Elaboration et diffusion d'un annuaire par les sites autorisés
Cohérence et lisibilité (protocolisation)		
Orientations variables en onco-génétique suivant l'adressage du patient	Formaliser les coopérations intersites dont la coopération CHU-CLCC en oncogénétique	Diminution du pourcentage d'analyses en oncogénétique effectuées hors région

19 ► EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

4/4

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Manque de lisibilité locale et régionale de la génétique notamment concernant les centres de référence reconnus (Maladies rares du métabolisme, du calcium, et du phosphore, cytopénie auto-immune de l'adulte, maladie de Willebrand)	Diffuser l'information auprès des professionnels de santé sur l'existence et les missions de ces centres de référence reconnus	Outil de communication mis en place par l'établissement autorisé
Taille critique		
Déficit de professionnels de la spécialité : médecins PH, chefs de clinique, conseillers en génétique, psychologues	Mener une politique active de recrutement des professionnels concernés de cette spécialité et développer les terrains de stage (interne, conseiller en génétique...)	Augmentation du nombre d'internes en génétique
Nécessité de mutualiser les plateaux techniques	Finaliser la mise en place de la plate-forme mutualisée de biologie moléculaire à disposition de toutes les équipes de génétique et de biologie du CHU et du CLCC	Règlement intérieur de cette plate-forme de biologie moléculaire élaboré
Adaptation des compétences		
Le recours aux analyses spécialisées est notamment lié au niveau d'information des cliniciens. Les professionnels de santé ont constamment besoin d'améliorer leur connaissance des différents examens de génétique constitutionnelle pour améliorer leurs pratiques	Informar les professionnels de santé sur l'opportunité de la prescription d'analyses de génétique constitutionnelle Diffuser les recommandations auprès des spécialistes (oncologues et chirurgiens) avec nécessité d'un pilotage du suivi des personnes à risque	Nombre de réunions d'information portant sur ce sujet Outil de communication mis en place
Optimisation des ressources		
Dispersion de l'activité du service de génétique du CHU sur 3 sites géographiquement distincts (des projets de regroupement à l'étude)	Regrouper géographiquement les sites concernés et créer un centre de génétique orienté vers la prise en charge des maladies rares	Autorisation du centre de référence spécialisé du CHU implanté sur un seul site

20. VOLET CULTURE-SANTÉ

CONTEXTE ET ENJEUX

- Partenariat entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) existant depuis 11 ans pour développer des actions culturelles en milieu de santé ;
- Consolidation de cette politique grâce à l'engagement de la Région de Basse-Normandie dès 2005. Souhait d'élargir le protocole d'accord à d'autres collectivités territoriales (départements, communes...) ;
- Programme régional en plein essor reposant sur le principe d'un réseau fédérant l'ensemble des établissements de santé même si peu d'établissements de santé privés sont impliqués ;
- Réflexion d'une ouverture du programme Culture-Santé aux structures médico-sociales à titre expérimental (la Basse-Normandie étant l'une des cinq régions « pilotes » sur le plan national) ;
- Tout champ culturel et artistique peut être envisagé. La résidence d'artistes et la commande publique sont à privilégier notamment dans les domaines peu investis (la culture numérique, l'architecture, le design...) en prenant en compte l'évolution des pratiques culturelles et la qualité architecturale du bâti.

Intérêts pour les professionnels de la Santé

- Ouvrir l'institution de santé vers l'extérieur
- Améliorer l'accueil et le séjour des patients
- Décloisonner les services
- Donner une autre image de l'institution de santé

Intérêts pour les professionnels de la Culture

- Rendre la culture accessible à tous
- Aller à la rencontre de nouveaux publics
- Faire connaître les professionnels de la culture de la région
- Favoriser la résidence d'artistes et le 1% culturel

Les textes de référence

Convention du 4 mai 1999 signée entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'Etat à la Santé, renouvelée le 10 janvier 2006 et le 6 mai 2010.
 Protocole de coopération Culture/Santé signé en octobre 2001, révisé en octobre 2003, en 2004, en 2007 et en 2011 entre l'ARS, la DRAC et la Région Basse-Normandie.
 Convention constitutive du réseau Culture-Santé en Basse-Normandie signée en octobre 2004, renouvelée en mars 2007 et 2012.
 Directive nationale d'orientation 2003, Ministère de la Culture et de la Communication - volet triennal, chapitre « actions en faveur des publics ».
 Loi du 4 mars 2002 et la charte du malade, circulaire n°95-22 du 6 mai 1995 relatives aux droits du patient.
 Loi du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations.
 Circulaire n°2006/001 du 13 janvier 2006 relative au soutien à des artistes et à des équipes artistiques dans le cadre de résidences.
 Fiche-métier « Responsable culturel hospitalier », répertoire des métiers de la FPH, Observatoire National.
 FPH, Observatoire National des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, janvier 2004.

Le réseau Culture-Santé en Basse-Normandie

Créé en 2004, le réseau régional Culture-Santé, socle du programme, est piloté par l'ARS de Basse-Normandie

Il a pour objectif principal de fédérer les établissements de santé et certaines structures médico-sociales (à titre expérimental) pour concevoir et mettre en œuvre des actions culturelles en milieu de santé

Les projets Culture-Santé sont coordonnés par des professionnels de la culture de la région, garants de la qualité artistique, et doivent répondre au mieux aux besoins des services et aux attentes des usagers (patients, personnels, familles, visiteurs, publics extérieurs...)

L'appel à projets Culture-Santé

Les établissements de santé et les structures médico-sociales - EHPAD, MAS... (à titre expérimental) doivent répondre à l'appel à projets Culture-Santé annuel lancé par l'ARS, la DRAC et la Région Basse-Normandie pour financer, tout ou partie d'un projet culturel, en respectant les conditions suivantes :

- L'établissement, porteur de projet(s) doit être adhérent ou s'engager à devenir membre du réseau régional Culture-Santé et désigner un référent culturel (personne-ressource coordonnant les actions culturelles au sein de la structure)
- La présence d'un ou plusieurs acteur(s) culturel(s) - personne morale - en tant que « partenaire(s) » et non « prestataire(s) de service » est capitale pour la réalisation du projet sur le moyen et/ou le long cours

Quatre orientations pour la conception des projets :

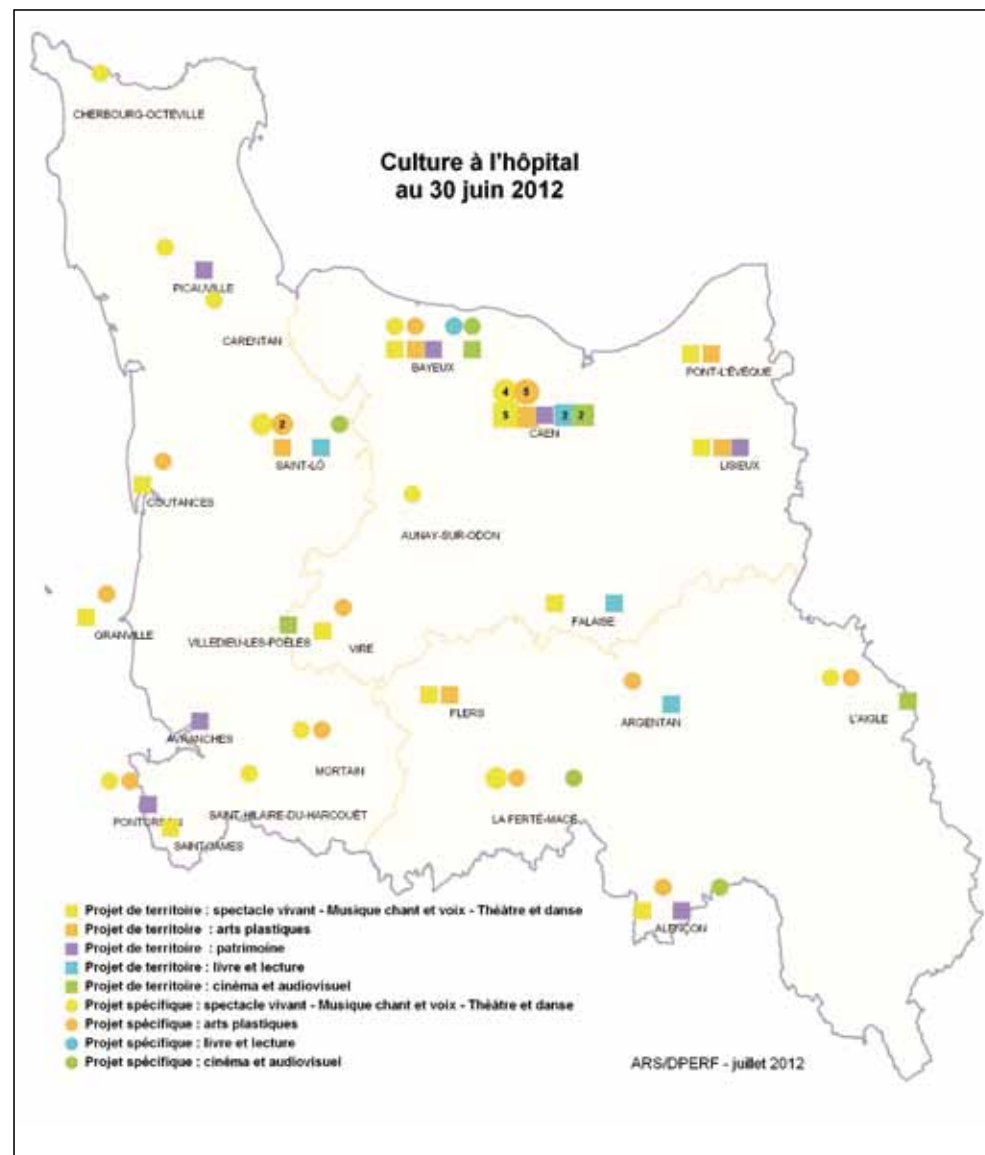
- Répondre à la thématique annuelle proposée par le réseau Culture-Santé
- Favoriser la mise en place de projets spécifiques, en direction d'un public/ service donné
- Inscrire un projet dans la dynamique culturelle d'un territoire (développement de partenariats de proximité)
- Contribuer à la mise en place de projets « fédérateurs » impliquant plusieurs partenaires du réseau Culture-Santé

Autre appel à projets spécifique :
 « Jumelages dans les IME/ITEP »
 (cf. www.culturecommunication.gouv.fr)

Rappel des cinq axes principaux

- 1 L'élaboration et la mise en place de **projets culturels ambitieux** favorisant la **résidence d'artiste** comme outil de développement culturel local
- 2 La contribution **au mieux-être des usagers** (patients, personnels, familles, visiteurs, publics extérieurs...) en tenant compte du contexte de l'établissement (accueil, parcours de soins...)
- 3 L'**ouverture** du programme Culture-Santé **au secteur médico-social**, à titre expérimental
- 4 La **qualification des acteurs Culture/Santé** au service d'une médiation culturelle innovante et adaptée
- 5 Le partenariat avec les entreprises engagées dans le **mécénat culturel**

Cartographie des principaux sites impliqués dans le programme Culture-Santé



Typologies des projets Culture-Santé

Les projets de « résidences » visent à soutenir la **création contemporaine**, où toutes les conditions (prêt d'un local, hébergement...) sont réunies pour qu'un ou plusieurs artiste(s) puisse(nt) travailler sur une problématique, imposée ou pas, pour une durée définie ou variable, avec l'implication éventuelle d'un public... Par exemple, Adeline Keil au centre hospitalier de Flers pour le projet « Portraits » ; Jane Motin à l'EPSM de Caen pour le projet ; Virginie Furhman à l'unité d'Alzheimer / CH Méorial de Saint-Lô pour « Pièces de vie ».

Les projets dits « de territoire » ou « de proximité » visent à développer des **partenariats/jumelages** entre un établissement de santé/structure médico-sociale et un partenaire culturel implanté ou repéré **sur un même territoire**. Par exemple, le partenariat entre le centre hospitalier et le centre dramatique régional Le Préau à Vire ; celui entre le centre hospitalier et du théâtre municipal de Coutances ; celui entre l'EMPR Le Normandy et Archipels à Granville ; le centre hospitalier Robert Bisson et le pôle muséal de Lisieux – Pays d'Auge ; le centre hospitalier de l'estran et le centre des monuments nationaux (Abbaye du Mont-Saint-Michel) ; le centre hospitalier de Flers avec l'association 2Angles ; le CHS et la médiathèque de Saint-Lô.

Les projets « spécifiques » sont des actions culturelles mises en place **en direction d'un public et/ou d'un service déterminé – spécifique**. Ces projets sont inscrits dans le projet de service et répondent à des besoins/attentes des usagers de l'établissement prenant en compte différents paramètres (la pathologie ou le handicap ; la nature de l'hospitalisation ; la durée moyenne de séjour ; l'âge, le sexe et/ou la catégorie socioprofessionnelle ; le profil du public – **patient**, famille, visiteur, agent du personnel...). Par exemple, l'intervention pendant deux ans de la compagnie Silenda au chevet des patients en fin de vie du service Soins palliatifs du Centre François Baclesse à Caen.

Les projets « thématiques » répondent à une thématique déterminée, notamment dans le cadre de l'appel à projets Culture-Santé annuel ; ou pouvant être définis par une équipe – un groupe de personnes qui impulsent l'idée et le sens du projet à mettre en place au sein de la structure. Cette orientation permet de donner un fil conducteur, un axe à suivre dans le cadre d'une création ou dans la conduite des ateliers de pratiques artistiques.

Les projets « fédérateurs » impliquent plusieurs partenaires Culture/Santé – favorisent le partage de moyens (humains, techniques, logistiques et financiers), portant sur des sujets d'intérêt général ou sur des questions liées à la santé et/ou à l'art.

Si les **projets Culture/Santé** interfèrent, à un moment donné, avec un parcours de soins, une hospitalisation, il ne s'agit en rien d'art-thérapie ou d'animation, n'ayant pas pour objectif premier le soin/le diagnostic ou l'occupationnel. La démarche recherchée est l'**ouverture culturelle** ou la **découverte d'un univers et d'une pratique artistique**. Tous les domaines sont expérimentés : les arts plastiques et visuels ; le spectacle vivant – musique, danse, théâtre, arts du cirque... ; l'écriture, le livre et la lecture ; le cinéma et l'audiovisuel ; le patrimoine...

CONSTATS	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS / CIBLES
Coopération & Partenariat		
Les principaux établissements publics de santé adhèrent au dispositif Culture/Santé Sont à la marge les établissements publics de santé (ex hôpitaux locaux), les privés Très peu de structures médico-sociales concernées	Elargir le nombre d'établissements adhérents au réseau Culture-Santé, notamment en direction des établissements publics de santé (ex hôpitaux locaux), des établissements privés et des structures médico-sociales	Nombre de nouveaux membres signataires de la convention constitutive du réseau Culture-Santé
Volonté de garantir la qualité des projets/ le choix des intervenants Favoriser une rentabilité supérieure des actions, un gain de temps et d'argent Permettre un meilleur impact auprès des publics	Mutualiser des projets avec un ou plusieurs partenaires Culture et/ ou Santé d'un même territoire local, régional, voire interrégional (inter-CHU, par exemple)	Nombre de projets mutualisés et/ou nombre de conventions cadres signées Liste des nouveaux partenaires culturels (professionnels, artistes..) recensés Nombre de mécènes trouvés
Pas de politique culturelle suffisamment intégrée au projet d'établissement Peu de rapprochement(s) entre l'accompagnement/le parcours des soins et l'accès à la culture clairement identifié(s) Nécessité de respecter l'éthique du patient en développant l'ouverture culturelle en direction de publics isolés et/ou empêchés	Inscrire des actions Culture-Santé au cœur de la vie de l'établissement pour renforcer le sens et l'intérêt des projets Culture-Santé au sein des services concernés	Nombre de projets culturels intégrés au CPOM et/ou projets de service
Besoin de renforcer la concertation des équipes médicales et soignantes Besoin de consolider l'expertise et l'évaluation des projets Besoin de développer la bientraitance : contribuer au mieux-être des usagers (patients, soignants...)	Nommer un comité/commission Culture-Santé au sein de l'établissement pour contribuer à la conception des projets aux côtés du référent Culture-Santé	Nombre de réunions techniques Réalisation du bilan des impacts et bienfaits des actions au sein de la prise en charge globale
Besoin de maintenir la lisibilité des actions Entretenir les liens/contacts de l'hôpital ou du médico-social avec ses partenaires locaux et l'extérieur Contribuer à une meilleure image de l'institution de santé	Valoriser les actions Culture-Santé dans le respect du guide de l'identité visuelle Culture-Santé, en favorisant notamment leurs inscriptions dans la vie culturelle d'un territoire	Nombres de supports de communication édités, publiés (affiches, flyers, programmes, livret d'accueil, articles...) Nombre de sites internet/intranet communiquant sur les projets
Conditions de mise en place		
La culture à l'hôpital ne s'adresse pas seulement à la personne malade	Intégrer toute typologie de publics ciblés (âge, catégories socioprofessionnelles...) : les patients (enfants, adultes, personnes âgées...) ; les personnels (médical, soignant, administratif, technique...) ; les familles, les visiteurs... ; les publics extérieurs (habitants d'une ville, d'un territoire...)	Nombre de personnes touchées par le projet selon le service /pôle de santé
Projets souvent conduits en long séjour (psychiatrie, gériatrie...) qui peuvent être développés dans les services de court séjour (MCO, cancérologie, chirurgie...), spécifiques (addictologie, soins palliatifs, HAD...) ou de formation (IFSI, IFAS...)	Intégrer les modes de prise en charge de soins et/ou du handicap ; le rythme de vie ou l'activité d'un service : lien avec la prévention, l'éducation thérapeutique ; prise en compte des entrées et des sorties des patients ; prise en compte des personnels présents ; adéquation avec un programme d'animation existant...	Nombre d'actions réalisées par spécificités selon les besoins du service concerné et les attentes des usagers ciblés Nombre d'interventions pour sensibiliser les futurs personnels
Nécessité de bien identifier les espaces répondant à la spécificité des actions	Intégrer des espaces de vie et de soins au projet culturel	Réalisation d'un état des lieux précis des espaces favorisant ce type d'actions : hall, couloir, salle d'attente, salle de spectacle...
Besoin de sonder les attentes des publics Nécessité d'anticiper l'installation technique et logistique des projets (achat de fournitures, matériels...)	Intégrer le choix de la discipline artistique au projet : arts plastiques ; livre & lecture ; écriture ; patrimoine ; spectacles vivants (danse, musique, théâtres, arts de la rue...), cinéma & audiovisuel...	Nombre d'enquêtes, sondages (préalables aux projets ou de satisfaction...)

21. VOLET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

1. INTRODUCTION

La loi HPST redéfinit le cadrage des missions de service public des établissements de santé publics et privés, tout en réaffirmant la mission générale des établissements de santé : « *assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* »,

Outre les établissements de santé, les centres de santé, les maisons et pôles de santé, l'institution nationale des invalides, le service de santé des armées, les groupements de coopération sanitaire, les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement lourd, les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnées ci-dessus peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer une ou plusieurs missions de service public. Lorsqu'une mission n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'ARS désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

Le code de santé publique liste les 14 missions de service public pouvant être assurées, en tout ou partie, par les établissements de santé et il prévoit également que le SROS fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les missions de service public assurées par les établissements de santé. Il s'agit de :

1. La permanence des soins
2. La prise en charge des soins palliatifs
3. L'enseignement universitaire et post universitaire
4. La recherche
5. Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
6. La formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence
7. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
8. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
9. La lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
10. Les actions de santé publique
11. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

12. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier dans les conditions prévues par décret
13. Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
14. Les soins dispensés dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté

L'attribution de missions de service public s'effectue au regard du diagnostic. Celui-ci a été réalisé à partir de l'inventaire des établissements assurant des missions de service public lors de la publication de la loi HPST et l'évaluation du besoin non couvert.

2. DIAGNOSTIC DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

1. La permanence des soins

La permanence des soins comprend

- la permanence des soins ambulatoires PDSA (article L 6314-1 du CSP), pour laquelle un cahier des charges régional a été arrêté le 24 janvier 2012 ,
- la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements privés à but lucratif . Elle est définie au sein du volet urgences du SROS. Les lignes de permanence des soins sont identifiées à la date de la mise en oeuvre du SROS, dans la phase préparatoire. Elles sont exprimées par territoire de santé, par spécialité et par modalité d'organisation.

L'organisation a été élaborée à partir d'un état des lieux réalisé auprès des établissements publics et privés de santé, et qui prend en compte la démographie des professionnels de santé par spécialité et l'évolution de l'offre.

Etat des lieux gardes et astreintes - Territoire de la Manche			
Spécialités	Nbre d'implantations	Répartition des modalités	
Anesthésie	5	Gardes	4
		Astreintes	2
Cardiologie	3	Gardes	2
		Astreintes	1
Chirurgie ORL	1	Astreintes	1
Chirurgie orthopédique	3	Astreintes	3
Chirurgie Urologique	2	Astreintes	2
Chirurgie vasculaire	2	Astreintes	2
Chirurgie viscérale	4	Gardes	1
		Astreintes	3
Gynécologie-Obstétrique	4	Gardes	3
		Astreintes	1
Hépto-gastro-entérologie	3	Astreintes	3
Imagerie	3	Astreintes	3
Neurologie	2	Astreintes	2
Ophtalmologie	1	Astreintes	1
Pédiatrie-néonatalogie	4	Gardes	2
		Astreintes	3
Pneumologie	3	Astreintes	3
Réanimation	3	Gardes	3
Etat des lieux gardes et astreintes - Territoire de l'Orne			
Spécialités	Nbre d'implantations	Répartition des modalités	
Anesthésie	4	Gardes	4
Cardiologie	2	Gardes	
		Astreintes	2
Chirurgie ORL	1	Astreintes	1

Chirurgie orthopédique	2	1/2 garde-1/2 astreinte	1
		Astreintes	1
Chirurgie Urologique	1	Astreintes	1
Chirurgie viscérale	4	1/2 garde-1/2 astreinte	1
		Astreintes	3
Gynécologie-Obstétrique	4	Gardes	1
		1/2 garde-1/2 astreinte	1
		Astreintes	2
Hépto-gastro-entérologie	2	Astreintes	2
Imagerie	4	Astreintes	4
Pédiatrie-néonatalogie	4	Gardes	2
		Astreintes	2
Pneumologie	2	Astreintes	2
Réanimation	2	Gardes	2
Etat des lieux gardes et astreintes - Territoire du Calvados			
Spécialités	Nbre d'implantations	Répartition des modalités	
Anesthésie	10	Gardes	4
		Astreintes	9
Cardiologie	4	Gardes	1
		Astreintes	5
Chirurgie Cardiaque	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Chirurgie maxillo faciale	1	Astreintes	1
Chirurgie pédiatrique	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Chirurgie ORL	1	Astreintes	1
Chirurgie orthopédique	5	Gardes	1
		Astreintes	4
Chirurgie thoracique et vasculaire	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Chirurgie Urologique	1	Astreintes	1

Etat des lieux gardes et astreintes - Territoire du Calvados			
Spécialités	Nbre d'implantations	Répartition des modalités	
Chirurgie viscérale	8	1/2 garde-1/2 asteinte	1
		Astreintes	7
Gynécologie-Obstétrique	7	Gardes	2
		Astreintes	5
Hématologie adulte	1	Astreintes	1
Hématologie pédiatrique	1	Astreintes	1
Hépatogastro-entérologie	2	Astreintes	2
Imagerie	6	Astreintes	6
Imagerie interventionnelle	1	Gardes	
		Astreintes	1
Néphrologie	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Neuro chirurgie	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Neurologie	2	Gardes	1
		Astreintes	1
Ophtalmologie	1	Gardes	
		Astreintes	1
Pédiatrie-néonatalogie	7	Gardes	2
		Astreintes	7
Pneumologie	2	Astreintes	2
Psychiatrie	1	1/2 garde-1/2 asteinte	1
Réanimation	4	Gardes	7
		Astreintes	2
Urgences	2	Gardes	2
urgences main	1	Astreintes	1

Les besoins en PDSA et PDES sont couverts. Pour certaines missions, le ressort géographique est soit le territoire, soit la région (neurochirurgie, neurologie, radiologie interventionnelle, hématologie adulte et pédiatrique, néphrologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie de la main, chirurgie infantile, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire et thoracique).

2. La prise en charge des soins palliatifs

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ou Unités de Soins Palliatifs (USP)) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé. Ce périmètre n'englobe pas les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service.

	USP	EMSP
CALVADOS		
CHU Caen		X
Centre F. Baclesse Caen		X
CH Aunay sur Odon		X
CH Falaise		X
CH Lisieux		X
CH Vire		X
Unité Régionale Maurice Abiven Miséricorde (Betharram)	X	
SIH Bessin		X
MANCHE		
CHPC Cherbourg		X
CH Avranches Granville		X
CH Coutances		X
CH Saint Lô		X
ORNE		
CHIC Alençon Mamers		X
CH Argentan		X
CH Flers		X
CH L'Aigle		X

Le besoin est couvert sur l'ensemble des territoires de santé bas-normands, toutefois, la densité de population, la distance de l'USP de Caen, l'existence d'un plateau technique approprié, la faible mobilité des patients requérants incitent à renforcer la mission dans le territoire Nord de la Manche.

La dotation bas-normande, avec 15 équipes en Basse-Normandie, financées sur l'enveloppe MIG régionale, est dans la moyenne nationale.

Les préconisations du comité de suivi s'appuieront sur les résultats d'un état des lieux réalisé par l'ARS demandé par le coordinateur national est en cours par l'ARS.

3. L'enseignement universitaire et post universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste à contribuer à l'offre de stages ou de postes « qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.

	Agrément pour l'enseignement universitaire et post universitaire
CALVADOS	
CH Aunay sur Odon	X
CH Bayeux	X
Clinique Miséricorde	X
CHU de Caen	X
EPSM Caen	X
Centre F Baclesse Caen	X
CH Cote Fleurie	X
CH Falaise	X
CH Lisieux	X
CH Vire	X
IMPR Hérouville St Clair	X
Polyclinique du parc	X
CHP Saint Martin	X
IREPS	X
Centre imagerie St Quentin	X
Foyer Léone Richet	X
UFR Sciences Pharmaceutiques	X
ARS BN	X
AIPST	X
Renault Trucks	X
Inspection médicale du Travail	X
CMAIC	X
CIMTV Vire	X
COGEMA	X
DG adjointe de la solidarité	X
ORS BN	X
CMPP BAPU Université	X

	Agrément pour l'enseignement universitaire et post universitaire
MANCHE	
CH Coutances	X
CHPC Cherbourg	X
CH Avranches Granville	X
FBS Picauville	X
CH Estran Pontorson	X
CH Mémo Saint Lô	X
SSR William Harvey	X
SSR « Le Normandy »	X
Polyclinique de la baie	X
FBS Saint Lô	X
Direction Enfance Famille CG	X
Centre Cyceron	X
SISTM	X
ORNE	
CH L'Aigle	X
CPO Alençon	X
CHIC Alençon Mamers	X
CH Argentan	X
CH Flers	X
CH Mortagne au Perche	X
CMPR Bagnoles de l'Orne	X
CHIC des Andaines	X
AIMTRA	X

Le décret 2010-700 sur la réforme du 3^e cycle des études médicales a pour objectif la mise en place de la filiarisation et l'amélioration des parcours de stage.

Les commissions d'adéquation de subdivision et d'évaluation des besoins définies réglementairement par l'arrêté du 4 février 2011 constituent un lieu de concertation et ont pour objectifs d'améliorer l'adéquation entre les besoins en formation et les offres de terrains de stage. Elles permettent également une meilleure connaissance des flux d'internes et du déroulement des maquettes de formation en vue d'une meilleure adaptation des stages proposés chaque semestre. Cette réforme ouvre la possibilité d'agréer des maîtres de stages dans des établissements de santé non hospitaliers.

En Basse-Normandie, l'augmentation du numérus clausus et du nombre d'internes reçus aux Épreuves Classantes Nationales (ECN), le faible nombre de terrains de stage dans certaines spécialités (Médecine physique et réadaptation, radiologie) ont abouti à l'agrément en 2011 de terrains de stage dans des structures privées à but lucratif sous la responsabilité de maîtres de stage agréés.

Les besoins sont à ce jour couverts mais évolueront sur la période du SROS PRS du fait de l'augmentation croissante du nombre d'internes.

4. La recherche

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L 1211-1 et suivants du CSP, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche médicale. La mission n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement mais s'articule autour des CHU.

La définition des besoins ne se fait pas au niveau régional mais national voire européen et international. Au niveau national, la définition des orientations est réalisée notamment dans le cadre des axes prioritaires définis au sein des appels à projet de la DGOS à destination des établissements de santé. Ces axes permettent, dans le cadre d'une sélection stricte, de retenir et de financer des projets de recherche clinique en cohérence avec les thématiques prioritaires du Ministère de la Santé et en particulier les plans de santé publique.

5. Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet le **1^{er} juillet 2013** soit 18 mois après la publication du décret relatif au DPC => **Décret no 2011-2116 du 30 décembre 2011.**

Le besoin est donc considéré comme potentiellement couvert. Cette mission ne pourra pas, dès à présent être prise en compte dans le SROS-PRS.

6. La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet le **1^{er} juillet 2013** soit 18 mois après la publication du décret relatif au DPC => **Décret no 2011-2116 du 30 décembre 2011.**

Dans la mesure où tous les établissements ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin est considéré comme potentiellement couvert. Cette mission ne pourra pas, dès à présent être prise en compte dans le SROS-PRS.

7. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert. (Cf. art L1411-1 et L 6111-1 du code de la santé publique)

Il faut souligner dans la région l'organisation mise en place avec l'existence d'une équipe de neuf référents territoriaux, rattachés à des établissements de santé, chargés à la fois du développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique au sein des établissements où ils sont affectés et dans le territoire où ces derniers sont situés (Cf. Schéma Régional de Prévention). Cela a par ailleurs permis à ces établissements d'intégrer le Réseau français des Hôpitaux Promoteurs de santé.

8. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés.

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'art. L 6311-2 et des articles R6311 et suivants du CSP.

	SAMU
CALVADOS	
CHRU Caen	X
MANCHE	
CH St Lô	X
ORNE	
CHIC Alençon Mamers	X

Le besoin est couvert sur l'ensemble des territoires bas-normands.

9. Lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Equipe Mobile Précarité et accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à l'attribution de la MIG précarité)

	EMP	PASS	Attribution MIG Précarité
CALVADOS			
CH Lisieux		X	X
CHU Caen		X	X
CH Falaise		X	X
CH Vire		X	X
Clinique Miséricorde		X	
CH Bayeux		X	
MANCHE			
FBS Picauville	X		
CH Estran Pontorson	X		
CHPC Cherbourg		X	
CH Saint Lô		X	
CH Avranches Granville		X	
ORNE			
CH L'Aigle		X	X
CHIC Alençon		X	X
CH Argentan		X	X
CH Flers	X	X	X
CPO Alençon	X		

Le besoin est couvert sur les 3 territoires, toutefois il est prévu le renforcement par le financement d'une EMPP sur le Calvados.

10. Les actions de santé publique

Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé.

Le besoin est donc par principe réputé couvert (Cf. art L1411-1 et L 6111-1 du code de la santé publique)

11. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est exercée dans le respect des dispositions des articles L 3212-1 et suivants et L 3213-1 et suivants du CSP.

	Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
CALVADOS	
CHU Caen	X
EPSM de Caen	X
CH Bayeux	X
CH Vire	X
MANCHE	
FBS Picauville	X
FBS Saint Lô	X
CH Estran	X
ORNE	
CH Flers	X
CPO Alençon	X

Le besoin est couvert sur l'ensemble des territoires et des secteurs psychiatriques

12. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier dans les conditions prévues par décret

Dans le cadre de la mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et milieu hospitalier, pour chaque établissement pénitentiaire, le directeur général de l'ARS désigne un établissement de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins somatiques et psychiatriques adaptés

	Soins dispensés aux détenus
CALVADOS	
CHU Caen	X
CHS Caen	X
MANCHE	
FBS Picauville	X
FBS Saint Lô	X
CHPC Cherbourg	X
ORNE	
CHIC Alençon	X
CH Argentan	X
CPO Alençon	X

Un arrêté ministériel fixe les territoires de santé affectés à chaque structure dédiée à l'hospitalisation des détenus, la problématique de besoin non couvert ne se pose donc pas dans le cadre du SROS.

13. Les soins aux personnes retenues en application de l'article L 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

La Basse-Normandie n'est pas concernée par cette mission de service public car elle ne dispose pas de centre de rétention.

14. Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaire de sureté

Il existe actuellement un centre expérimental dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement. Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans le SROS-PRS.

Les besoins sont couverts sur l'ensemble de la Basse-Normandie pour les quatorze missions de service public définies à l'article L 6112-1 du Code de la Santé Publique.